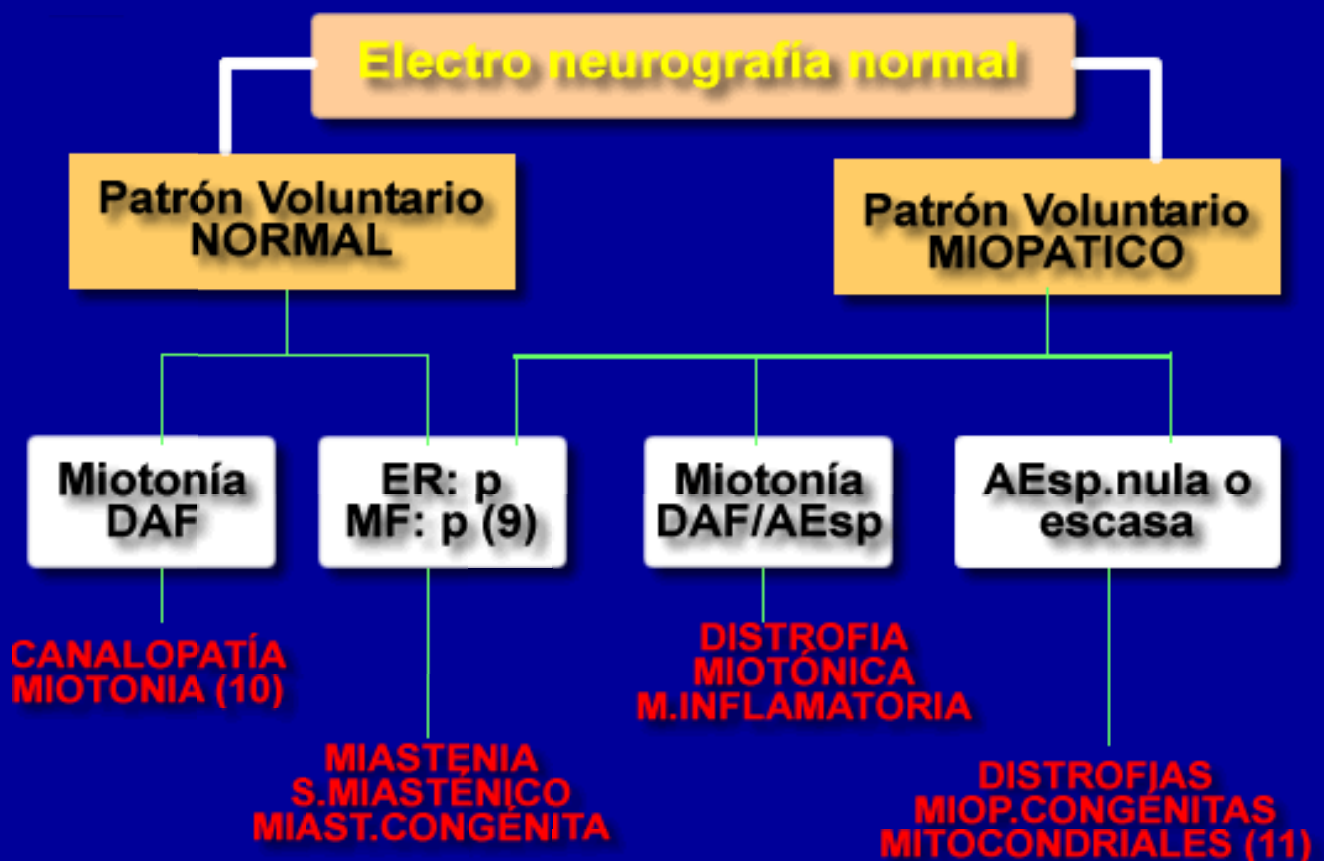


# Procesos miopáticos y de la transmisión neuromuscular



## NOTAS.-

“**patron neurogeno**”: con o sin actividad espontanea, patron voluntario reducido (perdida de U.Ms) con potenciales de U.M. de voltaje y fases aumentado/as. Viene a significar denervacion muscular

“**patron miogeno**”: con o sin actividad espontanea, patron voluntario de interferencia precoz y voltaje global disminuido con aumento de potenciales de U.M. de bajo voltaje y duracion reducida. Viene a significar perdida de fibra muscular.

- 1) Toda denervacion muscular de distribucion, radicular, plexular o troncular en una extremidad
- 2) Sin distribucion radicular, plexular o troncular definida afectando de entrada o evolutivamente al menos tres extremidades.
- 3) La ENG motora y sensitiva periferica en toda radiculopatía, por tanto de nivel lesional preganglionar, es obviamente normal. Los posibles hallazgos en las respuestas F y en los PES, son, en la monoradiculopatías, cuando menos discutibles. Los falsos negativos electrofisiologicos abundan en este grupo patologico.
- 4) En toda plexopatía hay que esperar una ENGM periferica normal, una perdida de amplitud del potencial sensitivo en registro distal a la lesion plexular (ENGS patologica) y una .conduccion motora (EMT) y sensitiva (PES) a traves de la lesion plexular patologica. Ello es de sumo interes en los sindromes del desfiladero que pueden cursar sin denervacion muscular detectable por la EMG.
- 5) Hay que esperar la ENG motora y sensitiva normales, esta ultima incluyendo los PES que objetivan, con su normalidad, un nivel sensitivo normal no solo a nivel periferico troncular, sino tambien radicular. La ENGM puede mostrar, maxime una baja amplitud del potencial motor, expresion de la perdida de unidades motoras.
- 6) ENGM y ENGS han de ser ambas, siempre anormales, con baja amplitud de sus respectivos potenciales y valores de conduccion, determinados por los axones conservados, nunca inferiores al 70% de la media de los valores de referencia.
- 7) La neuropatia mieliniopatica se distingue de la axonal, por mostrar la primera, valores de conduccion siempre muy por debajo del 70 % de la media de referencia y la presencia de bloqueos de conduccion (30% en EESS y 50% en EEII, en un trecho de escasos centimetros, proximal-distal, midiendo el area del potencial). En los casos de presentacion aguda y exploracion precoz, es importante distinguir un bloqueo axonal de uno desmielinizante, siendo una

segunda exploración, mediados 5-6 días ( el bloqueo mielínopático puede mantenerse el axonal forzosamente desaparece) el criterio más adecuado para ello.

8) La ENG S patológica (ausencia o disminución amplitud del potencial sensitivo) y la absoluta normalidad de toda la vertiente motora es el hallazgo único y primordial que define el grupo. Neuronopatía sensitiva y Neuropatía axonal sensitiva son electrofisiológicamente indistinguibles. La conservación del potencial sensitivo en presencia de semiología clínica de fibra gruesa, sugiere síndrome tabético en su más amplio sentido (lesión preganglionar).

9) Una ER con respuesta decremental, escasa potenciación y aumento de jitter en la exploración MF apoya el síndrome postsináptico tipo la Miastenia Gravis (músculo Trapecio para la ER y Frontal para la MF). Una respuesta decremental a baja frecuencia de estimulación con gran potenciación a frecuencias altas y aumento de Jitter que se corrige con la frecuencia de activación, sugiere el síndrome presináptico tipo el síndrome de Lambert-Eaton. Las miastenias congénitas tienen electrofisiológicamente un comportamiento no muy distinto del de la M.Gravis, salvo la presencia de doble respuesta a un estímulo simple, en el síndrome del “canal lento” de los receptores de Ach. y en el caracterizado por el déficit de acetilcolinesterasa.

10) La miotonia individualizada, de la presente en las canalopatías, hace referencia a los casos de distrofia miotónica en los que no se registra “todavía” miotonia.

11) Si no en todas es muy frecuente la normalidad de la EMG en las miopatías congénitas y mitocondriales.

## **Leyenda de los anagramas:**

**AEsp:** actividad espontánea (fibrilación, potenciales positivos)

**DAF:** descargas alta frecuencia

**EMG:** electromiografía

**EMT:** estimulación magnética transcraneal

**ENG :** electroneurografía

**ENGM :** electroneurografía motora

**ENG S:** electroneurografía sensitiva

**ER:** estimulación repetitiva

**MF:** monofibra

**mg:** patrón miógeno

**n:** normal

**nrg:** patrón neurógeno

**p:** patológico/a

**PES:** potenciales evocados somestésicos