

12 de Novembro de 2007.  
Professora Vera.

## Síndromes Piramidais e Extra-piramidais.

### Sistema piramidal

Responsável pela motricidade voluntária.

O feixe córtico-espinhal (lateral e anterior) pode ser direto ou cruzado.

A via piramidal origina-se no giro pré-central (das células Betz origina-se apenas um pequeno contingente – 3%; do giro pós-central na área 3,1,2 e das áreas suplementares originam-se o resto (área pré-motora – na parte medial, responsável pelos movimentos inferiores na área pré-motora – tumor para-sagital dá paraplegia associada a alteração esfinteriana; área motora suplementar – giro frontal superior; área 6).

A via piramidal corre junto da via córtico-nuclear que termina nos núcleos motores dos nervos cranianos.

Lesão da via piramidal e lesão da via córtico-nuclear: lesão piramidal na cápsula interna (isquemia) com paralisia facial contralateral contra-lateral e hemiplegia contra-lateral e lesão da via córtico-nuclear também. Trata-se da hemiplegia completa (maciça – por causa do contingente de fibras que passam pela cápsula interna) proporcionada por lesão da via córtico-espinhal e por lesão da via córtico-nuclear contralateral.

### Lesões da via piramidal

Lesão da área 4: monoparesia, afasia motora (de Broca).

Lesão no pedúnculo cerebral (mesencéfalo): déficit motor mais extenso (hemiplegia contra-lateral – que pode ser por lesão desde cima até a medula) com lesão do terceiro nervo a direita (midríase com o olho desviado para fora – a isso se dá o nome de Síndrome de Weber).

Obs: desvio conjugado dos olhos para baixo (lesão talâmica), desvio conjugado dos olhos para cima (lesão do colículo superior).

Lesão na ponte: hemiplegia contra-lateral, paralisia facial periférica homolateral, paresia do sexto NC (Síndrome de Mollard-Grubbe).

Lesão no bulbo: hemiplegia contra-lateral, lesão do nono e décimo (disfagia e disfonia homolateral); lesão no hipoglossos; lesão no dorso lateral do bulbo (artéria cerebelar póstero-inferior); homolateral (Claude-Bernard; lesão do quinto; disfagia, disfonia, discreta Síndrome Cerebelar, lesão do oitavo nono e décimo).

Hemiplegia alterna (não se pode esquecer):

Lesões bulbares: Avellis, Wallenberg, Schimdt, Garcim (comprometimento de todos os nervos cranianos, principalmente linfomas que possuem disseminação hematológica, o tumor acomete a base do crânio).

Mesencéfalo – lesão do terceiro.

Lesão no ângulo ponto-cerebelar manifesta primeiro hipoestesia na região de V1 (ramo oftálmico) pela lesão de quinto nervo e não hipoacusiva.

Lesão medular: hemiplegia homolateral (lesão na substância branca anterior), hemiplegia homolateral espástica com hiperreflexia e sinal de Hoffman (tracto córtico-espinhal lateral – no funículo lateral). Pode ser causada por ELA, HTLV-1 (dá distúrbio esfinteriano, radiculopatia), EM (depois de 10 anos dá paraplegia por atrofia medular), sífilis (paraplegia espasmódica sífilita), HIV, metástases, alteração no metabolismo do cobre (importante para prova), lesão póstero-lateral da medula (déficit do fator intrínseco – deficiência de B12), tabis dorsalis, infarto espinhal (da espinhal posterior – muito raro).

Lesão do segundo neurônio: no corpo do neurônio a primeira causa é poliomielite (para o ministério da saúde toda a paralisia flácida é poliomielite), pensar em coxsackie, enterovírus, sífilis também.

Lesão do primeiro neurônio: paralisia espástica, hiperreflexia (Babinski), atrofia por desuso.

Lesão do segundo neurônio: paralisia flácida, atrofia, fasciculação.