



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina Humana

SEMESTRE:

5º A

MATERIA:

MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

TRABAJO:

NEUROPATIA DEL PLEXO BRAQUIAL

DOCENTE:

DR. GERARDO CANCINO GORDILLO

ALUMNO (A):

YANETH ORTIZ ALFARO

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS, 05 DE MAYO DEL 2021.

FICHA BIBLIOGRAFICA

S.A (2012). PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL PLEXO BRAQUIAL. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-26-13%20Patologia%20plexo%20braquial.pdf>

D; Garozzo, (2012). Las lesiones de plexo braquial. Cómo diagnosticarlas y cuándo tratarlas, Neurocirugía, Cirugía de Plexo Braquial y Nervio Periférico. Hospital Santa María della Misericordia, Rovigo, Italia. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2012/ot121c.pdf>

NEUROPATIA DEL PLEXO BRAQUIAL

La plexopatía braquial es una forma de neuropatía periférica. Se presenta cuando hay daño en el plexo braquial. Esta es un área a cada lado del cuello en donde las raíces nerviosas de la médula espinal se dividen en los nervios de cada brazo. El daño a estos nervios provoca dolor, disminución del movimiento o de sensibilidad en el brazo y el hombro.

El daño al plexo braquial generalmente está relacionado con una lesión directa al nervio, lesiones por estiramiento (entre ellas, traumatismo al nacer), presión por tumores en la zona (especialmente por tumores pulmonares) o daño como consecuencia de la radioterapia.

La disfunción del plexo braquial también puede estar asociada con:

- Anomalías congénitas que ejercen presión sobre la zona del cuello.
- Exposición a toxinas, químicos o drogas.
- Anestesia general, empleada durante la cirugía.
- Afecciones inflamatorias, como las que se deben a un virus o un problema del sistema inmunitario.

Las lesiones del plexo braquial se deben principalmente a mecanismos de tracción y en una menor proporción a compresión. La mayor frecuencia de avulsiones corresponde a las raíces inferiores C8 y T1, mientras que aquellas superiores sufren un estiramiento forzado o ruptura. Dicha ruptura puede ocurrir tras la salida del agujero vertebral, distalmente a lo largo de los troncos, de los fascículos o de las ramas terminales del plexo. La mayor parte de los pacientes con lesiones traumáticas del plexo braquial son poli traumatizados. Existen signos clínicos y radiológicos indicativos de arrancamiento de las raíces como son la parálisis del músculo Romboides o del Serrato anterior, parálisis del nervio Frénico, síndrome de Horner, dolor por desaferentación, lesión de las vías largas nerviosas y presencia de Meningocele externo. Las lesiones de plexo braquial se pueden clasificar de acuerdo al cuadro clínico en parálisis de Plexo superior, parálisis de Plexo inferior, lesiones de Plexo Infra-clavicular y lesiones Totales de plexo Braquial. El primer examen de elección es la mieloresonancia magnética, ésta es confiable en 90% de los casos. Los estudios de imagen al igual que los estudios electrofisiológicos los aconsejamos efectuar entre la tercera y la cuarta semanas después del traumatismo. Si los hallazgos clínicos y de los exámenes electrofisiológicos confirman la presencia.

Definición de plexo braquial

Conjunto formado por los ramos ventrales de las raíces cervicales C5 - C6 - C7 - C8 y D1 que dan lugar a los nervios de los miembros superiores (el plexo braquial es el encargado de inervar el miembro superior) (dorsal inerva la musculatura paravertebral). Su lesión origina pérdida de fuerza con afectación de la sensibilidad en el miembro superior.

Epidemiología

- Varones. 20-25 años.
- Accidentes de tráfico, laborales, heridas por arma blanca o de fuego.
- 70% de las lesiones del plexo braquial traumáticas son por accidentes de tráfico y el 70% de éstas, por accidentes de motocicleta o ciclomotor. (se quedan enganchados en el manillar, y, por estiramiento, se rompe el plexo).
- 4% de los accidentes de motocicleta y 1% de los politraumatizados.
- Parálisis braquial obstétrica: 1-2 por 1000 nacidos en los países industrializados.

Etiología

- La patología fundamental es traumática:
- Trauma cerrado (tracción o estiramiento): accidentes y lesión obstétrica.
- Trauma penetrante: armas. v Parálisis braquial obstétrica.
- Fractura de la 1ª costilla o de la clavícula. Tb en fractura proximal humeral.
- Compresión por hematoma: yatrogenia (al coger una yugular). A veces también compresión por una mala postura durante la cirugía.

Entre las causas médicas:

- ✚ Tumores: síndrome de Pancoast (carcinoma ápex pulmonar): raíces C8-T1 (síndrome de Horner). El paciente debuta con un síndrome cubital (cosquilleo en los dedos anular y meñique) por ser este nervio el mas prox al ápex.
- ✚ Radiaciones ionizantes: afectación difusa. (Canceres de mama con radiación de 6 ganglios de región axilar)
- ✚ Idiopática

Patogenia

Cuadro Clínico

Diagnostico

Tratamiento