

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Medicina Física y de Rehabilitación

Resumen:

Neuropatía del plexo braquial

Docente:

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Alumno:

Erick José Villatoro Verdugo

Semestre y Grupo:

5° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 05 de Mayo de
2021.

Definición

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.

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.

Epidemiología

Esta patología es más frecuente en varones de 20-25 años, en personas que han sufrido accidentes de tráfico, laborales, heridas por arma blanca o de fuego, que el 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). Por lo tanto 4% de los accidentes de motocicleta y 1% de los politraumatizados la presentan, además de la parálisis braquial obstétrica: 1-2 por 1000 nacidos en los países industrializados.

Patogenia

Se presenta por lesión preganglionar o avulsión radicular, de trata de un arrancamiento de las raicillas nerviosas de la médula, con lesión, en ocasiones definitiva, de las neuronas medulares correspondientes. La raíz avulsionada puede hallarse cerca del agujero de conjunción correspondiente o lejos de él, y la cicatriz dural puede o no formar un seudomeningocele. Esta lesión es irrecuperable espontáneamente. La neurona sensitiva situada en el ganglio raquídeo sobrevive, así como el axón sensitivo periférico. En este hecho se basan las exploraciones electrofisiológicas de diagnóstico de nivel. El nivel de separación de las raíces de la médula espinal puede ocurrir a través o distal a la zona transicional. Si es distal,

equivale a una rizotomía. En casos extremos, las raicillas se arrancan desde la próxima sustancia de la médula espinal. Es la auténtica avulsión. Esta diferenciación es importante en la reimplantación radicular.²⁰ Un síndrome parcial tipo Brown-Séquard puede detectarse en un 10% en pacientes con lesiones preganglionares. Es de suma importancia reconocer esta situación neurológica, ya que contraindica el empleo de los nervios intercostales como fuentes de neurotización.

Bibliografía

Lucero, P. C. (2018). Lesiones del plexo braquial en el adulto (Parte1). *Asociacion Ortopedica y Traumatologica*, 9.