

Universidad del sureste

Dr. Mónica gordillo

Rehabilitación

Ensayo

Hannia del Carmen Salazar Jiménez

LA PLEXOPATIA CERVICAL

La lesión del plexo cervical completa es infrecuente. Se han descrito casos de plexopatía cervical por compresión, tracción, heridas penetrantes, yatrogenia quirúrgica y anestésica, lesiones tumorales e infecciones como la lepra. En otras ocasiones no es posible encontrar la causa de la lesión

Clínicamente se manifiesta por un déficit sensitivo craneal postero-lateral, cervical y parcialmente torácico, con parálisis diafragmática. Con más frecuencia se documenta una afectación parcial. Los hallazgos clínicos dependerán de la rama comprometida:

Ramas sensitivas: su lesión se traducirá en un déficit sensitivo en el territorio implicado. El más frecuentemente implicado es el nervio occipital mayor en relación con cirugía cervical, o por atrapamiento en relación con patología degenerativa cervical

Ramas motoras: se puede ver comprometida la rotación cervical (esternocleidomastoideo), la flexión cervical (músculos subhioideos), la rotación de la escápula (elevador de la escápula), o la elevación de los hombros

- Nervio frénico: la parálisis diafragmática unilateral puede cursar exclusivamente con disnea durante el esfuerzo o el decúbito. La radiografía de tórax pone de manifiesto una elevación asimétrica del hemidiafragma afecto. La parálisis bilateral cursa con disnea moderada, con hipoventilación secundaria . Puede ser aislada o en el contexto de una plexopatía cervico-braquial

El dolor originado en el plexo cervical frecuentemente se presenta como una molestia que se irradia dentro del cuello y el occipucio. Generalmente es causado por metástasis en los ganglios linfáticos cervicales o por infiltración local de tumores primarios del cuello o la cabeza.

Lesiones del plexo lumbosacro

ETIOLOGÍA

La íntima relación entre el plexo lumbar y sacro hace que frecuentemente se afecten de forma conjunta y compartan etiología, entre las que destaca:

- Traumatismos: la pelvis confiere protección al plexo, por lo que la patología traumática es menos frecuente que a nivel cervical. Los traumatismos que producen alteración del anillo pélvico suelen ser muy violentos

Neoplasias: son la causa de lesión más frecuente. Existen tumores primarios como el neurofibroma, aunque lo más frecuente es la invasión por extensión directa por tumores locales, del tracto gastrointestinal, en especial de colon, o del genitourinario, siendo en las mujeres muy frecuente el de cuello de útero. También pueden ser metastáticos siendo muy frecuente el de mama, y menos lo son linfomas o sarcomas. El dolor lumbar y en la cara posterior de la pierna es una constante en la infiltración neoplásica.

- Embarazo: puede producirse en los últimos estadios del mismo o durante el parto, especialmente si es prolongado o no tiene un canal amplio. Se caracteriza por dolor lumbar, nalgas y cara anterior de muslos.

- Hematomas a nivel del psoas iliaco, en pacientes con leucemias, diseminación intravascular diseminada, hemofilias, o de forma iatrógena en anticoagulados.

- Abscesos, como los producidos por discitis tuberculosas o los quistes hidatídicos pélvicos.

- Aneurismas de la aorta abdominal, tanto por compresión, isquemia o en la cirugía reparadora.

- Radioterapia: Se produce en el tratamiento de neoplasias testiculares en hombres, ginecológicas en mujeres, o linfomas en ambos. El período de latencia es muy variable, desde meses hasta 2 ó 3 décadas. Se caracteriza por debilidad en ausencia de dolor.

Plexopatía lumbosacra diabética: se caracteriza por debilidad de cuádriceps y abolición del reflejo rotuliano. Se produce por un proceso de microvasculitis. Existe un cuadro similar en no diabéticos, probablemente de origen autoinmune.

El plexo lumbosacro, puede ser invadido por tumores abdominales y pélvicos. El cáncer colorectal, endometrial y renal, como también los sarcomas y linfomas, pueden invadir el plexo por extensión. Sin embargo, el 25% de las plexopatías lumbosacras son metastásicas

El dolor generalmente se percibe en el abdomen inferior, nalgas y piernas. La infiltración del plexo sacro puede producir dolor perineal y perirrectal, es cual es exacerbado al sentarse y al acostarse boca abajo. El dolor precede, por semanas o incluso meses, a los signos neurológicos de debilidad, pérdida de la sensibilidad o incontinencia urinaria. El TAC o RNM abdominal y pélvica pueden proporcionar un diagnóstico y permiten definir los campos de irradiación. Al igual que los pacientes con plexopatía braquial, los pacientes con compromiso difuso o bilateral del plexo lumbosacro pueden tener invasión epidural tumoral, en cuyo caso, se requiere RNM del espacio epidural. La enfermedad epidural de la cauda equina o tumor leptomeningeo puede producir un síndrome similar a la plexopatía lumbosacra

El dolor puede preceder a otros signos neurológicos de compresión medular, plexopatía y metástasis espinal. El diagnóstico precoz de estos síndromes y la implementación de un tratamiento adecuado pueden prevenir la parálisis y la incontinencia.

RAMOS BREVES:

Ramos musculares: inervan los m. piriforme, obturador interno con los géminos y el cuadrado femoral y los m.elevador del ano y coccígeo.

Nervio glúteo superior: Inerva los m. glúteo mediano, glúteo menor y tensor de la fascia lata.

Nervio glúteo inferior: Inerva m. glúteo máximo y la cápsula de la articulación coxal.

Nervio pudendo: Inerva el esfínter del ano y la piel del área, órganos genitales así como sus ramos terminales que inervan la piel de los mismos.

RAMOS LARGOS:

Nervio femorocutáneo posterior: Da múltiples ramos que inervan la piel de la parte posterior del muslo y de la pierna.

Nervio isquiático: Es el nervio más grueso del organismo e inerva todo el miembro inferior. Se divide en múltiples ramos, entre ellos: Musculares Nervio Tibial Nervio Peroneo

TRATAMIENTO

Medicamentos para aliviar el dolor o disminuir la inflamación.

La terapia física puede ser recomendada como un complemento a los medicamentos.

Podría ser necesaria una cirugía si sus síntomas son severos y otros tratamientos no funcionan.

Chad D (2006). Enfermedades de las raíces y plexos nerviosos. En: Bradley PW, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J (Eds), Neurología clínica, (pp 2247-2275). Madrid: Elsevier.

<http://www.neurowikia.es/content/plexo-cervical>

<https://anestesar.org/2018/bloqueo-del-plexo-cervical-superficial-para-cirugia-de-reseccion-de-glandula-paratiroides-en-regimen-ambulatorio-a-proposito-de-un-caso/>