

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Medicina Fisica y de Rehabilitacion

Trabajo:

Ensayo: PLEXOPATIA CERVICAL Y LUMBAR

Docente:

Dra. Gordillo Rendon Monica

Alumno:

Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:

5° "A"

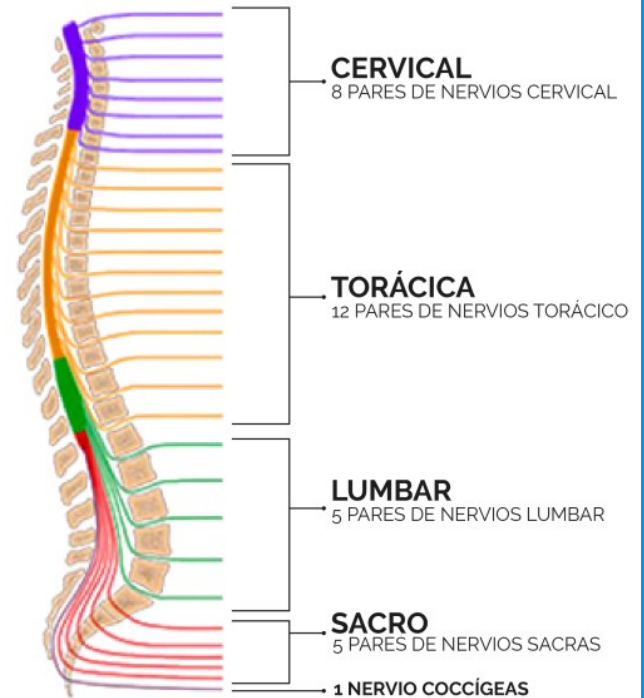
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 09 de Marzo del 2021.

INTRODUCCION

Aunque el dolor lumbar es la afección más frecuente de la columna, el dolor cervical también es visto con frecuencia por los médicos de atención primaria y otros profesionales de la salud que tratan problemas musculoesqueléticos. Las raíces nerviosas cervicales C5, C6 y C7 son las que se ven comprometidas con mayor frecuencia y su afectación produce signos y síntomas característicos en las extremidades superiores. La prevalencia del dolor cervical de origen no traumático

Radiculopatía se refiere a los signos y síntomas de disfunción de una raíz nerviosa. La implicación del sistema nervioso en la patología cervical es debida, en la mayor parte de casos, a la compresión de las raíces nerviosas en el agujero de conjunción (radiculopatía cervicobraquial) o de la médula en el conducto raquídeo (medulopatía por cervicoartrosis).

Las radiculopatías de los cuatro primeros segmentos cervicales son raras. Debido a la imbricación de los dermatomas correspondientes a estas raíces, los trastornos sensitivos a que da lugar la afección de una sola raíz son mínimos y difíciles de precisar. También son de difícil apreciación los trastornos motores, es necesaria la afección de varias raíces para que un déficit muscular pueda apreciarse clínicamente. La radiculopatía de C1 o C2 da lugar a dolor occipital, puede acompañarse de alteraciones sensitivas, pero no motoras. La radiculopatía de C2 se conoce como neuralgia de Arnold, la cual corresponde a una lesión de la rama posterior de dicha raíz, es infrecuente y de origen incierto, cursa con dolor cervical que se extiende, unilateralmente a occipucio, vértex, temporal y zona ocular; no tiene inervación motora y la sensitiva se extiende por las zonas indicadas aunque su alteración es difícil de objetivar. La neuralgia occipital puede aparecer como



resultado de un traumatismo; la tensión muscular en personas que trabaja con el cuello hiperextendido también pueden precipitar el cuadro.

Esta circunstancia se puede dar en fracturas del atlas o axis, en artritis, artrosis o neoplasia de esta región, hay también causas intrarraquídeas y se acepta una forma idiopática de carácter paroxístico. El dolor de la radiculopatía C3 se puede extender por el cuello y por el pabellón auricular a regiones vecinas, puede haber alteraciones sensitivas y no se produce déficit motor perceptible. El dolor de la radiculopatía C4 se extiende por el cuello hacia la región del hombro delimitada por la espina de la escápula, la zona deltoidea media y la clavícula

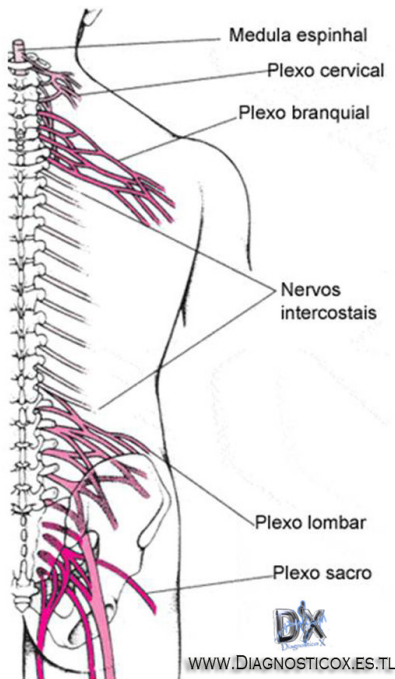
Las parestesias acompañan casi siempre al dolor; se aprecian en la parte distal del dermatoma correspondiente, al contrario que el dolor que predomina en las zonas proximales, por ello tienen gran valor como indicador de la raíz afectada.

La lesión nerviosa del plexo lumbosacro en la extremidad inferior es una patología relativamente desconocida en comparación con la lesión nerviosa del plexo braquial en la extremidad superior, en la que el diagnóstico y tratamiento están protocolizados.

La lesión nerviosa del plexo lumbosacro en la extremidad inferior es una patología relativamente desconocida en comparación con la lesión nerviosa del plexo braquial en la extremidad superior, en la que el diagnóstico y tratamiento están protocolizados.

La incidencia que se presume de estas lesiones es baja, quizá por el desconocimiento de la existencia de esta patología. Sin embargo, Lindahl e Hirvensalo presentan una incidencia del 40% de lesiones nerviosas en las fracturas del anillo pélvico tipo C, e incluso Tonetti describe que las lesiones osteo-ligamentarias pélvicas posteriores se asocian con síntomas neurológicos hasta en un 52% de los casos. Estos pacientes generalmente sufren politraumatismos severos que exigen priorizar el orden de tratamiento, por lo que la valoración del daño nervioso queda relegado a un segundo plano, prolongándose en el tiempo.

DESARROLLO SÍNDROMES CLÍNICOS



Herniación de disco:

Presentación clínica muy variable que depende del nivel afectado. Los pacientes advierten el inicio del dolor del cuello que se acompaña de irradiación hacia la distribución dermatómica características de la raíz afectada. La debilidad a menudo no se advierte de inmediato, ya que la inhibición del dolor limita bastante las actividades. Algunos presentan tortícolis con rotación hacia el lado opuesto del doloroso en un esfuerzo inconsciente para abrir el foramen nervioso y aminorar el dolor en el brazo.

Dolor cervical mecánico:

Los pacientes con discopatía degenerativa de la columna cervical se quejan de dolor axial relacionado con la actividad. Dolor referido a lo largo de las líneas esclerotómicas hacia el hombro y el brazo, la molestia predominante es el dolor del cuello que se exagera con la extensión del mismo.

Diagnóstico diferencial:

Tumores, enfermedades neurológicas, síndromes de compresión nerviosa de la extremidad superior como el síndrome del estrecho torácico, plexopatía braquial, síndrome del túnel del carpo, síndrome del túnel cubital, canal de Guyon y nervio radial entre otros

Pruebas diagnósticas:

Los estudios de laboratorio están indicados para descartar enfermedades sistémicas, infecciosas, enfermedades reumáticas o patologías tumorales; los estudios radiológicos para determinar alteraciones estructurales. Las radiografías de cuello deben hacerse en las tres proyecciones (AP, lateral y oblicua), permiten descartar lesiones óseas o inestabilidad en caso de emergencia; se pueden encontrar rectificación de la lordosis cervical, pérdida de la consistencia o contorno de los cuerpos vertebrales, osteo tos, artrosis o disminución de la altura cervical en caso de patologías degenerativas. La tomografía axial computarizada (TAC) posee alto valor en las cervicobraquialgia cuando la causa es ósea, permite visualizar muy bien la columna cervical.

Diagnóstico

Electromiografía y estudios de conducción nerviosa

Imagen por resonancia magnética o tomografía computarizada

Los médicos sospechan la afectación de un plexo nervioso al localizar síntomas en una zona del cuerpo inervada por un plexo específico. La localización de los síntomas indica qué plexo es el que está afectado.

La electromiografía y los estudios de conducción nerviosa también ayudan a localizar la lesión.

La resonancia magnética nuclear (RMN) y la tomografía computarizada (TC) ayudan a determinar si un cáncer, otro tipo de masa o una lesión traumática son la causa del trastorno del plexo.

CONCLUSION

Tratamiento

Tratamiento de la causa

Cuando la causa es un cáncer o un traumatismo, a veces la cirugía

El tratamiento de un trastorno de los plexos depende de la causa. Un cáncer próximo al plexo se trata con radioterapia, con quimioterapia o con ambas. En algunos casos debe extirparse quirúrgicamente el cáncer u otro tipo de masa que estén dañando el plexo.

Si la causa es la diabetes, es beneficioso controlar los niveles de azúcar en sangre.

A veces los médicos prescriben corticoesteroides para la neuritis braquial aguda y otros trastornos de los plexos que se consideran producidos por una reacción autoinmunitaria, aunque no se ha demostrado que estos fármacos sean beneficiosos.

Cuando la causa es una lesión traumática, normalmente solo es necesario esperar a que se cure, aunque en ocasiones se requiere cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Martin, F. y otros, s.f. *Manual de rehabilitacion*. España : s.n.
- Murillo, A. (2012). Radiculopatía cervical. Medicina legal de costa rica. Costarica. Vol.2.
- Perez, T y otros. (2015). Resultado a largo plazo en lesion de plexo lumbar. Vo. 41.