



**Universidad del sureste**

**Campus: Tuxtla Gutiérrez**

**Nombre: Frida Citlali Hernández Pérez**

**Materia: Medicina física y de rehabilitación**

**Docente: Dra. Mónica Gordillo Rendón**

**Tema: Plexopatías**

**Unidad 2**

**Medicina humana**

**5to semestre**

**Fecha: 08/ 10/ 2021**

# PLEXOPATÍAS

## Introducción

Cuando hablamos del plexo braquial decimos que es una compleja estructura neuroanatómica esta se forma a partir de los nervios espinales de C5 a T1, tiene raíces motoras y sensitivas, e inerva la extremidad superior y diversas estructuras torácicas. El plexo braquial se dispone en dos planos: anterior y posterior. Ambos planos son independientes desde las raíces hasta los troncos secundarios y nervios colaterales. El plano posterior, constante y simple, se halla destinado a los músculos extensores y abductores del miembro superior. El plano anterior, variable y complejo, en razón de la disposición de C7, se halla destinado a la función de flexión y aducción.

El plexo lumbosacro (PLS) consiste en un plexo lumbar separado de manera independiente del plexo sacro, los cuales a su vez, están unidos por el tronco lumbosacro este es una rama del nervio espinal de L4 que une la rama ventral de L5. El plexo lumbar está formado por una rama ventral que va de T12 a los nervios espinales de L4 que se unen en la masa del músculo psoas mayor. Los nervios mayores que se derivan de este plexo incluyen a los nervios femoral, obturador, ilioinguinal, iliohipogástrico, genitofemoral y cutáneo femoral lateral. Estos nervios dan a sus músculos inervados flexión de la cadera, extensión de rodilla, la mayor parte de la aducción en la pierna, la sensación a la parte baja del abdomen, parte medial de la pierna y el escroto y los labios mayores en la mujer.

## Desarrollo

La etiología de la plexopatía braquial puede ser por causas medicas como neoplasias, radiaciones, enfermedades inmunitarias o hereditarias o bien por traumatismos que son al rededor del 70% de los casos por estiramiento violento, traumatismo directo, heridas penetrantes, así como complicación de esternotomía media. Esta patología tiene un alto indice de morbilidad por lo tanto su diagnostico es de suma importancia. Este lo podemos realizar por medio de electromiografia en la cual vamos a encontrar lesiones preganglionares: Signos de desnervación (fibrilación, ondas positivas, etc.) en la musculatura paravertebral cervical homolateral. Dicha musculatura estará indemne en las lesiones posganglionares.

### Estudio de los músculos:

Romboides: Inervado por el nervio escapular dorsal que procede de la raíz C5 y C4-C6. Su afectación nos indica lesión preganglionar C5.

Serrato mayor: Inervado por el nervio torácico largo (n. de Bell) procede de C6 y C5-C7. Su afectación nos indicará lesión preganglionar de C6 y en ocasiones de C5 y C7.

### Signos radiólogos

La mielografía cervical permite una visualización indirecta de las lesiones yuxtamedulares por arrancamiento, por paso del contraste en el espacio subaracnoideo.

La tomografía axial computarizada de alta resolución, asociada con la mielografía hidrosoluble (mielo-Tac) es un excelente método que ofrece un 90% de resultados fiables por visualización directa de las raicillas.

El tratamiento rehabilitador en esta patología juega un papel muy importante; para el tratamiento quirúrgico consiste en transferencias nerviosas o autoinjertos nerviosos

Ahora bien cuando hablamos de una plexopatía lumbar hay datos que nos pueden orientar hacia ella entre los cuales se incluyen debilidad o falta de sensibilidad que sugieren afección de más de un nervio en el miembro afectado. Por esta razón se dice que es difícil de diferenciar de una radiculopatía lumbosacra, o bien, de mononeuropatía múltiple. El dolor de espalda y el compromiso de músculos no inervados por una sola raíz o un solo nervio podría sugerir una lesión plexual. Para el diagnóstico los estudios neurodiagnósticos nos van a permitir documentar lesiones a raíces nerviosas distales y ayudan a diferenciar plexopatías de radiculopatías de niveles múltiples. Cuando existe ya sea dolor y la limitación articular que impiden otro tipo de examen para determinar la distribución y el grado de compromiso nervioso se pueden utilizar métodos neurofisiológicos para la evaluación. Es difícil saber en qué nivel del nervio ocurre la lesión a menos que se realice una detallada evaluación neurológica, que incluya estudios electrodiagnósticos completos con potenciales evocados somatosensoriales, velocidades de conducción motoras y sensitivas, reflejos "F" y "H" y electromiografía completa.

### **Conclusión**

De acuerdo a lo anteriormente mencionado podemos darnos cuenta de que las partes del cuerpo que se ven afectadas dependen del plexo que fue dañado, en este caso el braquial puede dañar miembros superiores y en el plexo lumbar miembros inferiores (las piernas). Como vimos estas lesiones pueden ser causadas ya sea por culpa de una causa medica o por un traumatismo, en la mayoría de los casos es causado por este ultimo aunque muchas veces también se les relaciona con complicaciones de algún procedimiento quirúrgico. En ambas plexopatías los signos y síntomas van a incluir dolor, deficits motores y también sensitivos. La electromiografía que es uno de los métodos diagnósticos nos va ayudar a saber cual es su distribución anatómica, pero la clínica también es de suma importancia al momento del diagnostico. Por otro lado también tenemos la TAC y la RM. El tratamiento debe ser dirigido principalmente a la causa.

### **Bibliografía**

García, A.. (2019). Neuropatías, radiculopatías y plexopatías. Medicine., Vol.75, Pp. :4423-36.

Collado, M. & Shkurovich, P.. (2003). Lesiones perioperatorias en nervios periféricos de extremidades inferiores. Cirugía y Cirujanos, Vol. 71, Pp. 329-334.