



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

QUINTO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA

- **Plexopatía braquial**
- **Plexopatía lumbar**

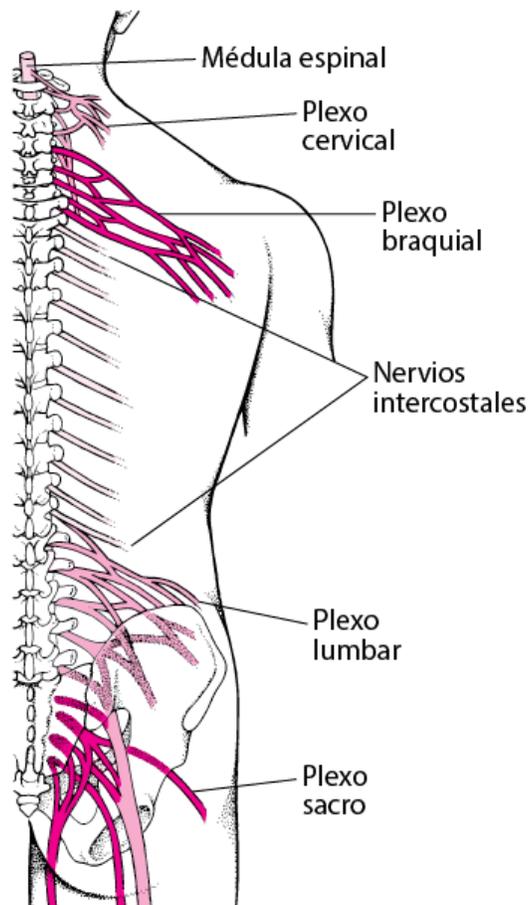
ACTIVIDAD: **Ensayo**

ASIGNATURA: **Medicina física y de rehabilitación**

UNIDAD II

CATEDRÁTICA: **Dra. Mónica Gordillo Rendón**

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 01 DE OCTUBRE DEL 2021



PLEXOPATÍA BRAQUIAL

Introducción

Para comenzar, es importante saber que la plexopatía braquial puede deberse a causas amplias ya sean idiopáticas, iatrogénica, auto-inmunitaria, traumática, neoplásica o hereditaria.

Puede variar la edad en la que se presente, pero es común observarlo en pacientes entre 30 a 70 años. Siendo el sexo masculino más frecuente que el femenino, ya que ellos realizan deportes más extremos conduciendo a un trauma.

Recordando un poco de anatomía, encontramos que está formado por nervios espinales de C5 a T1, se compone por un plexo prefijado (C4-T1) y un plexo post fijado (C5-T2); Además se divide en cinco secciones que son las raíces, troncos, divisiones, cordones y nervios terminales.

Desarrollo

Las lesiones del plexo braquial dan lugar a déficit motor, sensitivo y ocasionalmente, autonómico, que implica el hombro y la extremidad superior, dependiendo de la porción, extensión, grado de lesión y el tiempo de evolución.

Podemos encontrar las siguientes:

- **Parálisis completa:** Se puede producir una lesión completa con implicación de toda la musculatura de la extremidad superior, con parálisis flácida, atrofia, arreflexia y anestesia global.
- **Parálisis parcial:** En esta se divide por lesiones:
 - I. **Supraclaviculares (raíces y troncos)**
 - Superiores (Erb Duchenne): Está implicadas las raíces C5,C6 solas o junto a C7.
 - Medias (Remack): Se produce por abducción del brazo de 90° afectando la raíz C7.
 - Inferiores (Déjerine klumpke): Se producen en las raíces C8 y T1.
 - II. **Retroclaviculares:** Son las postganglionares y se pueden observar en fracturas de clavícula.
 - III. **Infraclavicular (cordenes y nervios):** Son de tipo postganglionares y se debe a fracturas de la extremidad proximal de húmero y son de mejor pronóstico.

A continuación se mencionan las más importantes:

- a) **Lesión del plexo braquial al nacimiento:** Se puede dañar por tracción lateral excesiva de la cabeza con los hombros en posición fija durante un parto difícil o por una tracción excesiva hacia abajo.
- b) **Lesiones de las raíces de C5 y C6 (parálisis de Erb):** Es la pérdida de la fuerza muscular del deltoides (abducción); bíceps, braquial y supinador (flexión del codo); y supraespinoso e infraespinoso (rotación externa).
- c) **Lesión de las raíces de C8 y T1 (Parálisis de Klumpke):** Se distingue por parestesia de la muñeca, flexores de los dedos y pequeños músculos de la mano. Se observa una alteración sensorial en la cara interna del antebrazo y mano y aparece el sx de Horner en caso de avulsión de las raíces de los nervios cervicales.
- d) **Lesión radicular combinada superior e inferior (Erb-Duchenne-Klumpke):** Hay pérdida de la fuerza muscular del hombro y mano, hay disminución de volumen y edema.
- e) **Lesión traumática del plexo braquial:** Es común en heridas de bala o cuchillo, deportes competitivos o accidentes de auto.
- f) **Síndrome del túnel carpiano:** Es el entumecimiento fluctuante, parestesias y dolor en la mano debido a compresión del nervio mediano del carpo.

Conclusión

En conclusión las lesiones de plexo braquial son poco frecuentes, pero son devastadoras para la funcionalidad del miembro superior.

Este tipo de lesiones afecta severamente la funcionalidad de los miembros superiores de individuos jóvenes y por lo tanto, se debe optimizar su diagnóstico y tratamiento. Dada su evolución, se deben acortar los tiempos pre-quirúrgicos en las lesiones completas de plexo braquial.

Fuentes bibliográficas

- Martínez, F., Pinazzo, F., Suárez, E. & Moragues, R. (Diciembre 2016). "Lesiones del plexo braquial". Revista de Uruguay-Medicina interna, Vol.3, Pp.69-75.

PLEXOPATIA LUMBAR

Introducción

La plexopatía lumbar tiene en muchas ocasiones una etiología compresiva. Entre las causas que ocasionalmente pueden provocarlas son poco frecuentes los aneurismas de la arteria ilíaca; sin embargo, un 13% de los pacientes con esta patología debutan con síntomas irritativos o deficitarios del plexo.

Además 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.

Desarrollo

Es importante saber que dentro el plexo lumbal, está formado por las ramas anteriores de los 4 primeros nervios lumbares; el primero de ellos da origen de origen a tres nervios sensitivos para las regiones abdominales inferior e inguinal: nervio iliohipogástrico, lioinguinal y genitofemural.

A continuación se presentan los principales:

- a) Nervio femoral o crural (L2-3-4):** Ya que los músculos psoas y cuádriceps son los flexores del muslo sobre la pelvis, podemos encontrar dificultades en la marcha.
- b) Nervio femoral cutáneo lateral (L2-L3):** Es importante saber que el cuadro clínico de esta patología es doloroso, quemante y punzante.
- c) Lesión del plexo lumbar:** se considera como raras, ya que los nervios están bien protegidas dentro del psoas, encontramos hiporreflexia rotuliana y de aductores.
- d) Lesiones del nervio cutáneo lateral del muslo:** Este nervio se origina en las ramas primarias ventrales de L2 y L3, es frecuente en pacientes que padecen diabetes o que aumentan o bajan de peso bruscamente.
- e) Lesiones del nervio obturador:** Se puede lesionar por traumatismos, incluyendo fracturas fémur, heridas de bala o después de trabajo de parto complicado.
- f) Nervio pudendo:** Se conforma de las raíces S2-S3-S4, se encargan del control esfinteriano y el funcionamiento genital.
- g) Lesiones del nervio tibial:** Presenta debilidad de la flexión plantar y aducción del pie con anestesia de la planta de pie.
- h) Síndrome del tunel tarsiano:** Como presenta parestesias de la planta del pie, se agravan al caminar y al estar de pie en tiempos prolongados.

Conclusión

Como retroalimentación las lesiones del plexo lumbar se manifiestan clínicamente como una debilidad para la flexión de la cadera, extensión de la rodilla y aproximación del muslo, con déficit sensitivo en cara anterior del muslo y medial de la pierna.

Los procedimientos quirúrgicos sobre los órganos abdominales y pélvicos son una causa frecuente de lesión como la histerectomía, simpatectomía lumbar. La apendicectomía, herniorafias y exploraciones pélvicas pueden dañar las ramas de la parte superior del plexo causando dolor en su distribución. Los abscesos retroperitoneales secundarios a peritonitis posquirúrgicas son una causa no infrecuente de compresión del plexo que se acompañará, además de dolor local y debilidad en la pierna, de cuadro infeccioso sistémico.

Fuentes bibliográficas

- Pérez, F. . (Septiembre 2015). "Resultado a largo plazo en lesión de plexo lumbar".. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, Vol. 41, Pp. 55-89.