

**Nombre del alumno: Jonatan  
Emmanuel Silva López**

**Nombre del profesor: Dr. Sergio  
Jiménez Ruiz**

**Nombre del trabajo: “Afección de  
nervios periféricos II”**

**Materia: Medicina física y de  
rehabilitación**

**Grado: 5**

**Grupo: “A”**

# Afección del plexo braquial y lumbosacro:

\* En el libro de Harrison nos hace mención de las diversas afecciones que se pueden ocasionar a nivel del SN, nos dice que los plexos están entretejidos varias raíces nerviosas, el patrón sintomático no se ajusta a las diversas distribuciones de cada raíz o nervio particular. Las partes del cuerpo que se ven afectadas dependen del plexo dañado: Plexo braquial rostral: hombros, plexo braquial caudal: Manos, plexo lumbar: piernas, plexo sacro: pennis y piernas. Los trastornos de los plexos (plexopatías) suelen deberse a una compresión física o a una lesión: En los lactantes, fricción durante el parto si lesiona los nervios del plexo braquial. En los adultos, suele un traumatismo (lo típico, en el plexo braquial, es una caída que saca la cabeza fuera de la articulación del hombro) o una invasión a partir de un cáncer metastásico (habitualmente un cáncer de mama o de pulmón para el plexo braquial y tumores intestinales o genitourinarios para el plexo lumbosacro). En los pacientes que reciben anticoagulantes, un hematoma puede comprimir el plexo lumbosacro. La neurofibromatosis a veces también afecta a un plexo. Otras causas incluyen la fibrosis por radiación, después de la radioterapia por un cáncer de mama y al igual la diabetes.

La neuritis braquial aguda (amiotrofia neurogénica, síndrome de Parsonage-Turner), aparece sobre todo en los hombres y es típica de los adultos jóvenes, aunque puede presentarse a cualquier edad. No se reconoce su causa, pero se piensa en procesos inflamatorios de origen inmunológico o viral. Las manifestaciones de las plexopatías que incluyen dolor en los miembros y déficits motores y sensitivos que no se limitan a la distribución de una raíz nerviosa aislada ni a un nervio periférico. En la neuritis braquial aguda, los hallazgos incluyen dolor supraclavicular intenso, debilidad y disminución de los reflejos, con alteraciones sensitivas leves que siguen la distribución del plexo braquial. La debilidad y la reducción de los reflejos suelen aparecer cuando se resuelve el dolor. En un plazo de 3 a 10 días, se produce debilidad algo intensa que, en general, regresa durante los meses siguientes. Los músculos afectados más a menudo son el serrato anterior (lo que produce escápula alada), otros músculos inervados por el tronco superior y los músculos inervados por el nervio interóseo anterior (en el antebrazo; es posible que los pacientes no puedan hacer una o con los dedos pulgar y el dedo índice).

En la parte del diagnóstico oportuno o tardío se recomienda una electromiografía y estudios de la conducción nerviosa, por lo general, RM o TC del plexo apropiado.

El diagnóstico de un trastorno del plexo es sugerido por los hallazgos clínicos:

Debería llevarse a cabo una electromiografía o un electromiograma y estudios de la conducción nerviosa para esclarecer su distribución anatómica (incluida la posible participación de las raíces nerviosas). La RM o la TC del plexo apropiado y la columna vertebral así adyacente se realiza para detectar diversas anomalías como tumores y hematomas.

La RM o la TC está indicada para todos los plexopatías no traumáticas a excepción de los casos típicos de neuritis braquial. Para su tratamiento, va directamente dirigido hacia la causa, como bien se tiene conocimiento o se conoce, los diversos corticosteroides, aunque se recetan con frecuencia, no han mostrado ser beneficiosos en los trastornos del plexo. La cirugía puede estar indicada para los lesiones, los hematomas y los tumores benignos o metastásicos. Las metástasis también deberían tratarse con radioterapia-quimioterapia.

Las fracturas del sacro y del anillo pélvico son causa de lesión del plexo lumbosacro. El hematoma resultante tras la fractura o la propia fractura ocasionan daño a las estructuras nerviosas a nivel retroperitoneal. Tradicionalmente, este tipo de lesiones nerviosas han sido tratados de forma conservadora, con un resultado final insatisfactorio en muchos casos por déficit parcial o total de la función de las extremidades inferiores (cintura pélvica). 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 en un protocolo o protocolizados. La incidencia que se presenta de estas lesiones es baja, quizá por el desconocimiento de la existencia de esta patología. El plexo lumbar y el plexo sacro deben considerarse de forma independiente ya que la anatomía de ambos y el destino de sus ramas terminales es también distinto. Es muy importante tener el conocimiento adecuado de la funcionalidad anatómica.

## **Bibliografía:**

- Harrison: Principios de Medicina Interna, 20ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 2021.
- Farreras-Rozman: Medicina Interna, 14ª Edición. Ediciones Harcourt S.A. 2000.