



Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

**Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade
Morales**

Nombre del profesor: Sergio Jiménez Ruiz

PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del trabajo: Afección de los plexos y de
los nervios periféricos (2ª Parte)**

Materia: Medicina física y de rehabilitación

Grado: 5º

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 08 de octubre del 2021.

Afección de los plexos y nervios periféricos

08/10/2021

El plexo braquial está compuesto por tres troncos (superior, medio e inferior), con dos divisiones (anterior y posterior) por tronco. Más adelante, los troncos se dividen en tres cordones (medial, lateral y posterior), de los cuales surgen los múltiples nervios terminales que se distribuyen en el brazo.

Las ramas primarias anteriores de C5 y C6 se fusionan para formar el tronco medio, mientras que las ramas anteriores de C8 y T1; se unen para formar el tronco inferior. Existen varios trastornos que a menudo se relacionan con la plexopatía braquial.

La neuropatía del plexo braquial inmunitaria recibe varios nombres, como plexitis braquial aguda, la IBPN se presenta con inicio agudo de dolor intenso en la región del hombro. Por lo general, el dolor intenso dura de varios días a unas cuantas semanas, aunque a veces persiste un dolor sordo.

Sin embargo, conforme el dolor se disipa se perciben la debilidad y, a menudo, la pérdida sensitiva.

Los datos clínicos dependen de la distribución de la afectación. El tipo más frecuente de la IBPN afecta a la porción superior del tronco o implica mononeuropatías únicas o múltiples que afectan sobre todo los nervios supraescapular,

Torácico largo o axilar.

Las neoplasias que afectan el plexo braquial pueden ser tumores nerviosos primarios, cánceres locales que se extienden al plexo o tumores metastásicos. Los tumores primarios del plexo braquial son menos frecuentes que las neoplasias secundarias; incluyen schwannomas, neurinomas y neurofibromas. Son más frecuentes los tumores secundarios que afectan al plexo braquial y siempre son malignos. Surgen de neoplasias locales que se extienden al plexo.

Por ejemplo, el tumor de Pancoast del lóbulo superior del pulmón puede invadir o comprimir la porción inferior del tronco, mientras que un linfoma primario originario de los ganglios linfáticos cervicales o axilares también podría infiltrar el plexo. Los tumores de Pancoast casi siempre se manifiestan por el dolor en el brazo de inicio insidioso; trastorno sensitivo en la cara medial del antebrazo y la mano y debilidad y atrofia de los músculos intrínsecos de la mano, junto con síndrome de Horner ipsilateral. La CT o MRI del tórax permiten demostrar la extensión del tumor hacia el plexo. El daño metastásico del plexo braquial puede ocurrir por la diseminación del cáncer mamario hacia los ganglios linfáticos, con diseminación a los

nervios cercanos.

El plexo lumbar se origina de las ramas primarias ventrales de los primeros 4 nervios espinales lumbares. Estos nervios ascienden en sentido lateral desde la columna vertebral dentro del músculo psoas mayor. El nervio femoral deriva de las ~~ramas~~ dorsales de la segunda a cuarta ramas ventrales lumbares.

El plexo lumbar se comunica con el plexo sacro mediante el tronco lumbosacro, que contiene algunas fibras de la cuarta rama ventral lumbar y todas las fibras de la quinta.

El plexo sacro es parte del plexo lumbosacro que se forma por la unión del tronco lumbosacro con las ramas ventrales del primero al cuarto nervios sacros. El plexo se encuentra en la pared posterior y posterolateral de la pelvis y sus componentes convergen hacia la hendidura ciática. El tronco lumbosacro con las ramas, del tronco lateral del nervio ciático (que forma el nervio peroneo común), nace de la unión de las ramas dorsales de las ramas dorsales del tronco lumbosacro (L4,5) y las ramas dorsales de las ramas ventrales de los nervios espinales S1 y S2.

Bibliografía

Larry, J. J. (2018). Harrison. Principios de Medicina Interna. McGraw-Hill