



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LIC. EN MEDICINA HUMANA**

Alumno: Leo Dan De Jesus Marquez Albores

Docente: Sergio Jiménez Ruiz

**Nombre del trabajo: Control de lectura
“Afección de los plexos y nervios periféricos
parte 1 ”**

Materia: Medicina Física y de Rehabilitación

Semestre: 5

Grupo: A

Comitán de Domínguez, Chiapas. A 21 de octubre del 2021

AFECCION DE LOS PLEXOS Y NERVIOS PERIFERICOS. PARTE I

El sistema nervioso periférico incluye una red de nervios que conecta el cerebro y la médula espinal con los músculos y la piel y en los órganos internos. En pocas palabras el sistema nervioso periférico es el cableado eléctrico de nuestro cuerpo esta compuesto por nervios sensoriales que reciben información desde nuestro entorno. Dentro de los trastornos específicos estarán los neuropatías hereditarias y el tipo más común de la neuropatía es la hereditaria. Las personas afectadas casi siempre se presenta en la primera y tercera década de edad con debilidad de la parte distal de la pierna aunque es posible que los pacientes permanezcan asintomáticos, incluso en una edad avanzada. Las personas con CMT, casi nunca se quejan de entumecimiento y hormigueo de cual puede ayudar a distinguir el CMT de las formas adquiridas en neuropatía en la que casi siempre predomina los síntomas sensitivos. A la exploración resulta predominante desaparición de todas las modalidades de sensibilidad los reflejos por estiramiento muscular son inexistentes y muestran una disminución generalizada y a menudo existe atrofia de los músculos.

Un plexo. Otras causas incluyen la fibrosis
postirradiación después de una radio
terapia por un cáncer de mama. y
igual que la diabetes. La neuritis
braquial aguda neurogica, y 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
problemas inflamatorios de origen
inmunitario o viral. Las manifesta-
ciones de la plexopatía que incluyen
dolor en los miembros inferiores o
y déficit motores o sensitivos que
no se limitan a la distribución
de una raíz nerviosa aislada ni
aguda, los hallazgos incluyen dolor,
en un plazo de 3 a 10 días se
produce debilidad algo intensa que
en general regresa durante los me-
ses siguientes. Los músculos más
afectados a menudo son el serrato
mayor (lo que produce escapula alada)
Otros músculos inervados por tronco
superior, y los músculos inervados
por el nervio interoso anterior (en el
antebrazo es posible que los paciente
no puedan hacer o realizar
un uno con los dedos índice
y el dedo pulgar.

En la parte del diagnóstico oportuno o tardío se recomienda una electromiografía y estudios de la conducción nerviosa por lo general. RM y TC de el plexo apropiado. El diagnóstico de un trastorno de el plexo es seguido en los hallazgos clínicos; debería llevarse a cabo una electromiografía y estudios de la conducción nerviosa para esclarecer su distribución anatómica (incluida la posible participación en raíces nerviosas).

La RM o la TC del plexo apropiado y la columna vertebral a su adyacente, se realiza para detectar posibles anomalías como tumores y hematomas. La RM y TC está indicada para todas las plexo patías no traumáticas a excepción de los casos típicos de la neuritis braquial para su tratamiento va directamente dirigido hacia la causa como bien.

Se tiene el conocimiento o se conoce como el discurso o se conocimiento se le conoce como diversos corticoesteroides aunque se recetan con frecuencia nos han mostrado sus beneficios en los trastornos de el plexo. La cirugía puede estar indicada para las lesiones los hematomas y tumores benignos

Las fracturas del sacro y del anillo pélvico son causas de la lesión del plexo lumbosacro. El hematoma resultante tras la fractura o la propia fractura ocasionan daño en la estructura nerviosa a nivel retro peritoneal. Tradicionalmente este tipo de lesiones nerviosas han sido tratadas de forma conservadora, con un resultado final, insatisfactorio en muchas casos por déficit parcial o total de la función de extremidades inferiores (altura pélvica). La lesión nerviosa del plexo lumbosacro en la extremidad inferior es una patología relativamente desconocida, o en consideración con la lesión nerviosa de plexo braquial en la extremidad inferior en la que el diagnóstico y tratamiento está en un protocolo o protocolizados. La evidencia que se presenta en estas lesiones es baja y quizá desconocidas de la existencia de esta patología. El plexo lumbosacro y el plexo sacro deben considerarse en un trauma independiente ya que la anatomía de ambos y destino de sus ramas terminales es también distinto.

BIBLIOGRAFÍA:

- Harrison: Principios de Medicina Interna, 20ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 1998.
- Abbas A.K. Lichtman A. H. y Pober J. S. 5º Ed. "Inmunología celular y molecular". Sanunders-Elsevier. (2004)