

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura en Medicina Humana

Materia: Medicina Física y de Rehabilitación

*Tema: Afección de los plexos y nervios
periféricos (1º parte)*

Docente: Dr. Sergio Jiménez Ruíz

Alumna: Vanessa Estefanía Vázquez Calvo

Semestre y grupo: 5 B

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 04 de

octubre 2021.

AFECCIÓN DE LOS NERVIOS DE LOS PLEXOS Y NERVIOS PERIFÉRICOS

Los nervios periféricos están compuestos por elementos sensitivos, motores y autónomos. Y la mayor parte de los nervios periféricos son mixtos y contienen fibras sensitivas, motoras y autónomas. Los nervios se dividen en tres clases principales que son: mielinizados grandes, mielinizados pequeños y no mielinizados pequeños. Los axones motores casi siempre fibras mielinizados grandes que conducen con rapidez aproximadamente 50 m/s. Las fibras sensitivas pueden ser de tres tipos. Las que conducen la sensibilidad de la propiocepción y la vibración al cerebro son las fibras sensitivas de diámetro grande y las fibras mielinicas de pequeño diámetro, y las no mielinicas se encargan de producir dolor y la sensibilidad termica. También los nervios autónomos son de diámetro pequeño. Por lo cual las neuropatias perifericas pueden afectar la función sensitiva motora o autónoma ya sea de manera individual o combinada. Las neuropatias perifericas se clasifican en las que afectan sobre todo al cuerpo celular por ejemplo neuropatia o ganglio no patida. Mielina (mielonaopatias) o al axón (axonopatias). Existen tres objetivos principales al valorar a un paciente

con una neuropatía que son 1) Identificar el sitio de lesión, 2) Identificar la causa, 3) determinar el tratamiento adecuado. Se realizan siete preguntas clave en la anamnesis y la exploración física. 1.- ¿Cuáles son los sistemas afectados?, 2) ¿Cuál es la distribución de la enfermedad? 3.- ¿De qué tipo es la afectación sensitiva?, 4) ¿hay evidencia de afectación de la neurona motora superior? 5.- ¿Cuál es la evolución temporal?, 6) ¿Hay evidencia de una neuropatía hereditaria? y 7) ¿El paciente tiene otras enfermedades? Apartir de esas preguntas conforme a las respuestas los trastornos neuropáticos se clasifican en varios patrones según sea la distribución o patrón del compromiso sensitivo, motor y autónomo. Cada patrón tiene un diagnóstico diferencial limitado e información de las pruebas de laboratorio que permiten establecer el diagnóstico. La valoración electrodiagnóstica de los pacientes con sospecha de neuropatía periférica consiste en estudios de conducción nerviosa (NCS) y EMG con aguja. Los datos electrofisiológicos aportan información extra sobre la distribución de la neuropatía que apoyan o refutan los hallazgos del interrogatorio

y la exploración física; pueden confirmar si el trastorno neuropático es una mononeuropatía, múltiple, radiculopatía, plexopatía o polineuropatía generalizada. De igual forma, la valoración EDx puede confirmar si el proceso afecta solo fibras sensitivas, motoras, autónomas o ambas. Los datos electrofisiológicos ayudan a distinguir las axonopatías de las mielopatías, así como entre la degeneración axónica secundaria a ganglionopatías y las axonopatías dependientes de la longitud, más frecuentes. Los NCS son útiles para clasificar una neuropatía como secundaria a la degeneración axónica o a la desmielinización segmentaria. Los potenciales de baja amplitud con conservación relativa de las latencias distales, velocidad de conducción y potenciales tardíos, además de las fibrilaciones en la EMG con aguja, sugieren una neuropatía axónica. En cambio, la velocidad baja de conducción; las latencias distales y potenciales prolongados; la conservación relativa de las amplitudes y la ausencia de fibrilaciones en la EMG con aguja sugieren una neuropatía desmielinizante. La presencia de entretrecimiento no uniforme de la velocidad de conducción, el bloqueo de la conducción y la dispersión temporal sugieren además una neuropatía desmielinizante ad-

quirida. En pacientes con neuropatía periférica simétrica generalizada, una valoración de laboratorio estándar debe incluir biometría hemática completa, química sanguínea básica que abarca electrolitos séricos y pruebas de función renal y hepática: glucosa sanguínea en ayuno; análisis de orina; pruebas de función tiroidea; B12; folato; velocidad de eritrosedimentación; factor reumatoide; anticuerpos antinucleares, electroforesis de proteínas séricas y proteína de Bence-Jones en orina. La cuantificación de la concentración sérica de cadenas ligeras libres y la proporción Kappa/Lambda es más sensible que SPEP que la inmunoelectroforesis o la inmunofixación en busca de gammapatía monoclonal y debe realizarse si se sospecha de amiloidosis. Las pacientes con gammapatía monoclonal deben referirse a un hematólogo para valorar la realización de biopsia de médula ósea. Está indicada la prueba oral de tolerancia en la glucosa en pacientes con neuropatía sensitiva dolorosa incluso si son normales los resultados de glucemia en ayuno y HbA_{1c}, ya que estas pruebas son anormales en casi una tercera parte de los pacientes. Además de los estudios previos, hacerse anticuerpos

BIBLIOGRAFIA:

Jameson J. Larry, J. J. L. (Ed.). (2018). HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA 20 EDICION (20a ed., Vol. 2). McGraw-Hill.

<https://doi.org/10.1177/0269891218606296>