



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“AFECCIÓN DE LOS PLEXOS Y LOS NERVIOS
PERIFERICOS (2ª PARTE)”

MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN

DR:
SERGIO JIMENEZ RUIZ

PRESENTA:
Andrea Montserrat Sánchez López

MEDICINA HUMANA

5° SEMESTRE

OCTUBRE de 2021
Comitán de Domínguez, Chiapas

Afección de los plexos y de los nervios periféricos

- ▷ Polineuropatía sensitiva y sensitivo motora distal simétrica diabética (DSPN)

Es la forma más frecuente de neuropatía diabética, se manifiesta por pérdida sensitiva que comienza en los dedos de los pies y avanza de forma gradual a las piernas, y en dedos de las manos y brazos, cuando es grave, el paciente pierde sensibilidad en el tronco, que inicia en la línea media anterior y luego a los lados.

También puede haber hormigueo, ardor y dolorimiento profundo.

- ▷ Neuropatía autónoma diabética.

Se manifiesta como disfunción de la termorregulación, sequedad en los ojos y boca, anomalías pupilares; arritmias cardíacas; hipotensión postural; alteraciones gastrointestinales y disfunción genitourinaria.

Hipotiroidismo

Lo más frecuente es que se acompañe de una miopatía proximal, pero algunos sujetos desarrollan una neuropatía, casi siempre la del túnel del carpo.

Síndrome de Sjögren

Se caracteriza por el completo sequedad de los ojos, bocas y otras mucosas y puede complicarse por neuropatía. También es posible que haya neuropatía pura de fibras pequeñas o una neuropatía craneal, sobre todo del nervio trigémino.

Artritis reumatoide

Existe neuropatía periférica al menos en 50% de los pacientes y puede ser de origen reumatoide. La neuropatía vasculítica puede manifestarse como monoterapia múltiple, con tipo de afectación simétrica generalizada.

Lupus eritematoso sistémico

Entre el 2 y 27% de los sujetos con LES desarrollan neuropatía periférica. Por lo general experimentan pérdida sensitiva de progresión lenta que comienza en los pies. Algunos pacientes informan dolor ardoso y parestesias.

Esclerosis sistémica (esclerodermia)

La polineuropatía simétrica distal de predominio sensitivo complica el 5-67% de los casos de esclerodermia. Pueden haber también mononeuropatías.

Sarcoidosis

Hay afección de los sistemas nerviosos periférico y central. Algunos pacientes desarrollan radiculopatía o polirradiculopatía. También es factible que exista mononeuropatías múltiples o polineuropatía generalizada de progresión lenta sensitiva, más que motora.

Enfermedad celíaca

Hay complicaciones neurológicas, sobretodo ataxia y neuropatía periférica. Hay informes de polineuropatía sensitivo motora generalizada, neuropatía pura, mononeuropatías múltiples, neuropatía autónoma, neuropatía de fibras pequeñas, y neuromotonia en relación con la enfermedad celíaca o con presencias de anticuerpos contra gliadina.

Enfermedad intestinal inflamatoria

La colitis ulcerativa y la enfermedad de Chron pueden complicarse por GBS, CIDP, polineuropatía sensitiva o sensitivo motora crónica generalizada.

Neuropatía uremica

Cerca de 60% de los pacientes con insuficiencia renal desarrolla una polineuropatía caracterizada por entumecimiento, hormigueo, alodinia y debilidad distal leve dependientes de la longitud. Es posible observar mononeuropatías, la más frecuente de las cuales es el síndrome del túnel del carpo.

Hepatopatía crónica

Aparece neuropatía sensitivomotora generalizada, manifestada por entumecimiento, hormigueo y debilidad motora, sobretodo en las partes distales de las extremidades inferiores.

Polineuropatía de enfermedad grave

Las causas más frecuentes de debilidad aguda son GBS y miastenia grave. Sin embargo, siempre es consecuencia de polineuropatía de enfermedad grave o bloqueo neuromuscular prolongado.

Lepra

Es posible que hayan mononeuropatías, mononeuropatías múltiples, o una polineuropatía sensitivomotora simétrica de progresión lenta. Los NCS sensitivos casi siempre están ausentes en la extremidad inferior y con amplitud reducida en los brazos. Los NCS motores muestran amplitudes disminuidas en los nervios afectados, aunque a veces se observen características desmielinizantes.

Enfermedad de Lyme

Neuropatía facial es la complicación más frecuente, es bilateral en casi la mitad de los casos.

Neuropatía diféctica

Síntomas similares en la gripe, con mialgias generalizadas, cefalea, fatiga, fiebre y irritabilidad una semana a 10 días después de la exposición. Desarrollan neuropatía ~~distal~~ periférica causada por la toxina bacteriana.

VIIH

Puede causar varias complicaciones neurológicas, incluidas neuropatías periféricas. Se incluyen: polineuropatía simétrica distal, polineuropatía desmielinizante inflamatoria, mononeuropatías múltiples, polirradiculopatía, neuropatía autónoma, y ganglions sensitivos.

Virus del Herpes Varicela - zóster

Del 5-30% de los pacientes tienen debilidad en los músculos inervados por las raíces correspondientes al dermatoma donde se distribuyen las lesiones cutáneas.

Citomegalovirus

Puede causar polirradiculopatía lumbosacra aguda y mononeuropatías múltiples en personas infectadas con VIH o con otros estados de inmunodeficiencia.

Virus de Epstein - Barr

La infección se vincula con GBs, neuropatías craneales, mononeuropatías múltiples, plexopatía braquial, radiculoplexopatía lumbosacra y neuropatías sensitivas.

Virus de hepatitis

La hepatitis B y C pueden causar mononeuropatías múltiples secundarias a vasculitis, AIPP o CIDP.

Bibliografía

Harrison, T. R. (2018). Harrison Principios de Medicina Interna . Mexico : McGraw-Hill.