



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia:

MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

Afección de los plexos y de los nervios periféricos (2ª Parte)

Docente:

SERGIO JIMENEZ RUIZ

Alumno: Alfredo Morales Julián

5-B

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 06/10/2021.

Afección de los plexos y de los nervios periféricos (2ª parte)

Lesiones de los plexos periféricos, del plexo braquideo y del lumbosacro.

Cuando hay lesión en el plexo periférico y plexo braquideo puede dar como resultado parálisis cerebrales relacionadas con el nacimiento, traumatismo y tumores periféricos

El plexo braquial es una red de nervios que va desde la médula espinal cervical en el cuello hasta los hombros brazos y manos. Estos nervios son responsables de estimular a los músculos de las extremidades superiores y de dar señales de sensación o tacto del brazo.

Una lesión en uno o más nervios que se mencionaron puede provocar varios grados de debilidad o parálisis y adormecimiento en las extremidades superiores

Los tipos de lesiones incluyen jalones, estiramientos desgarros o compresión nerviosa. Algunas lesiones pueden ser temporales y los pacientes recuperan solo la mayor parte o la totalidad del funcionamiento con terapia ocupacional y tiempo sin embargo cuando la lesión es mucho mayor se puede ayudar con cirugía y terapia

Plexopatías

Plexo braquial

El plexo braquial está compuesto por tres troncos (Superior, medio e inferior) con 2 divisiones = anterior y posterior por tronco.

Más adelante los troncos se dividen en tres cordones (medio, 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 superior; la rama primaria anterior de C5 y C6 se fusionan para formar el tronco superior; la rama primaria anterior de C7 continúa como tronco medio, mientras que las ramas anteriores de C8 y T1 se unen para formar el tronco inferior.

Existen varios factores que a menudo se relacionan con la plexopatía braquial.

Neuropatías del plexo braquial mediada por mecanismos inmunológicos

La neuropatía del plexo braquial inmunológica (IBPN) recibe varios nombres, como plexitis braquial aguda, aniotrofia neuralgica y síndrome de Parsonage-Turner.

Por lo regular, la IBPN se presenta con inicio agudo de dolor intenso e en la región del hombro. El dolor es intenso dura de varios días a unas, cuantas horas, semanas, aunque a veces persiste un dolor sordo.

Es posible que los pacientes no sientan debilidad del brazo en la etapa temprana de la evolución porque el dolor limita el movimiento. Sin embargo conforme el dolor se disipa se perciben la debilidad y a menudo, la pérdida sensitiva.

En ocasiones los ataques recurren.

Los "datos clínicos" dependen de la distribución de la afección (tronco específico, divisiones, cordones o nervios terminales).

El tipo más frecuente de la IBPN afecta a la porción superior del tronco o implica mononeuropatías única o múltiple que afecta sobre todo los nervios supraescapular, torácico, largo o axilar.

También puede afectar al mismo tiempo los nervios frénico e intercosteal anterior. También es posible que cualquiera de estos nervios se afecte de manera aislada.

La valoración EDx permite confirmar y localizar el (los) sitio (s) afectado (s). Con frecuencia se recurre al tratamiento empírico del dolor intenso con glucocorticoides en el periodo agudo.

Plexopatías braquiales relacionadas con neoplasia

Las neoplasias que afectan el plexo braquial pueden ser tumores nerviosos primarios cánceres locales, que se extiendan 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 hacia el plexo. Por ejemplo el tumor de Pancoast del lóbulo superior del pulmón puede invadir o comprimir la porción inferior del tronco, mientras que una linfoma primaria originario de los ganglios linfáticos cervicales o axilares también podrían infiltrar al plexo.

Plexo lumbosacro

se origina de las raíces primarias ventrales de los primeros cuatro nervios espinales lumbares.

Estos nervios descienden 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 rama ventrales lumbares.

El nervio obturador nace de las ramas ventrales de las mismas ramas lumbares.

El plexo lumbar se comunica con el plexo sacro mediante el tronco lumbosacro que contiene algunas fibras de la cuarta rama 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 de 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 lateral del nervio ciático (que forma el nervio peroneo común) nace de la unión de las ramas dorsales del tronco lumbosacro (L4, L5) y las ramas dorsales

Referencia:

JAMESON, L. A. R. R. Y. (2018). *Harrison: Principios de medicina interna* (1.^a ed., Vol. 2). McGraw-Hill Education.