



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**Materia:**  
**Medicina Física y rehabilitación**

**DR. Sergio Jiménez Ruiz**

**Presenta:**  
**Fátima Andrea López Álvarez**  
**5\* B**

**Lugar y fecha**  
**Comitán de Domínguez Chiapas a 06/10/21**

## → AFECCIÓN DE LOS PLEXOS PERIFÉRICOS ←

La CSPN es un diagnóstico de exclusión, se establece después de la anamnesis cuidadosa, de los antecedentes médicos, familiares y sociales; exploración neurológica y pruebas de laboratorio dirigidas. A pesar de la extensa valoración, la causa de la polineuropatía queda como idiopática hasta en 50% de los pacientes. Este trastorno suele comenzar en el sexto o séptimo decenio de edad. Se quejan de entumecimiento distal, hormigueo, y a menudo, dolor ardoroso que siempre comienza en los pies y al final afecta los dedos de las manos y las manos, pérdida de sensibilidad distal al pinchazo, contacto y vibración en los dedos de la piel y los pies, en ocasiones en los dedos de las manos. Es infrecuente que haya deficiencias significativas en las percepciones, aunque es posible que los pacientes se quejen de problemas en la marcha. La mayoría tiene evidencia de pérdida de fibras grandes y pequeñas en el examen neurológico y en el EDx, 10% de los individuos tiene indicios de afectación de las fibras pequeñas, con frecuencia desaparece el reflejo de estiramiento muscular en el tobillo, aunque es probable que se conserve en casos con pérdida predominante de fibras pequeñas. Los hallazgos varían EDx desde anomalías aisladas en el potencial de acción de nervios sensitivos, hasta indicios de neuropatías sensitivomotoras axónicas y hasta resultados normales. El tratamiento principal es controlar el dolor neuropático, si existe. No utilizarse cuando solo presentan entumecimiento y hormigueo. Aunque no hay tratamiento específico que pueda revertir una neuropatía periférica distal idiopática, el pronóstico es bueno. El trastorno no avanza o la progresión es mínima, con síntomas y signos sensitivos que avanza o la progresión en sentido proximal a las rodillas y codos. No causa discapacidad motora significativa con el tiempo. Neu

## Neuropatía del mediano:

**El síndrome del túnel del carpo** = es la compresión del nervio mediano en el túnel referido, en la muñeca.

## ► Plexopatías.

**P. Braquial** = está compuesta por tres troncos (superior, medio e inferior, con divisiones (anterior y posterior) por tronco, más adelante los troncos se dividen en 3 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 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.

La neuropatía del plexo braquial **inmunitaria (Plexis braquial, amiotrofia neuralgica y síndrome de Parsonage-Turner** por lo regular la (IBPN) se presenta con inicio agudo de dolor intenso en la región del hombro, el dolor intenso dura de varios días a unas cuantas semanas, aunque a veces persiste el dolor sordo. No debilidad en etapa temprana porque el dolor limita el movimiento, conforme el dolor se disipa se percibe la debilidad y a menudo, la pérdida sensitiva. Los datos dependen de la distribución de la afectación, la valoración ED<sub>x</sub> permite confirmar y localizar los sitios afectados. Tratamiento empírico del dolor intenso con glucocorticoides en el periodo agudo.

**Plexopatías braquiales relacionados con neoplasias** = pueden ser tumores nerviosos primarios, cánceres locales que se extienden al plexo o tumores metastásicos. Son menos frecuentes los tumores primarios que las neoplasias secundarias. Surgen de neoplasias locales que se extienden hacia el plexo. El daño metastásico puede ocurrir por diseminación a los nervios.

Cercanos.

### Plexopatías Parioperatorias (estenotomía mediana)

Los procedimientos quirúrgicos complicados son las estenotomías medianas. Se presenta en 5% de los pacientes después de una esternotomía y casi siempre afecta la porción del tronco inferior, las personas manifiestan un trastorno sensitivo que afecta la parte medial del antebrazo y mano, además de debilidad de los músculos intrínsecos de la mano. La relación con el estiramiento de la porción inferior del tronco, por lo que la mayoría de los individuos se recupera en unos cuantos meses.

### Plexo Lumbosacro.

El plexo lumbar: se origina de las ramas primarias ventrales de los primeros cuatro nervios espinales lumbares, descienden en sentido lateral desde la columna vertebral dentro del músculo psoas mayor. El femoral deriva de las ramas dorsales de las segunda a cuarta ramas ventrales lumbares. El obturador nace de las ramas ventrales de las mismas ramas lumbares. El lumbar se comunica con el sacro mediante el tronco lumbosacro, que contiene fibras de la cuarta rama ventral lumbar y todas las fibras de la quinta.

Se forma por la unión de tronco lumbosacro con las ramas ventrales del primero al cuarto nervio sacro, se encuentra en la pared posterior y posterolateral de la pelvis y sus componentes convergen hacia la hendidura ciática.

Las plexopatías se reconocen cuando existen deficiencias motoras, sensitivas, reflejas en múltiples nervios y distribuciones segmentarias limitadas a una extremidad. Pueden ser bilaterales, casi siempre se desarrollan en forma gradual y en momentos distintos. El diagnóstico diferencial incluye trastornos del cono medular y la cauda equina. (Polirradiculopatía).

Si el dolor y daño sensitivos son ligeros, debe considerarse la enfermedad de la neurona motora.

Las causas frecuentes, la neuropatía diabética causa frecuente debilidad dolorosa en piernas, son una complicación bien reconocida de hemorragia retroperitoneal, tumores malignos primarios y metastásicos.

Un tratamiento frecuente para neoplasias malignas es la radiación y el campo expuesto puede incluir partes del plexo braquial, a veces es difícil determinar si una nueva plexopatía braquial o lumbosacra se debe a una presencia tumoral dentro del plexo o a daño nervioso causado por radioterapia.

La radiación puede causar anomalías microvasculares y fibrosis en los tejidos circundantes, lo que daña axones y células de Schwann. La plexopatía inducida por radiación puede aparecer meses o años después del tratamiento y depende de la dosis.

La invasión tumoral es dolorosa y afecta más a la porción inferior del tronco, lesión por radiación es indolora y afecta a la parte superior del tronco. La EMG aporta información útil si se observan descargas semejante a las musculares, hallazgo que refiere daño por radiación.

La mayoría de los pacientes con plexopatías se valoran con MRI y pruebas EDx. El dolor intenso de la plexopatía lumbosacra idiopática a veces responde a un ciclo corto de glucocorticoides.

REFERENCIA:

**Kasper., D. (2019). HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA (20.a ed., Vol. 2)  
[Libro electrónico].**