



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

MATERIA:

Medicina física y de rehabilitación

DOCENTE: Dr. Sergio Jiménez Ruiz

PRESENTA: Heydi Antonia Coutiño Zea

5 -"B"

LUGAR Y FECHA:

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS A 06 DE OCTUBRE DE 2021.

LESIONES DE LOS

PLEXOS PERIFERICOS, DEL PLEXO BRAQUIAL Y DEL LUMBOSACRO.

El plexo braquial está compuesto por tres troncos (superior, medio e inferior), con dos divisiones (anterior y posterior) por tronco. Más adelante, los troncos se dividen en tres 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 unen 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 trastornos que a menudo se relacionan con la plexopatía braquial.

Neuropatía del plexo braquial mediada por mecanismos

Inmunitarios: Recibe varios nombres, como plexitis braquial aguda, omotrofia neurálgica y síndrome de Parsonage-Turner.

Por lo regular, la IBPN se presenta con inicio agudo de dolor intenso en la región del hombro. Los datos clínicos dependen de la distribución de la afectación (p. ej., tronco específico, divisiones, cordones o nervios terminales). El tipo más frecuente de la IBPN afecta la porción superior del tronco o implica mono neuropatías única o múltiples que afectan sobre todo los nervios supraescapular, torácico largo o axilar. La valoración EDX permite confirmar y localizar el afectado. Con frecuencia se recurre al tratamiento empírico del dolor intenso con glucocorticoides en el periodo agudo.

Plexopatías braquiales relacionadas con neoplasias:

Las neoplasias afectan al plexo braquial pueden ser tumores nerviosos primarios, cánceres locales que se extienden al plexo (p. ej. tumor pulmonar de Pancoast o linfoma) o tumores metastásicas. Los tumores primarios del plexo braquial son menos frecuentes que las neoplasias secundarias; incluyen schwannomas, neurinomas y neurofibromas. Los tumores de Pancoast casi siempre se manifiestan por el dolor en el brazo de insidioso; trastorno sensitivo en la cara medial del antebrazo y la mano y debilidad y atrofia de los músculos intrínsecos de la mano, junto con síndrome de Horner (p. abilateral). La CT a MRI del tórax permiten demostrar la extensión del tumor hacia el plexo.

Plexopatías perioperatorias (esternotomía mediana):

Los procedimientos quirúrgicos complicados más a menudo por plexopatía braquial son los que incluyen esternotomía mediana (p. ej. cirugías a corazón abierto y toracotomías)

La plexopatía braquial se presenta hasta en 5% de los pacientes después de una esternotomía mediana y casi siempre afecta la porción inferior del tronco.

Plexo lumbosacro: El plexo lumbar se origina de las ramas 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 plexo lumbar se comunica con el plexo sacro mediante el tronco lumbosacro, que contiene algunas fibras de la quinta.

El plexo sacro es parte del plexo lumbosacro que se forma por la unión del tronco lumbosacro con las ramas ventrales del primero al cuarto nervios sacros. El plexo se encuentra en la pared posterior y postero-lateral de la pelvis y sus componentes convergen hacia la hendidura ciática. El tronco medial del nervio ciático (que forma el nervio tibial) nace de las divisiones ventrales de las mismas ramas ventrales.

Plexopatías lumbosacras: Por lo general, las plexopatías se reconocen cuando existen deficiencias motoras, sensitivas y, si es aplicable, reflejas en múltiples nervios y distribuciones segmentarias limitadas a una extremidad. Cuando es posible llevar a cabo su localización dentro del plexo lumbosacro, la mejor localización que puede esperarse es la designación como plexopatía lumbosacra, plexopatía sacra, lesión del tronco lumbosacro o plexopatía.

El diagnóstico diferencial de la plexopatía incluye trastornos del cono medular y la cauda equina.

Las causas son:

- Hematoma retroperitoneal
- Absceso en el psoas
- Neoplasia maligna
- Neoplasia benigna
- Radiación
- Amiloidosis
- Radiculoplexopatía diabética
- Radiculoplexopatía idiopática
- Sarcoidosis

- Ocusión / cirugía abierta
- Posición de litotomía
- Artropatía de cadera
- Fractura pélvica
- Lesión obstétrica

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.

Los nervios periféricos están compuestos por elementos sensitivos, motores y autónomos. Las enfermedades pueden afectar el cuerpo celular de una neurona, sus prolongaciones periféricas (axones) o las vainas de mielina que los recubren.

La mayor parte de los nervios periféricos son mixtos y contienen:

- Fibras sensitivas
- motoras
- autónomas.

Los nervios pueden dividirse en tres clases principales:

- Mielinizados grandes
- Mielinizados pequeños
- No mielinizados pequeños

Los axones motores casi siempre son fibras mielinizadas que conducen con rapidez (50 m/s).

REFERENCIA

JAMESON, FAUCI, KASPER , HAUSER, LONGO , & LOSCALZO . (s.f.). HARRISON PRINCIOS DE MEDICINA INTERNA (20ª ed., Vol. 2). Mc Graw Hill Education.