



# **Universidad del Sureste**

**Licenciatura en Medicina Humana**

**Docente:**

**DR.- SERGIO JIMENEZ RUIZ**

**Alumno:**

**Russell Manuel Alejandro Villarreal**

**Semestre y grupo:**

**5 "B"**

**Materia:**

**MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION**

**Proyecto:**

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

**Comitán de Domínguez, Chiapas a; 04 de octubre de 2021.**

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

### Lesiones de los plexos periféricos, plexo braquial y 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 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. 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, amiotrofia neurológica o síndrome de Parsonage-Turner. Por lo general, la "IBPN" se presenta con inicio agudo de dolor intenso en la región del hombro. Por lo general el dolor intenso dura varios días...

en unas cuantas semanas, aunque a veces persiste un dolor sordo. Es posible que los pacientes no perciban debilidad en el brazo en la etapa temprana de evolución porque el dolor limita el movimiento. Sin embargo, mientras el dolor se disipa se perciben debilidad y, a menudo, la pérdida sensitiva. 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 a la porción superior del tronco o implica mononeuropatías únicas o múltiples que afectan sobre todo los nervios supraescapular, torácico lateral o axilar. Además, pueden afectarse al mismo tiempo los nervios frénico e interóseo anterior. También es posible que cualquiera de estos nervios se afecte de manera aislada.

**Plexopatías braquiales relacionadas con neoplasias:**

Las neoplasias que afectan el plexo braquial pueden ser tumores nerviosos primarios, cánceres locales que se extienden al plexo (p.ej. Tumor pulmonar de pancoast o linfoma) o tumores metastásicos. Los tumores primarios del plexo braquial son menos frecuentes que las neoplasias secundarias; incluyen...

Schwannomas, neurismas 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.

Plexopatías perioperatorias (esternotomía  
mediana):

Los procesos quirúrgicos complicados más  
a menudo por plexopatía braquial son 10 que  
incluyen esternotomía mediana (p.ej. - cirugía  
a corazón abierto y toracotomías). La  
plexopatía braquial se presenta hasta en  
5% de los pacientes después de una estemo-  
tomía 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 nervio femoral deriva de las  
ramas dorsales de las segunda y cuarta  
ramas 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  
fibras de la cuarta rama ventral lumbar.

## 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.

Aunque las plexopatías lumbares pueden ser bilaterales, casi siempre se desarrollan en forma gradual y en momentos distintos; es más probable que las plexopatías sacras se comporten de esta manera por su mayor proximidad anatómica.

El diagnóstico diferencial de la plexopatía incluye trastornos del cono medular y la cauda equina (polirradiculopatía). Si el dolor y el daño sensitivo son leves, también debe considerarse la enfermedad de la neurona motora.

Las causas de plexopatías lumbosacras son variadas y la radiculopatía diabética es una causa bastante frecuente de debilidad dolorosa en las piernas.

## Bibliografía:

Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e. J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo