

UNIVERSIDAD PRIVADA ABIERTA LATINOAMERICANA - UPAL
FACULTAD CIENCIAS MEDICAS
CARRERA: MEDICINA

**TRABAJO PRACTICO DE
TRAUMATOLOGIA**

**EXAMEN CLINICO DE LOS
TRAUMATISMO DE LOS NERVIOS
PERIFÉRICOS**

DOCENTE : DR. RICARDO ZABALA
ALUMNA : MARCIA CALINCA USINGER
SEMESTRE : IX SEMESTRE
GRUPO : III
ROTACION : 04/09/2000 al 14/10/2000

COCHABAMBA, 10/X/2000

EXAMEN FISICO DE TRAUMATISMO DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS

En una historia clínica además de los exámenes de rutina que se hace como la fuerza muscular el trófismo muscular debemos también observar la marcha del paciente, las sensibilidades dolorosas y térmica y los reflejos osteotendinosos.

El examen neurológico es, sobre todo, un examen funcional y en la traumatología la observación del paciente es muy importante desde el momento en que entra en contacto.

En una historia clínica de un traumatismo debemos saber la fecha, actividad y posición del miembro en el momento del accidente, carácter inmediato o secundario de la lesión nerviosa, naturaleza del trauma y agente causador.

LA FISIOPATOLOGÍA:

Comprende tres grados de lesión:

- 1- Neuropraxia: Interrupción fisiológica de la vaina de mielina. Recupera en 3-6 semanas.
- 2- Axonotmesis: Interrupción de axones y vaina de mielina. Recupera 4-6 meses y puede que se produzca fibrosis cicatricial intraneural y no se completa la recuperación.
- 3- Neurotmesis: Interrupción del epineuro, vaina mielina y axones (sección del nervio) no hay recuperación y se requiere tratamiento quirúrgico.

MECANISMO DE LESIÓN DE UN NERVIIO:

- 1- Compresión: Los más vulnerables son el radial y el ciático poplíteo externo (CPE) por su fijación al esqueleto. Provocan parálisis distal con mano o pie caído frecuente en el ebrio que se denomina “ parálisis sabatina “ que es cuando el queda dormido sobre el brazo y viene a consulta generalmente el día lunes con la mano caída. Tratamiento con férula por 3 semanas y que mantenga la muñeca y las metacarpofalángicas en extensión.

- 2- Heridas: Hay que sospechar siempre que una herida este ubicada cerca un trayecto nervioso y que distalmente observamos alguna alteración sensitivo motora. En gran mayoría causa neurotmesis.
- a) Las heridas corto punzantes.
 - b) Las heridas contusas y/o dilacerantes por mecanismo de alta energía.
 - c) Heridas que comprometen planos profundos.
 - d) Heridas con arma de fuego, perdigones, escopetas o artefactos explosivo
- 3- Fracturas y/o luxaciones: Complicaciones poco frecuentes.
- 4- Tracción de extremidad superior: Elongación del plexo braquial y es una lesión grave.

SIGNOS FUNCIONALES:

- 1-Dolor: a) asiento, proyección, grado y tipo (ligero, moderado, ardiente, impide o no el sueño).
- b) tiempo (continuo o intermitente)
 - c) factores desencadenantes o agravantes con el movimiento, temperatura y posición del Miembro.
 - d) factores calmantes
 - e) evolución.
 - f) síntomas y signos que acompaña el dolor.
 - g) parestesias.

2- Parálisis: Importante después de un traumatismo e impedimento funcional real del miembro.

EL EXAMEN:

- 1- La herida:
- a) Las lesiones de las partes blandas.
 - b) El neuroma, su localización exacta, su sensibilidad.
 - c) El estado de los vasos. Examen del estado vascular, búsqueda de un eventual aneurisma.
- 2- Movimientos pasivos: de las articulaciones , medir rigidez. Se puede observar actitud viciosa y hay que eliminar las retracciones tendinosas o musculares.

- 3- La función motriz: movilización activa.
- a) Ser siempre comparativa del lado enfermo con el lado sano
 - b) Motricidad voluntaria.
 - c) Músculos (consistencia y tono).
 - d) Movimientos anormales y fenómenos de suplencia.
 - Retracción de los músculos y tendones inactivos.
 - Anomalía de inervación.
 - Anomalía de inserción.
 - e) Marcha en los traumatismos de la extremidad inferior
 - f) Los reflejos.

FUNCIÓN SENSITIVA:

Primeramente pedimos que el paciente delimite el mismo la zona del trastorno sensitivos, subjetivos y de las parestesias.

- 1- El tacto: a) anestesia
b) hipoestesia
c) hiperestesia
- 2- El dolor: a) analgesia
b) hipoalgia
c) hiperalgia

SENSIBILIDAD PROFUNDA:

Buscar sensibilidad dolorosa profunda al presionar los músculos. Buscar sensibilidad ósea, que se comprobara con diapasón.

TRASTORNOS TROFICOS:

- 1- Cambio de la temperatura de la piel (calor local / enfriamiento).
- 2- Modificación de coloración de la piel las más frecuentes son la cianosis y la rubefacción.
- 3- Modificación de la textura de la piel.

- 4- Modificación de las uñas : Investigar su crecimiento y su forma.
- 5- Atrofia digital: adelgaza el tejido celular subcutáneo y dedo es de forma afilada.
- 6- Ulceración y mal perforante: especialmente notorio en las lesiones del mediano y del nervio tibial posterior.
- 7- Trastorno de la sudoración.

PARÁLISIS DE LOS PLEXOS Y NERVIOS PERIFÉRICOS DEL MIEMBRO SUPERIOR

PLEXO BRAQUIAL:

Se origina de las ramas ventrales de los cuatro últimos nervios raquídeos cervicales y de las primeras ramas ventrales de los nervios raquídeos torácicos.

Se sitúa en una parte en el cuello y en parte en la axila. Respectivamente tiene la porción supraclavicular se relaciona con la arteria subclavia y que emiten los nervios escapulares dorsales del serrato mayor, de la subclavia y del supraescapular.

La porción infraclavicular sus ramas son los nervios pectorales mayor o torácico anterior mayor y menor o torácico anterior, accesorio del braquial cutáneo interno, mediano, cubital, radial, subscapular, dorsal ancho y axilar.

PARÁLISIS DE LOS PLEXOS BRAQUIAL:

La afección de la totalidad del plexo origina una parálisis total de la extremidad superior.

Solo nos interesa una parte del plexo:

- la dirección vertical de las raíces superiores (C5-C6)
- la horizontal de las inferiores (C3-D1)

LAS PARÁLISIS SUPERIORES: (Duchenne Erb / C5-C6-C7)

Con frecuencia debe a la tracción de extremidad superior hacia abajo, con inclinación de la cabeza del lado opuesto.

- 1- Parálisis de la abducción del hombro (deltoides) C-5
- 2- Parálisis de la flexión del ^{Codo} ~~h~~ado (bíceps, braquial anterior, supinador largo) C6.
- 3- Parálisis de la extensión de la muñeca y de los dedos (cuando hay lesión a nivel de la C7).

“Mano sana y extremidad superior inerte”.

LAS PARÁLISIS INFERIOR: (Dejerine klumpke)

Quando afecta C8-D1 y también C7. Se da por una tracción de la extremidad superior hacia atrás. Este tipo es menos frecuente que el superior. Produce:

- 1- Parálisis y atrofia de todos los músculos de la mano (C8).
- 2- Parálisis flexores de la muñeca (C8).
- 3- Parálisis de la extensión muñeca y de los dedos cuando es C7.

Hay trastornos tróficos importantes:

- 1- Edema
- 2- cianosis
- 3- trastornos de sudoración a nivel de la mano
- 4- caída del vello
- 5- uñas frágiles

“Hay una mano enferma y extremidad superior sana”