

PBO

Unilateral Bilateral

Predominancia de lado (Izquierdo o derecho) y por genero

Plexo braquial

-> **estructura compleja**

-> **Nervios raquideos**

Tonco primario Superior (C5-C6)

Tronco primario medio (C7)

Tronco Primario Inferior C8-T1

Tronco secundario N.mediano, N.Circunflejo, N.rdial, N.cubital, N. Musculocutaneo

Ramas C5-C6: Se lesionan con más facilidad

Fisiopatología

Descenso del hombro + flexion lateral cervical	Separacion cuello-hombro, lesion C5,C6,C7
------------------------------------------------	-------------------------------------------

Separacion brusca brazo+ traccion. Lesion C8-T1

Tipo de lesion

Neuroapraxia

Axonotmesis

Neurotmesis

Lesiones Preganglionares

Lesiones Postganglionares

Recuperacion del paciente entre 1-18 meses aprox

Complicacion

Luxacion Hombro

Rigidez Hombro/Fijacion escapula

Deformidad

Acortamiento

Dismetria Brazo afectado

Desequilibrio muscular

Complicacion (cont)

Fractura clavícula

Diagnostico

Clinica

RX

EMG (électromiografía)

Objetivos

Proporcionar condiciones para recuperacion funcional MS

Fomentar movilidad activa MS y la sensibilidad

Mejorar la funcion motriz MS

Estimular la sensibilidad

Mejorar la funcion de apoyo del MS

Favorecer el desarrollo del esquema corporal

Prevenir y tratar deformidades y complicaciones MS Afectado

Favorecer el desarrollo motor con inclusion del MS afectado en las adquisiciones

Orientaciones a la familia, orientar a los profesores

Favorece la actividades manual

Diagnostico

Pseudoparalisis por dolor (Fractura)

Lesion Neurologica fuera del plexo braquial (PCI, Lesion medular)

Hemangiomas neonatal

Compresion cervical

Exostosis de la primera costilla

Neoplasia congenita

Sintomas iniciales

Posicion típica MS afectado segun las raices lesionadas

Reduccion de la movilidad del MS

Flacidez/hipotonia MS

Alteracion reflejos primitivos: Grasping (débil), Moro, Tónico crevical asimétrico

Clasificacion

Superior o De duchenne-Erb. C5-C6

Brazo en ADD, RI/Ext codo/Prono antebrazo

Disminucion tono muscular+sensibilidad

Abolicion reflejos Bicipital Y Estiloradial

Limitacion movilidad

C5,C6,C7 o Erb-extendida

Igual que la anterior + Affec Triceps

Limitacion de la ABD, RE/Ext codo/ muñeca y mano con cierta flex

C5 a C8,T1 o paralisis total

Disminucion Tono muscular

ROT abolidos, sensibilidad

Alteracion reflejos primitivos

Síndrome de Horner

Inferior O Dejerine-Klumpke C8-T1

Flex, supi, codo, extension carpo hiperextension MCF, flexion IF

Debilidad dedos/ Alteracion funcion

Problemas manipulacion

Alteracion reflejos primitivos

Síndrome de Horner

Fases del Tratamiento

1er Fases (3e primeras semanas)

2e Fases (4e semana: Fisioterapia)
Movilizacion pasivas

Incorporacion MS
esquema Corporal

ESTimulacion Sensibilidad

Movilizacion Activa:
Estimulacion del movimiento

Tratamiento postural

Electroterapia

3e Fases:
Alrededor de los 3 meses

Valorar flexion codo activa y ABD

Si no hay recup biceps,
Deltoides = Qx

Examen clinico

Recien nacido-Posicion tipica

Reflejo Moro. Asimétrico

R. Prension







ROT abolidos segun lesion

Alteracion sensibilidad, movilidad articular,
respuestas activas

Puede existir paralisis hemidiafragmatica

Posicion y Movilidad de escapula

Clasificacion Mallet

	1	2	3
Abduction	 < 30°	 30° a 90°	 > 90°
External rotation	 0°	 < 20°	 > 20°
Hand on back of neck	Impossible	Difficult	Easy
Hand on back	Impossible	S 1	T 12
Hand in mouth	Clarinet sign	Small clarinet	

Escala

Escala Sensitiva de Narakas

S0 No reaccion a estimulo dolorosos ni tactiles

S1 Reaccion a estimulacion doloroso pero no tactiles

S2 Reaccion a estimulo tactiles pero no ligero

S3 Sensibilidad aparentemente normal

Escala de evaluacion Motora de Gilbert y Tassin

M0 No contraccion

M1 Contraccion, no movimiento

M2 Movimiento a favor de la gravedad

M3 Movimiento completo contra la gravedad

Evolucion Lenta

Extension lesion

Recuperacion (entre 1-18meses)

Fase inicial

Fase de regresion

Fase de secuelas

Importante EMG de control de control-R-
enervacion

Mayoría lesiones-Menos grave

PBO superior: Buen pronostico en la
mayoría casos

Tratamiento Qx

3-4 meses Microcirugia

Tras la intervacion-
Recuperacion lenta =TTo Fisiso

Fisiso post-Qx

Inmovilizacion

Igual que en el TTo conservador

No forzar movimiento

Tratamiento Fisiso

Juegos

Motricidad fina

AVD

Equilibrio

Esquema corporal

Fuerza muscular

Columna vertebral