

Plexopatía braquial en POLITRAUMATIZADO asociada a fractura de **húmero proximal** y luxación acromioclavicular



Lorenzo Machado R¹, Rodriguez Matute¹, López Morales M², Sierras Cristiá A¹, Luque Valenzuela M², Cartagena Roa L²
¹ MIR COT Hospital General Básico Santa Ana (Motril) ² FEA COT Hospital General Básico Santa Ana (Motril)



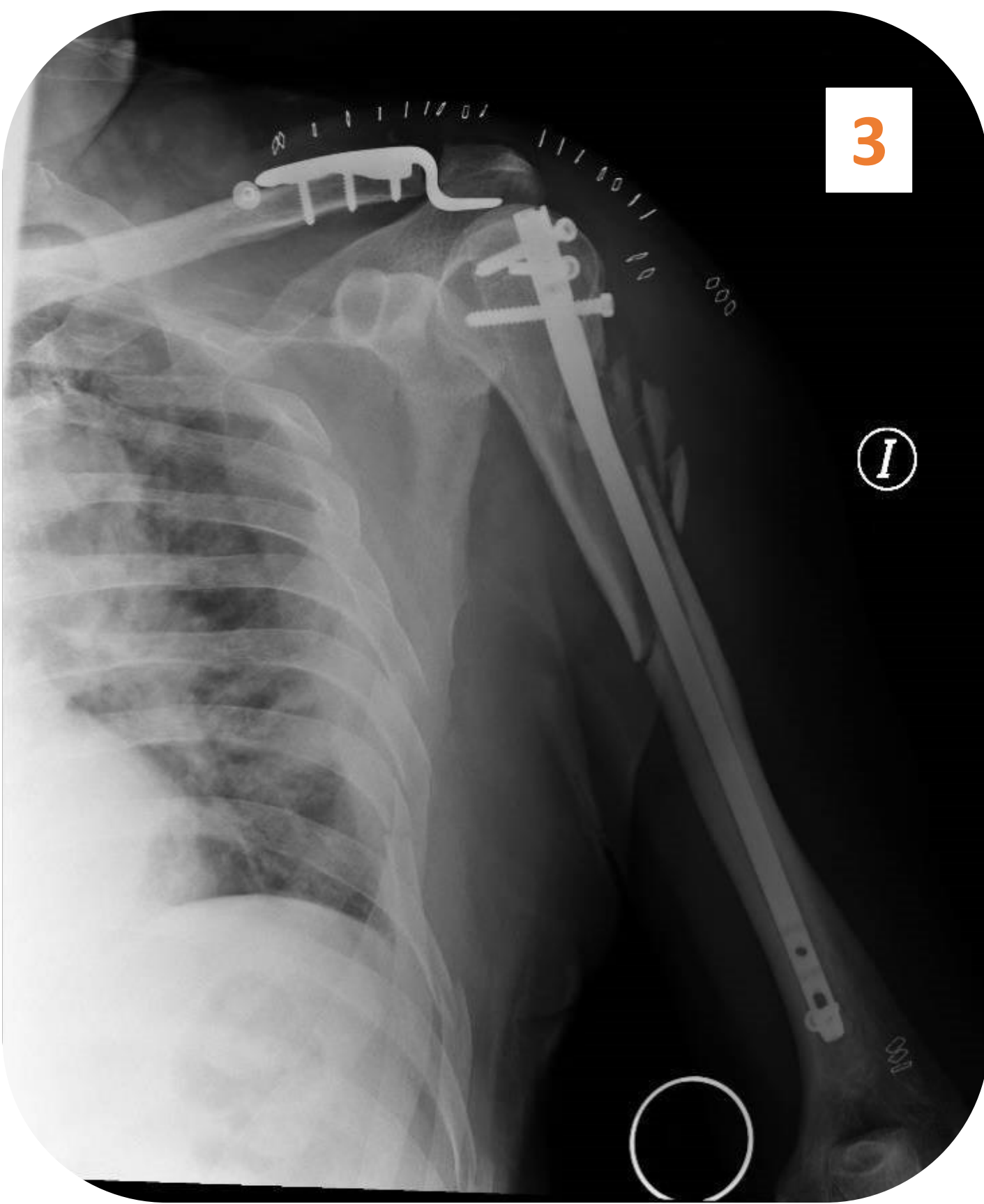
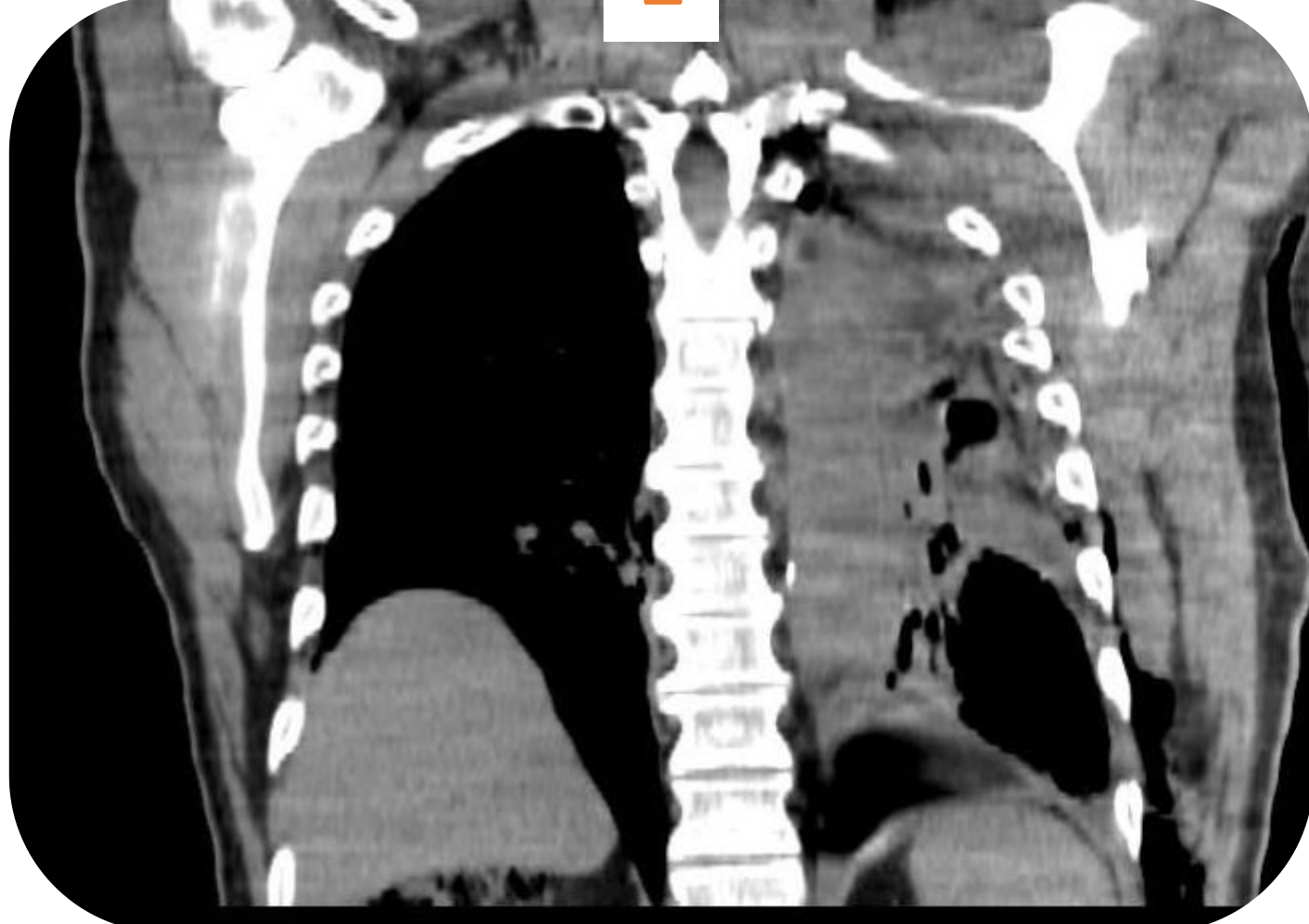
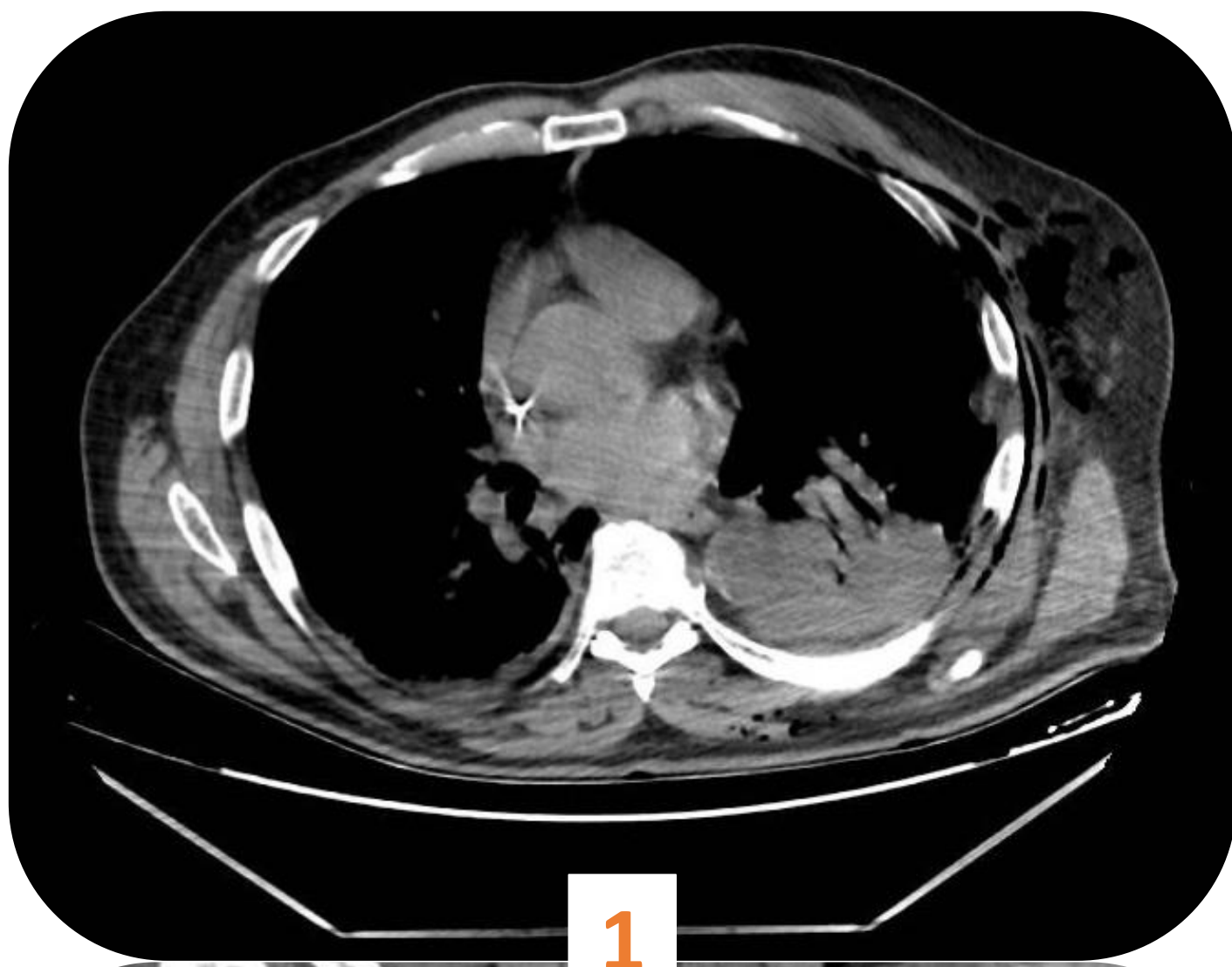
La PLEXOPATÍA BRAQUIAL traumática en adultos es relativamente poco frecuente (**0.2-1.2% de politraumatizados**), llegando hasta el **4.2%** en **jóvenes en accidentes de moto**. La evaluación incluye una exploración detallada, estudios neurofisiológicos y de radiodiagnóstico. El mecanismo de producción, el momento quirúrgico, la priorización en la restauración de la función, y las expectativas del paciente son conceptos claves en el manejo quirúrgico. La neurólisis, los injertos/transferencias nerviosas se deberían realizar en los 6 primeros meses y las transferencias tendinosas en agudo o más tardíamente. Entre las funciones a restablecer prevalece la estabilidad del hombro, la flexión del codo y la prensión de la mano.



Destacar la importancia en la **detección precoz** de la **plexopatía cervico-braquial** en pacientes **politraumatizados**.



Varón de 55 años que sufre **accidente de bicicleta** en carretera con **traumatismo torácico severo y brazo izquierdo**. Se diagnostica en TC de fracturas desde 5º al 8º arco costal izquierdos con **volet costal** y **enfisema subcutáneo**, **hемoneumotórax** izquierdo (1), **fractura conminuta de extremidad proximal de húmero izquierda** y **luxación acromioclavicular grado III** izquierda (2). Precisa de ingreso en UCI para estabilización ventilatoria con toracocentesis. Tras mejoría se realiza reducción cerrada y fijación interna con **clavo anterógrado endomedular PHN T2** e implantación de **placa gancho** (dos tiempos) (3). En revisiones posteriores al alta se evidencia atrofia progresiva de deltoides. El **EMG-ENG** muestra **neuroapraxia/axonotmesis parcial leve C2/C3** destinadas al asa del hipogloso y nervio espinal, axonotmesis parcial troncular superior y cordonal posterior con afectación de supraescapular, musculocutáneo y subescapular, radial respectivamente, así como sensitivo cubital y axonotmesis completa del axilar. **DASH 75%**.



A los 7 meses, se realiza **neurotización** de la **rama anterior** del nervio **circunflejo** con la **rama del radial** de la **cabeza larga del tríceps**. Tras **85 sesiones de rehabilitación con técnicas** de facilitación neuromuscular propioceptiva (Kabat), isocinéticos y electroestimulación presenta un balance muscular de tríceps de 4-/5 y deltoides 3/5, flexión de codo y motilidad fina distal conservada. **DASH 45%**.



Las lesiones traumáticas del plexo braquial generan una **gran morbilidad** con severa disfunción del miembro superior, por lo que es necesario un diagnóstico y tratamiento precoces en politraumatizados para **minimizar secuelas**.

