



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO COLUMNA LUMBAR

PLEXO LUMBOSACRO (T12-S5)
CAVIDAD INTRAABDOMINAL

PATRÓN CLÍNICO

- Diversos grados de dolor uni o bilateral en espalda baja, muslo, cara posterior pelvis.
- Pérdida de fuerza y volumen muscular en muslo.

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Diabetes II instaurada de larga evolución.
- Fase final embarazo.
- Vascular (aneurisma aortica).
- Vascular (endofibrosis iliaca interna) sobre todo en pac. >70ª
- Procesos neoplásicos.
- Traumatismos (poco frecuentes).

DIAGNÓSTICO

- Historia clínica y exploración física.
- Pruebas complementarias según etiología

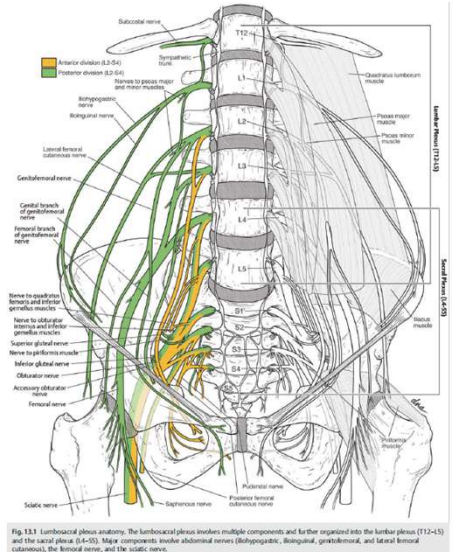


Fig. 13.3 Lumbosacral plexus anatomy. The lumbosacral plexus involves multiple components and for the organized into the lumbar plexus (T12-L5) and the sacral plexus (L4-S5). Major components involve abdominal nerves (lumbosacral, lumbosacral, genitofemoral, and lateral femoral cutaneous), the femoral nerve, and the sciatic nerve.

Mackinnon and Yee. 2015 **Clinical Patterns**
IMPROVING YOUR SKILLS

162



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO COLUMNA LUMBAR

THE BORDERS NERVES (T12-S5)
CRESTA ILÍACA/ABDOMEN INFERIOR/CANAL INGUINAL

PATRÓN CLÍNICO

- Dolor inguinal/muslo cara medial+dolor testicular o labio mayor.
- El dolor suele tener una cualidad ardiente y a veces se describen síntomas punzantes o lancinantes.

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Cirugía abdominal inferior/inguinal.
- Hipertrofia recto abdominal inferior.
- Traumatismo directo.

DIAGNÓSTICO

- Ilioinguinal: EMG/debilidad T. del abdomen y oblicuo interno.
- Atrapamiento distal: Tinel.
- N.genitofemoral: EMG no válida/reflejo cremáster/caída testicular.
- Pruebas complementarias según etiología

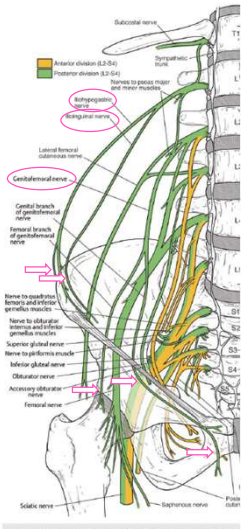


Fig. 13.3 Lumbosacral plexus anatomy. The lumbosacral plexus involves multiple components and for the organized into the lumbar plexus (T12-L5) and the sacral plexus (L4-S5). Major components involve abdominal nerves (lumbosacral, lumbosacral, genitofemoral, and lateral femoral cutaneous), the femoral nerve, and the sciatic nerve.

Mackinnon and Yee. 2015 **Clinical Patterns**
IMPROVING YOUR SKILLS

163



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO
COLUMNA LUMBAR

MERALGIA PARESTÉSICA/N. CUTÁNEO FEMORAL LATERAL(L2-L3)
LIGAMENTO INGUINAL

PATRÓN CLÍNICO

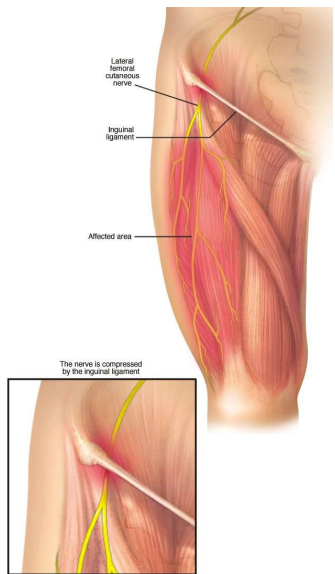
- Dolor y parestesias en cara lateral del muslo.
- Pueden evolucionar a entumecimiento.
- Empeoran estando de pie o andando.

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Traumatismo ligamento inguinal.
- Posición squat prolongada.
- Pelvic tilt.
- Cinturones de herramientas/aumento peso corporal.

DIAGNÓSTICO

- Tinel medial a ASIS.
- Scratch collapse test.
- Bloqueo anestésico local.



Images reproduced from Mosby's Anatomy and Physiology, 4th Edition, 2015

Mackinnon and Yee. 2015



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

164



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO
COLUMNA LUMBAR

NERVIO FEMORAL (L2-L3) Existen variantes de L1 a L5
Espacio entre m. Iliaco y Psoas (prox).
Ligamento inguinal (distal).

PATRÓN CLÍNICO

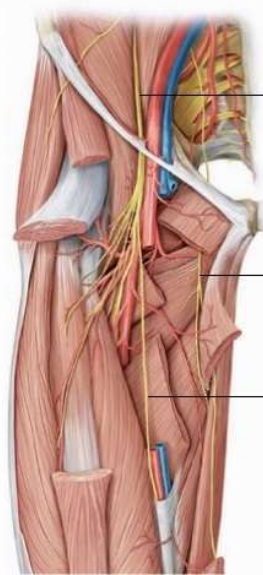
- Dolor aumenta en extensión de C. y mejora con flexión y rotación externa.
- Disestesias cara antero medial muslo. (Puede evolucionar a anestesia)
- Debilidad durante la marcha.
- Comp proximal (debilidad Flex C y Ext rodilla) / Comp distal (Ext rodilla)

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Amiotrofia diabética.
- Hemorragia (coagulopatías,).
- Cirugías prot cadera.
- Punción art. femoral

DIAGNÓSTICO

- Clínica descrita.
- EMG.
- Scratch collapse test.
- Tinel.



Images reproduced from Mosby's Anatomy and Physiology, 4th Edition, 2015

Mackinnon and Yee. 2015



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

165



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO COLUMNA LUMBAR

NERVIO SARTORIO (L2-L3) Procede del n. femoral, es rama sólo sensitiva.

CANAL ADDUCTOR
CIRUGÍA RODILLA

PATRÓN CLÍNICO

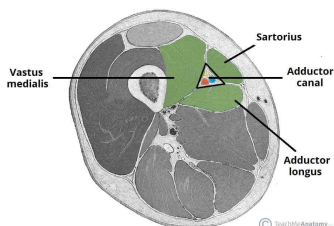
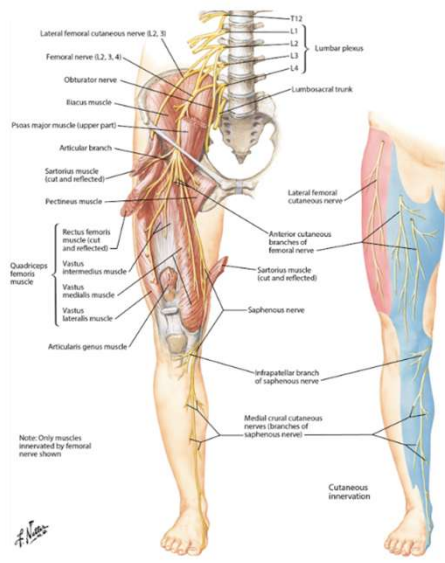
- Dolor cara medial muslo y rodilla.
- Parestesias cara medial muslo y pie.

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Canal adductor (Hunter).
- Vasos femorales.
- Bursitis pata de ganso.
- Cirugía de rodilla. (Neuromas).

DIAGNÓSTICO

- Clínica descrita.
- EMG.
- Scratch collapse test.
- Tinel en el epicóndilo medial del fémur o en los neuromas
- Bloqueo anestésico.

Mackinnon and Yee. 2015 **Clinical Patterns**
IMPROVING YOUR SKILLS

166



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO COLUMNA LUMBAR

NERVIO OBTURADOR (L2-L3-L4)
ADDUCTOR BREVIS
IATROGENIA

PATRÓN CLÍNICO

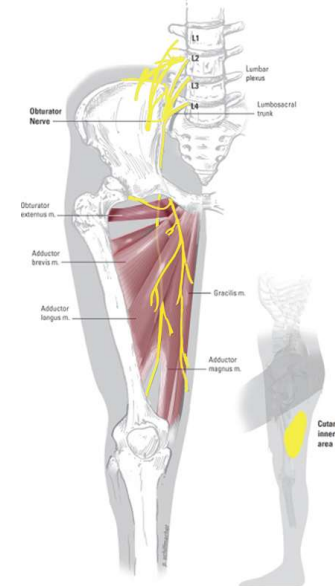
- Dolor aductor que irradia cara medial del muslo durante el ejercicio.
- Perciben debilidad en la fase propulsiva.
- Debilidad aducción.
- Extraño que se lesione sólo excepto iatrogenia.
- Si es persistente, alteración de la sensibilidad medial, el síntoma más común.
- La debilidad grave provoca marcha en rot ext y abducción.

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Traumatismo.
- Posiciones de estiramiento durante cirugías.

DIAGNÓSTICO

- EMG
- Valorar fuerza aductores (muy raro ver atrofia completa).
- Valorar sensibilidad.
- Posible scratch collapse test y tinel en adductor brevis.
- Bloqueo anestésico.



Mackinnon and Yee. 2015 **Clinical Patterns**
IMPROVING YOUR SKILLS

167



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO
COLUMNA LUMBAR

NERVIO PERONEO COMÚN (L4-L5)
CUELLO PERONEAL

PATRÓN CLÍNICO

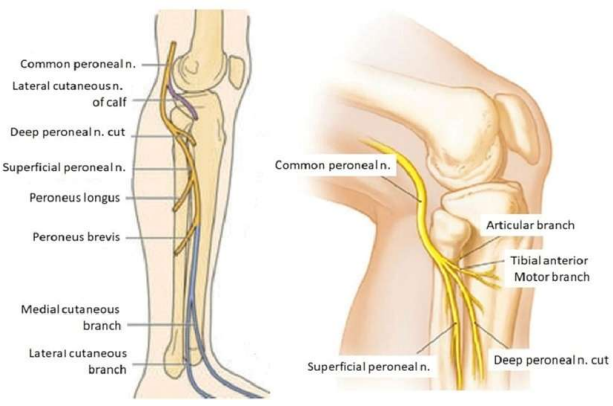
- Pie caído.
- Parestesia en cara lateral pierna y dorso pie (n. peroneo sup)
- Parestesia en 1º espacio interdigital (n. peroneo profundo)

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Compresión directa (cruce de piernas, squat).
- Posiciones de compresión durante cirugías.
- Quistes articulares (Ojo Vicent que igual este es tu paciente).
- Pérdida de peso.
- Estancias prolongadas encamado en hospital.

DIAGNÓSTICO

- Valorar fuerza dorsiflexión y eversión.
- Valorar sensibilidad.
- Posible scratch collapse test y tinel.
- Bloqueo anestésico.



Mackinnon and Yee. 2015 

168



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO
COLUMNA LUMBAR

NERVIO PERONEO SUPERFICIAL (L4-L5)
COMPARTIMIENTO ANTEROLATERAL

PATRÓN CLÍNICO

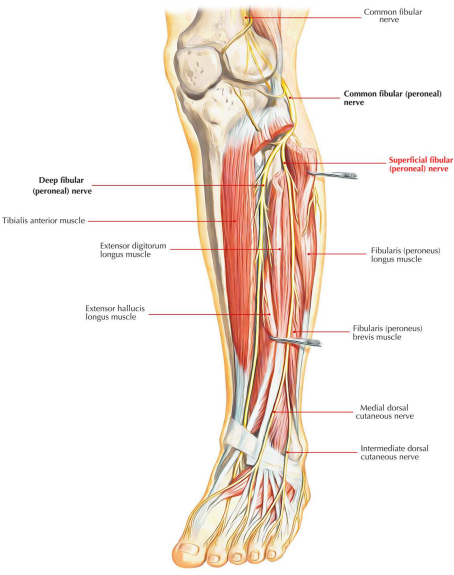
- Pie caído.
- Sin debilidad musculatura peroneal.
- Parestesia en cara lateral pierna y dorso pie (n. peroneo sup).
- "Dolor de cartílago de crecimiento".
- Se puede confundir con síndrome estrés medial tibial.

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Compresión directa (traumatismo).
- Sdr. Compartimental.
- Hernia muscular

DIAGNÓSTICO

- Provocar actividad reproductora.
- Valorar fuerza dorsiflexión (débil) y eversión (normal).
- Valorar sensibilidad.
- Posible scratch collapse test y tinel.
- Bloqueo anestésico.



Mackinnon and Yee. 2015 

169



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO COLUMNA LUMBAR

NERVIO PERONEO PROFUNDO (L4-L5)
RETINÁCULO EXTENSOR ANTERIOR
TENDÓN EXTENSOR CORTO DEL 1º DEDO-2º CUNEIFORME

PATRÓN CLÍNICO

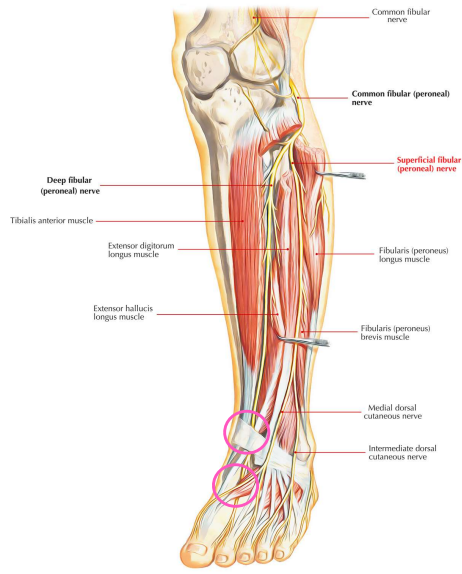
- Dolor dorso del pie.
- Empeora en marcha y mejora en reposo.
- Alteración sensibilidad primer espacio interdigital

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Compresión en retináculo.
- Fracturas o edemas en tercio distal del pie.

DIAGNÓSTICO

- Valorar fuerza extensor corto 1º dedo (debilidad relacionada con retináculo extensor anterior).
- Valorar sensibilidad.
- Posible scratch collapse test y tincl.
- Bloqueo anestésico.



Mackinnon and Yee. 2015 **Clinical Patterns**
IMPROVING YOUR SKILLS

170



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO COLUMNA LUMBAR

NERVIO SURAL (L5-S2) (N PERONEO COMÚN+N.TIBIAL)
RETINÁCULO EXTENSOR ANTERIOR
TENDÓN EXTENSOR CORTO DEL 1º DEDO-2º CUNEIFORME

PATRÓN CLÍNICO

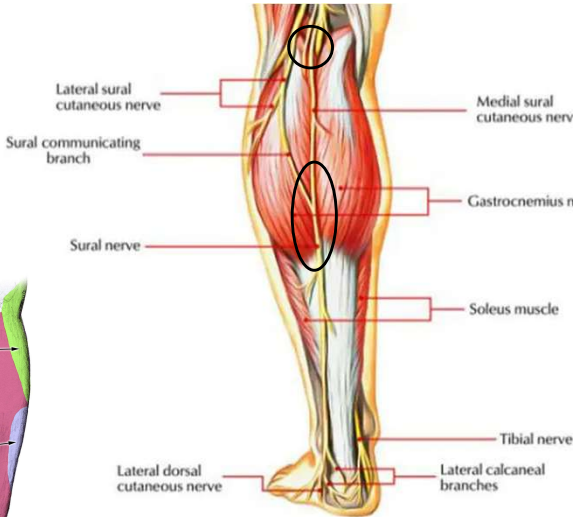
- Alteración sensibilidad lateral pierna y pie.

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

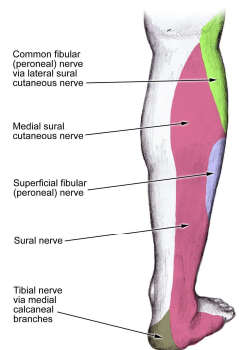
- Compresión hueco poplíteo.
- Compresión fascia gastroncemios.

DIAGNÓSTICO

- Valorar sensibilidad.
- Posible scratch collapse test y tincl.
- Bloqueo anestésico.



Mackinnon and Yee. 2015 **Clinical Patterns**
IMPROVING YOUR SKILLS



171



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO
COLUMNA LUMBAR

NERVIO TIBIAL (L4-S3)
APONEUROSIS SÓLEO

PATRÓN CLÍNICO

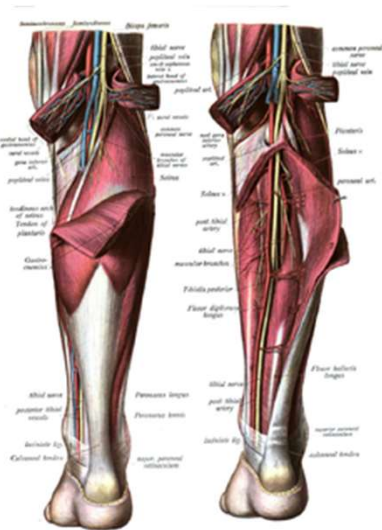
- Dolor pantorrilla al realizar ejercicio.
- Debilidad tibial posterior.
- Flexores de los dedos.
- Musc intrínseca del pie

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Aponeurosis insercional proximal sóleo.

DIAGNÓSTICO

- Valorar sensibilidad.
- Posible scratch collapse test (profundo) y tincl (es negativo debido a la profundidad).
- Bloqueo anestésico.



Mackinnon and Yee. 2015

Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

172



Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

NEUROPATÍAS COMPRESIVAS

CURSO
COLUMNA LUMBAR

NERVIO TIBIAL POSTERIOR (L4-S3)
TÚNEL DEL TARSO

PATRÓN CLÍNICO

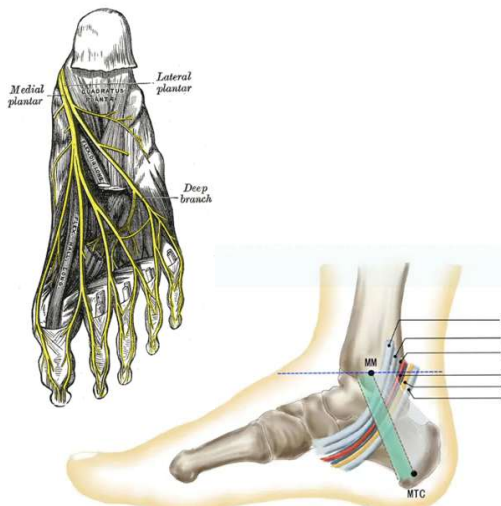
- Alteración de la sensibilidad planta del pie/talón.
- Dolor pie/talón.
- Debilidad abducción 1º dedo

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Traumatismo con edema.
- Artritis.
- Pies pronados.

DIAGNÓSTICO

- Valorar sensibilidad y fuerza
- Scratch collapse test y tincl con reproducción al 1º dedo y al 5º dedo.
- Posibilidad de revertir el scratch collapse test al activar el flexor del primer dedo.
- Bloqueo anestésico.



Mackinnon and Yee. 2015

Clinical Patterns
IMPROVING YOUR SKILLS

173

NERVIO INTERDIGITAL Nervio tibial (No es un neuroma)(L4-S3)
ESPACIO INTERDIGITAL

PATRÓN CLÍNICO

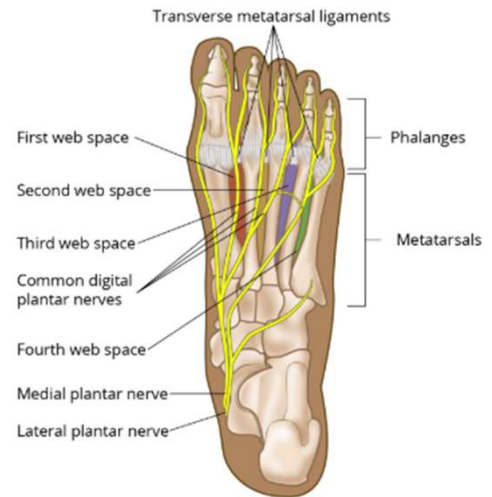
- Más frecuente entre 3º y 4º dedo.
- Dolor al andar y sobre todo, después de andar.

CAUSAS / REGIONES COMPRESIVAS

- Traumatismo directo en zona metatarsal distal.
- Calzado estrecho.

DIAGNÓSTICO

- Alteración sensibilidad espacio interdigital.
- Palpación directa.
- Test de compresión.
- Scratch collapse test y tincl con reproducción al 1º dedo y al 5º dedo.
- Bloqueo anestésico.



Mackinnon and Yee, 2015