

Raíz L5

La raíz L5 es fundamental en la formación del **nervio ciático**, tanto su porción ventral como dorsal, se unen con una rama de la porción ventral de L4 para formar el tronco lumbosacro que a su vez recibe fibras de las divisiones anterior y posterior de S1 y S2.

La radiculopatía L5 es la que más comúnmente se presenta, conocida también como "ciática". Hasta el 5% de los hombres y el 2.5% de las mujeres padecen radiculopatía L5.

El motivo de consulta es dolor radiculopático en el dermatoma L5 (región lateral del muslo, anterolateral de la pierna y dorso del pie), y compromiso motor (moto neurona inferior = flacidez) de los músculos que reciben fibras de dicha raíz.

(Rama, Función y Valoración) Las ramas del ciático son : tibial y peroneo comun, a su vez las ramitas que estos dan son:

* Tibial

Tibialis Posterior (L4 - L5)

Flexión plantar e inversión del pie - Caminar en puntas de pie - Hacer inversión contra resistencia en flexión plantar total

Flexor Digitorum Longus (L5 - S2) Flexión plantar del pie y de los dedos (exc. Hallux) - Flexión de los dedos contra una resistencia

* Peroneo Común

Tibialis anterior (L4 - L5) Inversión y dorsiflexión

- Caminar sobre los talones

Extensor Hallucis Longus (L5 - S1)

Extensión del hallux y dorsiflexión

- Dorsiflexión de la falange distal del hallux contra una resistencia

Extensor Digitorum Longus (L5 - S1)

Dorsiflexión y extensión de los cuatro dedos laterales

- Dorsiflexión de los dedos contra una resistencia

Extensor Digitorum Brevis (L5 - S1)

Extensor del hallux y los tres dedos mediales

- Dorsiflexión de las falanges proximales contra una resistencia

Peroneo Superficial (L5 - S1)

Flexión plantar y eversión del pie

- Eversión del pie contra una resistencia

* Da una rama terminal sensitiva que inerva la porción lateral y distal de la pierna y el dorso del pie.

Hay alteraciones en la marcha y aunque puede cursar con flacidez, lo más común es que la incapacidad para la marcha se deba al dolor. Este a su vez mejora cuando el paciente esta en decúbito supino con elevación de los miembros inferiores, tras caminar unos momentos y empeora con la quietud especialmente si se está sentado.

Al examen motor de los miembros inferiores se conserva la función del cuádriceps por lo que el paciente tiene fuerza 5/5 al extender la rodilla en contra de la resistencia. Igualmente la flexión y extensión de la articulación coxofemoral se encuentra conservada pues su inervación proviene de plejo lumbar y del sacro para la región anterior y posterior respectivamente. El reflejo patelar (L2-L4) es normal. En cuanto a la sensibilidad, no hay alteraciones en la región anterior del muslo y las regiones mediales de la pierna, región maleolar y planta del pie.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=raiz_I5

Last update: **2019/09/26 22:19**

