

TRAUMATISMO DEL PARTO

Dr. Oscar Fuenzalida

Definición. Lesiones que afectan al R.N. derivadas del trabajo de parto, asociadas o no a maniobras obstétricas. Este tipo de lesiones ha disminuído considerablemente en la medida en que se ha abandonado el uso de la versión, vacuum extractor y extracción de parto en podálica.

Factores de riesgo

Fetales: macrosomía, prematuridad, embarazos múltiples, presentaciones anormales.

Maternos: primiparidad precoz o tardía, gran multiparidad, estrechez del canal vaginal, alteraciones de la dinámica uterina.

Ovulares: oligoamnios, procidencia del cordón, placenta previa marginal.

latrogénicas: maniobras obstétricas inadecuadas, inoportunas o mal realizadas.

Traumatismos mas frecuentes segun su localizacion :

Cabeza:

1.- **Bolsa sero sanguínea** ; Aumento de volumen blando, indoloro de bordes poco netos que sobrepasa la línea de sutura de los huesos craneanos, localizada en el lugar de presentación y en cuya superficie se pueden apreciar petequias escasas. Se debe diferenciar del cefalo hematoma. Se resuelve en un período de 24 a 48 horas en forma espontánea.

No necesita tratamiento.

2. **Cefalohematoma subperióstico**: Se presenta como un aumento de volumen a tensión de bordes netos, que no sobrepasa la línea de sutura de los huesos craneanos.

Se ubica de preferencia en los huesos parietales.

La incidencia es de 1 a 2% en los recién nacidos y en un 5 a un 15% se acompaña de fractura lineal de la tabla externa del hueso correspondiente.

Su reabsorción puede acentuar una ictericia neonatal y su resolución puede ocurrir entre los 15 a 20 días post-parto.

Diagnóstico diferencial : Con bolsas sero-sanguíneas, meningocele, cefalohematoma subaponeurótico.

Tratamiento ninguno.

Su duración es variable, cuando el hematoma se calcifica su reabsorción puede durar 1 - 2 meses.

3. **Cefalo hematoma subaponeurótico** : Se produce al desprenderse la aponeurosis epicraneana de los huesos de la bóveda craneana. Se caracteriza por un aumento de volumen variable, blando, de bordes irregulares, que cubre uno o más huesos del cráneo sobrepasando las suturas y en cuya superficie hay erosiones, petequias y/o equimosis. Suele haber fluctuación central y crepitación nívica. Al organizarse su borde externo puede dar la impresión de un hundimiento craneano.

Diagnóstico diferencial con bolsas serosanguíneas, meningocele, hundimiento craneano.

Tratamiento: Tratar sus complicaciones (anemia, ictericia, lesiones cutáneas).

4.- **Fracturas de cráneo** : Son poco frecuentes ya que los huesos del cráneo son poco mineralizados, más comprimibles , además su separación es por una sutura membranosa, permitiendo su deformación en su paso por el canal del parto.

a) Fracturas lineales: se localizan en la convexidad de los huesos parietales u occipital, se acompaña frecuentemente de edema del cuero cabelludo y/o cefalohematoma.Su diagnóstico es por radiografía de cráneo .

b) Hundimiento craneano. Se aprecia como una depresión en la convexidad de los huesos de la bóveda craneana de bordes irregulares, suaves. El RN suele estar asintomático a menos que el hundimiento esté asociado a daño cerebral. Generalmente se asocia a una aplicación laboriosa de forceps.

Tratamiento: Las fracturas lineales no requieren tratamiento y en caso de hundimiento craneano debe enviarse al Neurocirujano para su corrección.

5.- **Parálisis facial**.- Es una parálisis flácida de los músculos de la cara por traumatismo del nervio facial en su trayecto periférico.

Es causada por la compresión de la rama periférica del nervio facial.Se caracteriza por ser total comprometiendo los músculos de la hemicara correspondiente: lagofalmo, ausencia de los pliegues frontales, infraorbitario y nasolabial, la comisura bucal se desvía hacia abajo y hacia el lado sano exagerándose con el llanto.

Complicaciones: Ulcera corneal y/o conjuntivitis.

Diagnóstico diferencial con parálisis facial central.

Evolución:favorable,regresando en forma espontánea, ocasionalmente puede demorar algunos meses.

6.- **Traumatismos oculares**.- Habitualmente son benignos, siendo la hemorragia subconjuntival la más frecuente y no necesita tratamiento; cuando compromete párpado, órbita, músculos o globo ocular, debe enviarse con urgencia al Oftalmólogo.

CUELLO

1.- **Hematoma del esternocleidomastoideo**:Se trata de una hemorragia del músculo contenido en la vaina.

Su causa más frecuente es el desgarro del músculo o de su aponeurosis por hiperextensión del cuello en maniobras de extracción de hombros o de la cabeza del RN.

Se aprecia un aumento de volumen en la parte media del músculo, fusiforme, indoloro, que forma cuerpo con el músculo.-

Suele regresar en forma espontánea entre 4 a 6 semanas, puede complicarse con una tortícolis. Diferenciar de un quiste branquial o bocio.

2.- **Traumatismo de médula**: Suele tratarse de una hemorragia o sección de médula con o sin fractura de la columna vertebral.

Se produce por la tracción y lateroflexión forzada en retención de cabeza última en parto nalgas o retención de hombros en presentación cefálica.

Las regiones más comprometidas son:la cervical y torácica superior.

Su evolución en caso de sección medular es la agravación y muerte, y en caso de contusión o hemorragia medular: recuperación, pero con secuelas .

TORAX :

1.- **Fractura de clavícula** : Es la más frecuente de las fracturas óseas durante el parto, en su mayoría son en tallo verde y ocasionalmente completas. Su causa es la retención de hombros, en la presentación cefálica y la extensión de los brazos en el parto en nalgas.

Diagnóstico : Se aprecia un aumento de volumen, doloroso a la palpación de la clavícula con o sin crepitación ósea, con o sin compromiso motor del brazo del lado afectado, Moro asimétrico y dolor a la movilización pasiva del brazo del lado afectado.

Su diagnóstico diferencial debe ser: con la fractura del húmero y la parálisis braquial.

Tratamiento: está dirigido a disminuir el dolor del R.N y consiste en la inmovilización del brazo del lado afectado en ángulo recto con apoyo sobre el abdomen durante 7 a 10 días que es el periodo en que se forma el callo óseo.

Su pronóstico es bueno evolucionando sin secuelas.

2.- **Parálisis braquial** : Parálisis que compromete a los músculos de las extremidades superiores causado por el trauma mecánico de las raíces nerviosas desde la 5ª cervical a la 1ª torácica.

Se diferencian tres tipos :

a) Parálisis braquial superior o de Duchenne-Erb, se produce por compromiso de la 5ª y 6ª raíz cervicales y es el tipo más frecuente.-

b) Parálisis braquial inferior o de Klumpke, se produce por la lesión de las raíces 7ª y 8ª cervicales y 1ª torácica, es la más rara.

c) Parálisis braquial total : que es la suma del compromiso de la raíces nerviosas desde la 5ª cervical a la 1ª torácica y es la segunda en frecuencia.

Causas: Maniobras obstétricas que producen elongación, atrisión o arrancamiento de las fibras nerviosas del plexo braquial en la extracción de cabeza última, en parto en nalgas o desprendimiento de hombros en parto en vertice.

Cuadro clínico :

a) Parálisis braquial superior : (C5 - C6) se vé un hombro caído, el brazo cuelga flácido en extensión, aducción y rotación interna, hay leve flexión de la muñeca con conservación de la sensibilidad y motilidad de la mano; Moro asimétrico.

b) Parálisis braquial inferior : (C7 C8 T1); existe una mano parálitica en garra, sin movimiento espontáneo de la muñeca y con movimientos del resto del brazo. Suele asociarse compromiso del simpático cervical: Síndrome de Claude Bernard Horner (Ptosis palpebral, miosis, enoftalmo).

c) Parálisis braquial total : Extremidad superior flácida, inmóvil con ausencia de reflejos y alteración de la sensibilidad.

Evolución : Mejoría espontánea en la parálisis braquial superior entre 3 a 6 meses; en tanto, en la parálisis braquial inferior total evoluciona con secuelas como atrofas musculares o posiciones viciosas.

Tratamiento :

Posición neutra del antebrazo y muñeca con un rollo almohadillado en el puño (si hay compromiso bajo), inmovilizar 7 a 10 días.

En parálisis total se debe realizar estudios de conducción nerviosa: si se comprueba disrupción de las fibras nerviosas, considerar la microcirugía reparadora.

ABDOMEN :

El traumatismo de los órganos intra abdominales debe sospecharse en partos en que se efectúan maniobras de extracción dificultosa (parto en nalgas, versión interna, cesárea, Kristeller), en R.N. macrosómicos o prematuros, como también en maniobras inadecuadas de resucitación; como causa coadyudante puede agregarse las de discrasias sanguíneas, hepatomegalia, hijo madre diabética, eritroblasosis fetal y asfixia severa.

La sintomatología inespecífica está relacionada con la pérdida sanguínea: palidez, taquicardia, taquipnea mala succión e ictericia.

Traumatismo hepático : Aparición de masa palpable en hipocondrio derecho en relación con el hígado, anemia.

En caso de ruptura de la cápsula de Glisson: dolor abdominal, hipotensión, hematoma escrotal.

Hematoma renal.- Tumor de flanco unilateral de aumento insidioso (2-3 días) hematuria, anemia.

Evolución: La mayoría a curación total; raro a nefroesclerosis.

Diagnóstico diferencial con : tumor renal, hemorragia suprarrenal hidronefrosis, trombosis vena renal.

Hematoma suprarrenal.- Puede ser uni o bilateral, asociado o no a hemorragia renal.

Diagnóstico: Tumor de flanco uni o bilateral de aumento progresivo y lento; puede acompañarse de polipnea, shock y cianosis; con/sin alteraciones hidroelectrolíticas o ácido básicas.

Diagnóstico: En todos estos traumatismos deberán efectuarse una palpación suave abdominal para no agravar el cuadro, lo menos frecuente posible; efectuar radiografía de abdomen simple y ecotomografía abdominal.

Tratamiento: vigilancia activa, corrección de complicaciones (anemia, ictericia, corrección de trastornos hidroelectrolíticas y ácido básico).

Traumatismos de la piel.- Estas pueden ser erosiones, laceraciones, petequias o heridas cortantes en el momento del parto vaginal o cesarea, su tratamiento será según el tipo de lesión.

Necrosis adiposa subcutánea: Es una lesión circunscrita, indurada

de la piel y tejido celular subcutáneo, de tamaño variable, contornos irregulares, no depresible ni adherida a planos profundos. La piel que la cubre puede ser pálida, roja o púrpura sin signos inflamatorios.

Se ubica de preferencia en mejillas cuello, dorso, hombros y nalgas, se produce por isquemia local en partos prolongados y difíciles.

Diagnóstico diferencial con: linfogranulomatosis.

Tratamiento : ninguno

FRACTURA DE HUESOS LARGOS

Fractura de húmero: Se produce por ejercer una presión exagerada sobre el 1/3 medio del brazo al tratar de descenderlos en la elevación de los brazos en parto en nalgas o retención de hombros en parto de vértice.

Los signos clínicos son los de una fractura de hueso largo (dolor, deformación, impotencia funcional, crepitación).

Diagnóstico diferencial con: parálisis braquial, fractura de clavícula, desprendimiento de epífisis.

Tratamiento: Inmovilización del brazo comprometido por 2 a 4 semanas.

Fractura de fémur: Pueden producirse en parto en nalgas incompleto, al efectuar presión exagerada sobre el fémur al tratar de extraerlos.

Signos clínicos: el de fractura de hueso largo

Diagnóstico diferencial: parálisis periférica, traumatismo medular, si es bilateral; disyunción epifisiaria.

Tratamiento: tracción continua durante 3 a 4 semanas.

BIBLIOGRAFIA

Fanaroff A., Martin R. Neonatal Perinatal Medicine,
5ª ed. P.:346-370. 1992.

Miles K. Tsuji; Birth Trauma, en Manual of Neonatal Care,
Cloherty J. Stark A. Fourth Edition P.225-231.1998.

Volpe, J., Neurology of the Newborn Third Edition 1995.