

Guías Nacionales de Neonatología

Ministerio de Salud - Chile 2005

TRAUMATISMOS DEL PARTO

DEFINICION:

- Lesiones que afectan al R.N., derivadas del trabajo de parto, asociadas o no a maniobras obstétricas.

INCIDENCIA:

- Si bien han disminuido considerablemente como causa de mortalidad (3,7 por 100.000 nacidos vivos), los traumatismos obstétricos no fatales son comunes.
- Lesiones importantes se producen en 2,7 por 1000 nacidos vivos.

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, prociencia del cordón, placenta previa marginal.
- **Iatrogénicos:** maniobras obstétricas inadecuadas.

TRAUMATISMOS MÁS FRECUENTES SEGUN LOCALIZACION:

Cabeza y Cuello:

- **Máscara equimótica:**
 - Producto del éstasis venoso por compresión de los vasos del cuello habitualmente por circulares del cordón.
 - Se manifiesta por un color violáceo de la cara acompañado frecuentemente de petequias.
 - El pronóstico es muy bueno y no requiere tratamiento.
- **Bolsa serosanguínea:**
 - Consiste en un edema difuso de la zona de presentación del cuero cabelludo que sobrepasa las líneas de sutura de los huesos craneanos.
 - Se resuelve espontáneamente en 24 - 48 horas y no presenta complicaciones.

- **Cefalohematoma Subperióstico:**

- **Consiste en una hemorragia subperióstica que afecta a los huesos craneanos, de preferencia en los parietales.**
- **Ocurre en el 2% de los R.N.**
- **Se presenta como un aumento de volumen a tensión que no sobrepasa los límites de las suturas .**
- **Su reabsorción ocurre espontáneamente entre 15 días a uno o dos meses post-parto.**
- **No requiere tratamiento así como tampoco el 5-15% de fractura lineal de la tabla externa del hueso correspondiente, que presenta el cefalohematoma.**
- **El R.N. puede acentuar la ictericia fisiológica llegando por esa causa a requerir fototerapia.**

- **Cefalohematoma Subaponeurótico o Subgaleal:**

- **Se produce al desprenderse la aponeurosis epicraneana de los huesos de la bóveda craneana, por lo tanto sobrepasa las líneas de suturas y puede llegar a contener un gran volumen de sangre.**
- **Es potencialmente grave por la anemia aguda y shock secundario al que pueden llevar. También puede provocar ictericia por reabsorción.**
- **Al examen suele haber fluctuación central, crepitación nítida, en su superficie pueden existir erosiones, petequias y o equímosis.**
- **Sus complicaciones deben ser tratadas (anemia, ictericia, lesiones cutáneas), y conviene controlar pruebas de coagulación en los casos severos.**

- **Fractura de Cráneo:**

- **La mayoría se consideran hoy de origen prenatal y son generalmente secundarias a partos prolongados o difíciles o al uso de fórceps.**
- **Generalmente son lineales y acompañan a un cefalohematoma.**
- **No dan síntomas, no requieren tratamiento. Se diagnostican por Rx de cráneo.**
- **Las fracturas deprimidas, habitualmente secundarias a instrumentación son la mayoría asintomáticas, no requieren tratamiento; pero si dan síntomas o son mayores de dos centímetros, deben ser evaluadas por neurocirujano.**
- **Las fracturas de la base del cráneo, rarísimas, se acompañan casi siempre de hemorragia severa por desgarramiento de senos venosos subyacentes, son graves y deben ser evaluadas por neurocirujano, tienen mal pronóstico y los sobrevivientes tienen elevada incidencia de secuelas.**

- **Hemorragia Subdural:**

- **Prácticamente inexistente en la actualidad.**
- **La tomografía axial es de gran ayuda diagnóstica.**
- **El pronóstico es sombrío para las moderadas o graves, aún después de ser evacuadas.**

- **Hemorragia Subaracnoidea:**

- **Da poca o ninguna sintomatología.**
- **Solo en los casos graves existe riesgo de hidrocefalia.**
- **Se deben usar anticonvulsivantes si éstas se presentan; pero el pronóstico es favorable en la mayoría de los casos.**

- **Hematoma del Esternocleidomastoideo:**

- La lesión se origina por estiramiento del músculo en posiciones distócicas.
- Hay una hemorragia del músculo en su vaina, que conducirá a la fibrosis y contractura muscular.
- Hay inicialmente una masa palpable, fusiforme, indolora y luego secundario a la contractura, se pone de manifiesto por la posición inclinada de la cabeza sobre el músculo contracturado.
- Puede producir asimetría de la cara.
- Suele regresar en forma espontánea en 4 a 6 semanas, pero puede ser necesario tratamiento con fisioterapia y la tortícolis resolverse a los 12-18 meses de edad.

- **Parálisis Facial: Existen dos variedades:**

- **Central:** No hay evidencia de lesión traumática de la cara. Hay parálisis espástica de la mitad inferior de la cara, el lado paralizado se aprecia liso y tumefacto, pliegue nasolabial ausente y comisura labial caída. Al llanto, la boca se desvía hacia el lado sano. No hay compromiso de frente ni de párpados. Se debe descartar otras alteraciones de origen central (síndrome de Moebius, etc.)
- **Periférica:** Puede existir evidencia de traumatismo facial. La parálisis flácida compromete toda la hemicara. En reposo, el único síntoma puede ser el ojo persistentemente abierto en el lado afectado. Se compromete la frente (lisa en lado afectado) y párpados. Se debe proteger el ojo abierto con parche, colirios y ungüentos oftálmicos. Suele mejorar espontáneamente; pero si no lo hace en siete a diez días debe ser evaluado por un neurólogo.

Lesión de la médula espinal:

- **Muy raras en la actualidad y se producen por la tracción y latero flexión forzada en la retención de cabeza última en el parto de nalgas, o retención de hombros en presentación cefálica.**
- **Lesión cervical alta o de tronco encefálico: mortinatos o fallecen rápidamente sin llegar a presentar signos neurológicos.**
- **Lesión cervical media: al nacer apariencia normal pero rápidamente caen en depresión respiratoria, shock e hipotermia. Después de varios días aparecen flacidez e inmovilidad de extremidades inferiores.**
- **Lesiones de C8, T1 o más bajas: sobreviven por períodos largos y hay secuelas neurológicas permanentes. Presentan frecuentemente infecciones urinarias y neumonías recurrentes, así como úlceras de decúbito, atrofia muscular y deformidades óseas.**

Parálisis braquial:

- **Se manifiesta por parálisis o paresia de los músculos de las extremidades superiores secundaria a traumatismo mecánico de las raíces espinales entre la quinta cervical y la primera torácica.**
- **Se diferencian tres tipos:**
 - **Parálisis braquial superior o proximal (Duchenne – Erb).** El compromiso es de la quinta y sexta raíces cervicales. Es la más común y el brazo se aprecia en aducción y rotación interna, codo extendido, antebrazo en pronación, muñeca flexionada. Reflejo de Moro abolido, pero **prehensión palmar intacta.**

- **Parálisis braquial inferior o distal (Klumpke).** Hay lesión de las raíces séptima y octava cervicales y primera torácica. Es muy rara. No hay prehensión palmar, hay una mano paralítica en garra sin movimientos espontáneos de la muñeca y sí del resto del brazo.
- **Parálisis braquial total:** Compromete todo el plexo braquial y es la segunda en frecuencia. La extremidad está entera flácida con todos los reflejos abolidos y alteración de la sensibilidad.
- **El tratamiento** consiste en posición neutra del antebrazo, muñeca con almohadillas en el puño (si hay compromiso bajo) y movimientos pasivos una vez que se resuelva el edema del nervio (7 a 10 días). La mejoría habitualmente es en una a dos semanas y el pronóstico funcional es bueno. Solo si persisten los síntomas mas de 6 meses el pronóstico es malo. La parálisis inferior tiene peor pronóstico.
- **En la parálisis total** se deben realizar estudios de conducción nerviosa, si no hay recuperación al cabo de 2 semanas y si se comprueba disrupción de las fibras nerviosas hay que considerar la microcirugía reparadora.

Tórax

- **Fractura Clavícula:**
 - Es la más frecuente de las fracturas óseas durante el parto.
 - En su mayoría son en tallo verde y rara vez completas.
 - Su causa es la disminución del diámetro biacromial en la presentación cefálica y la extensión de los brazos en la extracción en nalgas.
 - Se diagnostica al palpar un aumento de volumen doloroso, con o sin crepitación ósea, con o sin compromiso motor del brazo del lado afectado. El reflejo de Moro puede ser asimétrico. La mayoría no requiere tratamiento, solo evitar la tracción y el decúbito sobre el brazo afectado.
 - En algunos casos, que presenten dolor se puede inmovilizar de 7 a 10 días. Pronóstico bueno, evoluciona sin secuelas.
- **Lesión del nervio frénico:**
 - Ocasiona parálisis diafragmática y dificultad respiratoria. Rara vez es una lesión aislada y en un 75% de los casos se asocia a parálisis braquial proximal.
 - Su tratamiento incluye:
 - Colocar al recién nacido sobre el lado afectado.
 - Oxigenoterapia según necesidad.
 - Ventilación mecánica en caso de lesión bilateral.
 - **Pronóstico:** la mayoría mejora espontáneamente en algunas semanas.

Abdomen:

- El traumatismo de los órganos intraabdominales debe sospecharse en partos en que se efectúan maniobra de extracción dificultosa (parto en nalga, versión interna, cesárea, Kristeller), en recién nacidos macrosómicos o prematuros. Como causas coadyuvantes pueden mencionarse las discrasias sanguíneas, hepatomegalia, hijo de madre diabética, eritroblastosis fetal y asfixia severa.
- La sintomatología inespecífica esta relacionada con la pérdida sanguínea: palidez, taquicardia, taquipnea, mala succión e ictericia.

- **Traumatismo hepático:**

- Aparece masa palpable en hipocondrio derecho.
- Puede producirse ruptura de la cápsula de Glisson y en ese caso habrá dolor abdominal, hipotensión, hemoperitonéo, anemia y/o shock de aparición más o menos brusca.

- **Hemorragia renal y/o suprarrenal:**

- Se debe sospechar ante la presencia de masas abdominales palpables, más el antecedente de un parto con extracción dificultosa, especialmente en presentación podálica o transversa.
- Puede haber hematuria y anemia. La ecografía es de gran ayuda diagnóstica.
- En caso de hemorragia suprarrenal bilateral masiva, que es poco frecuente, se puede producir insuficiencia suprarrenal aguda.

Fractura de huesos largos

- **Fractura de húmero:**

- Se produce por ejercer una presión sobre el tercio medio del brazo al tratar de descenderlos en la elevación de los brazos en partos en nalgas o retención de hombros en parto de vértice.
- Los signos clínicos son dolor, deformación, impotencia funcional y crepitación.
- El tratamiento es la inmovilización por dos a cuatro semanas.

- **Fractura de fémur:**

- Puede producirse en parto en nalgas incompleto, al efectuar presión sobre el fémur para tratar de extraerlo.
- Los signos clínicos son los característicos de la fractura de un hueso largo.
- Su tratamiento es la tracción e inmovilización por tres a cuatro semanas.

Traumatismos de la piel

- Pueden ser erosiones, laceraciones, petequias o heridas cortantes en el momento del parto vaginal o cesárea.

- **Necrosis adiposa subcutánea:**

- Es una lesión circunscrita e 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 cuello, dorso, hombros y nalgas.
- Se produce por isquemia local en partos prolongados difíciles e hipotermia severa. No requiere tratamiento; se asocia con hipercalcemia.

BIBLIOGRAFIA:

1. **Fanaroff A., Martin R. Neonatal Perinatal Medicine, 5^a ed. P.:346-370.1992.**
 2. **Miles K. Tsuji; Birth Trauma, en Manual of Neonatal Care, Cloherty J. Stark A. Fourth Edition P.: 225-231.1998.**
 3. **Volpe, J., Neurology of the Newborn Third Edition1995.**
 4. **Eisenberg D., Kirchner SG., Perrin EC: Neonatal skull depression un associated with birth trauma. AJR 143:1063-64.1984.**
-