

TRAUMATISMO ASOCIADO AL PARTO

Int. Fernando González

TRAUMATISMO ASOCIADO AL PARTO

- Mecánico → Compresión, torsión y tracción.
 - Durante trabajo de parto.
- Infrecuentes en la actualidad → 1%
 - Durante trabajo de parto → in útero, contractilidad.
 - Durante paso por el canal de parto → compresión espinas isquiáticas o cresta sacra.
 - Nacimiento → estiramiento o torsión en extracción, daño fórceps, retención hombros o cabeza.
- Factores de riesgo
 - Macrosomía
 - Desproporción céfalo pélvica.
 - Distocias.
 - Presentación anormal
 - Parto prolongado
 - Oligoamnios
 - Prematuridad

TRAUMATISMO ASOCIADO AL PARTO

Cutáneos

- Máscara equimótica
- Eritema y abrasiones
- Petequias
- Equimosis y hematomas
- Necrosis grasa subcutánea
- Laceraciones

Osteocartilaginosos

- Caput succedaneum
- Cefalohematoma subperióstico
- Fx Cráneo
- Fx huesos largo

Musculares

- Tortícolis congénita muscular

S. N. Periférico

- Parálisis N. Facial
- Lesión plexo braquial
- Parálisis total extremidad

N. Frénico

- Parálisis diafragmática

TRAUMATISMOS CUTÁNEOS

- **Máscara equimótica** → leve y frecuente, estasis venoso, compresión vasos o cordón.
 - Aspecto amoratado de la cara, petequias y con mucosas rosadas.
 - No requiere tto.
- **Eritema y abrasiones** → distocia 2rio a desproporción céfalo pélvica, o uso fórceps.
 - Injurias en zona de presentación.
 - Aspecto lineal.
 - Resolución espontánea y no requieren tto.
- **Petequias** → Partos difíciles y presentación podálica. Cabeza, cara, cuello.
 - Aumento de p° intratorácica y venosa.
 - Desaparece espontáneamente en 2 a 3 días.



TRAUMATISMOS CUTÁNEOS

- **Equimosis y hematomas** → partos traumáticos o en presentación podálica y cara. > en RNPT.
 - Pueden producir anemia e ictericia secundaria.
 - Resolución espontánea en una semana.
- **Necrosis grasa subcutánea** → lesión indurada, circunscrita, irregular. 1-10 cm. No adherida. Fórceps o prolongado.
 - Lesiones en cuello dorso hombros y nalgas.
 - Sin tto. Regresan espontáneamente.
- **Laceraciones** → heridas cortantes accidentales por bisturí. Cesárea. Cuero cabelludo y nalgas.
 - Superficial → afrontamiento.
 - Profundas → sangrantes. Suturar con material más fino disponible.

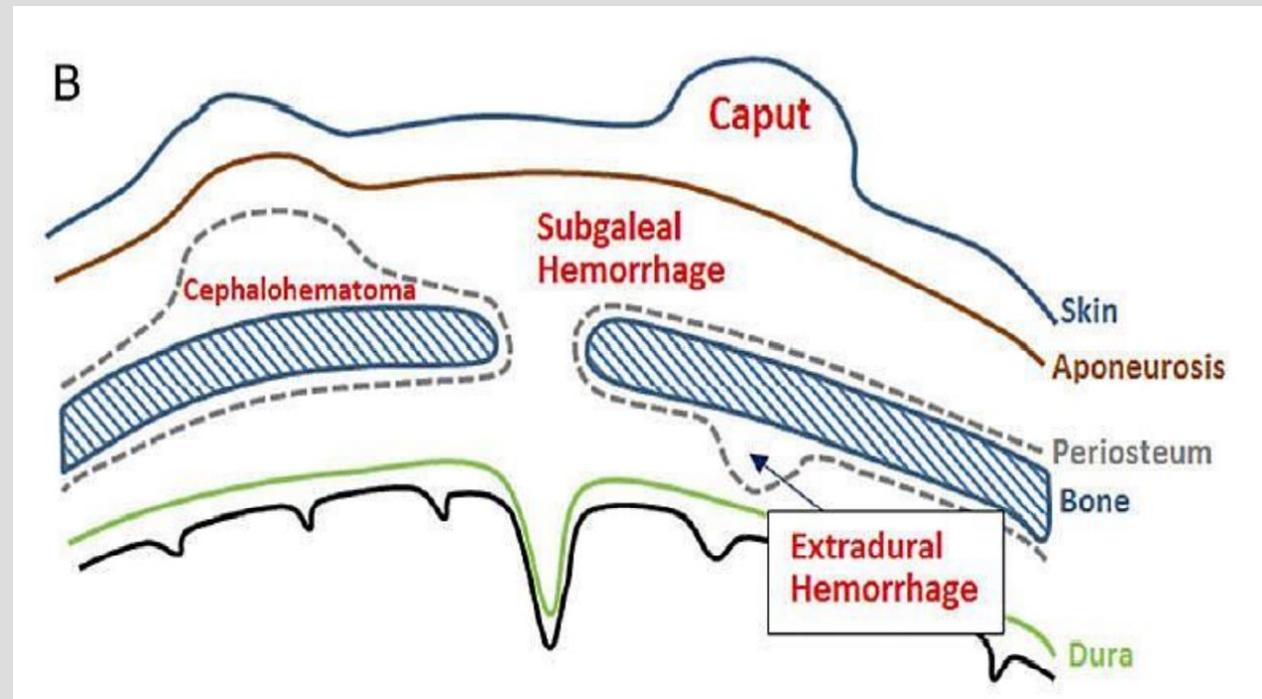
TRAUMATISMOS OSTEOCARTILAGINOSOS

- **Caput Succedaneum** → muy frecuente. Edema tumefacción, mal delimitada, zona presentación.
 - Producida por alta presión que ejerce el útero y paredes vaginales sobre presentación.
 - Es superficial, por sobre periostio, y puede sobrepasar línea media y suturas.
 - No requiere tto (2-3 días)
- **Cefalohematoma subperióstico** → colección subperióstica de sangre. Incidencia 0,4 a 2,5% de los RN.
 - Ruptura de vasos que van de los huesos al periostio.
 - Trauma repetido de cabeza y el uso de fórceps como causa.
 - Limitado a hueso craneal, no sobrepasa suturas ni fontanelas. Parietales u occipital.
 - Aparece 6 y 24 hrs después (sangrado lento).
 - No complicado → no requiere tto. 2 semanas y 3 meses. No puncionar!
 - Los de mayor tamaño son causa de hiperbilirrubinemia.



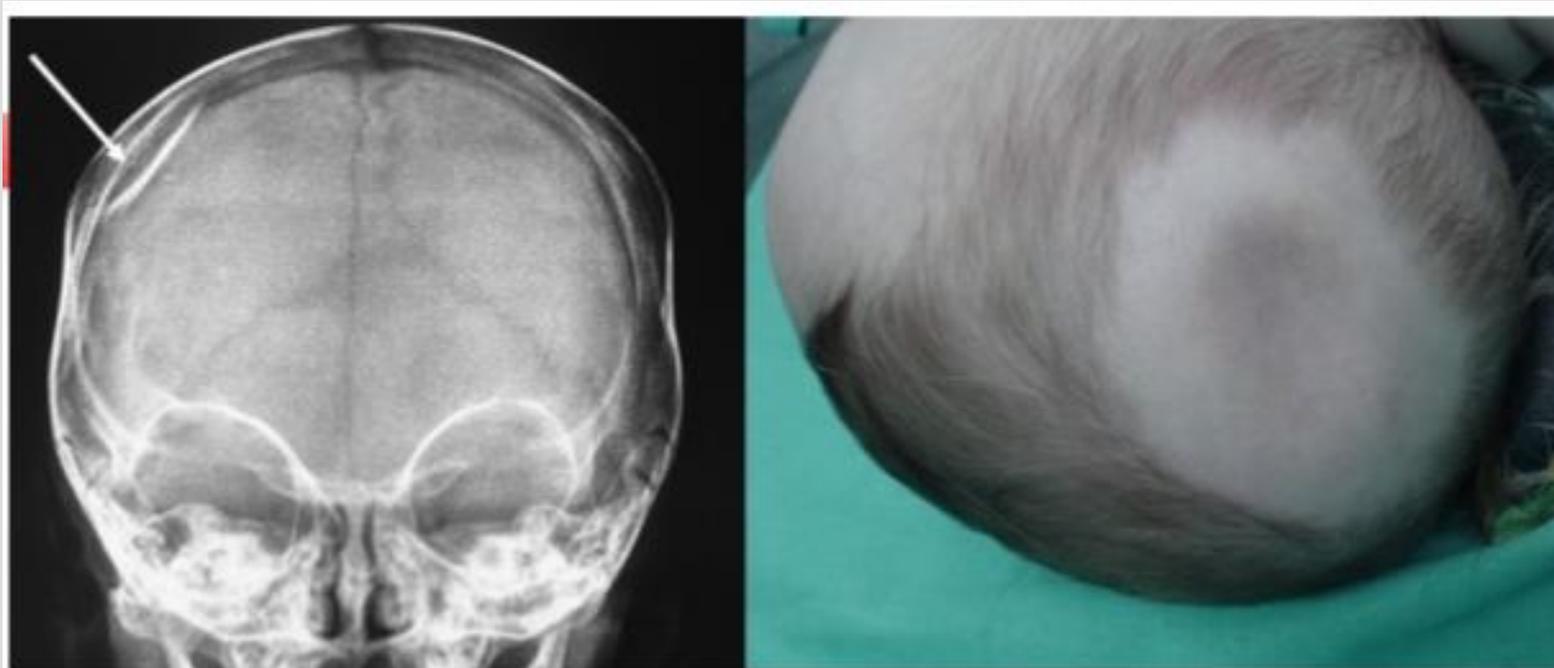
TRAUMATISMOS OSTEOCARTILAGINOSOS

- **Cefalohematoma subaponeurótico** → Subgaleal. Hemorragia al desprenderse la aponeurosis epicraneana.
 - Sobrepasa líneas de suturas. Puede contener gran volumen de sangre. Potencial gravedad
 - Anemia aguda y shock. Controlar pruebas de coagulación.
 - Tto de shock y corregir factores coagulación en caso necesario.



TRAUMATISMOS OSTEOCARTILAGINOSOS

- **Fractura de cráneo** → origen prenatal y 2rio generalmente a partos prolongados, difíciles, o uso fórceps.
 - Lineales y acompañan cefalohematoma. Se dg por Rx.
 - No requieren tratamiento. Evaluación por Neurocirugías si dan síntomas o son mayores de 2 cm.
 - Fx deprimida o en “pelota de ping pong” puede ser grave (87% asintomáticos al 2do día) ya que puede acompañarse de lesión del encéfalo. Debe ser evaluado por neurocirugía.



TRAUMATISMOS OSTEOCARTILAGINOSOS

- **Fractura clavícula** → lesión más frecuente. Macrosómicos y parto dificultoso.
 - Crujido., deformidad, crepitación ósea. Moro asimétrico. Se puede palpar callo ósea entre los 7 y 10 días.
 - Se confirma por Rx.
 - Buen pronóstico y tto sencillo: fijación antebrazo.
 - Consolida en 2 semanas. Descartar parálisis braquial obstréctica.
- **Fractura huesos largos: húmero y fémur** → Muy infrecuentes.
 - Presentación podálica, cesárea, y bajo peso de nacimiento.
 - Deformidad, dolor e impotencia funcional, crepitación.
 - Confirmación Rx.
 - Tto → alineación e inmovilización.



TRAUMATISMOS MUSCULARES

- **Tortícolis congénita muscular** → o fibroma del esternocleidomastoideo. Partos en podálica o con hiperextensión de cuello,
 - Desgarro muscular con hematoma, lleva a retracción y acortamiento muscular.
 - Ex Fx → Aumento de volumen en 1/3 inferior esternocleidomastoideo, indoloro
 - Visible al 7mo ddv, de 1 a 2 cm, duro, provoca rotación al lado afectado.
 - Tto → kinesioterapia. Evolución favorable antes del año. Cx a los 3 años.



TRAUMATISMOS NERVIOSO PERIFÉRICO

- **Parálisis nervio facial** → más frecuente. Por compresión a nivel del agujero estilomastoideo,
 - Fórceps o por promontorio.
 - Unilateral, dificultad cerrar el ojo del lado afectado con desviación comisura.
 - Buen pronóstico.
 - Tto → proteger córnea con gotas oftálmicas.
 - Si no mejora en 10 días, sospecha interrupción continuidad.
 - Sección completa → irreversible. neuroplastía.



TRAUMATISMOS NERVIOSO PERIFÉRICO

- **Lesión plexo braquial** → por tracción plexo durante parto. Parálisis o paresia músculos MMSS, trauma mecánico raíces C5 a D1. 3 variedades:
 - P. Braquial superior (Duchenne-Erb) → C5 y C6. más frecuente. Unilateral. Aducción y rotación interna, antebrazo en extensión y pronación, y muñeca flexionada. Moro abolido y prehensión palmar intacta.
 - Tto → inmovilización, luego 7 días, ejercicios para atrofas y contracturas.
 - 80% recupera de 3 a 6 meses, sino, Cx.
 - P. Braquial inferior (Klumpke) → C7, C8, D1. Menos frec. Falta prehensión palmar. Compromiso D1: Horner.
 - Tto → inmovilización y luego 7 a 10 días, Kine motora.
- P. total extremidad → Todo plexo. Flácida con reflejos abolidos. Dg dif de lesión cerebral o lesión ósea, o de tejidos blandos del hombro.
 - Rx hombro, brazo y tórax
 - Tto → reposo, férula y movimientos pasivos después de 7-10 días.
 - Mejoría rápida es buen pronóstico. Persistencia mal pronostico.

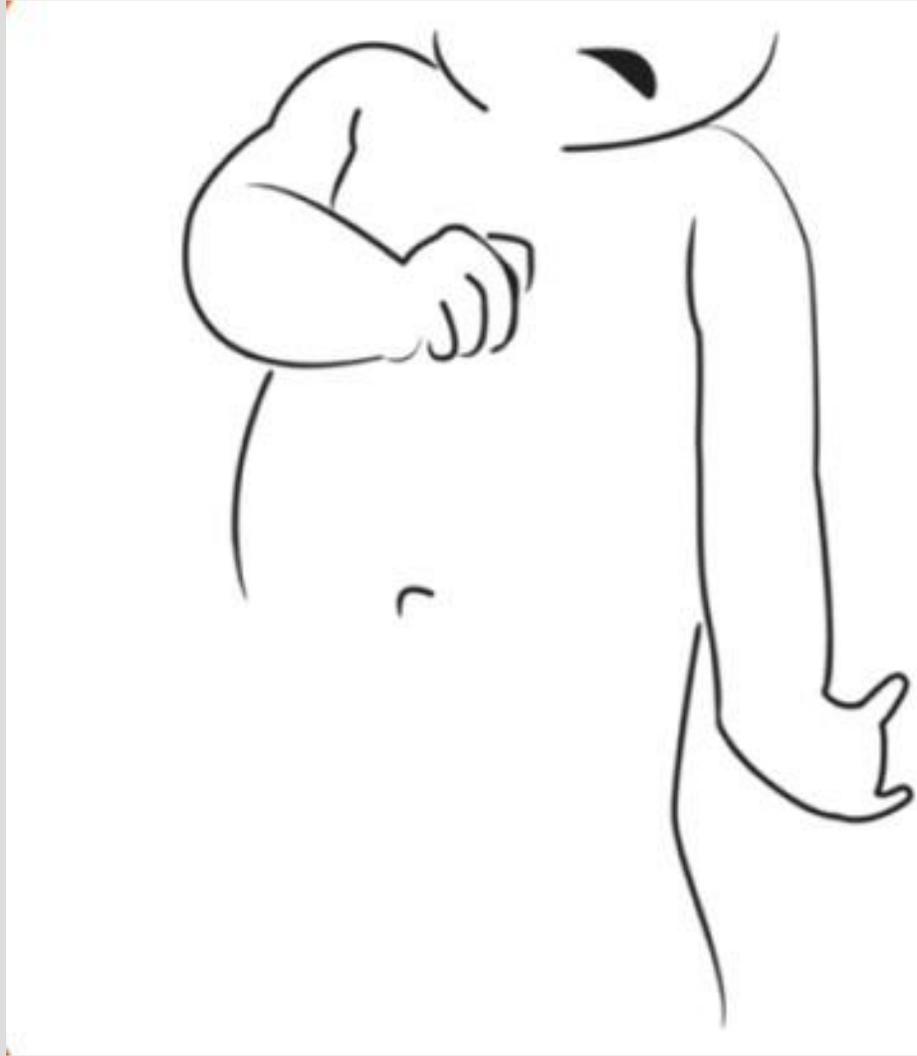


Table 6.3. Narakas Classification of Obstetric Brachial Plexus Injury

Name	Weakness/Paralysis	Likely Outcome	Roots Impaired
Upper Erb's	Shoulder abduction External rotation Elbow flexion	Good 80% spontaneous recovery	C5, C6
Extended Erb's	As above + drop wrist	Good 60% spontaneous recovery	C5, C6, C7
Total palsy with no Horner's syndrome	Complete flaccid paralysis	Good spontaneous recovery of the shoulder and elbow in 30%-50% of cases. A functional hand may be seen in many patients	C5, C6, C7, C8, T1
Total palsy with Horner's syndrome	Complete flaccid paralysis + Horner's syndrome	The worst outcome. Without surgery, severe defects throughout the limb are expected	C5, C6, C7, C8, T1

LESIÓN NERVIO FRÉNICO

- **Parálisis diafragmática** → predominio unilateral, muy grave si es bilateral. Generalmente asociado a parálisis braquial. Por fórceps o podálica por lesión C3, C4, C5.
 - En inmediato puede simular sd dificultad respiratoria.
 - Ex Fx: respiración paradojal, taquipnea, cianosis.
 - Rx → elevación hemidiafragma.
 - Eco → movimiento paradójico. Lado paralizado se eleva.
 - Tto → posición RN sobre lado afectado
 - O2/CPAP, VM en caso de lesión bilateral
 - Considerar Cx si aumenta dificultad respiratorio
 - o no hay recuperación en 1 mes.



REFERENCIAS

- Ararat, F. & cols. (2020) **Guias de Practica Clínica UPC Neonatal Hospital San Juan de Dios de la Serena.**V edición. SS Coquimbo.
- Cloherty and Stark's. (2021). **Manual of Neonatal Care.** Wolters Kluwer. India.