Traumatismo obstétrico en el recién nacido

Por el doctor ERNESTO PLATA RUEDA

(Conclusión)

Hígado: en el parenquima se ven pequeños conglomerados de linfocitos; los capilares sanguíneos están dilatados; la célula hepática presenta degeneración grasosa. Los cortes practicados a nivel del hematoma subcapular descrito anatómicamente, dejan ver coágulo sanguíneo en vía de desintegración, rico en fibrina y leucocitos polinucleares. Cápsulas suprarrenales: muy congestionadas. Riñones: es muy notoria la dilatación de los vasos y capilares sanguíneos; en los tubos colectores se encuentra substancia granulosa acidófila. Vejiga y venas normales. Aorta: en la capa adventicia se encuentra un foco de hemorragia. Timo normal. Resumen: la muerte es debida a anemia aguda por hemorragia intraperitoneal de origen hepático, en un organismo afectado por degeneración grasosa del hígado. Se encuentra además una bronconeumonía en comienzo.

El caso es por demás ilustrativo como ejemplo de grave traumatismo que afectó casi todas las vísceras contenidas en la cavidad abdominal, pero especialmente al órgano hepático.

Stone (17) es de opinión que el hígado frecuentemente muestra equimosis superficiales aún como consecuencia de grados medianos de asfixia; pero que las hemorragias subcapsulares, siendo más raras, ocurren de preferencia en casos de extracciones podálicas o de partos espontáneos precipitados. Anota, además, que las heridas propiamente dichas, pueden interesar sólo la cápsula o por el contrario penetrar profundamente en el parenquima, siendo en este caso lo frecuente que la muerte sea tardía (dos o tres días) pero súbita, como consecuencia del derrame de una cantidad suficiente de sangre dentro de la cavidad peritoneal. Hemos transcrito estas autorizadas opiniones con ánimo de dar alguna explicación a este traumatismo que también ocurrió, como vimos, en un parto relativamente rápido aun para una multigestante. Creemos que el parto rápido produciendo una brusca descompresión del tronco, es capaz de determinar rupturas vasculares en vísceras ya congestionadas por el mecanismo de la asfixia. A este respecto, algunos autores (Gymnich) (18) aconsejan la episiotomía "para cuerpo", cuando se aprecia alguna dificultad en el parto de éste. Dado que ese niño respiró espontáneamente, no cabe pensar que

hubiera sido víctima de la maniobra de Schultze para combatir la asfixia neo-natorum, consistente en columpiar al niño asido por sus pies, y considerada por la crítica moderna como responsable de gran número de casos de laceraciones de vísceras abdominales. Al igual que los dos casos publicados por Mc. Nitt (19), el nuestro es un ejemplo de gravísimo traumatismo abdominal y especialmente hepático, ocurrido en un parto evidentemente muy poco traumatizante.

LESIONES DE LOS NERVIOS PERIFERICOS

a) Parálisis faciales.

Todas las parálisis observadas por nosotros han sido del tipo denominado periférico, puesto que en todos los casos la parálisis o paresia ha sido total, es decir, que ha afectado, a más de los músculos inervados por el facial inferior, los inervados por el facial superior. Por otra parte, dentro del tipo periférico, han correspondido a la variedad extracraneana, desde el momento en que, unas veces hemos observado las huellas dejadas por la presión excesiva de la cuchara del fórceps sobre la región mastoidea (emergencia del nervio por el agujero estilo-mastoideo) o de la región pre-auricular (trayecto intraparotídeo del nervio); otras veces, en ausencia de tales lesiones externas, tampoco hemos hallado signos clínicos o radiológicos de fractura del peñasco o de hemorragia basal, capaz de afectar el nervio entre su emergencia de la protuberancia y su entrada en el hueso temporal.

A título de información recordamos que las parálisis supranucleares pueden encontrarse, aunque raramente, como acompañantes del cuadro clínico de hemorragias centrales graves, capaces de afectar cualquier porción nerviosa de las comprendidas entre su núcleo de origen y el núcleo protuberancial. Afectan el tipo parcial, respetando párpados y frente, en atención al doble origen hemisférico del VII par craneano.

Todas han sido, por otra parte, unilaterales. Una lesión bilateral, a más de ser bastante difícil de diagnosticar, se considera, por algunos autores (20), muy difícil de producir: en efecto, la parálisis facial unilateral resulta de una aplicación asimétrica de las cucharas del fórceps y por consiguiente, si una de ellas comprime la emergencia del facial, la otra deberá estar colocada en situación tal que, no puede lesionar un sitio simétrico del anterior, es decir, el nervio facial opuesto.

Bastarán unos pocos ejemplos para dar cabal idea de este tipo de lesión:

Historia número 78 R. 1949. Niña de 3.000 gramos. Respiración retardada. Madre primigestante de 20 años, con embarazo a término en OIIT. Parto con fórceps, indicado por sufrimiento fetal. Se encontraron dos circulares del cordón al cuello. Al examen clínico encontramos equimosis y edema de las regiones temporal y mastoidea derecha, ausencia de los pliegues faciales del mismo lado, desviación de la comisura bucal al llorar, hacia el lado izquierdo: ojo derecho entreabierto durante el sueño. Diagnóstico: pará-

lisis facial derecha, total, periférica y extracraneana. Tratada con calor local, masaje y administración de la vitamina del trofismo nervioso, la vitamina B1, mejoró rápidamente y a su salida del servicio la parálisis era casi imperceptible.

Historia número 167 C. M. 1950. Feto en presentación cefálica de vértice (OIIA), extraído por medio de una cesárea, a las 26 horas de trabajo, indicada por pelvis infundibuliforme, después de tres intentos de fórceps alto y bajo signos de sufrimiento fetal. Se dificultó enormemente hacer salir la cabeza por la brecha segmentaria, debido a cierto grado de encajamiento y fue necesario recurrir al fórceps. La criatura nació en estado de asfixia azul y profundamente influída por los anestésicos; una vez iniciada la respiración continuó quejándose por varias horas. Observábase, además, una parálisis facial derecha periférica total, extracraneana que, afortunadamente sólo duró unas pocas horas. Salió en buenas condiciones de la clínica.

Historia número 1.089 R. 1949. Niña de 2.800 gramos, nacida de madre primigestante por medio de un fórceps para OIIA, indicado por sufrimiento fetal, Padeció el cuadro clínico de la Neumopatía por sufrimiento fetal y al mismo tiempo se apreció una parálisis facial izquierda total, periférica y extracraneana. Curó de la afección pulmonar pero a su salida del servicio hay mejoría sólo parcial de la parálisis.

Historia número 1.591 R. 1950. Niño de 3.300 gramos. Respiración retardada. Madre primigestante de 19 años, con feto en presentación cefálica OIIA. Parto con fórceps, indicado por sufrimiento fetal. Desde el momento del nacimiento se pudo apreciar una parálisis facial derecha, total, periférica y extracraneana, de la cual mejoró completamente para salir en buenas condiciones del servicio. Una ligera tumefacción y equimosis que se apreciaba sobre la región submastoidea derecha, también desapareció en pocos días.

Etiopatogenia. De 14 casos estudiados de parálisis faciales periféricas extracraneanas, 13 ocurrieron en partos con fórceps y uno en cesárea pero con previos intentos de fórceps y extracción fetal con fórceps a través de la brecha uterina. El fórceps figura pues, en este tipo de parálisis como la causa determinante y única de la misma. No hemos observado ejemplo de los casos mencionados por algunos autores (21), de parálisis faciales periféricas ocurridas en partos espontáneos por obra del encajamiento, en presencia de presentaciones parietales anteriores o anteflexiones uterinas que dan lugar a presión prolongada de la sínfisis sobre la región mastoidea.

La mayoría de las parálisis faciales son del lado derecho (10 sobre 17) Por otra parte, de las 4 parálisis izquierdas, dos ocurrieron en casos de fórceps aplicados para presentaciones cefálicas de vértice derechas, al paso que de las 10 derechas, 8 ocurrieron en casos de fórceps aplicados para presentaciones de vértice izquierdas. Concluímos entonces que, en la generalidad de los casos, la parálisis es producida con la segunda cuchara del fórceps, desde el momento en que es ésta la que se aplica contra el lado derecho de la cabe-

cas de vértice izquierdas anteriores y contra el lado izquierdo en las derechas posteriores. Ningún autor menciona esta mayor frecuencia de las parálisis faciales derechas, pero el hecho es sacado de la experiencia y además es lógico: en efecto, la segunda cuchara es la de mayor dificultad en su aplicación, en parte por la naturaleza misma de las estructuras maternas contra las que queda colocada (arco del pubis) y también por encontrarse ya colocada la primera, posterior, con el natural rechazo de la cabeza hacia adelante, precisamente por donde va a introducirse la segunda.

Cabe anotar también cómo en 7 de los 14 casos, ocurrió concomitantemente un cuadro clínico expresión de mayor traumatismo (hemorragia intracraneana, neumopatía o sufrimiento fetal).

Síntomas y diagnóstico. En estado de reposo, puede decirse que el único síntoma es la falta de oclusión del ojo del lado afectado (parálisis del orbicular); pero cuando el niño llora, la lesión se hace evidente, viéndose cómo la comisura bucal se desvía del lado sano, formándose gran abertura, mientras que del lado enfermo, la abertura es menor (forma en raqueta de la boca). Por contraste, los pliegues de la piel del lado sano parecen exagerados, mientras que del lado afectado están del todo ausentes al par que la piel es de aspecto brillante y comparativamente sufre una disminución de la temperatura superficial.

Pronóstico. Por lo general, felizmente las parálisis faciales obstétricas, muestran marcada tendencia a cas horas y otras en el transcurso de una semana. Existen otras sin embargo, afortunadamente más raras, que no manifiestan ninguna tendencia a la mejoría. Parece que las de regresión rápida sean sólo el producto del edema y hematoma locales y de ahí que se beneficien del calor y el masaje. Las más persistentes hacen pensar en verdadera lesión nerviosa (compresión, atirantamiento, ruptura) o en un origen intracraneano.

Tratamiento. Usamos el calor local húmedo y el masaje, sobre todo en los casos en que hay edema y equimosis submastoidea o preauricular. Administramos la vitamina B1 que parece actuar favorablemente sobre el trofismo de los nervios. El cuidado de los ojos debe ser motivo de especial atención, pues el ojo que permanece abierto se seca y fácilmente se infecta. Por lo demás, consideramos al niño como potencialmente traumatizado en forma más grave e instituímos la vigilancia y terapéutica del caso.

b) Parálisis braquiales.

Clásicamente se admite la existencia de tres tipos de parálisis braquiales. El primero y más común es el tipo Duchenne-Erb, que corresponde a la lesión de las raíces CV y CVI y afecta los músculos del hombro y del brazo, excepto el triceps. Clínicamente se la reconoce porque el miembro superior se coloca a lo largo del tronco, en rotación interna, mirando la palma de la mano hacia adentro y aun hacia atrás. La inervación del triceps está conservada de

mede que, siendo el niño incapaz de flejar su antebrazo, puede, sin embargo, extenderlo activamente cuando en forma pasiva se lo ha llevado a la flexión; están abolidos la abducción del brazo y la rotación externa. Los músculos del antebrazo están respetados, conservándose por lo tánto los movimientos de la articulación de la muñeca y de los dedos: el niño realiza con facilidad el movimiento de prensión palmar cuando se investiga este reflejo; el reflejo bicipital está abolido. La sensibilidad debe estar ausente en la piel que cubre el deltoides, pero precisar esta alteración en el recién nacido es por demás problemático. Se la denomina también, parálisis braquial superior.

El segundo tipo o braquial inferior, es el denominado Dejerine-Klumpke, y corresponde a la lesión de las raíces CVII, CVIII y DI. Interesa la inervación de los músculos del antebrazo (excepto los flexores largos de los dedos) y de la mano. Los movimientos del brazo, así como la flexión del antebrazo, están conservados y no hay rotación interna del brazo como en el tipo superior. A causa de la conservación de la inervación de los flexores largos de los dedos, la mano adopta el tipo "en garra". A esto se agrega el síndrome de Claude-Bernard-Horner) ptosis palpebral, miosis, enoftalmía), por parálisis del simpático cervical. Es de rara observación y por lo que a nosotros toca, no la hemos visto aisladamente en ningún caso.

El tercer tipo o braquial total, reúne la sintomatología de los dos primeros, por afectar las raíces CV, CVI, CVII y DI. No es fácil asegurarse de su existencia ante un caso dado y al igual que al tipo Klumpke, se la considera de mal pronóstico.

A continuación, algunas historias clínicas de los casos que hemos observado:

Historia número 665 R. 1949. Niña de 2.500 gramos. Respiración espontánea. Madre multigestante (IV) de 30 años. Embarazo de 8 meses en presentación de pelvis incompleta. Parto con extracción podálica indicada por detención del trabajo. Muerte materna por shock obstétrico. Al examen clínico se encontró que el miembro superior izquierdo no se elevaba en el reflejo de Moro, al par que permanecía pegado al tronco y en rotación interna; la flexión de los dedos, así como la extensión del antebrazo eran movimientos posibles. Se diagnosticó una parálisis braquial superior, tipo Duchenne-Erb. Se obtuvo notable mejoría con el tratamiento. Se tropezó con bastantes dificultades en la alimentación artificial y murió al completar los 37 días de vida víctima de una toxicosis.

Historia número 222. R. 1950. Masculino de 3.120 gramos. Respiración espontánea. Madre multigestante (OII), de 22 años. Embarazo a término en presentación de pelvis (SIIA). Parto espontáneo después de un trabajo prolongado durante 40 horas. Llama la atención desde el primer momento, la posición de los brazos, colocados ambos a los lados del tronco, sin levantarlos bajo ningún estímulo, rotados hacia adentro, con dificultad a la flexión de los dedos, sobre todo en el lado izquierdo, donde además se nota una flexión forzada de la mano sobre el antebrazo, denotando así un predominio de

la parálisis en los músculos dorsales del antebrazo. La impotencia funcional era mucho más marcada en el miembro izquierdo. Se observó igualmente el cuadro de la Neumopatía por sufrimiento fetal. Se hizo el diagnóstico de parálisis braquial total del miembro superior izquierdo y parálisis braquial superior del derecho. Durante su permanencia en el servicio mejoró visiblemente del lado derecho, pero conservó inalterable la parálisis del izquierdo.

Etiopatogenia. Es curiosa la variedad de circunstancias en que se produjo la parálisis braquial en nuestros casos: dos ocurrieron en presentación de pelvis, uno de los cuales, en parto espontáneo y el otro con extracción podálica. Un tercero ocurrió tras cesárea verificada en condiciones de inminencia de ruptura uterina (presentación de hombro), es decir que el feto sufrió las consecuencias de un trabajo intensísimo, en un vano intento de encajamiento. Los dos últimos en partos con fórceps, uno de ellos alto, del cual quedaron señales en la región del cuello, correspondiente al lado afectado, a más de que se encontró una circular apretada alrededor del hombro del mismo lado.

Se han invocado múltiples teorías para explicar la producción de las parálisis braquiales. Para el tipo superior se dice que su mecanismo reside en la compresión ejercida sobre las raíces C5 y C6, donde ellas se hacen más superficiales, es decir, detrás del músculo esternocleidomastoideo, por encima justamente de la clavícula (punto de Erb); este pudo ser el mecanismo en nuestro caso de fórceps alto y circular en el hombro.

Pero como esta compresión no siempre puede imaginarse en determinados partos, se ha pensado también que la parálisis puede resultar del estiramiento o desgarro de los nervios por tracciones laterales ejercidas sobre el miembro; tal mecanismo sería valedero para los casos de extracciones podálicas y presentaciones de hombro. Cabe también pensar que en la extracción podálica, la compresión nerviosa puede haber sido ejecutada por los dedos del operador sobre el punto de Erb, o indirectamente por presión sobre la

Champetier de Ribes o de Moriceau; así se explicarían también los casos bilaterales.

En cuanto a la lesión anatómica propiamente dicha, puede ir desde la simple compresión por edema y extravasación sanguínea, hasta los desgarros y hemorragias perineales, estiramientos y ruptura de nervios.

Diagnóstico. Existen principalmente dos entidades que simulan de cerca las parálisis braquiales. La pseudoparálisis de Parrot (epifisitis sifilítica), que a primera vista podría ser tomada en cuenta, se distingue porque, como su nombre lo indica, no hay verdadera parálisis: el brazo se encuentra colocado al lado del tronco, en situación análoga a la de la verdadera parálisis, pero bajo cualquier estímulo o aún espontáneamente, realiza movimientos con producción de gran llanto; por otra parte, es posible descubrir otros signos clínicos o radiológicos de sífilis congénita. Las luxaciones escápulo-humerales originan un cuadro parecido, pero en ellas la movilidad pasiva está trastornada, la flexión del antebrazo está conservada, se palpan modificaciones en las relaciones articulares y en último término el estudio radiológico zanja las dudas. No nos ha parecido fácil hacer la diferenciación de los diversos tipos, entre otras cosas porque para el estudio del funcionamiento de los distintos músculos sólo se dispone de la observación de la posición del miembro y de la ejecución de algunos movimientos reflejos, sin poder contar como en el adulto con los datos que suministra la ejecución voluntaria de determinados movimientos; es así [illegible] quedan dudas sobre la integridad de los músculos del antebrazo.

Pronóstico. Al igual que las parálisis faciales, la mayoría de las braquiales tienen tendencia a la regresión espontánea en el curso de la primera semana. Cabe sin embargo destacar que el pronóstico es más reservado para las totales y antibraquiales que para las superiores, dado que las primeras implican una lesión más profunda y extensa del plexo nervioso.

Tratamiento. Puede ser sólo expectante en los tres primeros días, ayudado de calor local y masaje. Pero si la parálisis es acentuada y persistente, es aconsejable el procedimiento más simple y útil, cual es fijar la manga del vestido del niño a la sábana de la cuna, de manera que el brazo quede en abducción y rotación externa y el antebrazo en ángulo recto sobre el brazo. Ello tiene por objeto impedir el alargamiento de los músculos paralizados y evitar la rigidez y acortamiento de sus antagonistas.

C—Parálisis radiales.

La parálisis radial es considerada por todos los autores como de rara ocurrencia en el curso del parto. Nosotros sólo hemos tenido oportunidad de observar 2 casos.

Historia Nº 2—468 R. 1949. Niña de 2.400 g., hija de una multigestante de 40 años, con embarazo gemelar. El parto de este primer feto se realizó con fórceps, indicado por sufrimiento fetal. La niña ejecutaba los movimientos del brazo con per-

fección, pero el antebrazo se hallaba semiflexionado sobre el brazo, sin lograr extenderlo activamente (parálisis del triceps); la mano se encontraba permanentemente inclinada hacia el lado cubital del antebrazo, recobrando esta posición cuando se la llevaba en sentido opuesto (parálisis de los músculos de la región postero-externa del antebrazo); por otra parte. mientras que en la mano derecha la prensión palmar era perfecta, en la izquierda no se producía. La existencia de estos signos admitidos clásicamente como característicos de la parálisis radial, contrastaba con la ausencia de un traumatismo demostrable en algún lugar del trayecto de este nervio. Se distinguía de la parálisis de Klumpke por la ausencia de «mano en garra» y de signos oculopupilares. En la obra de Holt y Mc. Intosh (22), a se anota la rareza de las parálisis que afecten un solo nervio; pero cita al mismo tiempo dos casos en los cuales, hubo parálisis temporal de solo los músculos inervados por el nervio radial, cuya explicación considera oscura. Bien pudo tratarse en este caso, de un traumatismo del plexo braquial que adoptó esta forma especial. Se anota que la niña conservaba la posición viciosa de su mano a la salida del servicio.

Historia Nº 2.021—A. 1949. Masculino de 2.840 g. Parto con versión interna indicada por presentación de hombro y procidencia del cordón. Se produjo una fractura humeral izquierda del tercio medio, con gran desalojamiento fragmentario. Se encontraba además el antebrazo semiflexionado con impotencia funcional para extenderlo, ausencia de flexión de la mano, la cual a su vez se encontraba desviada constantemente hacia el lado cubital del antebrazo (mano «en gota»). Esta situación, atribuída a lesión del nervio radial sobre la fractura, persistía varios meses después, cuando fue visto el niño para el control de la fractura.

Lesiones óseas de los miembros.

Nos limitaremos al estudio de aquellas lesiones óseas de los miembros, de las cuales estamos en capacidad de narrar historias clínicas demostrativas.

A—Fracturas de la clavícula.

Historia Nº 657—C. M. 1949. Niña de 3.840 g. Madre primigestante que fue citada a la clínica para in-

embarazo se prolongaba y el feto padecía ya bastante grande. La inducción se logró con aceite de ricino y pitocín, del cual llegaron a inyectarse 14 unidades. Cuando la dilatación era todavía incompleta, se rompieron las membranas y se observó que el líquido amniótico se encontraba fuertemente teñido en meconio; se hizo entonces una rápida dilatación del cuello, ayudada con una incisión paramediana, aplicándose un fórceps para OIIA y facilitando la expulsión con una episiotomía paramediana derecha. La niña respiró espontáneamente, nació con una fractura clavicular izquierda, en la unión del tercio medio con el interno. Debido al escaso desalojamiento, se la dejó sin tratamiento.

Historia Nº 688—R. 1947. Niña de 3.100 g. Respiración espontánea después de un parto espontáneo en presentación cefálica de vértice (OIIA). Madre secundigestante de 22 años. Se apreció edema, movilidad anormal y crepitación a nivel de la clavícula izquierda. El informe radiológico número 47173 confirmó el diagnóstico clínico diciendo: «se ve una fractura clavicular izquierda, en la unión del tercio medio con el tercio externo; el fragmento externo está desalojado hacia abajo».

Etiopatogenia. Los dos únicos casos observados correspondieron a fracturas de la clavícula izquierda y fueron consecutivos a partos en presentaciones cefálicas de vértice izquierdas anteriores. Así pues, el lado de la fractura correspondió al hombro posterior; el mecanismo de producción podría pensarse debido a la salida brusca del hombro posterior a tras el hombro anterior toma punto fijo por debajo del pubis. Los autores americanos (23), consideran la fractura clavicular como más frecuentemente producida en partos de pelvis, en los cuales el hueso puede fracturarse en la maniobra de Moriceau, cuando los dedos del operador se aplican sobre los hombros del niño; igualmente puede fracturarse la clavícula en la extracción de los brazos, debido a la transmisión hacia ella de la fuerza ejercida sobre el húmero.

Síntomas y diagnóstico. La impotencia funcional es muy escasa y no es raro observar la fractura sólo unos días después del nacimiento, por la presencia de signos locales, tales como movilidad anormal y deformación, con gran dolor a la abducción del brazo.

Tratamiento. Cuando no hay gran desplazamiento, puede dejársela evolucionar espontáneamente, siendo el pronóstico bueno, pues el callo se forma pronto y es rápidamente reabsorbido. De lo contrario, si el desplazamiento es notable, se aconseja la inmovilización con un vendaje en 8, que lleva los hombros atrás, el cual se dejará durante 20 días.

B—Luxaciones escápulo-humerales.

Historia Nº 994—A. 1949. Niño de 3.760 g. Respiración espontánea. Madre primigestante de 20 años, con embarazo a término en OIIA. Parto con fórceps indicado por inercia secundaria, sufrimiento fetal y trabajo prolongado (45 horas). Al examen clínico se encuentra que el miembro superior derecho no se eleva en el reflejo de Moro y el brazo muestra

mientras el antebrazo sí se flexiona normalmente; los movimientos pasivos son muy limitados. Hay vacío sub-acromial y en el hueco axilar se palpa fácilmente la cabeza humeral desplazada de su lugar normal. Un estudio radioscópico demostró la presencia de una luxación del húmero hacia abajo y hacia adelante. La reducción se logró fácilmente por el método de Moth, se colocó a continuación una almohadilla de algodón en la axila y se inmovilizó el brazo pegado al tórax por medio de esparadrapo. Un control radiológico comprobó el buen resultado de la maniobra y se dejó la inmovilización por 15 días.

Historia Nº 1.203—R. 1950. Masculino de 3.800 g. Respiración retardada. Madre secundigestante con feto en presentación cefálica de vértice (OII); parto espontáneo a las 15 horas de trabajo. Fue notoria la posición permanente del brazo derecho en ligera abducción, el antebrazo bien flexionado, pequeña grada posterior escápulo-humeral y dificultad para los movimientos pasivos. Su reducción no ofreció dificultades.

Patogenia. De 6 casos estudiados 5 ocurrieron en presentaciones cefálicas y uno en pelvis. De los primeros, tres ocurrieron en partos espontáneos y 2 en partos con fórceps, uno de ellos alto y laborioso. Apreciando los pesos de estos niños, puede anotarse el tamaño fetal como causa adyuvante de la luxación (distocia de hombros).

Diagnóstico. Conocidos los signos clínicos a través de las historias clínicas, queremos hacer resaltar las sis braquial superior, con la cual pudiera confundirse a primera vista. En la parálisis los movimientos de la articulación del hombro son en extremo fáciles, el brazo cae pesadamente sobre la mesa al soltarlo y el niño no flexiona su antebrazo; en la luxación los movimientos pasivos se hacen con dificultad, en ocasiones se siente un resalto al ejecutarlos y al elevar y dejar caer el brazo hace un fuerte movimiento de abducción, sin caer flácido; por otra parte, el antebrazo se flexiona bien activamente y con frecuencia se sorprende al niño en actitud de «mano de Napoleón». Con frecuencia hemos observado que están ausentes signos locales como el edema y las equimosis, sobre todo cuando se trata de subluxaciones. La interpretación radiológica es delicada debido a la escasa visibilidad de la cabeza humeral.

Pronóstico. En la generalidad de los casos el pronóstico es bueno, sobre todo si la reducción se hace precozmente. La escasa potencia muscular es factor favorable a la reducción y al mantenimiento de la misma, aun en los casos de gran desplazamiento.

Tratamiento. La reducción se debe hacer por el método de Moth, preferiblemente al de Kocher, que puede provocar desprendimientos epifisarios. Un ayudante hace la contraextensión desde el tórax y el cuello, mientras el operador hace desde el codo, con el antebrazo en flexión, un movimiento simultáneo de extensión y abducción, suave pero sostenido, que lleva el brazo más allá de la horizontal que pasa por el hom-

darse a la reducción, a través de la axila, obrando sobre la cabeza humeral para hacerla llegar a la cavidad glenoide. Una vez esto conseguido, se coloca una pequeña almohadilla algodonada en la axila y se lleva el brazo contra el tórax con el antebrazo en flexión, fijándolos con esparadrapo, previa untura de la piel, con tintura de benjuí, con el fin de facilitar su adhesión y prevenir en lo posible el desprendimiento de la epidermis al quitarlo. La inmovilización se deja durante 15 días, al cabo de los cuales se practican movimientos pasivos muy cuidadosos. Si hay edema y equimosis, es benéfica la aplicación de calor local.

C—Fracturas del húmero.

Historia Nº 2.021—A. 1949. Niño de 2.840 g. Respiración retardada. Madre multigestante (VII) con feto en presentación de hombro. Parto con versión interna y extracción podálica, ejecutada cuando se produjo una procidencia del cordón. El brazo izquierdo del niño exhibía gran edema y equimosis, con movilidad anormal, crepitación e impotencia funcional. Se apreció igualmente, según fue descrito en su lugar, la presencia de una parálisis radial. El estudio radioscópico número 171, confirmó el diagnóstico de fractura del húmero izquierdo en su tercio medio, con gran desalojamiento fragmentario, cabalgamiento, angulación y gran movilidad fragmentaria. Se practicó la reducción ortopédica y se aplicó una gotera envesada, a pesar de la cual se produjo una pseudoartrosis. Se aplicó entonces nueva gotera, con la cual se obtuvo una buena persistía aún en la época del control.

Patogenia. 4 de 7 casos estudiados, correspondieron a recién nacidos entre 3.000 y 4.000 gs.; al igual que en las luxaciones escápulo-humerales, el factor «tamaño fetal», parece que desempeña importante papel como causa predisponente de las fracturas humerales, debido a las inherentes dificultades en el parto de los hombros. De esas siete observaciones, cuatro correspondieron a partos de pelvis, pero en uno de ellos solamente esta era la presentación primitiva, siendo en los tres restantes secundaria a versión interna y extracción podálica. Las maniobras directas ejecutadas sobre los brazos del feto para hacer su extracción, aparecen, pues, claramente como causa determinante de la lesión ósea.

Síntomas y diagnóstico. Existen ligeras diferencias, sobre las cuales no entraremos en detalles, según la altura de la lesión y las relaciones de los fragmentos. Los principales síntomas son: deformación, edema, equimosis, movilidad anormal, crepitación, posición viciosa del miembro y en ocasiones acortamiento. Es difícil confundirla con otras lesiones tales como la parálisis braquial o la luxación escápulo-humeral.

Pronóstico. En ausencia de lesiones nerviosas o vasculares, puede decirse que el pronóstico de la lesión ósea en sí, es favorable, ya que la consolidación se realiza fácilmente si se hace una buena reducción e inmovilización, lo cual, por otra parte, no es difícil de obtener, si se tiene en cuenta la escasa potencia muscular del recién nacido.

conveniente el enyesado toraco-braquial que constituye un aparato demasiado pesado que fatiga al niño a la vez que trastorna su función respiratoria y predispone por enfriamiento a los procesos bronconeumónicos. Es mejor la simple canal de cartón algodonada, más proporcionada al tamaño y desarrollo muscular del niño y de más fácil aplicación y vigilancia.

D—Luxación del codo.

Historia Nº 2.286—M. 1949. Niña de 3.220 g. Madre multigestante (III) con embarazo a término; presentación cefálica de vértice (OII). Parto espontáneo. No se menciona ninguna dificultad en el parto de los brazos. Al examen clínico se pudo apreciar que la región del pliegue del codo derecho estaba crecida en sentido transversal y mostraba edema y equimosis; el antebrazo se encontraba en extensión y la flexión pasiva del mismo era imposible; en el borde cubital se tocaba una depresión sub-humeral y por el contrario, en el borde radial se palpaba una eminencia ósea anormal; las eminencias condílea, olecraneana y troclear, no se encontraban en línea recta. Informe radiológico Nº 201 (figura 25): tanto en el examen radioscópico como en la placa radiográfica se observó que la extremidad proximal del radio y el cúbito habían perdido sus relaciones normales con la extremidad distal del húmero y estaban desplazadas hacia adelante y hacia adentro. Conclusión: luxación completa de la articulación del codo derecho». Bajo anestesia general se intentó, la reducción, sin conseguirla, por lo cual se colocó el m. suparios en una posición útil de semiflexión; en tal forma salió del servicio.

LESIONES DEL PERIOSTIO CRANEANO

A — Cefalo-hematoma propiamente dicho.

El céfalo-hematoma es un leve traumatismo obstétrico que consiste en la acumulación sub-perióstica de sangre, localizada en la superficie exterior de uno cualquiera de los huesos de la bóveda craneana, que adquiere la forma de un tumor fluctuante, de bordes muy nítidos, de carácter irreductible, que no aumenta con los esfuerzos del llanto ni sobrepasa los límites de un hueso.

Etiopatogenia. Para formarnos una idea acerca de las circunstancias en que se produce y del valor que pueda tener como traumatismo obstétrico, hemos estudiado 16 casos de céfalo-hematomas notables por su tamaño, fijando nuestra atención en las condiciones en que se verificó el parto, la localización de la lesión y la coexistencia de otros traumatismos. Es así como hemos encontrado que el céfalo-hematoma ocurre con una frecuencia notablemente mayor (14) en hijos de primigestantes. Siete casos correspondieron a variedades de posición posteriores; si se tiene en cuenta la menor frecuencia global de éstas en relación con la OIIA, puede decirse que es el céfalo-hematoma relativamente más frecuente en las posteriores; por otra parte, a las variedades posteriores

múltiples. En los siete casos de presentación OIIA, hubo seis del parietal derecho; en los tres de OIDP, todos fueron del parietal izquierdo. En 11 casos el parto se realizó espontáneamente y en 12 los niños respiraron también espontáneamente. Sólo un caso demostró trastornos generales atribuídos al traumatismo obstétrico y dos más, lesiones de los nervios periféricos. Ello da idea de cómo el céfalo-hematoma no pasa de ser un traumatismo obstétrico de importancia solamente estética, sin repercusión en la mayoría de los casos, ni sobre el sistema nervioso ni sobre el estado general. Hay preponderancia del sexo masculino (13), probablemente por el mayor peso que ofrecen los varones. Se lo interpreta como producido por fuerzas tangenciales, que obrando sobre la cabeza, traumatizan los vasos periósticos.

Diagnóstico. Se distingue de la «bosa» serosanguínea en que ésta no es fluctuante sino pastosa; no tiene rodete periférico que la circunscriba sino que sus bordes son imprecisos; no se limita a un hueso sino que invade varios; veremos más adelante cómo la «bosa» acompaña con más frecuencia los traumatismos más graves. Del encéfalocele se distingue porque éste asienta sobre una sutura, es reductible y se modifica con los esfuerzos del llanto.

Pronóstico y tratamiento. Nunca hemos visto reabsorciones completas de los céfalohematomas grandes; disminuyen, es verdad, de tamaño, pero terminan osificándose a partir del rodete periférico y forman una tumoración dura que deforma la cabeza. Es por esto por lo que, a pesar jan la punción; nosotros la hemos practicado con frecuencia sin más complicación que la reproducción cuando se la ejecuta prematuramente; es natural que los vasos del periostio recién lesionados, vuelvan a sangrar cuando disminuye la presión intracavitaria; pero cuando la evacuación se hace al octavo o décimo día del nacimiento, administrando previamente vitamina K y aplicando luégo un vendaje, el resultado es excelente. Sobra hacer hincapié sobre la necesidad de la más escrupulosa asepsia en la maniobra.

B—Exostosis de la tabla externa de los huesos del cráneo.

En un pequeño número de niños nacidos en partos con fórceps hemos podido apreciar una pequeña lesión que consiste en la formación de tumoraciones del tamaño de un garbanzo o poco más, muy duras, recubiertas de cuero cabelludo de color rojizo y cuya localización coincide con los puntos de aplicación de las cucharas del fórceps.

Recordamos al efecto la historia clínica número 615 R. 1949. Se trató de un niño de 3.000 gramos nacido en parto con fórceps en primigestante vieja, indicado por trabajo prolongado (46 horas) y sufrimiento fetal. Además de los signos generales y locales de la neumopatía y de una parálisis facial derecha periférica, al octavo día se palpaban a ambos lados de la línea media del hueso occipital, tres tumoraciones con los caracteres descritos, una de las cuales evolucionó hacia el reblandecimiento y supuración, conservando inalte-

servicio. Otro ejemplo encontramos en la historia número 2.147 R. 1949: además de los signos ampliamente descritos en el capítulo de las fracturas del cráneo, se le descubrió a los 12 días del nacimiento una exostosis sobre el hueso parietal izquierdo, en el límite con el occipital, la cual sufrió en su centro un proceso de reblandecimiento y supuración, haciéndose necesaria la abertura quirúrgica, con lo cual se dió salida a un pus muy bien ligado y aséptico. En fin, el niño de que trata la Historia número 565 R. 1950, suministró un nuevo ejemplo de esta lesión, bajo la forma de una tumefacción hemosférica localizada sobre el hueso occipital, que después de apreciarse de consistencia muy dura durante varios días, se reblandeció en su centro y la piel que la recubría tomó un aspecto rojizo; no se abrió sin embargo y tomó posteriormente el aspecto de una eminencia con depresión cupuliforme en su centro y de consistencia uniformemente firme. El parto de este niño se había realizado por medio de un fórceps indicado por trabajo prolongado e inercia uterina secundaria.

Hemos incluído en este capítulo estas pequeñas lesiones, porque la única explicación que nos parece aceptable es la de que son producidas por pequeños desprendimientos periósticos, ocasionados por las cucharas del fórceps, con la consiguiente acumulación de sangre por debajo de la porción desprendida; se trataría así de «céfalohematomas en miniatura» que sufren un natural proceso de osificación y en ocasiones de necrosis aséptica.

SUBCUTANEOS Y DE LA PIEL

A—«Bosa» serosanguínea.

La «bosa» sero-sanguínea, el más frecuente de todos los traumatismos obstétricos, consiste en una infiltración serosanguinolenta del tejido subcutáneo del cuero cabelludo, apreciable clínicamente bajo la forma de una tumefacción hemisférica o alargada, de bordes imprecisos, de consistencia pastosa y que recubre a la vez varios huesos del cráneo. Ofrece grandes variaciones en cuanto a su tamaño: desde un ligero engrosamiento y edema de los tejidos que cubren la bóveda craneana hasta las grandes tumefacciones que deforman notablemente la cabeza, despiertan seria inquietud en los allegados y constituyen para el médico, si no un motivo de preocupación por la lesión misma, sí un signo avisador que conducirá su examen a la búsqueda de traumatismos más graves.

Puede decirse, sin llegar a exagerar que, todos los niños nacidos a término, hijos de madres primigestantes, sufren por lo menos grados ligeros de este tipo de infiltración. Para formarnos una idea acerca de las condiciones en que se produce y de su valor como traumatismo obstétrico, hemos hecho una encuesta entre 40 casos de «bosas» serosanguíneas notables por su tamaño, cuyo resultado numérico publicamos a continuación:

Primigestantes, 31	77 %
Primigestantes obstétricamente viejas, 6	15 %

17 años, 5	12 %
Presentaciones cefálicas de vértice OIDP, 18	45 %
Presentaciones de frente, 4.	10 %
Partos espontáneos, 27. . .	67 %
Partos con fórceps, 12 . . .	30 %
Cesáreas, 1.	2.5 %
Trabajo prolongado, 14 . .	35 %
Respiración retardada, 13 .	32 %
Niños de 3.000 g. o más, 22	55 %
Otros traumatismos en coexistencia. 24.	60 %

Hemorragias intracraneanas . .	5
Neumopatías por sufrimiento fetal.	5
Síndromes de traumatismo obstétrico	12
Fractura del cráneo	1
Parálisis facial	1

Etiopatogenia. Los datos anteriormente expuestos, vienen en apoyo de nuestra tesis de que la «bosa» serosanguínea, pese a su gran frecuencia, sí constituye un traumatismo obstétrico. Llama la atención su notable frecuencia en partos de primigestantes, sobre todo aquellas excesivamente jóvenes o demasiado viejas, con fetos grandes, en variedades de presentación derechas posteriores y la necesidad de usar el fórceps en muchos de los partos, por excesiva prolongación del trabajo. Por otra parte, muchos de los niños que ostentan «bosa» serosanguínea, han nacido en estado de asfixia y lo que es más diciente aún, existe una muy llamativa asociación con otros traumatismos de carácter más grave. En cuanto al mecanismo íntimo de su producción, se acepta que el cuello incompletamente dilatado, es capaz de retorno de la porción de cuero cabelludo por él circunscrita, produciéndose la natural extravasación de sangre y serosidad; si su forma no es circular como sería de esperar de acuerdo con esta concepción, ello se debe a que, dada su maleabilidad se deforma a su paso por la vagina y sobre todo en el orificio de la vulva, adquiriendo un aspecto alargado; nuestro único caso ocurrido en parto con cesárea, exhibía una «bosa» serosanguínea nítidamente circular y del tamaño que tenía el orificio del cuello cuando se practicó la intervención por desproporción céfalopélvica. Lógicamente, no se observa «bosa» cuando la bolsa de las aguas permanece intacta hasta la completa dilación del cuello. Recordamos aquí la importancia obstétrica que también tiene la «bosa» serosanguínea: en efecto, una vez formada, dificulta la apreciación del grado de descenso de la cabeza; puede en un momento desafortunado confundirse con la bolsa de las aguas y ser herida al tratar de romper artificialmente las membranas; en fin, dificulta la búsqueda de los puntos de reparo para el diagnóstico de la variedad de posición de la presentación y trastorna las aplicaciones del fórceps.

Diagnóstico. Ya hemos tratado este punto a propósito del céfalo-hematoma y no volveremos sobre él. Existen algunas variaciones de los caracteres ya descritos, como ocurre en las «bosas» frontales que dan al niño un aspecto verdaderamente grotesco. En uno de nuestros casos, además de la gran deformación frontal, se produjeron flictenas, probablemente

delicadeza de la piel en este sitio. No debe olvidarse que con alguna frecuencia la «bosa» oculta un céfalohematoma.

Tratamiento. Las grandes tumefacciones, sobre todo frontales, que despiertan gran preocupación familiar, pueden beneficiarse en su rapidez de reabsorción con la aplicación de compresas tibias. Si la piel que la recubre lleva aún pequeñas excoriaciones, ellas deben ser tocadas varias veces en el día con algún antiséptico, con el fin de evitar la colonización bacteriana en la coleccción sero-hemática, de graves consecuencias.

B—Infiltración serosanguínea traumática de los órganos genitales externos.

Por análogo mecanismo al de la «bosa» serosanguínea, en los órganos genitales externos se producen colecciones sero-hemáticas, consecutivamente a los partos en presentación de pelvis. Hemos reunido 3 casos de este tipo, uno de ellos en una niña. A continuación, una de las historias clínicas:

Historia número 1.521 R. 1949. Niño de 3.460 g. Respiración espontánea. Madre multigestante (VI), con feto en presentación de pelvis incompleta (SID). Parto espontáneo a las 25 horas de trabajo. La única anomalía consistió en el exagerado aumento de tamaño del excroto, cuyo volumen era comparable al de una naranja, encontrándose los cuerpos cavernosos del pene casi invaginados por el edema; el color de la piel

caciones húmedas calientes, mejoró en el curso de 5 días y salió en buenas condiciones del servicio.

C—Esclerodermia localizada del recién nacido.

(Induración cutánea curable del recién nacido (Marfan y Hallez), necrosis del tejido adiposo subcutáneo del recién nacido (Bernheim-Karrer) pseudoesclerema).

Reunimos 3 casos de esta rara manifestación subdérmica del traumatismo obstétrico. Hé aquí la descripción de uno de ellos, muy demostrativa:

Historia Nº 680 R. 1949. Niña de 2.960 g. Madre primigestante de 17 años. Presentación cefálica de vértice (OII). Parto con fórceps indicado por sufrimiento fetal a las 15 horas de trabajo. Respiración espontánea. Se observaron al nacimiento, erosiones cutáneas producidas por el fórceps sobre la frente y las mejillas. Al séptimo día se notaron induraciones subcutáneas localizadas sobre la región parotídea, sub-auricular y occipital derecha, alineadas en forma de arco de concavidad superior que recordaba la forma de la cuchara del fórceps. Se tocaban como masas del tamaño de garbanzos, duras, adheridas a la piel y libres de los planos profundos. Persistían idénticas a su salida del servicio.

El papel del traumatismo obstétrico en el determinismo de esta lesión, parece demostrado; los autores que tratan este asunto, están de acuerdo en este punto, por lo menos para la mayoría de los casos. En uno

parto se realizó sin fórceps; Garrahan (24), cita otro caso, sin traumatismo obstétrico alguno demostrable.

La denominación de Bernheim-Karrer expresa la anatomía patológica del proceso; en efecto, se trata de necrosis de la grasa subcutánea y de pequeñas hemorragias alrededor de lo cual se produce una reacción inflamatoria. El fenómeno íntimo consistiría en una hidrolisis de la grasa subcutánea, con depósito consiguiente de cristales de ácidos grasos que actuarían como cuerpos extraños; estos se eliminarían, siendo reemplazados por sales de calcio.

La descripción hecha en el caso relatado, es la típica. Se puede agregar que, en ocasiones, la piel que recubre la induración, toma un aspecto rojizo que hace presumir una evolución hacia la supuración. En la periferia de las ulceraciones necróticas de la piel que luégo describiremos, se palpan a veces induraciones análogas, pero con franca tendencia a la supuración. Suponemos que en la patogenia de esas grandes ulceraciones desempeña papel un proceso de necrosis análogo al que ocasiona estas induraciones, pero, con un mayor grado de mortificación tisular.

La esclerodermia localizada desaparece en un plazo de tres meses y no requiere tratamiento.

D—Lesiones de la piel.

Las lesiones producidas durante el parto en la dermis, exhiben grados muy variables de extensión y gravedad. Si bien la mayoría son de ca- también en extremo perjudiciales desde el punto de vista estético y aún algunas llegan a ser fuente de complicaciones infecciosas mortales.

Las más frecuentes son las impresiones sin solución de la continuidad, dejadas por las ramas de las cucharas del fórceps, que adoptan la forma de depresiones lineales generalmente curvilíneas, de profundidad más o menos notoria, según la resistencia de los planos subyacentes, de color rojo violáceo, que desaparece por presión digital, reapareciendo a la descompresión; se las encuentra principalmente sobre la frente, mejillas y región malar. Las más acentuadas por su profundidad las vimos en un caso de la Clínica de La Magdalena (Historia Nº 43. 1950), niño de 4.000 g., nacido por medio de un fórceps alto muy laborioso; su profundidad nos hizo dudar de que desaparecieran pronto, como es lo frecuente; pero con pacientes sesiones de masaje digital, se logró disimularlas bastante y habían desaparecido del todo al cabo de 3 meses.

Cuando no sólo actúa la presión prolongada del fórceps, sino que además se produce un deslizamiento del mismo, entonces se producen desprendimientos de la epidermis en extensión variable, cuya importancia patológica es considerable, ya que el factor infección es casi inevitable. Ejemplo de este tipo de lesión lo encontramos en la historia clínica Nº 2147 R. 1949, relatada en el capítulo de las fracturas del cráneo: una niña de 4.000 g., nacida con fórceps muy laborioso que ocasionó un extenso desprendimiento epidérmico

de la región occipital, a partir del cual se produjo una extensa área de necrosis e infección.

Otras veces la presión continuada de las cucharas del fórceps determina la necrosis de la piel y tejidos subyacentes. Por su importancia y gravedad, reproducimos a continuación dos historias clínicas que se refieren a este tipo de lesión:

Historia Nº 1.882 M. 1949. Niña de 3.200 g., nacida de una madre primigestante de 18 años. Transcurridas 136 horas de trabajo y con presentación apenas insinuada, se intentó la aplicación de un fórceps alto, indicado por trabajo prolongado y sufrimiento fetal. Ante la imposibilidad para realizar el encajamiento por este medio y comprobada la desproporción céfalo-pélvica, se decidió practicar una operación cesárea. La niña nació en estado de asfixia pero se logró reanimarla con respiración artificial y administración de oxígeno. Al examen clínico se notaban sobre la región malar izquierda y sobre la mejilla derecha, profundas impresiones dejadas por las cucharas del fórceps, sobre una base edematosa y equimótica. En los días subsiguientes al nacimiento se notó anorexia e hipotonía atribuibles al traumatismo obstétrico, al par que las lesiones de la cara no mostraban tendencia a la regresión y bien por el contrario, el conjunto tomaba una coloración rojo vinosa, evolucionando en el curso de 10 días al esfacele y supuración. Eliminados los tejidos muertos, se apreciaba sobre la región malar izquierda y la mejilla, una ulceración profunda de forma romboidal, de unos 10 cms. de lado, bordes atónicos violáceos y fondo purulento de escasa granulación. Sobre la región malar derecha, una pérdida de substancia con iguales caracteres que la anterior, de forma circular con 3 cms. de diámetro, separada por un pequeño puente de piel sana, de otra lesión alargada, dirigida hacia abajo y hacia adelante en una longitud de 10 cms. y una anchura de 2 cms., de mayor profundidad que las anteriores e igualmente infectada. Se las trató primeramente con polisacáridos (panela), con lo cual se obtuvo una limpieza notable; a continuación se empleó la tirotricina local y se hacían los exámenes de laboratorio precisos a la intervención quirúrgica propuesta, que fue la de injertos de piel materna, cuando la madre, por motivos que desconocemos, dejó de concurrir al hospital y perdimos de vista el caso.

Historia Nº 459 A. 1950. Niña de 2.660 g. Madre multigestante (III) de 28 años. Presentación cefálica de vértice (OII). Parto con fórceps muy laborioso, indicado por sufrimiento fetal. Respiración retardada. Se observó sobre la región parotídea izquierda, al igual que sobre la región mastoidea derecha, gran edema y equimosis. En ambos sitios se notó desde el tercer día, una coloración rojiza y fluctuación. En efecto, el esfacele no se hizo esperar y sobre la región parotídea izquierda se constituyó una ulceración circular de bordes átonos y fondo supurado, de tres centímetros de diámetro y sobre la región mastoidea derecha, una lesión análoga aunque menos profunda y extensa. Se trató primero con panela y luégo con tirotricina y se

iniciaba una muy favorable tendencia a la cicatrización por segunda intención, cuando la madre insistió en dejar el hospital.

La causa determinante de estas lesiones necróticas de la piel, no es, evidentemente otra que la presión sostenida con cierta fuerza y durante un tiempo prolongado, por intermedio del fórceps sobre una región de la piel cuyos planos subyacentes ofrecen cierta resistencia (regiones malar, mastoidea, maxilar). La necrosis es, probablemente, en un principio aséptica, pero luégo sufre la infección secundaria. En cuanto al tratamiento de estos estados, es necesario eliminar por completo el estado inflamatorio y supurativo, antes de intentar cualquier plastia. En general creemos que es mejor favorecer la cicatrización por segunda intención y dejar para posterior oportunidad la práctica de injertos.

La soluciones de la continuidad de la piel, observables de grado muy variable, adquieren importancia especialmente cuando interviene la infección secundaria.

Historia Nº 448 R. 1950. Niña de 3.060 g. Madre primigestante de 17 años. Presentación OID. Parto con fórceps por sufrimiento fetal a las 9 horas de trabajo. Se encontró una circular apretada. Respiración espontánea. En la región occipital, la cuchara del fórceps levantó un colgajo de cuero cabelludo de 1.2 cms., el cual en el curso de tres días se necrosó y se desprendió, dejando el hueso al descubierto. Se produjo además infección secundaria con escasa supuración. Se trató localmente con panela y sulfamida en polvo y cerró por segunda intención.

Historia Nº 583 R. 1950. Niño de 2.800 g. Madre multigestante (III) de 31 años. Feto en OID. Parto con cesárea, indicada por desproporción céfalo-pélvica, después de un intento de fórceps alto. Respiración retardada. Se observó una profunda herida de bordes cortantes sobre la región supraciliar derecha, otra mediana y dos más sobre la región frontal izquierda. A pesar de los cuidados locales, no mostraban ninguna tendencia al cierre; a los 15 días se descubrió la presencia de un hematoma subcutáneo de la frente que fue evacuado. Se formaron entonces sobre las heridas, unas costras adherentes e infectadas que persistieron durante un mes. Una vez retiradas, el resultado estético era bastante satisfactorio.

Historia Nº 3.271 M. 1949. Niño de 3.000 g. Madre primigestante con feto en OIDA. Parto con fórceps por sufrimiento fetal, de aplicación muy laboriosa. Se observó cómo los pabellones auditivos quedaron literalmente desprendidos por su parte posterior, prolongándose el desgarro hasta por debajo del trago. En el fondo de la herida se veía el cartílago auricular. Se practicó a las pocas horas del nacimiento, una sutura con seda demasiado delgada, lo cual ocasionó que ésta cortara la piel y se abrieran nuevamente las heridas; como se apreciara abundante cantidad de pus, se aplazó la nueva intervención hasta obtener un terreno menos séptico, por medio de irrigaciones con tirotricina. No obstante que el ideal de desinfección no se consiguió y de que los bordes mostraran una vitalidad deficiente, prac-

con seda gruesa, la cual dió excelentes resultados en el lado derecho, no ocurriendo lo mismo en el izquierdo, donde se deshizo y dió lugar a mayor supuración. A pesar del tratamiento local y de la administración parenteral de antibióticos, se produjo un estado septicémico agudo y el niño murió.

Historia Nº 510 A. 1950. Niño de 2.700 g. Madre multigestante (III) de 24 años, con feto en presentación de cara. Parto con fórceps por sufrimiento fetal. Respiración retardada. Se observó sobre la región mastoidea derecha gran edema y equimosis, al mismo tiempo que un gran desgarro del surco retroauricular, que permitía al pabellón auditivo caer hacia adelante. Análoga lesión, aunque menos acentuada, se apreciaba en el surco retroauricular izquierdo. Se presentó la infección secundaria, en vista de lo cual se prefirió un tratamiento conservador con antisepsia local y antibióticos parenterales; el pabellón auditivo se mantuvo en su sitio por medio de un vendaje de cabeza. Las heridas cerraron por segunda intención, siendo satisfactorio el estado de las cicatrices a la salida del niño del hospital.

Con base en la experiencia que nos suministraron los cuatro casos de extensas soluciones de la continuidad de la piel, podemos opinar con respecto al tratamiento de ellas que, estando de presente el factor supuración en forma casi constante, es preferible resignarse a una cicatrización por segunda intención, con mayor razón si hay notable separa- si se practica la sutura, es lo más probable que los hijos en tensión corten la piel, haciéndose así más extensa la herida.

PRONOSTICO DEL RECIEN NACIDO SEGUN EL TIPO DE PRESENTACION Y LA MODALIDAD DE PARTO

Los datos númericos que a continuación van a exponerse, sobre morbilidad y mortalidad del recién nacido, según diversos factores obstétricos, se refieren a los casos atendidos en el Instituto de Protección Materna e Infantil de Bogotá, durante los 10 primeros meses del año de 1949. Las cifras sobre parto espontáneo y presentación cefálica de vértice, corresponden únicamente al servicio del Profesor Víctor Rodríguez Aponte, por ser allí donde pudimos apreciar en forma global todos los niños.

Está por demás advertir que, tanto la morbilidad como la mortalidad del recién nacido a que se hace referencia, corresponde únicamente a cuadros clínicos atribuíbles al traumatismo obstétrico. Por otra parte, en la morbilidad se incluyen lesiones desde las más benignas cutáneas, hasta las más graves, nerviosas y pulmonares. Adjuntamos algunos datos sobre mortalidad, obtenidos por autores extranjeros, con el fin de establecer la comparación con los nuestros.

Presentación cefálica de vértice: 1.444 casos.

Morbilidad, 114.	7.8 %
Mortalidad, 27.	1.8 %

Hemorragias intracraneanas, 15 . . . . . 1 %
Neumopatías por sufrimiento fetal, 35 . . . . . 2.4 %
Mortalidad (Deutsch), 25 . 1.92%

Presentación de pelvis: 114 casos.

Morbilidad, 43 . . . . . 37 %
Mortalidad, 26 . . . . . 22 %
Neumopatías por sufrimiento fetal, 10. . . . . 8 %
Mortalidad (Martius), 26. . 14 %
Mortalidad (Gordon),. . . . 15.6%

Presentación de frente: 12 casos.

Morbilidad, 11. . . . . 91%
Mortalidad, 3 . . . . . 25%
Hemorragia intracraneana, 1. . . . . 8%
Neumopatías por sufrimiento feal, 3 . . . . . 25%
Mortalidad (Cholmogoroff) (27) 46. 5%
Mortalidad (Franqué). . . 36. 9%

Presentación de hombro: 26 casos.

Mortalidad (incluyendo nacidos muertos), 13. . . . 50 %
Hemorragia intracraneana, 1 . . . . . 3. 8%
Neumopatía por sufrimiento fetal, 1. . . . . 3. 8%
Mortalidad (Haschke y Martius) (28), sin incluír nacidos muertos. . . . . 10 %

Presentación de cara: 12 casos.

Morbilidad, 6 . . . . . 50%
Mortalidad, 1. . . . . 8%
Neumopatía por sufrimiento fetal, 1. . . . . 8%
Mortalidad (Opitz) (29) . . . 14%
Mortalidad (Steinbuchel) . 11%

En el fórceps: 203 aplicaciones.

Morbilidad, 88 . . . . . 43 %
Mortalidad, 20. . . . . 9.8%
Hemorragia intracraneana, 11 . . . . . 5.4%
Neumopatías por sufrimiento fetal, 13 . . . . . 6 %
Mortalidad (Sachs) (30) . . 2.8%
Mortalidad (Erbsloh) 5.8%
Mortalidad (Schmarzow) . . 9.2%
Mortalidad (Gauss) . . . . 10 %

En la cesárea: 118 intervenciones.

Morbilidad, 29. . . . . 24%
Mortalidad, 14 . . . . . 11%
Hemorragias intracraneanas, 7 . . . . . 5%
Mortalidad (Sedlis) (31) . . . 6%

En la versión interna y extracción podálica: 15 maniobras.

Morbilidad, 8. . . . . 53 %
Mortalidad, 7 . . . . . 46.6%
Mortalidad (Doderlein) (32) 5 a 8%

Todas las cifras sobre mortalidad y morbilidad precedentemente citadas, son realmente elevadas, aun para el parto espontáneo y las presentaciones no distócicas. Pero creemos que es imperioso reconocer a este respecto que, en nuestro medio hospitalario, el obstetra se ve enfrentado con frecuencia ante situaciones verdaderamente desesperadas, dada la tardanza con que las pacientes concurren al hospital y la frecuencia con que fuera de él son atendidas por comadronas ignorantes que convierten situaciones de mediana gravedad en otras ya fatales, intervéngase o no con procedimientos obstétricos o quirúrgicos y cuyo resultado ya no es modificable aun por las ma-

hacer notar sí que, la versión interna y extracción podálica, aparece como la intervención obstétrica que arroja un porcentaje más alto de morbilidad y mortalidad para el recién nacido. Con razón este procedimiento cada día va siendo más relegado a la categoría de recurso de necesidad para sólo en los lugares donde no se disponga de ambiente quirúrgico.

Bibliografía.

1. **Revista de la Sociedad Colombiana de Puericultura y Pediatría.** Año V; febrero 1946. Pág. 103.

2. **Year Book of Pediatrics.** 1948 (Presse Medical 56: 229-230; mar. 31-48).

3. Stone: **The New-Born Infant.** Third edition. 1945; page 161.

4. Capon: **Intracranial Traumata in New-born.** J. Obst. & Gyn. Brit Emp., 29: 572, 1922.

5. Stone: **The New-Born Infant.** Page 162.

6. Levinson. **Jour. Am. Med. Assn.**, 104, 2. 243, June 22, 1935.

7. Brenneman. **Journ. Am. Med. Assn.**, 114, 956, March 16, 1940.

8. Kugelmas. **Clinical Pediatrics:** 1943 (Page 221).

9. Gómez Herrera. **Rev. Soc. Col. Pueric. y Ped.** Año IX; feb. 1950. Pág. 103.

10. Gómez Herrera. **Patología del recién nacido** (Trabajo de Agregación 1950).

11. Holt y Mc. Intosh. **Tratado de Pediatría** 1947 (pág. 781).

fias en el lactante. 1944 (pág. 121).

13. Halt y Mc Intosh. **Tratado de Pediatría** (pág. 147).

14. Snyder and Rosenfeld. **Jour. Am. Med. Assn.**, 108, 23; June 5, 1937.

15. Leff. **Am. Jour. Obst. and Gynec.**, 23, 286, August, 1936.

16. Stone. **The New-Born Infant** (page 155).

17. Stone. **The New-Born Infant** (page 187).

18. Gymnich. **Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynak.**, 91, 31 May. 1932.

19. Mc. Nitt. **Am. Jour. Oobst. and Ginec.**, 23, 41, March, 1932.

20-21. Stone. **The New-Born Infant** (page 179).

22. Holt y Mc Intosh. **Tratado de Pediatría** (pág. 130).

23. Galloway (Stone: **The New-born Intant**; pag. 185).

24. Garrahan. **Medicina Infantil;** 5ª Ed.; pag. 399.

25. Pérez Manuel Luis. **Tratado de Obstetricia.** Vol. I; pag. 406.

26. Pérez Manuel Luis. **Tratado de Obstetricia.** Vol. I; pág. 462.

27. Pérez Manuel Luis. **Tratado de Obstetricia.** Vol. I; pág. 438.

28. Pérez Manuel Luis. **Tratado de Obstetricia.** Vol. I; pág. 481.

29. Pérez Manuel Luis. **Tratado de Obstetricia.** Vol. I; pág. 427.

30. Pérez Manuel Luis. **Tratado de Obstetricia.** Vol. II; pág. 877.

31. Pérez Manuel Luis. **Tratado de Obstetricia.** Vol. II; pág. 919.

32. Pérez Manuel Luis. **Tratado de Obstetricia.** Vol. II; pág. 795.