

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
«DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUÍZ»  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## CARTA AL EDITOR

### Parálisis braquial obstétrica en Villa Clara

### Obstetric brachial palsy in Villa Clara

Dr. Jorge Erico Mederos Sotolongo<sup>1</sup>, Dr. Clemente Mariano López Vázquez<sup>2</sup>

1. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Medicina Física y Rehabilitación. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Instructor. Hospital Pediátrico Universitario «José Luis Miranda». Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [ericomedero66@infomed.vcl.sld.cu](mailto:ericomedero66@infomed.vcl.sld.cu)
2. Especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Master en Medicina Bioenergética y Natural Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente «Arnaldo Milián Castro». Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

*DeCS*: síndrome del desfiladero torácico, factores de riesgo, complicaciones del trabajo de parto      *DeCS*: thoracic outlet syndrome, risk factors, obstetric labor complications

Señor Editor:

La parálisis braquial obstétrica (PBO) constituye una causa relativamente frecuente de discapacidad en el niño, es consecuencia de una lesión del plexo braquial en el momento del parto que lleva a una parálisis flácida del miembro superior afectado.<sup>1</sup> Fue descrita por Smellie en 1764, y en 1861 Erb, Duchenne, Dejerine y Klumpke, sugirieron un origen iatrogénico.<sup>2</sup>

Entre los factores de riesgo están el peso excesivo del neonato, la diabetes materna, la distocia de hombro, y el parto prolongado o instrumentalizado.<sup>3,4</sup> Su incidencia varía entre 0,5 y 3 % de los recién nacidos vivos. Clásicamente la PBO se ha catalogado en tres tipos: superior o de Erb-Duchenne (afecta a las ramas C5, C6, C7), aparece en partos de más de 4 Kg,<sup>5</sup> que requieren instrumentación, la inferior o de Dejerine-Klumpke (que involucra a las ramas C8-T1), y la total (cuando se afectan ambas ramas del plexo).<sup>4-6</sup> Para algunos autores la parálisis inferior tiene una incidencia de 2 % a 3 % del total de las PBO, pero hay consenso en que pueden dejar secuelas, si el tratamiento no es sistemático y precoz.<sup>7,8</sup>

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, en el servicio de rehabilitación del Hospital Pediátrico Universitario "José L Miranda" de Santa Clara, Villa Clara, en el que se recogieron los datos de todos los casos atendidos en el servicio con el diagnóstico de PBO, desde enero 2012 hasta diciembre de 2012, donde se estudiaron los datos de las historias clínicas referente al examen clínico del recién nacido y los antecedentes en el parto y en el neonato.

Los resultados identificaron un total de 36 pacientes con diagnóstico de PBO, 21(58,3 %) masculinos y 15(41,6 %) femeninos. En cuanto al peso al nacer, se informaron siete en el rango de menos de 3 500 gr, entre 3 501 g y 3 999 g 11(30,5 %) y 18 pacientes (50 %) con un peso mayor de 3 999 gr. El miembro más afectado fue el superior derecho con 23 pacientes (63,8 %), mientras que del lado izquierdo solo se encontraron 13 (36,2 %). La presentación del feto fue cefálica en 33 pacientes (91,7 %), de nalga en dos pacientes (5,6 %) y podálica en uno (2,8 %). En cuanto al tipo de parto la mayoría fue eutócico, 24(66,6 %), con fórceps 11(30,5 %) y uno fue cesárea (2,7 %). Desde el punto

de vista de la clasificación clínica, 25 fueron superiores (80,6 %), dos fueron inferiores (5,6 %) y totales cinco (13,9 %).

Nuestros resultados coinciden con lo informado por Daglioti,<sup>8</sup> este encontró un predominio del sexo masculino (66 %) y de la parálisis superior (90 %), en cuanto a la clasificación clínica, al igual que en nuestro estudio, le siguió la total con 20 %; otros autores han encontrado resultados similares.<sup>9,10</sup> De igual forma la presentación cefálica y el parto eutócico han sido lo más frecuente, aunque tienen importancia los partos prolongados e instrumentalizados. Estudios de Bioingeniería muestran que una fuerza de tracción mayor de 100 N es suficiente para causar daño del plexo braquial.<sup>10</sup> En estos estudios se demuestra que de un total de 39 médicos, un 82 % ejercía una fuerza de tracción superior a 100 N en un parto complicado con distocia de hombros, y que un 32 % lo hacía en un parto normal y asociados al aumento del peso por encima de 4 000 g. En cuanto a la dominancia derecha se plantea como la más frecuente; según los datos de los estudios realizados por Foad<sup>1</sup> y Pondaag<sup>2</sup> esto se debe a que la occipitoilíaca anterior izquierda es la forma más frecuente en la presentación más frecuente en la cefálica. Por lo tanto, la fuerza de tracción que causaría una lesión en el plexo braquial, es ejercida con mucha mayor frecuencia, que las que se informan.<sup>10</sup>

El comportamiento de la PBO en nuestra provincia tiene un comportamiento similar a lo descritos en la literatura, pero quisiéramos llamar la atención sobre la importancia de la fuerza ejercida durante el parto, y el hecho de que la mayoría de los casos se presentan durante partos eutócicos, estos datos deberían poner en alerta a los obstetras, pues esta es una afección de origen mayoritariamente iatrogénico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foad SL, Mehlman CT, Jing J. The epidemiology of neonatal brachial plexus palsy in the United States. *J Bone Joint Surg Am.* 2008;90(6):1258-64.
2. Pondaag W, Van der Veken LP, Van Someren PJ, Van Dijk JG, Malessy MJ. Intraoperative nerve action and compound motor action potential recordings in patients with obstetric brachial plexus lesions. *J Neurosurg.* 2008;109:946-54.
3. Rodríguez Díaz M, Amigo Castañeda P. Una mirada a la parálisis braquial obstétrica. *Rev Méd Electrón [internet].* 2011 [citado 20 nov. 2012];33(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema13.htm>
4. Pondaag W, Allen RH, Malessy MJ. Correlating birthweight with neurological severity of obstetric brachial plexus lesions. *BJOG.* 2011;118:1098-2003.
5. Collado-Vázquez S, Jiménez-Antona C, Carrillo JM. Parálisis braquial obstétrica, una revisión histórica. *Rev Neurol.* 2012;55:619-25.
6. Gilbert A, Raimondi PL, editores. *Obstetrical Paralysis. Le Paralysie Obstétricale du Plexus Brachial [internet].* Francia: European Groups; 2009 [citado 10 ene. 2013]. Disponible en: <http://www.obstetricalpalsy.net/Introduccion.html>
7. Labrandero-de Lera C, Pascual-Pascual SI, Pérez-Rodríguez J, Roche-Herrero MC. Parálisis braquial obstétrica: epidemiología y secuelas. Estudio retrospectivo de nuestra casuística. *Rev Neurol.* 2008;46:719-23.
8. Dogliotti AA. Conceptos actuales en la parálisis braquial perinatal, Parte 2: etapa tardía. Deformidades en hombro. *Arch Argent Pediatr.* 2011;109:429-36.
9. Terzis JK, Kokkalis ZT. Shoulder Function following Primary Axillary Nerve Reconstruction in Obstetrical Brachial Plexus Patients. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122(24):1457-69.
10. Kline DG, Happel L. Obstetric brachial plexus lesions. *J Neurosurg.* 2010;112: 693-5.

Recibido: 12 de junio de 2013

Aprobado: 7 de septiembre de 2013

**Dr. Jorge Erico Mederos Sotolongo.** Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Medicina Física y Rehabilitación. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Instructor. Hospital Pediátrico Universitario «José Luis Miranda». Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [ericomadero66@infomed.vcl.sld.cu](mailto:ericomadero66@infomed.vcl.sld.cu)