

# Fracturas costales y hemorragia suprarrenal secundarias a una distocia de hombros

M.Á. Palomero Domínguez<sup>1</sup>, P. Gutiérrez Martí<sup>1</sup>, M. Muñoz Albillo<sup>2</sup>, B. Baselga López<sup>1</sup>, E. Moreno Gómez<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital «Ntra. Sra. del Prado». Talavera de la Reina (Toledo). <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel

## Resumen

Presentamos el caso de un varón recién nacido a término, de parto cefálico-vaginal, que sufrió una distocia de hombros y pesó al nacer 3.950 g. Preciso reanimación superficial. El test de Apgar era de 8/9 al minuto y a los 5 minutos, respectivamente. El paciente ingresó en el servicio de neonatología, y a las 24 horas de vida sufrió un empeoramiento del estado general y, sobre todo, se constataba un dolor en el hemitórax derecho con la manipulación. En la radiografía de tórax se detectaron varias fracturas costales, y en la ecografía abdominal una hemorragia suprarrenal derecha. Con tratamiento postural y analgésicos, la evolución de ambas lesiones fue favorable, por lo que el paciente fue dado de alta tras 23 días de ingreso hospitalario.

La distocia de hombros, determinada por la macrosomía, es la causa tanto de las fracturas costales como de la hemorragia suprarrenal derecha.

## Palabras clave

Distocia de hombros, fracturas costales, hemorragia suprarrenal

## Abstract

*Title:* Rib fractures and adrenal haemorrhage secondary to shoulder dystocia

We present the case of a newborn male child, born at term by cephalic-vaginal delivery, who suffered a shoulder dystocia and who at birth weighed 3,950 g. He required superficial resuscitation. The Apgar scores were 8/9 at one minute and at 5 minutes, respectively. The patient was admitted to the neonatology service, and at the age of 24 hours his general status deteriorated and, above all, a pain was discovered in the right hemithorax upon manipulation. On the chest X-ray several rib fractures were detected, and on the abdominal ultrasound a right adrenal haemorrhage was detected. With postural treatment and analgesics both injuries evolved favourably, so the patient was discharged after a hospitalisation of 23 days.

The shoulder dystocia, determined by the macrosomia, is the cause of both of the rib fractures as well as of the right adrenal haemorrhage.

## Keywords

Shoulder dystocia, rib fractures, adrenal haemorrhage

## Introducción

La distocia de hombros se define como la retención de los hombros después de la salida de la cabeza fetal, y constituye una emergencia obstétrica asociada a una morbimortalidad perinatal. Es una situación imprevisible que requiere una rápida actuación por parte de los obstetras. De los factores de riesgo asociados a la distocia de hombros, se le concede valor pronóstico a un peso fetal al nacer  $\geq 4$  kg, aunque también puede atribuirse a las madres con pelvis estrechas con recién nacidos de peso normal<sup>1-3</sup>.

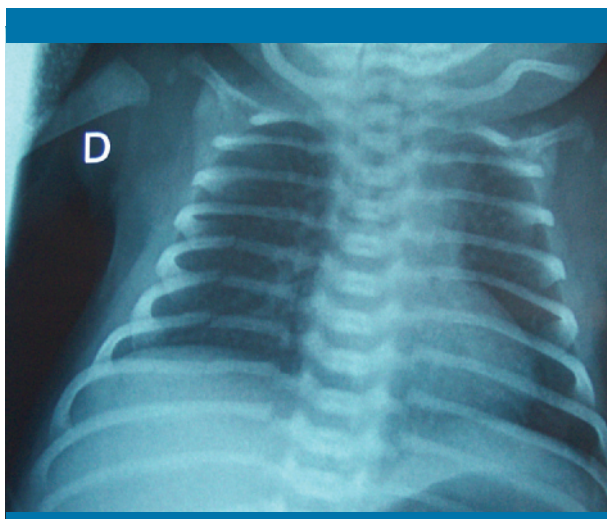
El tócolo francés Andre Levret fue el primero en considerar distocia de hombros al exceso de volumen de éstos, dada la gran longitud del diámetro bisacromial, por lo que lo denominó «enclavamiento de los hombros»<sup>3,4</sup>.

La incidencia de la distocia de hombros, variable según las estadísticas, es del 0,6-1,5% de los nacimientos vaginales, y en los fetos macrosómicos alcanza hasta un 11,4%<sup>1,2,5</sup>. Aunque

es evidente que la distocia de hombros aumenta con el mayor peso fetal al nacer, estadísticamente la mitad de los neonatos con distocia de hombros pesan menos de 4.000 g<sup>2</sup>; la macrosomía fetal está únicamente asociada con la distocia de hombros en un 44% de todos los casos<sup>4</sup>. El otro factor determinante de la distocia depende de la atención y las técnicas obstétricas, más avanzadas afortunadamente en la actualidad, lo que ha contribuido a mejorar las estadísticas<sup>1,5</sup>.

Se describen como complicaciones de la macrosomía la distocia de hombros, la fractura de clavícula y el cefalohematoma; la más frecuente es la fractura de clavícula (3,22%), seguida por la distocia de hombros (2,15%) y el cefalohematoma (1,07%)<sup>6</sup>.

Entre las complicaciones neonatales más comunes asociadas a la distocia de hombros figuran la parálisis del plexo braquial transitoria o permanente<sup>5</sup>, la fractura de clavícula, la fractura de huesos largos (especialmente el húmero) y las lesiones viscerales, como la hemorragia suprarrenal. Pero se han



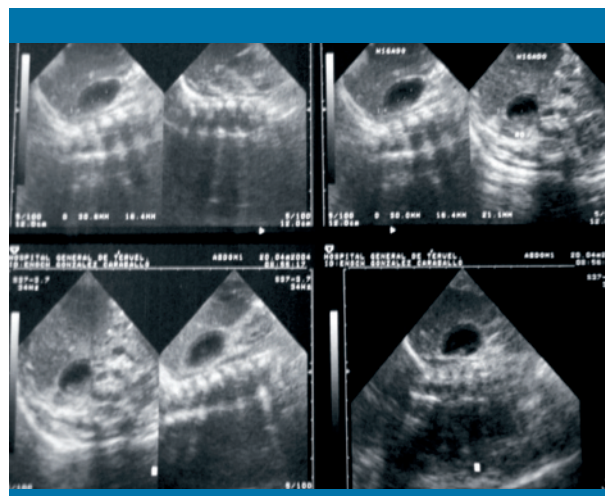
**Figura 1.** Fracturas de los arcos posteriores de las costillas derechas 5, 6, 7 y 8

descrito situaciones poco frecuentes de fracturas que afectan a la parrilla costal<sup>7</sup>, e incluso fracturas espiroideas del radio.

En el diagnóstico de las posibles lesiones asociadas a una distocia de hombros hay que tener en cuenta los antecedentes del parto, así como los signos presentes en la exploración del recién nacido en las primeras horas de vida. Algunos de estos signos son muy evidentes, como la limitación de la movilidad del brazo en lesiones del plexo braquial o las deformidades óseas en caso de fracturas de huesos largos, pero en otras ocasiones, como las fracturas costales, la clínica es más larvada, sobre todo si no hay signos externos sugerentes, como hematomas secundarios a zonas de presión. Además de la radiografía de tórax, que confirma el diagnóstico y determina la existencia de lesiones pulmonares asociadas, es conveniente completar el estudio con una ecografía abdominal para descartar lesiones asociadas de vísceras abdominales, sobre todo la hemorragia suprarrenal y cerebral, en busca de lesiones hipóxico-isquémicas.

## Caso clínico

Recién nacido, segundo hijo de padres sanos de origen dominicano, no consanguíneos. El embarazo cursó sin incidencias, con ecografías que se correspondían con la amenorrea. El parto fue de tipo vaginal a las 39 semanas y un día de edad gestacional, con presentación cefálica; la madre requirió la administración de anestesia epidural. Se detectó una distocia de hombros. El recién nacido presentaba un aceptable estado general; tuvo que realizarse una reanimación superficial con administración de oxígeno en mascarilla durante 15 segundos, con lo que recuperó el color y el esfuerzo respiratorio. El test de Apgar fue de 8/9. El paciente fue ingresado para su observación.



**Figura 2.** Hemorragia suprarrenal derecha de 3,2 x 3,2 cm

La exploración reveló un peso de 3.950 g; persistía una mínima dificultad respiratoria que requirió la administración de oxígeno en carpa durante las primeras 4 horas de vida, con retirada paulatina. El resto de la exploración fue normal.

La radiografía de tórax, la gasometría y la analítica no presentaban alteraciones. Conforme transcurrían las primeras 24 horas de vida, llamaba la atención la facies de dolor y el llanto con la manipulación, sobre todo en la zona del hemitórax derecho. Se realizó una radiografía de parrilla costal ante la sospecha de algún tipo de lesión, que reveló la presencia de fracturas de los arcos posteriores de las costillas derechas 5, 6, 7 y 8 (figura 1). Asimismo, se solicitó una ecografía transfontanelar y abdominal para descartar lesiones asociadas, y se constató una hemorragia suprarrenal derecha de 3,2 x 3,2 cm (figura 2). A los 15 días de vida se realizó un control ecográfico abdominal, sin que se apreciaran cambios significativos respecto al anterior.

Se inició tratamiento postural en decúbito supino, y se administraron analgésicos con paracetamol. El paciente permaneció ingresado durante 23 días, y se realizaron controles radiológicos a los 3 días y a los 15 días de vida, cuando comienzan a visualizarse los callos de fractura. A los 23 días fue dado de alta, con los callos consolidados (figura 3).

## Discusión

Tanto las fracturas costales como la hemorragia suprarrenal descritas son poco frecuentes en la distocia de hombros. En la bibliografía consultada no hemos encontrado ambas lesiones asociadas como consecuencia de esta distocia.

Dado que es un tipo de fractura poco habitual, es necesario hacer un diagnóstico diferencial con los síndromes de fragilidad ósea, como la osteogénesis imperfecta. En este caso se

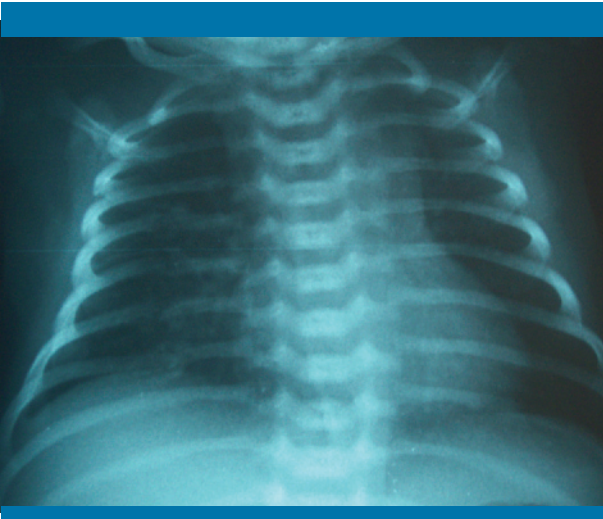


Figura 3. Callos consolidados al alta del paciente

descartó dicha posibilidad, ya que el paciente no presentaba callos de fracturas antiguas, del periodo fetal ni de los huesos largos en el momento del parto.

Por otro lado, son fracturas poco sintomáticas, exceptuando el dolor, por lo que en las distocia de hombros siempre es recomendable realizar radiografías de tórax y/o de parrilla costal. La exploración del paciente en las primeras horas de vida fue normal, pasando desapercibidas las fracturas costales y la hemorragia suprarrenal<sup>7</sup>. Ésta, de no ser una hemorragia masiva, por lo general no suele dar sintomatología importante, como ocurrió en el caso descrito. Es excepcional la insuficiencia suprarrenal aguda; su diagnóstico suele poner de manifiesto una masa en el flanco con la palpación, y su mejor forma diagnóstica suele realizarse mediante los ultrasonidos.

El tratamiento recomendado para este tipo de fracturas es mantener la máxima inmovilidad del recién nacido, evitando manipulaciones innecesarias y buscando el máximo grado de

bienestar, junto con la analgesia con paracetamol, o dipirona magnésica si no fuera suficiente la pauta anterior.

El paciente permaneció ingresado durante 23 días, con un control radiológico en el momento del alta que reflejaba los callos de fractura, y un control mediante ecografía abdominal en el que persistía la hemorragia suprarrenal en fase de calcificación. Éstas suelen desaparecer en 6-8 semanas.

El tratamiento de la distocia de hombros, verdadera emergencia obstétrica, es impredecible y preocupa al obstetra. Actualmente se estudia el método óptimo de tratamiento cuando ésta se presenta<sup>3,10</sup>. Aunque la etiología de la distocia de hombros no está totalmente esclarecida, la experiencia medicolegal afirma que puede prevenirse, por ser el resultado de una tracción excesiva; en contraposición, algunos especialistas han demostrado que su prevención no es posible y, por tanto, no debe considerarse como una mala praxis obstétrica<sup>6</sup>. ■

## Bibliografía

1. García A. Parálisis braquial obstétrica. Madrid: Fundación Hospital Alcorcón, 2007.
2. Renzi J. Distocia de hombros. FASGO, 2007.
3. Rodríguez Argüelles J. Manejo de las distocias de hombros. 2007.
4. Shih C. Distocia de hombros: ¿es la macrosomía fetal un factor de riesgo significativo? Rev Med Costa Rica Centroam. 2000; 57(552): 113.
4. Valentí EA. Distocia de hombros. Obstetricia. Buenos Aires, 2002.
5. Painter M. Brachial plexus injuries in neonatos. Int Pediatr. 1988; 3: 120-124.
6. Giusti SA. Complicaciones más frecuentes del recién nacido macrosómico. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina. 2002; 113.
7. Ibáñez Godoy I. Fracturas costales obstétricas. An Pediatr. 2003; 68(6): 612-618.
8. Burgos J. Hemorragia suprarrenal en el recién nacido. Rev Chil Pediatr. 1991; 62: 48-53.
9. Gurewitsch E. Método óptimo para parto con distocia de hombros. Am J Obstet Gynecol. 2005.