Epidemiología

El 90% de las lesiones del plexo braquial en niños están provocadas por la avulsión traumática del plexo durante el parto.

Estas lesiones se dan en 1 ó 2 por cada 1000 nacidos vivos.

En el 80% de estos niños existirá recuperación de la lesión sin cirugía.

Aproximadamente 2 de cada 10000 partos requerirán la cirugía.

Clínica

Los componentes más afectados en orden de mayor a menor frecuencia son:

El tronco superior o parálisis de Erb, cuyos axones provienen de las raíces C5-6 (48%)

Troncos superior y medio cuyos axones provienen de las raíces C5-7 (29%)

Troncos superior, medio e inferior, de las raíces C5-8, T1 (23%)

Tronco inferior o parálisis de Klumpke, de las raíces C8 y T1 (0,6%).

La avulsión o separación de las raíces anteriores y posteriores de la médula espinal es más frecuente en los casos extraídos con flexión lateral marcada del cuello. La avulsión de las raíces C8 y T1 es cuatro veces más frecuente que la de las raíces C5-C7.

La teoría de la elongación es la más aceptada, ya que existen diferentes puntos que la apoyan:

En el recién nacido, la articulación escápulo humeral está sostenida por una serie de elementos, una cápsula que es bastante laxa y fácil de elongar.

Los agujeros de conjunción de la columna cervical en el recien nacido están prolongados por el canal transversal, que corresponde a las apófisis transversas, y ese canal está transformado por los músculos en un verdadero desfiladero, donde las raíces nerviosas estarían tirantes sobre el reborde óseo formando un ángulo más agudo a más alta sea la raíz.

El hecho de que durante el parto, la bajada de la espalda del bebé y la inflexión del raquis cervical hacia el lado apuesto estaría aumentando esa lesión, más grande a más alta sea la raíz, de forma que las raíces superiores se ven sometidas no sólo a un estiramiento sino además a una compresión.

Estas ideas se ven reforzadas por una serie de observaciones clínicas:

Siempre son las raíces superiores las que más se afectan.

La recuperación parcial es más frecuente en los territorios superiores.

Las parálisis totales son más frecuentes en los partos difíciles.

Es difícil ver parálisis inferiores aisladas.

Existen otros dos síndromes que se asocian a las parálisis braquial que vienen también a corroborar esta teoría:

La parálisis frénica: que no es muy frecuente sin llegar a ser rara.

El síndrome de Claude-Bernard-Horner (ptosis, enoftalmo y miosis)

Hay además dos hechos que ponen en duda esta teoría, como es el caso del carácter difuso de la parálisis braquial y que parece tener una distribución algo más metamérica que radicular, y también que no es frecuente la afectación sensitiva.

Estos dos hechos hace pensar algunos autores que aparte del mecanismo de elongación hay un mecanismo vascular que tiene un carácter más medular que radicular.

Existen otras teorías que serían causantes de está parálisis en el R.N.:

La posición del miembro dentro del útero, el desprendimiento epifisario de al cabeza del húmero, una teoría que apoya el hecho de una infiltración equimótica en el plexo por un hematoma subclavicular, una malformación congénita localizada o regional, etc.

Diagnóstico

Se puede identificar al mes de edad, al explorar la extensión, flexión del codo y el registro de potenciales de unidad motora (MUPs) en el músculo bíceps.

Los niños sin extensión del codo activa en un mes deben ser remitidos a un centro especializado.

Cuando se produce la extensión del codo activa, pero no la flexión se precisará EMG, la ausencia de MUPs en el músculo bíceps es una indicación para remisión (Malessy y col., 2011).

Tratamiento

La intervención quirúrgica será recomendada generalmente en aquellos niños cuando no se demuestra recuperación funcional a los cuatro meses de edad. Para asegurar la máxima recuperación funcional, sin embargo, la cirugía se hará preferentemente entre lo cuatro y seis meses de vida.

El tratamiento quirúrgico requiere anestesia especial, un operador microscópico, un equipo sofisticado de monotorización electrofisiológica y numerosos especialistas en relación con la exposición meticulosa y la identificación de cada rama del plexo braquial y estructuras circundantes.

Bibliografía

Malessy, Martijn J A, Willem Pondaag, Lynda J-S Yang, Sonja M Hofstede-Buitenhuis, Saskia le Cessie, y J Gert van Dijk. 2011. «Severe obstetric brachial plexus palsies can be identified at one month of age». PloS One 6 (10): e26193. doi:10.1371/journal.pone.0026193.

From:
https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=paralisis_braquial_obstetrica

Last update: **2025/05/04 00:04**