TRAUMATISMOS OBSTÉTRICOS



Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

PARÁLISIS FACIAL

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

PARÁLISIS FACIAL

Etiología:

- La causa más frecuente suele ser la compresión a nivel de orificio estilomastoideo. Compresión de las ramas del fórceps.
- Presión excesiva contra el promontorio sacro materno. El predominio de la parálisis facial izquierda se relacionaron el parto OIIA*.
- Presión de la hemicara contra el hombro fetal.
- Presión de la hemimandíbula contra el hombro fetal.
- Presión del pie fetal sobre la hemimandíbula.
- Presión de un tumor uterino.

* Volpe JJ. Injures of extra cranial, cranial, intracranial, spinal cord, and peripheral nervous system structures. En: *Neurology of newborn.* Fourth edition. Philadelphia, W.B. Saunders Company 2001: 813 - 838.

PARÁLISIS FACIAL

Signos clinicos:

Presentes desde el primer o segundo día de vida, es más evidente cuando el niño llora.

- Parálisis de toda la hemicara.
- El lado afectado de la cara es liso.
- El surco nasogeniano está aplanado.
- Fisura palpebral está abierta permanentemente y es más ancha.
- Pliegues faciales menos pronunciados.

Cuando duerme se puede observar:

- Escaso relieve de los surcos.
- El párpado entreabierto deja ver la esclerótica.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

PARÁLISIS FACIAL

Signos clinicos:

Presentes desde el primer o segundo día de vida, es más evidente cuando el niño llora.

- Parálisis de toda la hemicara.
- El lado afectado de la cara es liso.
- El surco nasogeniano está aplanado.
- Fisura palpebral está abierta permanentemente y es más ancha.
- Pliegues faciales menos pronunciados.

Cuando duerme se puede observar:

- Escaso relieve de los surcos.
- El párpado entreabierto deja ver la esclerótica.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

PARÁLISIS FACIAL

Signos clínicos:

Cuando llora:

- Los músculos de la frente, el orbicular de los párpados y los músculos de la cara del lado sano se contraen.
- El extremo de la boca del lado afectado no se mueve, por lo que la comisura labial se desvia del lado sano.
- Los surcos subpalpebral y nasogeniano del lado sano se acentúan y los del lado afectado permanecen planos.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

PARÁLISIS FACIAL

Signos clínicos:

Cuando la lesión de compresión se produce en el recorrido dle nervio a la altura del la glándula parótida, las fibras nerviosas que siguen un trayecto ascendente quedan indemnes. En tal caso:

- Parálisis parcial de la hemicara.
- No hay afectación del orbicular del ojo.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

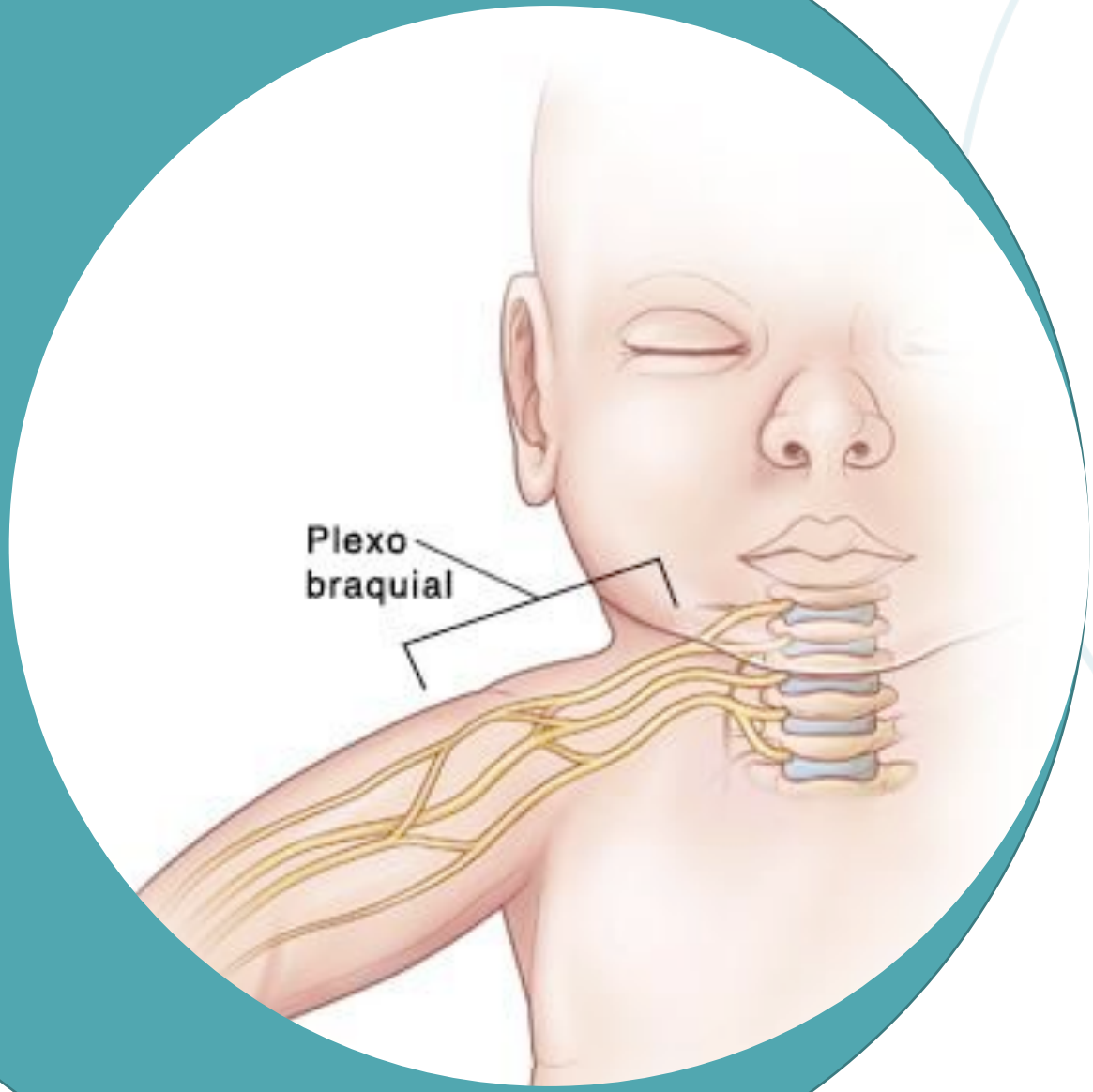
PARÁLISIS FACIAL

Diagnóstico diferencial:

Parálisis por lesión central por fractura del temporal con hemorragia o destrucción titular. Esta parálisis cursa con:

- Parálisis de los dos tercios de la cara contralateral a la fractura.
- No hay afectación de los músculos de la frente ni del ojo.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional



PARÁLISIS BRAQUIAL

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

PARÁLISIS BRAQUIAL

Etiología:

- Distocia de hombros.
- Partos podálicos.

Fisiopatología:

- Estiramiento de las raíces.
- Desgarro de la vaina del nervio, quedando las fibras intactas. Los síntomas los provocan la hemorragia y el edema.
- Rotura de la fibra del nervio o arrancamiento de las raíces a nivel medular.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

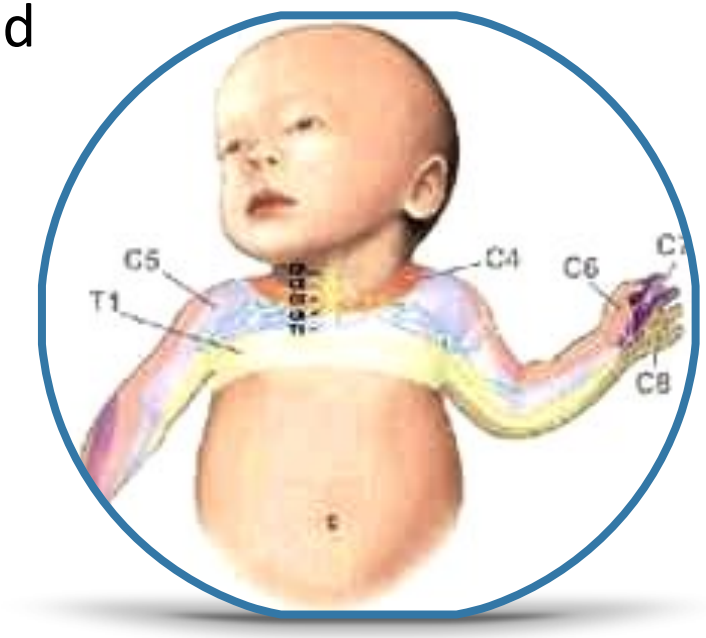
PARÁLISIS BRAQUIAL

Formas clínicas:

- Parálisis de Duchenne-Erb: afecta a las raíces C_5 y C_6. Afecta a la musculatura del hombro y del brazo. La extremidad estará:
  - Hombro en aducción, extensión y rotación interna.
  - Antebrazo en pronación.
  - Muñeca en flexión.

  Conservan el reflejo de prensión palmar

  En el reflejo de Moro hay ausencia de abducción de hombro.



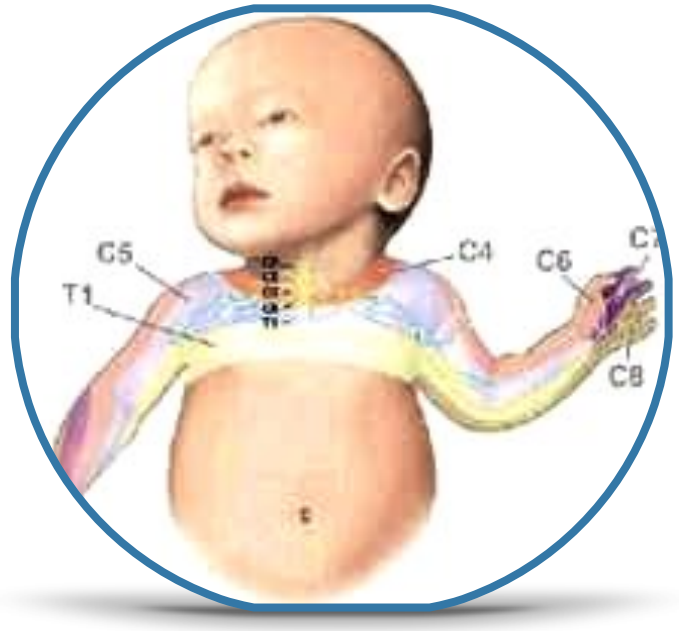
Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

PARÁLISIS BRAQUIAL

Formas clínicas:

- Parálisis de Klumpke: afecta a las raíces C_7 y C_8 y D_1, (muy rara). Afecta a la musculatura intrínseca de la mano y los flexores largos de la muñeca y de los dedos. Se observará
  - La muñeca caída con los dedos semiabiertos

  Se asocia a un Síndrome de Horner homolateral (miosis, Ptosis y enoftalmos).



Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

PARÁLISIS BRAQUIAL

Formas clínicas:

- Parálisis completa: afecta a las raícesC_5, C_6, C_7, C_8 y D_1, (suele ser grave). Afecta a toda la extremidad, que estará:
  - Flacida, sin movimiento ni fuerza.
  - Ausencia de reflejos.

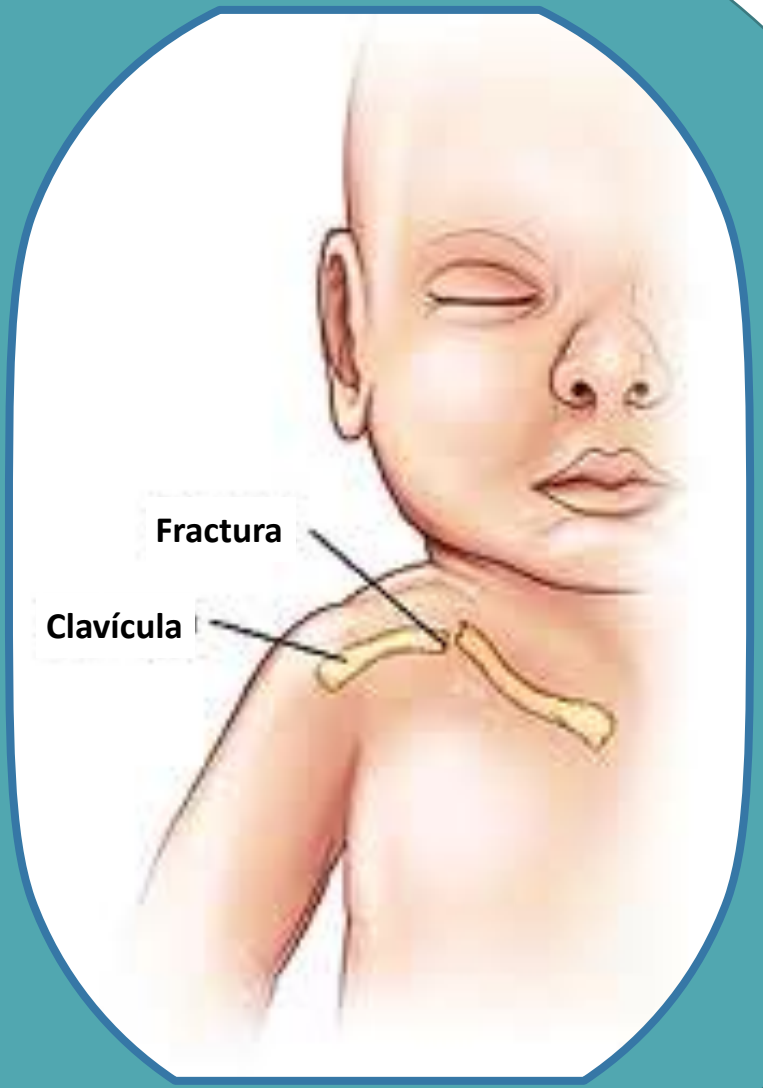
Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

PARÁLISIS BRAQUIAL

Tratamiento:

- Es importante el diagnostico para descartar desgarro de la raíz, en cuyo caso será necesario la neurocirugía precoz, entre los 4 y los 12 meses, periodo ventana presumible de la capacidad regenerativa del tejido neural y de la recuperación funcional de los músculos afectados.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional



FRACTURA DE CLAVÍCULA

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

FRACTURA DE CLAVÍCULA

Es el traumatoismo más frecuente (4,7 / 1000)

Etiología:

- Distocia de hombros.

Fisiopatología:

- La mayoría son fracturas en tallo verde.

Signos clínicos:

Asintomática, pueden ser diagnosticada por la aparición del tallo entre el 7º y el 10º día de vida.

- Parálisis parcial de la hemicara.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

FRACTURA DE CLAVÍCULA

Fisiopatología:

- Fracturas complejas
- Excepcionalmente en tallo verde

Signos clínicos:

- Ausencia de movilidad desde le 1er día de vida.
- Irregularidad del relieve óseo.
- Crepitación.
- Obliteración de la depresión supraclavicular.
- Espasmo del ECOM.
- Dolor.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

FRACTURA DE CLAVÍCULA

Tratamiento fracturas complejas con desplazamiento:

- Inmovilizar del MS para evitar lesiones del plexo braquial o del domo pleural.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional



TORTICOLIS CONGÉNITO

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

TORTÍCOLIS CONGÉNITO

- El tortícolis, junto con la plagiocefalia deformacional, es el hallazgo asociado más común en lactantes[1].
- Uno de cada seis recién nacidos tiene tortícolis[2].
- El tortícolis muscular congénito es la tercera anomalía musculoesquelética congénita más común después de la luxación de la cadera y el pie zambo[3].



1. Roger et al, 2009
2. Stellwagen et al, 2008
3. Omidi-Kashani et el, 2008

TORTÍCOLIS CONGÉNITO

Torticolis primario:

- Parto distócico: expulsión prolongada, distocia de hombro, presentación podálica o de nalgas.
- Estiramiento excesivo del ECOM durante el desprendimiento de la cabeza o el parto de hombros: hematoma /hemorragia.
- Una posición fetal anormal en el útero provocaría una alteración en la irrigación del músculo ECOM.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

TORTÍCOLIS CONGÉNITO

Torticolis primario:

- Contractura del ECOM: Se observa desde los primeros días de vida inclinación homolateral y rotación contralateral de la cabeza.
- Nodular o fibromatosis colis, por rotura de fibras del ECO: el músculo lesionado desarrolla fibrosis (tejido cicatricial).
  - La fibrosis forma un nódulo en forma de oliva perceptible al tacto.
  - Sobre el 10º día se observa la inclinación homolateral y rotación contralateral de la cabeza.



Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

TORTÍCOLIS CONGÉNITO

Torticolis primario:

- La posición en inclinación homolateral y rotación contraria, provoca un apoyo dle lado contrario al músculo afectando, provocando un aplanamiento de la fosa posterior del lado contrario al tortícolis.
- El temporal del lado de la lesión estará traicionado por la inserción en la mastoides, arrastrando en rotación interna.
- Afectación mandibular por tracción dela aponeurosis cervical superficial y por la posición del temporal—> asimetría mandibular y dimorfismo facial.
- C_0 anterior del lado de la lesión.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

TORTÍCOLIS CONGÉNITO

Torticolis secundario

- Postural.
- Cintura escapular: Clavícula (fractura), esternón, escápula.
- Origen visceral: RGE (Síndrome de Sandifer).
- Origen sensorial: Visión, audición.
- Origen nervioso: Parálisis del plexo braquial.
- Craneal, por afectación de nervio espinal.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

TORTÍCOLIS CONGÉNITO

Torticolis secundario

- Craneal: es secundario a las lesiones de la fosa posterior del craneo, que provocan un aplanamiento del lado de la lesión.
  - La afectación de nervio espinal implicación al ECOM y al trapecio. —> lateroflexión del lado de la lesión craneal.
  - Aplanamiento del lado de la inclinación.

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

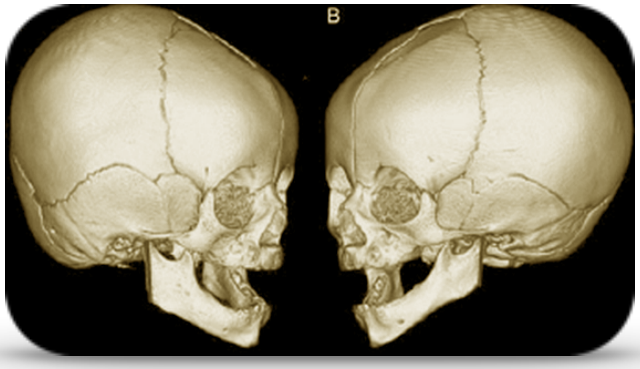
TORTÍCOLIS CONGÉNITO

Dismorfismo mandibular

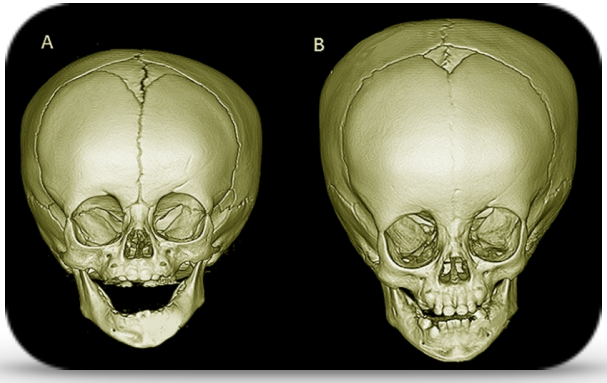




La inclinación de la mandíbula inferior y la línea de las encías son evidentes en el examen físico.



Altura de la rama del lado no afectado (A) versus la altura de la rama acortada en el lado afectado por tortícolis muscular congénita (B).



Asimetría de altura de rama de tortícolis muscular congénita antes de la fisioterapia (A) y simetría de rama mejorada después de la fisioterapia (B).

Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

TORTÍCOLIS CONGÉNITO

Diagnóstico



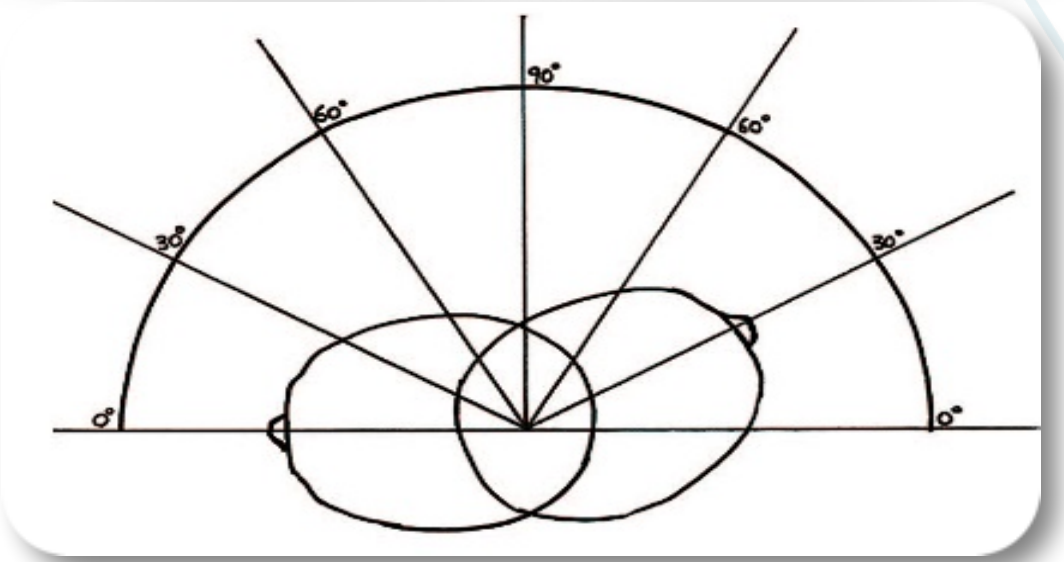


Ilustración que muestra la diferencia en la rotación angular entre lados (Rogers et al, 2009).

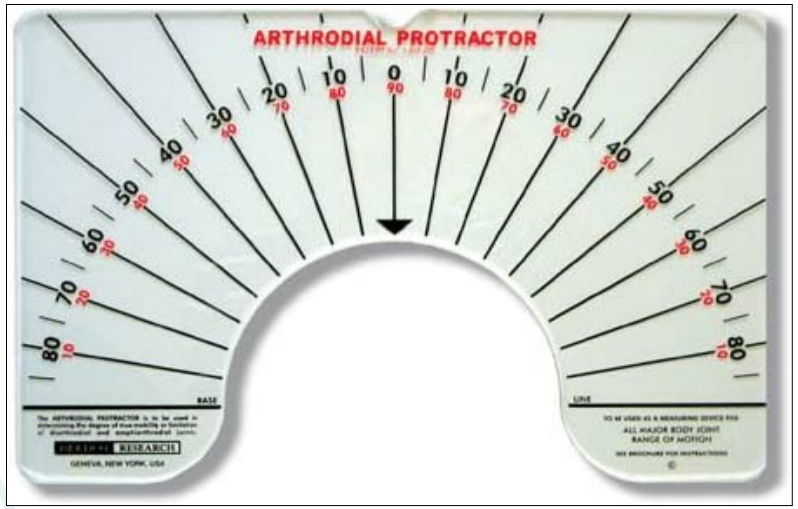
Escuela Osteopatía de Madrid
Internacional

TORTÍCOLIS CONGÉNITO

Diagnóstico



Medición de la lateroflexión



Goniómetro artrodial

MEDICIÓN DEL TORTÍCOLIS (Ohman et al, 2010)

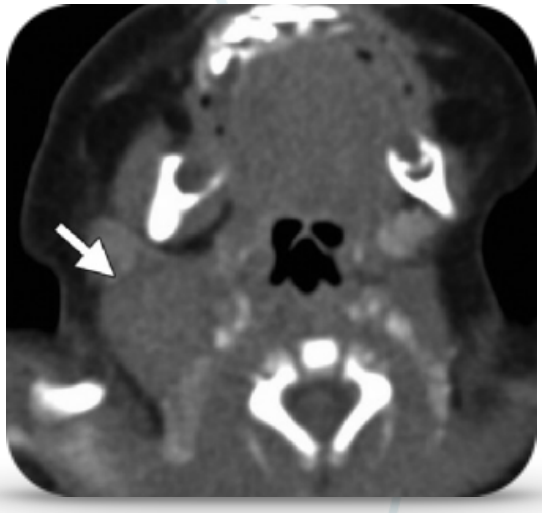
Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

TORTÍCOLIS CONGÉNITO

Diagnóstico

- El diagnóstico: por ecografia, TAC con contraste o por IRM. Pone de manifiesto un espesamiento característico del músculo.

Corte axial en IRM T2 que muestra una intensidad de señal aumentada heterogéneamente en el músculo esternocleidomastoideo derecho.





Esternocleidomastoideo derecho agrandado.

Escuela Osteopatía de Madrid Internacional

¡Gracias!

Síguenos en redes

eominternacional.com I escuelaosteopatiamadrid.com