

## Fracturas costales obstétricas aisladas

Sr. Editor:

El término traumatismo obstétrico hace referencia a aquellas lesiones producidas en el feto o en el recién nacido por causas mecánicas o anóxicas que pueden desencadenarse prenatalmente, en el transcurso del parto o en el momento de la reanimación del recién nacido. No todas estas lesiones pueden evitarse, aun prestando la asistencia adecuada<sup>1</sup>.

Se presenta el caso de un recién nacido varón de 38 semanas de gestación, derivado a nuestro hospital por hipotonía tras el nacimiento. Como antecedentes presenta un embarazo controlado sin incidencias. Parto espontáneo terminado mediante *vacuum* extractor, distocia de hombros. Líquido amniótico claro. Apgar: 6/7/9. Reanimación tipo II. Peso al nacimiento: 3.800 g. Talla: 51 cm. A la exploración presenta mediano estado general con llanto irritable que se exagera con las manipulaciones. Buen tono muscular con buena actividad espontánea. Se observa hematoma en brazo derecho junto cefalohematoma parietal derecho. Mediante palpación se aprecia crepitación en plano posteroinferior del tórax compatible con fracturas costales. El resto de la exploración se encontraba dentro de la normalidad. Las pruebas complementarias realizadas, hemograma, bioquímica y coagulación fueron normales; sistemático de orina con hematuria leve que desaparece en sucesivos controles; tóxicos en orina, negativos. En la radiografía de tórax se observa la existencia de fracturas costales en el séptimo y octavo arco costal derecho (fig. 1) lo cual confirma el diagnóstico. No se aprecian otras lesiones óseas ni pulmonares. El mapa óseo realizado posteriormente fue normal al igual que la ecografía abdominal. Tras el diagnóstico de fracturas costales obstétricas, se pauta tratamiento analgésico continuo con metamizol, buscándose la postura de confort del recién nacido y se restringen las manipulaciones a las mínimas posibles.

La incidencia de los traumatismos obstétricos no fatales varía según el tipo de lesión, considerando el *caput succedaneum* y cefalohematoma traumatismos comunes. Se estiman que se producen lesiones más importantes entre 2-7/1.000 de los recién



**Figura 1.** Radiografía de tórax que muestra fracturas costales en los arcos costales séptimo y octavo (flechas).



**Figura 2.** Radiografía de control en la que se observan los arcos costales alineados.

nacidos vivos<sup>2</sup>. Los avances y la tecnología obstétrica ha permitido disminuir de manera significativa la mortalidad en estos casos. Existen una serie de traumatismos considerados *fisiológicos* que se derivan de las presiones y situaciones de hipoxia fisiológica que soporta el feto a la salida del canal del parto (*caput succedaneum*, hiperostosis fisiológica, tumefacción de las zonas de presentación, hemorragias conjuntivales, petequias). Otros son llamados *patológicos*, no por ello siempre evitables, y están influidos por una serie de factores de riesgo: maternos (primípara, talla baja, anomalías pélvicas, características placentarias), fetales (prematuridad, bajo peso, macrosoma, macrocefalia, tumores, síndromes de fragilidad ósea, presentación anómala) y de las características del parto (oligoamnios, parto prolongado o extremadamente rápido, partos instrumentales, versión y extracción, fármacos administrados a la madre)<sup>3</sup>. Estos traumatismos pueden afectar a distintas partes del organismo provocando lesiones cutáneas, musculares, nerviosas (central y periférica), de órganos internos y lesiones osteocartilaginosas. Dentro de estas últimas se encuentran las fracturas óseas, siendo las más frecuentes las fracturas de clavícula, húmero y fémur. Este tipo de lesión se observa más a menudo en los partos de nalgas o en la distocia de hombros en niños macrosomas, por lo general por tracciones y/o rotación de miembros. Las fracturas costales obstétricas son raras, pero muy importantes por las posibles complicaciones posteriores derivadas<sup>4</sup>. La mayoría de las veces se producen por maniobras bruscas en la reanimación del recién nacido. El diagnóstico se basa en la exploración exhaustiva y en la radiografía costal<sup>5</sup>. Al ser un tipo de fractura poco frecuente es necesario realizar el diagnóstico diferencial con los síndromes de fragilidad ósea como la osteogénesis imperfecta<sup>6</sup>. La principal complicación es la lesión de los órganos intratorácicos, fundamentalmente el pulmón, algunas producidas en el mismo momento de la reanimación. El tratamiento es conservador, administrando la analgesia necesaria y limitando las manipulaciones al máximo con el fin de disminuir el dolor y minimizar las posibles complicaciones.

Nuestro caso tuvo una evolución favorable sin incidencias siendo alta con buen estado general y totalmente asintomático. En la radiografía control, realizada al día 17 tras el ingreso, se observan los arcos costales alineados con la aparición de los callos de fracturas (fig. 2). En los sucesivos controles no aparecen nuevas alteraciones.

**I. Ibáñez Godoy, D. Mora Navarro,**

**M.<sup>a</sup>A. Delgado Rioja y C. Herrera del Rey**

Servicio de Pediatría. Hospital Juan Ramón Jiménez.

Huelva. España.

**Correspondencia:** Dr. D. Mora Navarro.

Las Antillas, 19. 21800 Moguer. Huelva. España.

Correo electrónico: d Moranavarro@eresmas.com

## BIBLIOGRAFÍA

1. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Traumatismo de parto. En: Nelson. editor. Tratado de pediatría. 16.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2000; p. 536-43.
2. Tsuji MK. Traumatismo obstétrico. En: Cloherty JP, Stark AR, editores. Manual de cuidados intensivos neonatales. 3.ª ed. Barcelona: Masson, 1999; p. 251-9.
3. Claret I, Jiménez R. Traumatismos fetales y neonatales. En: Cruz M, editor. Tratado de pediatría. 7.ª ed. Barcelona: Espaxs, 1994; p. 131-40.
4. Bulloch B, Schubert CJ, Brophy PD, Johnson N, Reed MH, Shapiro RA. Cause and clinical characteristic of rib fractures in infants. *Pediatrics* 2000;105:E48.
5. Hartmann RW Jr. Radiological case of the month. Rib fractures produced by birth trauma. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151: 947-8.
6. Cantero MT, Díez I, Bartolomé JM, Grande R, Gallego MJ, Burón E. Osteogénesis imperfecta. Evidencia en el período neonatal. *An Esp Pediatr* 2001;57(Supl 5):137-9.

## Discitis y espondilodiscitis en edad preescolar: dificultades para el diagnóstico precoz

*Sr. Editor:*

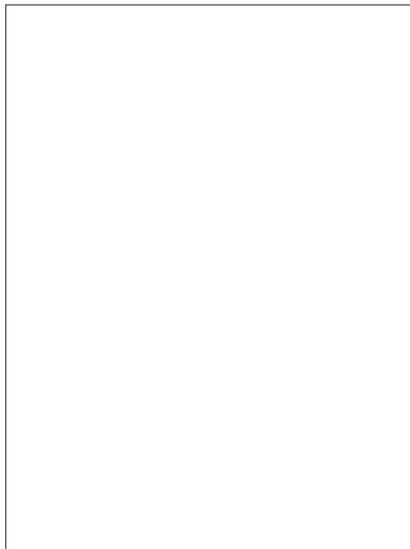
La discitis y espondilodiscitis consisten en una inflamación del disco intervertebral y vértebras adyacentes. Se trata de una entidad cuyo diagnóstico no siempre resulta fácil en etapas iniciales, ya que sus manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas; no obstante, su detección precoz es importante, ya que si no se trata adecuadamente puede conllevar secuelas ortopédicas serias.

Se presentan 3 casos de inicio similar en edades tempranas, destacando las dificultades para el diagnóstico y tratamiento precoz.

*Caso 1.* Niña de 21 meses que presentaba dolor y contractura muscular en la región lumbar de 10 días de evolución que no mejoraba con tratamiento antiinflamatorio y reposo. A la exploración física destacaba una actitud hiperlordótica a nivel lumbosacro, con dolor a la palpación sobre cuerpos vertebrales L4-L5, la marcha y sedestación desencadenaban un dolor intenso. En la gammagrafía con tecnecio 99 (<sup>99</sup>Tc) aparecía un aumento de captación del radiótomo en L4-L5, la gammagrafía con citrato de galio 67 (<sup>67</sup>Ga), evidenciaba intensa captación en la dicha zona. En la resonancia magnética (RM) se apreciaba pinzamiento espacio discal L3-L4, con engrosamiento de ligamento longitudinal posterior (fig. 1). Se instauró tratamiento empírico con cloxacilina intravenosa a altas dosis (200 mg/kg/día) e inmovilización, con mejoría clínica de la paciente. Tres meses después se le practicó nueva RM, persistiendo afectación de la plataforma discal L3-L4 con irregularidad y anfractuosidad de los bordes, pérdida del tejido pulposo y signos inflamatorios de cuerpos vertebrales L3 y L4 (fig. 2).

*Caso 2.* Niña de 21 meses que presentaba alteraciones en la marcha. En la exploración destacaba una gran irritabilidad y un aumento de la base de sustentación y pérdida de la lordosis lumbar. En la radiografía lumbar aparecía ligera disminución del espacio intervertebral L5-S1. En la RM se observaba una disminución del espacio intervertebral y alteración de la morfología del disco L5-S1, con articulaciones sacroilíacas normales (fig. 3). En la gammagrafía ósea con <sup>99</sup>Tc se apreciaba aumento de la captación de articulación sacroilíaca izquierda y proceso inflamatorio en las últimas vértebras lumbares y primera sacra. Se instauró tratamiento antibiótico intravenoso con evolución favorable de la paciente.

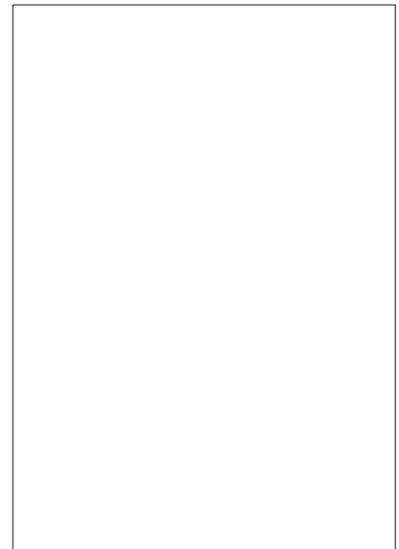
*Caso 3.* Niña de 19 meses de edad que acudió a urgencias por rechazo a la deambulación de una semana de evolución. A la exploración resaltaban irritabilidad y negativa absoluta a la deambulación y a la bipedestación. En la RM aparecía el disco L4-L5 colapsado y desplazado posteriormente, con hiperintensidad en T2. La paciente fue tratada con cloxacilina y evolucionó favorablemente.



**Figura 1.** Caso 1: en la resonancia magnética realizada tras su ingreso se aprecia pinzamiento espacio discal L3-L4, con engrosamiento de ligamento longitudinal posterior.



**Figura 2.** Caso 1: en la radiografía simple realizada un mes después del diagnóstico, en la que se aprecia disminución espacio intervertebral L3-L4 y erosión de vértebras adyacentes.



**Figura 3.** Caso 2: RM en la que se observa disminución del espacio intervertebral y alteración de la morfología del disco L5-S1, hiperintenso en T2.