

Lesión cerebral tras traumatismo fetal por accidente de tráfico materno

Sr. Editor:

Los traumatismos sufridos durante el embarazo han sido reconocidos como una importante causa de morbimortalidad tanto fetal como materna¹. Agran et al² fueron los primeros en sugerir que las muertes fetales relacionadas con accidentes de tráfico representan una proporción importante, a la vez que poco comunicada, del total de muertes en accidentes de tráfico. Weiss et al³, en un estudio descriptivo retrospectivo en 16 estados de Estados Unidos, concluyen que los accidentes de tráfico son la causa principal de muerte fetal en relación a traumatismo materno. Breysem et al⁴ publicaron una cohorte de 4 neonatos entre 30 y 38 semanas de edad gestacional cuyas madres fueron víctimas de un accidente de tráfico en el tercer trimestre. Los 4 recién nacidos tuvieron gran alteración en la neuroimagen (fractura craneal, hemorragia intracraneal y encefalopatía hipóxico-isquémica). Los cuatro fallecieron (tres en los primeros 2 días y el restante tras el primer mes de vida).

Nuestro caso corresponde a una gestante del este de Europa que es traída a urgencias maternas por el SAMU tras haber sufrido accidente de tráfico. Es una mujer de 19 años, primigesta, en su tercer trimestre de embarazo, sin otros antecedentes de interés. Viajaba como acompañante en el asiento delantero de un turismo cuando sufrieron un impacto frontolateral. Cuando llegan los servicios de emergencia, la gestante se encuentra consciente aunque desorienta-

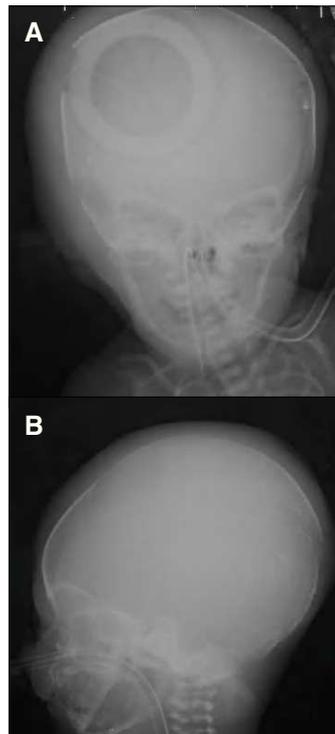


Figura 1. Radiografía anteroposterior (A) y lateral (B) de cráneo donde se observa fractura parietooccipital derecha (óbviese artefacto de incubadora).

da, y sale del coche por su propio pie, aunque con signos de dolor y con un cuadro de mareo, por lo que es trasladada hasta nuestro hospital. A su llegada es reconocida por ginecología, objetivándose signos clínicos y ecográficos de desprendimiento de placenta, y una bradicardia fetal mantenida en el monitor, motivo por el que se decide practicar una cesárea urgente. La edad gestacional estimada es de unas 34 semanas. La madre sufrió fractura múltiple de pelvis.

Fruto de esa cesárea nace un varón de 2.000 g, con Apgar a 1 min 0. Se inicia reanimación según protocolo, requiriendo de forma progresiva ventilación con O₂ a presión positiva en bolsa autoinflable, intubación endotraqueal, masaje cardíaco, adrenalina endotraqueal, canalización de vena umbilical, adrenalina, líquidos y bicarbonato intravenosos. Finalmente, a los 10 min de reanimación se consigue una frecuencia cardíaca mantenida en torno a 100 lat./min y unos pulsos periféricos palpables, aunque débiles. Se traslada a UCIN en incubadora de transporte conectado a ventilación mecánica. En la exploración física a su ingreso en UCIN destaca un mal estado general, mala coloración, fractura craneal (parietooccipital) derecha con importante edema de partes blandas y despegamiento del pabellón auricular derecho (fig. 1). Resto de exploración normal. Las constantes vitales al ingreso: Frecuencia cardíaca 154 lat./min, frecuencia respiratoria 45 resp./min (SIMV), PA 27/23/18, SatO₂ 80% con FiO₂ 100%. Gasometría al ingreso (venosa): pH 6,57, pCO₂ 102, pO₂ 28,8, Bic 4,5, EB -23, lactato 16. Analítica al ingreso: Hb 10,7, Hto 31,8, leucocitos 10.700 (fórmula normal), urea 19, creatinina 1,01, CK 868 U/l (CK-MB 14,6 ng/ml), Na 136 mEq/l y K 8,06 mEq/l. Se practica radiografía simple de tórax, apreciándose pulmón blanco, por lo que se administra surfactante pulmonar, con adecuada respuesta, permitiendo disminuir FiO₂ hasta 40%. La ecografía transfontanelar al ingreso objetivó signos de edema cerebral, sin hemorragia. Se pautaron expansores de volumen, bicarbonato, transfusión de hemoderivados (concentra-

do de hematíes y plasma) y se inició perfusión de adrenalina intravenosa a 1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, pese a lo cual no remontó tensiones. Se pautó hidrocortisona, sin respuesta. Control ecográfico posterior (7 h de vida): aumento de la ecogenicidad con pérdida de la ecoestructura normal en hemisferio cerebral derecho, compatible con hemorragia parenquimatosa cerebral. La hemorragia condiciona cierto efecto masa con signos de herniación subfalciana. El paciente falleció a las 8 h de vida.

Queremos destacar como conclusión la escasa bibliografía existente al respecto, a pesar de constituir un problema de salud pública de primer orden. Pensamos, como otros autores, que las muertes fetales como consecuencia de accidentes de tráfico constituyen una entidad poco diagnosticada, siendo ésta codificada de forma general como "765.0 Traumatismo materno con afectación del feto", sin mencionar que se trata de un accidente de tráfico, con la consiguiente infravaloración del problema. Se necesitarían campañas informativas para concienciar a la población general de la magnitud real del problema.

J. Mut Buigues y M.J. Ferrández Berenguer

Sección de Neonatos. Servicio de Pediatría.
Hospital General Universitario de Elche.
Alicante. España.

Correspondencia: Dra. M.J. Ferrández Berenguer.
Sección de Neonatos. Servicio de Pediatría.
Hospital General Universitario de Elche.
Camí de L'Almazara, 11. 03203 Elche. Alicante. España.
Correo electrónico: maria.jesus@coma.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Buchsbaum HJ. How serious is accidental injury during pregnancy? *Med Times*. 1976;104:134-7.
2. Agran PF, Dunkle DE, Winn DG, Deryck K. Fetal death in motor vehicle accidents. *Ann Emerg Med*. 1987;16:1355-8.
3. Harold BW, Songer TJ, Fabio A. Fetal deaths related to maternal injury. *JAMA*. 2001;286:1863-8.
4. Breysem L, Cossey V, Mussen E, Demaerel P, Van de Voorde W, Smet M. Fetal trauma: Brain imaging in four neonates. *Eur Radiol*. 2004;14:1609-14.