

Parálisis ciáticas obstétricas: Experiencia de 29 años en un hospital terciario

J. Soletto Martín, J.A. Rodríguez Duránte, J.L. González López, P. Cervera Bravo, A. Cubillo Martín,
S. López Valverde, J.L. García-Trevijano Forte, J.A. Navascués del Río

Hospital General Universitario «Gregorio Marañón», Madrid.

RESUMEN: Las parálisis ciáticas obstétricas se han visto con relativa frecuencia en nuestro hospital, pero la bibliografía sobre las mismas es muy escasa, tanto en publicaciones en castellano como en otros idiomas. Por este motivo decidimos revisar nuestra experiencia sobre el tema, y de ser posible, contribuir a prevenir su aparición.

PALABRAS CLAVE: Parálisis ciáticas obstétricas.

OBSTETRICAL SCIATIC PALSY: OUR EXPERIENCE IN 29 YEARS

ABSTRACT: Obstetrical sciatic palsy have been frequently seen in our hospital, but bibliography about this subject is rare, not only in Spanish but also in other languages. We review our experience about this pathology, and if it is possible, to contribute to prevent its occurrence.

KEY WORDS: Obstetrical sciatic palsy.

INTRODUCCIÓN

La parálisis ciática obstétrica es una patología que hemos visto en nuestro Centro con relativa frecuencia, y sin embargo, son muy pocas las publicaciones médicas sobre esta enfermedad, por lo que se desconoce su incidencia, su etiología, evolución e incluso su tratamiento idóneo. Por estos motivos decidimos revisar nuestra experiencia sobre este tema desde la fundación del Servicio en 1969 hasta nuestros días.

Es de destacar que en nuestro país se dan con más frecuencia que en otros, según se desprende de nuestras observaciones, lo cual sólo puede explicarse porque el personal médico y/o paramédico causa la lesión, lo que indicaría una deficiente preparación del mismo, porque los niños españoles sean más propensos a sufrir la lesión que los de otros países, cosa harto dudosa, o porque en otros países se da una incidencia parecida, pero no se reporta la lesión, no se diagnostica o no se le da la importancia que a nuestro juicio tiene.

Correspondencia: Dr. J. Soletto Martín, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital General Universitario «Gregorio Marañón», C/ Dr. Castelo 49, 28009 Madrid.

Definimos una parálisis ciática obstétrica como una lesión del nervio ciático, cuyo origen está en las maniobras realizadas durante el parto, a semejanza de lo que ocurre con las bien conocidas parálisis braquiales obstétricas. Los tirones durante la extracción del niño, o las actuaciones durante la reanimación del neonato, podrían causar la parálisis, aunque no descartamos otros factores, como la inyección de vitamina K, una compresión del nervio por una contracción uterina, roce con el promontorio durante la gestación, traumatismos abdominales maternos, etc.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos revisado las historias de pacientes con parálisis ciática «no traumática» atendidos en nuestro Centro entre 1969 y 1998, encontrando 118 pacientes con 119 miembros afectados; de ellos, 78 casos con 79 miembros afectados tenían el antecedente de una inyección intramuscular al comienzo del cuadro, por lo que se descartaron, y 40 consideramos que tienen origen obstétrico, de los que un paciente no tiene seguimiento suficiente y también se descartó; por lo tanto, este estudio se basa en los registros de 39 pacientes. Son 18 varones y 21 niñas, afectados en 21 ocasiones en el lado derecho y en 18 en el izquierdo. La edad de la primera consulta varía entre el recién nacido y los 9 años, acudiendo en 7 casos en la primera semana de vida, y en otros 15 con menos de 1 mes de edad. Es de resaltar el descenso en la frecuencia de la lesión en los últimos años (un solo caso en 5 años).

Todos los enfermos vistos con menos de 3 semanas de vida presentaban alteraciones tróficas y sensitivas, como son: edema de pie y pierna, cianosis, piel enrojecida, brillante, cianótica, más caliente o más fría o más pálida que la de la otra pierna.

La parálisis clínica afectaba en 7 casos a los troncos crural, ciático y obturador; en 10 casos a los troncos crural y ciático; en un caso a los troncos ciático y obturador; y en los 21 restantes, exclusivamente al nervio ciático; con 5 enfermos con pie flácido, 8 con pie equino-adducto, uno con pie equi-

no-cavo-adducto, otro con pie equino y 6 con pie adducto. Todos los pacientes con varios troncos afectados presentaban el pie flácido en la exploración inicial.

En los casos en que se pudo conseguir la historia obstétrica se comprobó un parto difícil, instrumentado, por cesárea o que precisó reanimación del neonato.

El tiempo de aparición de signos de reinervación es variable y en la mayoría de nuestros enfermos hasta pasados 4 a 6 meses no se pudo objetivar ninguna mejoría. Hemos llegado a notar mejorías hasta un año después del comienzo de los síntomas. No parece haber relación entre la gravedad de la lesión inicial en la exploración clínica y la posibilidad de recuperación espontánea de la parálisis, de forma que no son los enfermos con afectación de los tres troncos los que han evolucionado peor, en comparación con aquéllos que sólo tenían afectación del nervio ciático. Lo que sí hemos constatado es que tanto si hay afectación del crural como del obturador, éstos siempre se han recuperado en unos 2 meses, mientras que no ocurre lo mismo con el ciático. La afectación más frecuente y más grave es la de la rama externa del ciático, ya que la evolución de estos enfermos fue hacia la aparición de un pie equino, equino-adducto o cavo-varo, con menor función de tibial anterior y peroneos.

En el tratamiento distinguimos la fase inicial, con parálisis flácida, en la que se procedió a la inmovilización de pie y pierna afectados en posición funcional, alternando con fisioterapia, para evitar la aparición de contracturas en posturas viciosas, y el tratamiento de las secuelas, en donde ya hay una deformidad estructurada y generalmente una disimetría, por lo que hay que tratar de equilibrar el pie y conseguir la igualdad de longitud entre las piernas mediante epifisiodesis a la edad adecuada (no hemos realizado alargamiento en estos enfermos). Con este método hemos obtenido los siguientes resultados: curación total en 13 enfermos; 7 se encuentran todavía en revisión, de los cuales, 1 tiene el pie equilibrado, 1 el pie en discreto equino-adducto, 3 en discreto equino, 1 en equino-cavo-varo leve y 1 cavo-varo leve. Hay 5 casos tratados quirúrgicamente: en uno de ellos, de los primeros de esta serie, se realizó una exploración del nervio al año de edad, encontrando los tejidos de aspecto normal; este enfermo precisó un alargamiento del Aquiles al año y medio de edad, un alargamiento del Aquiles, del tibial posterior y del flexor propio a los 3 años y medio, y una triple artrodesis con Steindler y alargamiento de los flexores largos a los 15 años; presentó además una disimetría de 3,2 cm. Otros dos enfermos operados sufrieron un alargamiento del Aquiles, presentando uno de ellos un pie equino leve y el otro un pie equino-cavo-adducto leve residuales, que probablemente no necesitarán más tratamiento. Otro paciente, que presentaba un pie cavo-adducto, precisó una liberación de las estructuras plantares e internas del pie. Finalmente, a un paciente diagnosticado erróneamente en otro Centro de pie zambo, se le había realizado un alargamiento del Aquiles, flexor largo del primer dedo y capsulotomías posteriores del

tobillo para corregir un pie equino-cavo-adducto; presentó además una disimetría de 2 cm. Los dos pacientes con disimetría > 1 cm se trataron con epifisiodesis a la edad adecuada.

Tenemos otros 14 enfermos que no se han podido seguir: 4 no quisieron operarse, 2 de ellos con pies equino-adductos, y otros 2 con pies equinos; 7 presentaban en la última revisión un pie equilibrado, por lo que debe suponerse un buen resultado, y 3 tenían un pie flácido, por lo que probablemente acudieron a otro Centro a tratarse.

DISCUSIÓN

Las parálisis ciáticas obstétricas son lesiones probablemente yatrógenas de las que desconocemos la etiología, evolución y tratamiento.

La sintomatología depende de la edad en que se consulta por primera vez, aunque la parálisis del pie suele ser la causa de consulta más frecuente; en general es una parálisis flácida, ya que con frecuencia están afectadas ambas ramas del nervio, lo que da un pie batiente, aunque puede haber algún grupo muscular más alterado que otro, lo que ocasionaría una deformidad con el pie dirigido en el sentido de la musculatura predominante: suele afectarse con más frecuencia e intensidad la rama ciática poplítea externa, por lo que el pie tiende a ser equino-adducto, pero algunos de nuestros enfermos presentaban la deformidad calcáneo-abducta, lo que indica predominio de la afectación de la rama ciática poplítea interna; en general, el pie es fácilmente reductible, pero en algunos de nuestros niños hemos comprobado pies rígidos, sólo explicables por la larga evolución de la deformidad, que en el caso de un neonato, indicaría una lesión intraútero; estos casos son de difícil diagnóstico diferencial con el metatarso varo y el pie zambo.

Además de la parálisis del nervio ciático es frecuente encontrar otras raíces del plexo lumbo-sacro alteradas, por lo que no es de extrañar un déficit de la adducción de cadera o de la extensión de rodilla en el lado afectado, que se explicaría por una lesión asociada de los nervios obturador o crural, que en nuestra experiencia, no reviste mayor importancia, puesto que se recupera siempre espontáneamente y sin ningún tipo de secuela en los 2 ó 3 primeros meses, mientras que no ocurre así con la lesión ciática, al menos en un alto porcentaje de casos.

En los niños menores de 3 semanas suelen aparecer alteraciones tróficas y sensitivas, que tienen su origen en la lesión de las fibras vegetativas y sensitivas del nervio; no son fáciles de explorar dada la edad de los pacientes, y suelen desaparecer completamente de forma espontánea al producirse la reinervación. Principalmente se aprecia edema del miembro, cambios en la coloración y temperatura de la piel, y dolor al movilizar o tocar la extremidad, raramente zonas de anestesia cutánea.

En los pacientes mayores los síntomas son la deformidad residual, que puede estar más o menos estructurada según el grado de paresia de la musculatura afectada, y la dismetría, que suele apreciarse entre los 7 años y la adolescencia.

La lesión es fácil de diagnosticar en el período neonatal si se observa junto a la parálisis del nervio ciático la aparición de trastornos tróficos y/o dolor, o la desviación del miembro por la parálisis de otras raíces del plexo lumbosacro; pero en los casos en que se aprecia una deformidad estructurada o en pacientes de más edad hay que recurrir a la electromiografía como método diagnóstico, distinguiendo así estos pacientes de niños con pie zambo o metatarso varo. El estudio electromiográfico da el diagnóstico de certeza, aunque en nuestra experiencia aportan pocos datos a la exploración concienzuda del enfermo, ya que nunca nos ha permitido localizar con precisión el nivel de lesión, y dudamos que pueda emitirse un pronóstico basado en él. Otras pruebas complementarias, como el estudio radiológico del miembro afectado y del raquis, siempre ha resultado negativo. No hemos realizado resonancia magnética (RNM) en nuestros pacientes, dada la necesidad de anestesia general.

Como tratamiento hemos optado por intentar mantener el pie elástico y en posición funcional esperando la reinervación del territorio afectado, a semejanza de lo que ocurre en las parálisis braquiales obstétricas, con lo que en 13 pacientes obtuvimos la curación completa, es decir, tenían fuerza normal, sin alteraciones tróficas ni sensitivas, con un pie equilibrado y no presentaban dismetría en el momento del alta. En siete casos los pacientes presentan secuelas leves, que se controlan con rehabilitación y ortesis. Ha habido cinco casos que han precisado tratamiento quirúrgico de las deformidades del pie. La aparición de dismetría es frecuente, con un acortamiento medio de 7 mm, por lo que sólo dos de nuestros pacientes han necesitado corrección quirúrgica de la misma. De los 14 casos que no pudimos seguir, 7 presentaban un pie equilibrado, por lo que suponemos que la familia consideró curado al paciente y decidió no volver; los otros 7 po-

siblemente hayan requerido cirugía y acudieron a otro Centro a tratarse.

Es de destacar que si bien nuestra casuística es numerosa, en los últimos 10 años sólo hemos visto 10 casos, y sólo uno en los últimos 5 años, con lo que se demuestra una evidente disminución en la incidencia, posiblemente debida a una mejor preparación del personal que atiende a los recién nacidos. De cualquier forma, parece imperativo evitar los tirones en las piernas del neonato durante el parto o las maniobras de reanimación, para prevenir esta lesión que parece muy similar a la lesión obstétrica que se observa en el plexo braquial.

CONCLUSIONES

La lesión ciática obstétrica parece más frecuente en España que en otros países de nuestro entorno, aunque su incidencia va en descenso. En general su evolución es buena, siendo peor la recuperación de la rama ciática poplítea externa, lo que puede provocar un pie equino, equino-adducto o cavo-varo que precise corrección quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bates C, Page APM. A new neonatal syndrome. *Br Med J* 1949;**2**:756.
2. Curtiss PJ Jr, Tucker HJ. Sciatic palsy in premature infants: a report and follow-up study of 10 cases. *JAMA* 1960;**174**:586.
3. Dingeman RD, Mutz SB. Hemorrhagic neuropathy of the sciatic, femoral and obturator nerves: a case report and review of the literature. *Clin Orthop* 1977;**127**:133.
4. Fahrin WH. Neonatal sciatic palsy. *J Bone Joint Surg* 1950;**32B**:42.
5. Hudson FP, McCandless A, O'Malley J. Sciatic paralysis in new born infants. *Br Med J* 1950;**1**:223.
6. Meyer M. Paralyse obstetricale des membres inferieurs. *Rev Orthop (Paris)* 1931;**18**:767.
7. Mills WG. A new neonatal syndrome. *Br Med J* 1949;**2**:464.