

## Parálisis del plexo braquial y ptosis en un recién nacido

Mayank Priyadarshi, MD, DM

Chaitra Angadi, MD

Suman Chaurasia, MD, PhD

Poonam Singh, MD, DNB

Sriparna Basu, MD

Publicado: 31 de marzo de 2023DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2023.113398>

Un recién nacido a término fue llevado al departamento ambulatorio el día 9 de vida con quejas de disminución de los movimientos del miembro superior izquierdo.

Nació a las 40 semanas, con un peso de 3750 g, de madre gravida 2 en 1 por parto vaginal con antecedentes de distocia de hombros.

En la exploración la neonatal se encontraba activa y alerta, presentaba movimientos de alta calidad, pero ausencia de movimientos del brazo izquierdo junto con ptosis en el ojo izquierdo (Video) .

El miembro superior izquierdo estaba flácido, con ausencia de movimientos en el hombro, codo y muñeca y ausencia de reflejo de prensión.



**Figura 1:** Recién nacido con parálisis completa del plexo braquial izquierdo con síndrome de Horner ipsilateral. La extremidad superior izquierda está extendida, el antebrazo en pronación y los dedos en flexión distal. Se puede apreciar ptosis del ojo ipsilateral.

Al provocar el reflejo de Moro, la asimetría era claramente evidente en el lado izquierdo.

Un examen más detallado confirmó ptosis y miosis del ojo izquierdo (Figura 1).

No hubo evidencia radiológica de parálisis diafragmática izquierda ni fracturas de clavícula o húmero izquierdo.

La presentación general del recién nacido sugería una parálisis completa del plexo braquial izquierdo con síndrome de Horner ipsilateral.

La parálisis del plexo braquial neonatal (PPNB) se presenta como debilidad o parálisis flácida de la extremidad superior, que afecta a 1 o más raíces nerviosas cervicales y torácicas (C5-T1).<sup>1</sup>

Observado en 0,4 a 4 por 1.000 nacidos vivos, el PPNI se relaciona con mayor frecuencia con el estiramiento del plexo braquial en el período perinatal (en el útero y durante el descenso; y en el momento de la expulsión).

Los factores de riesgo incluyen diabetes y obesidad maternas, antecedentes de distocia de hombros, segunda etapa prolongada del trabajo de parto y parto vaginal instrumental.

Sin embargo, más del 50% de los casos no tienen ningún factor de riesgo identificable.

El diagnóstico de NBPP se realiza clínicamente, según la anamnesis y los hallazgos del examen físico.

Según el sistema de clasificación de Narakas, la gravedad de la lesión se clasifica del grupo I al IV.

El grupo I representa una lesión de la parte superior del tronco (C5-C6), con el hombro afectado en aducción y rotación interna y el codo extendido (parálisis de Erb-Duchenne).

La lesión del grupo II (C5-C7) se presenta de manera similar al grupo I con la adición de debilidad en los extensores de la muñeca.

Los grupos III y IV (PPNI completo) representan panplexopatías que afectan a todos los músculos de la extremidad superior.

Además, el grupo IV (como en nuestro caso) se caracteriza por una afectación concurrente de la cadena simpática que se manifiesta con el síndrome de Horner ipsilateral (miosis, ptosis y anhidrosis).

Dada la proximidad de la cadena simpática a la médula espinal, la presencia del síndrome de Horner casi siempre significa una lesión por avulsión radicular, con menos posibilidades de recuperación espontánea.

La parálisis del plexo inferior (C8 y T1), o parálisis de Dejerine-Klumpke, es extremadamente rara y se presenta con una mano flácida y un brazo por lo demás activo.

Agradecemos a los padres del recién nacido por permitirnos publicar este informe.

Mayank Priyadarshi, MD, DM

Chaitra Angadi, MD

Suman Chaurasia, MD, PhD

Poonam Singh, MD, DNB

Sriparna Basu, MD

Publicado: 31 de marzo de 2023DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2023.113398>

<https://www.jpeds.com/action/showPdf?pii=S0022-3476%2823%2900225-1>