

Neonato con sobreinfección de un cefalohematoma complicado con meningitis: a propósito de un caso

C. Cortés Ledesma, A. Moral Larraz, P. Alonso Rivero, E. Maderuelo
Departamento de Neonatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Resumen

Introducción: La infección del cefalohematoma es una patología muy infrecuente, aunque potencialmente grave por las complicaciones asociadas que puede conllevar: osteomielitis del hueso subyacente, meningitis o sepsis.

Caso clínico: Se expone un caso de una recién nacida por cesárea con antecedente de atresia duodenal intervenida, que desarrolla, al octavo día de vida, la infección de un cefalohematoma con cuadro séptico y meningitis asociada. Tras un drenaje del cefalohematoma y la administración de antibioterapia durante 3 semanas, la paciente evoluciona favorablemente.

Conclusión: Ante la sospecha de la infección de un cefalohematoma, el drenaje del mismo es la clave diagnóstica y terapéutica, ya que la antibioterapia de forma aislada puede no ser suficiente para erradicar el patógeno. Se deben descartar otras complicaciones asociadas, como meningitis, sepsis u osteomielitis del hueso subyacente.

Palabras clave

Cefalohematoma, infección, sepsis neonatal, meningitis, osteomielitis, neonato.

Abstract

Title: Newborn with infected cephalohematoma complicated with meningitis: report of one case

Introduction: The infection of a cephalohematoma is an infrequent but potentially fatal condition due to its possible complications such as osteomyelitis, meningitis or sepsis.

Case report: The report describes a newborn delivered by cesarean section, and a history of duodenal atresia with surgical correction, who develops, at 8 days of life, an infection of a cephalohematoma with sepsis and meningitis. After aspiration of the cephalohematoma and a three week course of antibiotics, she showed a favorable outcome.

Conclusion: When the infection of a cephalohematoma is suspected, its drainage is both a diagnostic and therapeutic tool, as antibiotic therapy alone is often insufficient. Possible complications such as meningitis, osteomyelitis and sepsis must be ruled out.

Keywords

Cephalohematoma, infection, neonatal sepsis, meningitis, osteomyelitis, newborn.

Introducción

El cefalohematoma es una colección serohemática subperióstica, delimitada por suturas. Aparece tras el parto como una masa fluctuante asintomática. Su evolución más habitual es hacia la resolución espontánea en unas semanas, pero en algunas ocasiones pueden persistir áreas de calcificación. Se estima una incidencia en torno al 1-2% de todos los partos, aunque es más elevada en los partos instrumentales, en los que alcanza hasta el 4%^{1,2}. Cuando su tamaño es grande, puede dar lugar a complicaciones, como anemia o ictericia³. Nunca debe ser evacuado para prevenir complicaciones infecciosas. Su infección es un evento extremadamente infrecuente y poco conocido. Cuando ocurre, los patógenos más comúnmente implicados son *Escherichia coli* y especies de *Staphylococcus* o *Streptococcus*. La infección puede derivar en complicaciones potencialmente graves, como la osteomielitis del hueso sub-

yacente, el absceso epidural, la meningitis o la sepsis.

El caso que se describe es el de una recién nacida con sobreinfección de un cefalohematoma por *E. coli* que derivó en un cuadro de sepsis y meningitis. Siendo una forma de evolución muy excepcional de un hallazgo frecuente y generalmente benigno, como es un cefalohematoma, consideramos de especial interés su divulgación.

Caso clínico

Recién nacida pretérmino de 35 + 6 semanas de gestación, fruto de un embarazo gemelar y un parto por cesárea debido a un cuadro de preeclampsia grave en la madre. La rotura de bolsa se produjo 10 horas antes, y la determinación del estreptococo grupo B resultó negativa. Como antecedentes, las ecografías prenatales pusieron de manifiesto la existencia de una hemivértebra y una imagen compatible con un quiste mesentérico.

Tras el nacimiento se confirmó el diagnóstico de atresia duodenal, resuelta mediante cirugía el primer día de vida. Se administró profilaxis antibiótica prequirúrgica con cefazolina (dosis única de 30 mg/kg). Se realizó una duodenoeyunostomía laterolateral en la primera asa yeyunal transmesocólica, que transcurrió sin incidencias, por lo que se pudo iniciar la nutrición enteral al cuarto día de vida con buena tolerancia posterior.

La recién nacida presentaba desde el nacimiento un cefalohematoma en la región parietooccipital derecha. En el octavo día de vida, este mostraba signos de infección local con eritema superficial, fluctuación y aumento de tamaño (figura 1). A la exploración, la paciente se encontraba irritable, con fiebre y coloración cetrina. Mantenía una presión arterial adecuada para la edad y tenía una taquicardia de hasta 175 lpm. En la analítica destacaba una proteína C reactiva elevada (11,9 mg/dL) y neutropenia (700/ μ L), con hemoglobina de 11,3 g/dL y plaquetas normales. Se completó el estudio de infección con una punción lumbar, que mostró datos sugestivos de meningitis bacteriana (1.425 leucocitos, 85% PMN, glucosa <2 mg/dL y proteínas 228 mg/dL). Se realizó una ecografía transfontanelar, en la que no se observaba afectación del parénquima cerebral, y una tomografía computarizada (TC) que informaba de la presencia de un cefalohematoma subgaleal parietal derecho sin complicaciones asociadas (figura 2).

Se llevó a cabo la punción subcutánea del cefalohematoma como herramienta diagnóstico-terapéutica, obteniéndose 11 mL de material serohemático, con resolución completa del cefalohematoma.

Los cultivos en el líquido cefalorraquídeo (LCR), el hemocultivo y el cultivo del contenido del cefalohematoma resultaron positivos para *E. coli* sensible. Se inició tratamiento con cefotaxima 200 mg/kg/día durante 3 semanas, con lo que se obtuvo la resolución completa del cuadro.

Discusión

El cefalohematoma es un hallazgo relativamente frecuente, con un curso normalmente benigno¹ y resolución espontánea en las primeras semanas de vida. Sin embargo, su infección es una entidad rara, y el microorganismo más frecuentemente aislado es *E. coli* seguido de especies de *Staphylococcus* o *Streptococcus*^{1,3-5}. También se ha descrito la infección por otros patógenos, como anaerobios, *Morganella morganii* o *Bacillus proteus*, entre otros⁴.

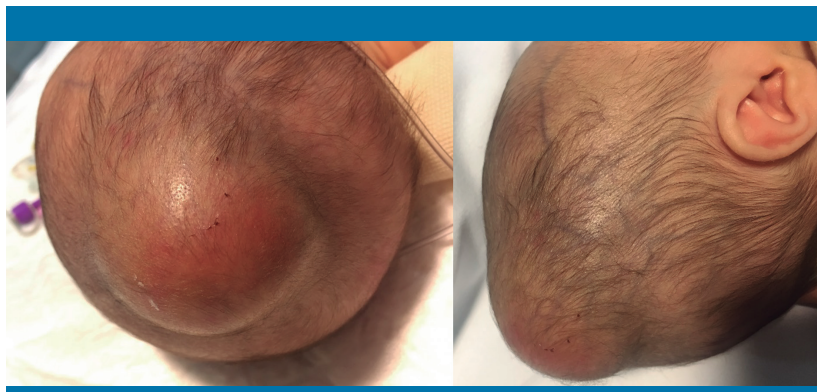


Figura 1. Neonato con cefalohematoma infectado

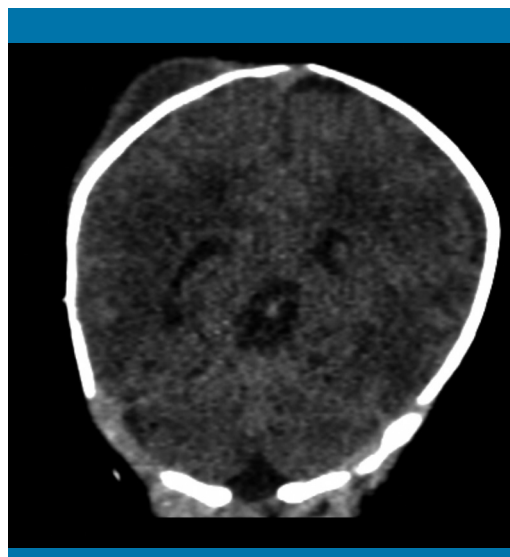


Figura 2. TC craneal en la que se aprecia un cefalohematoma sin complicaciones asociadas

La sospecha inicial de infección la provoca la aparición de signos inflamatorios locales, como el eritema, el aumento de la temperatura y, posteriormente, el aumento progresivo del tamaño y de la fluctuación del cefalohematoma. Puede ir acompañado o no de síntomas de infección sistémica^{1,3}.

La gran mayoría de los casos descritos presentan antecedente de parto complicado (instrumentados o prolongados) o de una infección preexistente⁴.

Sigue siendo motivo de debate si la bacteriemia es causa o consecuencia de la infección de un cefalohematoma^{1,3}. En el caso descrito, la paciente presentó los primeros síntomas localmente, y los síntomas sistémicos se produjeron horas más tarde, lo que sugiere que quizás fuera el cefalohematoma el foco de infección primario.

Mientras que el cefalohematoma no complicado no se drena, ante la sospecha de una infección del mismo debe realizarse un abordaje diagnóstico-terapéutico local mediante drenaje, para evacuarlo y obtener material para el cultivo. El drenaje es necesario como coadyuvante del tratamiento antibiótico^{1,2,6}, ya que por sí solo puede resultar ineficaz debido a su mala distribución hasta esa localización.

Es imprescindible realizar también un hemocultivo y un cultivo del LCR, dada la frecuencia con que se asocia con cuadros de meningitis y sepsis¹. Los cultivos deben incluir la búsqueda de microorganismos aerobios y anaerobios.

Se debe completar el estudio con pruebas de imagen para descartar otras complicaciones, como abscesos epidurales, empiema subdural y osteomielitis del hueso subyacente³⁻⁵. Esta última es la complicación más frecuente, por lo que está indicado realizar una TC² ajustando la dosis de radiación a la mínima posible y dirigida a la ventana ósea, y completar el estudio mediante ecografía y/o resonancia magnética si es preciso evaluar el parénquima con mayor definición. El estudio de imagen puede relegarse únicamente a casos que no presenten mejoría pese al drenaje y la antibioterapia adecuada³.

La elección y la duración del tratamiento antibiótico dependerán del microorganismo implicado y de las complicaciones asociadas; se debe iniciar la antibioterapia empírica de forma precoz para cubrir los patógenos más frecuentes. La duración del tratamiento será de 1-2 semanas² si la infección se limita al cefalohematoma, o de 3 semanas si se asocia a sepsis o meningitis^{1,3}. En caso de osteomielitis, abscesos o empiema, se debe prolongar la antibioterapia hasta 4-6 semanas, y plantear el desbridamiento quirúrgico en casos resistentes⁴.

Se han descrito casos en que no se llega a la resolución del cefalohematoma tras 1 mes de tratamiento. Estos casos presentan riesgo de calcificación del hematoma, que puede conllevar una remodelación del cráneo y la afectación secundaria del crecimiento normal del mismo⁷. El tratamiento incluirá un abordaje quirúrgico aunque se han descrito casos resueltos de forma espontánea^{7,8}.

Conclusión

La infección del cefalohematoma es una complicación infrecuente, pero potencialmente grave. Se debe realizar un drenaje del mismo e iniciar antibioterapia empírica de forma precoz para conseguir una buena evolución del cuadro. Siempre se debe descartar una sepsis o una meningitis, dada su frecuente asociación con el cuadro y, en casos de mala evolución, realizar pruebas de imagen para descartar otros focos de infección local. ■

Bibliografía

1. Weiss KJ, Edwards MS, Hay LM, Allen CH. Escherichia coli: infected cephalohematoma in an infant. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009; 48(7): 763-766.
2. Dahl KM, Barry J, DeBiasi RL. Escherichia hermannii infection of a cephalohematoma: case report, review of the literature, and description of a novel invasive pathogen. *Clin Infect Dis*. 2002; 35(9): e96-98.
3. Chang HY, Chiu NC, Huang FY, Kao HA, Hsu CH, Hung HY. Infected cephalohematoma of newborns: experience in a medical center in Taiwan. *Pediatr Int*. 2005; 47(3): 274-277.
4. Staudt MD, Etarsky D, Ranger A. Infected cephalohematomas and underlying osteomyelitis: a case-based review. *Childs Nerv Syst*. 2016; 32(8): 1.363-1.369.
5. Van Helleputte C, Dupont V, Barthels S, Aebly A. Escherichia coli meningitis and parietal osteomyelitis in an infant: a rare complication of cephalohematoma. *Rev Med Brux*. 2010; 31(1): 57-59.
6. Huang CS, Cheng KJ, Huang CB. Infected cephalohematoma complicated with meningitis: report of one case. *Acta Paediatr Taiwan*. 2002; 43(4): 217-219.
7. Wong CH, Foo CL, Seow WT. Calcified cephalohematoma: classification, indications for surgery and techniques. *J Craniofac Surg*. 2006; 17(5): 970-979.
8. Carabaño Aguado I, Llorente Otones L, Ares Mateos G. Cefalohematoma calcificado persistente: a propósito de un caso. *Acta Pediatr Esp*. 2008; 66(8): 413-414.