

Cefalohematoma calcificado persistente: a propósito de un caso

I. Carabaño Aguado, L. Llorente Otones¹, G. Ares Mateos
Servicio de Pediatría. Hospital «Infanta Elena». Valdemoro (Madrid). ¹Departamento de Pediatría.
Hospital de Fuenlabrada. Madrid

Resumen

Los cefalohematomas son lesiones relacionadas con traumatismos obstétricos que afectan al 1,5-2,5% de los recién nacidos. Suelen desaparecer espontáneamente en pocas semanas. En el presente artículo se expone un caso de cefalohematoma calcificado persistente en un lactante de 5 meses, que no precisó tratamiento y que se resolvió cuando el paciente cumplió un año.

Palabras clave

Cefalohematoma, revisión

Abstract

Title: Persistent calcified cephalhematoma: a case report

Cephalhematomas are birth trauma-related injuries affecting 1.5% to 2.5% of newborn infants. They usually disappear spontaneously within a few weeks. In this article, we report a case of persistent calcified cephalhematoma in a 5-month-old infant, which did not require treatment and resolved when the patient was one year old.

Keywords

Cephalhematoma, review

Introducción

El cefalohematoma es una de las lesiones producidas por traumatismo obstétrico más frecuentes. Si bien suele ser una lesión transitoria, que desaparece de forma espontánea en pocas semanas, a veces persiste durante meses o años. A continuación se expone un caso de cefalohematoma persistente, así como su documentación radiológica.

Caso clínico

Lactante de 5 meses de edad, que acude a nuestra consulta por presentar una deformidad persistente de 4 cm de diámetro, de contorno redondeado y consistencia dura en la región parietal izquierda del cráneo (figura 1). Entre sus antecedentes cabe destacar que fue segundo gemelo, y que nació en el contexto de un parto traumático, con ayuda de fórceps para abreviar el periodo expulsivo. En el informe de la exploración del primer día de vida se constata la presencia de un abultamiento parietal izquierdo, que fue atribuido a la presencia de un *caput succedaneum*. Como tal, se explicó a los padres el carácter transitorio y benigno de la lesión. En el periodo neonatal no apareció ninguna otra complicación. Aun así, fueron pasando los meses y el abultamiento persistía. Ante la ansiedad mostrada por los padres al respecto, se optó por realizar una radiografía de cráneo, que puso de manifiesto un aumento de partes blandas en la zona parietal izquierda, con una lesión radiolúcida delimitada por un borde escleroso (figura 2). A la luz de estos hallazgos, se diagnosticó un cefalohematoma persistente.



Figura 1. Abombamiento de la región parietal izquierda

Se realizó un seguimiento periódico del niño. La deformación fue desapareciendo progresivamente, hasta conseguirse su resolución completa a los 12 meses de edad.

Discusión

Los cefalohematomas afectan a un 1,5-2,5% de los recién nacidos. Son dos veces más frecuentes en los niños que en las niñas, y en un 15% de los casos son bilaterales¹.

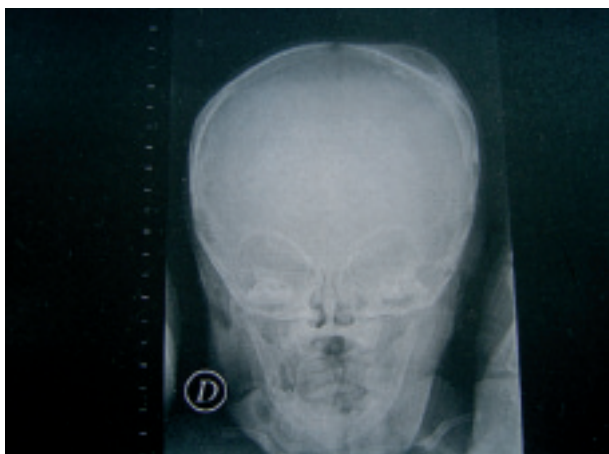


Figura 2. Expresión radiológica del cefalohematoma

TABLA 1

Clasificación y tratamiento de los cefalohematomas calcificados persistentes que producen una distorsión importante de la morfología de la cabeza

Clasificación	Característica principal	Tratamiento
Tipo 1	Lámina interna conservada	Osteotomía de la lámina externa
Tipo 2	Lámina interna deprimida	Craniectomía radial

Desde un punto de vista conceptual, el cefalohematoma es una colección hemática subperióstica. Como tal, queda delimitado por suturas y confinado a un hueso en concreto. El hueso que con mayor frecuencia se afecta es el parietal. En cualquier caso, no se constata una afectación de la piel suprayacente. En cuanto a su aparición, cabe destacar que surge horas después del parto traumático. Puede haber una fractura craneal asociada^{1,2}. De hecho, se encuentran fracturas parietales en el 18% de los cefalohematomas bilaterales y en el 5% de las unilaterales. Estas fracturas suelen ser lineales³.

Es importante distinguir entre el cefalohematoma y el *caput succedaneum*. El *caput* es un edema difuso del tejido celular subcutáneo que surge en los partos de presentación cefálica. Al ser una tumefacción difusa, ésta no queda delimitada por suturas. Por tanto, no queda confinada a un hueso en concreto, y puede superar la línea media. La piel suprayacente presenta un punteado equimótico. La desaparición del *caput* es mucho más rápida que la del cefalohematoma; suele constatarse en pocos días^{1,2}.

La práctica totalidad de los cefalohematomas desaparecen de forma espontánea gracias a un proceso de reabsorción-calcificación en un plazo de 2 semanas a 3 meses. Aun así, hay algunos casos, como el descrito, que pueden persistir durante más meses¹⁻³, y otros que no se calcifican⁴. Otra complicación posible, aunque poco probable, es su infección espontánea. Ésta, a su vez, puede derivar en osteomielitis, abscesos epidurales o empiemas subdurales^{5,6}.

Los cefalohematomas calcificados persistentes se expresan radiológicamente a través de un engrosamiento pseudoquistico del diploe³.

En general, no suele ser necesario tratar los cefalohematomas en fases iniciales, salvo que produzcan una hiperbilirrubinemia incontrolable con fototerapia, lo que suele ser extremadamente infrecuente⁷. Hay que resaltar que la decisión de drenar estas lesiones ha de tomarse de forma prudente, dado el riesgo de desarrollar una infección secundaria¹. Si la colección hemática albergada es importante, puede requerirse una transfusión².

El abordaje terapéutico de los cefalohematomas calcificados persistentes depende del grado de deformidad que produzcan. Si es mínima, se suele optar por una conducta expectante, dada la alta tasa de resoluciones espontáneas, como ocurrió en este paciente. Pero si el efecto estético es significativo, se puede plantear la cirugía. Recientemente, se ha propuesto una clasificación de los cefalohematomas calcificados persistentes que condiciona su abordaje quirúrgico⁸ (tabla 1).

Bibliografía

- Parker LA. Early recognition and treatment of birth trauma: injuries to the head and face (I). *Adv Neonatal Care*. 2005; 5: 288-297.
- Nicholson L. Caput succedaneum and cephalohematoma: the cs that leave bumps on the head. *Neonatal Net*. 2007; 26: 277-281.
- King SJ, Boothroyd AE. Cranial trauma following birth in term infants. *Br J Radiol*. 1998; 71: 233-238.
- Firlik KS, Adelson PD. Large chronic cephalohematoma without calcification. *Pediatr Neurosurg*. 1999; 30: 39-42.
- Goodwin MD, Persing JA, Duncan CC, Shin JH. Spontaneously infected cephalohematoma: case report and review of the literature. *J Craniofac Surg*. 2000; 11: 371-375.
- 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: 96-98.
- Huang MJ, Kua KE, Teng HC, Tang KS, Weng HW, Huang CS. Risk factors for severe hyperbilirubinemia in neonates. *Pediatr Res*. 2004; 56: 682-689.
- Wong CH, Foo CL, Seow WT. Calcified cephalohematoma: classification, indications for surgery and techniques. *J Craniofac Surg*. 2006; 17: 970-979.