

Notas Clínicas

Importancia del diagnóstico precoz de la escafocefalia.

Tornero Patricio S.¹, Charris Castro L.², Fernández Cerrato M.C.³,
^{1,3}Médico especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas.
Centro de Salud Dr. Juan Manuel Prieto Moreno.
² Médico Interno Residente en Medicina Intensiva. HUVR

Dir. Corresp.: email: sebastornero@yahoo.es

Recibido: 02-07-2014 Aceptado: 12-10-2014

Vox Paediatrica 2014; XXI(2):59-60

Recién nacido de 5 días de vida que acude a la primera revisión del programa de salud infantil, al que se le detecta ligera deformidad craneal con fontanela anterior pequeña sin presentar caput succedaneum ni cefaloematoma tras el parto.

Antecedentes personales: Gestación controlada de 39 semanas y 6 días de duración, sin complicaciones. Parto eutócico de presentación cefálica. Apgar 9/10. Peso al nacer 3360 gr. (p50). Longitud 48 cm (p10-25). Perímetro craneal 36 cm (p75). Sin otros antecedentes personales ni familiares de interés.

Exploración física: Buen estado general con buen tono muscular. Ictericia de piel y mucosas hasta raíz de miembros. Deformidad craneal con fontanela anterior menor de 1 cm y ligero acabalgamiento de sutura sagital. Resto de exploración física por aparatos y sistemas sin hallazgos patológicos.

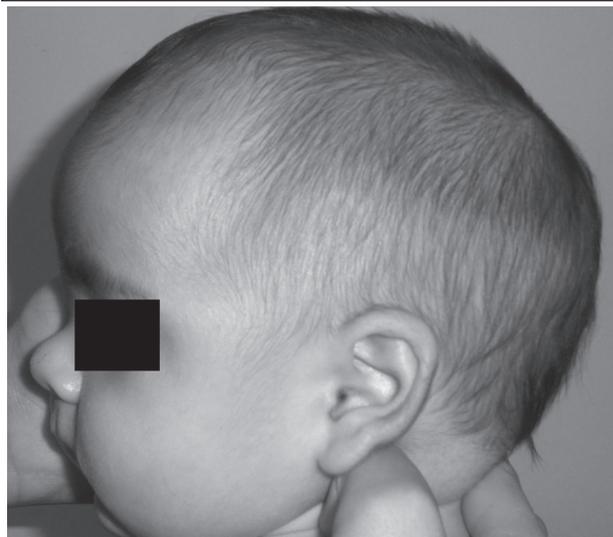
Tras revisiones semanales durante el primer mes de vida se evidencia un aumento progresivo del crecimiento craneal en el plano longitudinal con una disminución en el transversal, fontanela anterior pequeña y desplazada hacia delante y acabalgamiento de sutura sagital (**figuras 1 y 2**). Con el juicio clínico de escafocefalia se solicita la derivación al servicio de neurocirugía de referencia y se realiza, desde atención primaria, las siguientes pruebas complementarias: ecografía transfontanelar (*informada como normal*) y radiografía antero-posterior y lateral de cráneo donde se evidencia la deformidad craneal comentada y el aumento de densidad ósea a nivel de la sutura sagital (**figura 3**).

A los dos meses de vida es valorado por el neurocirujano de referencia quien confirma el diagnóstico e indica la realización de TAC helicoidal previo cirugía. No obstante, la familia del paciente decide que la intervención se realice en un servicio privado de neurocirugía donde no se indica TAC previo intervención. A la edad de dos meses y medio se interviene quirúrgicamente mediante

suturotoma sagital y osteotomías biparietotemporales asistido por vía endoscópica, presentando una evolución posterior satisfactoria (**figura 4**).

Las deformidades craneales son relativamente frecuentes en el recién nacido y lactante, y detectadas con facilidad en las consultas pediátricas de revisiones de salud. Su incidencia ha aumentado considerablemente desde que en la década de los noventa la Academia Americana de Pediatría aconsejara el decúbito supino para los lactantes durante

Figura 1: Imagen en plano sagital a los 2 meses de vida.

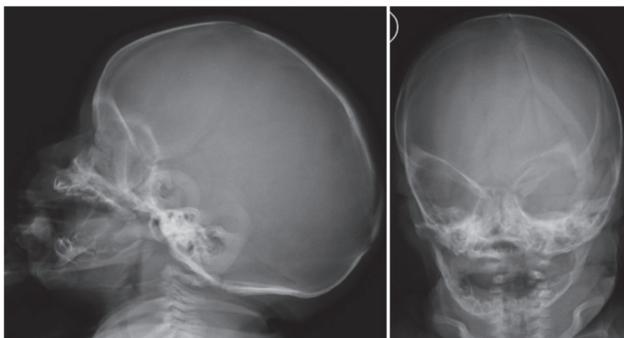


sus horas de sueño¹. Si bien la mayoría de ellas se producen por moldeamientos posturales², algunas deformidades craneales son secundarias a la fusión precoz de suturas craneales (*craneosinostosis*), la cual precisa ser diagnosticada y tratada precozmente para evitar posibles complicaciones futuras. Entre las entidades que ocasionan deformidad craneal sin craneosinostosis más frecuentes se encuentran: el mol-

Figura 2: Imagen en plano coronal a los 2 meses de vida.



F. 3: Imagen de radiografías lateral y anteroposterior de cráneo.



F.4: De izquierda a derecha: secuencia de imágenes en plano axial a los 2 meses de vida (pre-cirugía), a la semana post-cirugía y a los 2 meses post-cirugía.



deamiento postural occipital o plagiocefalia postural benigna, ocasionado principalmente por posicionar al lactante en decúbito supino durante largos periodos de tiempo, o bien por ser secundario a patologías que limitan la movilidad cervical como la tortícolis cervical congénita; y la dolicocefalia en la que la deformidad craneal se asemeja a la escafocefalia pero donde no se produce la sinostosis de la sutura sagital³.

La dolicocefalia se produce por el descanso del peso del cráneo sobre su plano lateral, en lugar de hacerlo sobre la región occipital, debido a la hipotonía cervical que se produce en lactantes con enfermedades neurológicas o bien por el incompleto desarrollo del tono muscular de los recién nacidos prematuros. Las deformidades craneales posturales son condiciones benignas sin complicaciones neurológicas sino estéticas que pueden ser corregidas con medidas posturales y fisioterápicas, existiendo evidencia científica que demuestra la poca eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos con ortesis craneales de los casos leves y moderados⁴.

La escafocefalia es la craneosinostosis aislada más frecuente, con una incidencia de 1 caso por cada 5000 recién nacidos⁵ y un predominio en varones. Se produce por la fusión precoz de la sutura sagital craneal y su diagnóstico es fundamentalmente clínico aunque, en caso de dudas, la prueba diagnóstica complementaria de elección es el TAC helicoidal⁶. El tratamiento es quirúrgico y debe realizarse idealmente entre las 6 y 12 semanas de vida y no más tarde de los 6 meses debido a la mala capacidad de remodelamiento óseo craneal más allá de esa edad. Complicaciones derivadas de un diagnóstico tardío pueden provocar aumentos de la presión intracraneal y déficits neurológicos, aunque existen estudios donde se comprueba que no son hallazgos frecuentes⁷. Sin embargo, las probabilidades de éxito estético de la cirugía correctora son inversamente proporcionales al tiempo de demora del diagnóstico.

Del pediatra depende la correcta valoración y diagnóstico precoz de estas entidades, por lo que es importante estar familiarizado con las diferentes deformidades craneales del lactante y derivar los casos de craneosinostosis a un servicio de neurocirugía de manera precoz.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Taskforce on positioning and sudden infant death syndrome. Positionings and SIDS. Pediatrics. 1992; 89: 1120-6.
2. Esparza J, Hinojosa J, Muñoz MJ, Romance A, García-Recuero I, Muñoz A. Diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia posicional. Protocolo para un Sistema Público de Salud. Neurocirugía. 2007; 18: 457-467.
3. Hinojosa Mena-Bernal J. Trastornos del tamaño y forma del cráneo. Plagiocefalia. *Pediatr Integral*. 2011; 9: 825-832.
4. Rivas Juevas C, González de Dios J. El uso del casco en los lactantes con deformación craneal tiene una eficacia controvertida. *Evid Pediatr*. 2014;10: 49.
5. Sang-Dae K, Shizuo O. Immediate spontaneous shape correction using expanTile zigzag craniectomy in infantile scaphocephaly. *J Korean Neurosurg Soc*. 2011; 49: 194- 199.
6. Carceller Benito F, Leal de la Rosa J. Plagiocefalia posicional: nuevas recomendaciones para el diagnóstico precoz y registro en la cartilla sanitaria del niño. En: Grupo de trabajo de muerte súbita infantil, AEP. Libro blanco de la muerte súbita infantil. 3aEd. Madrid: Ergon Creación SA, 2013. p71-77.
7. Esparza Rodríguez J, Cordobés Tapia F, Muñoz Casado MJ, Benítez Álvarez A, Salván Saez R, Ochotorena Guindo MJ et col. Tratamiento de la craneosinostosis sagital (escafocefalia), por medio de la corrección quirúrgica inmediata. *An Esp Pediatr* 1996;45:143-148.