

Acta Médica

Grupo Ángeles

Volumen
Volume **2**

Número
Number **2**

Abril-Junio
April-June **2004**

Artículo:

Cefalohematoma gigante bilateral en un neonato nacido por vía vaginal

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com



Cefalohematoma gigante bilateral en un neonato nacido por vía vaginal

Fernando Elizundia Charles,* Erika Mueller Wust,** José Manuel Sampedro Pereda,**
Humberto García Aguilar***

PRESENTACIÓN

Recién nacido masculino, producto del primer embarazo de madre sana. Embarazo normoevolutivo, con trabajo de parto prolongado de más de 12 horas, periodo de expulsión de 30 minutos, con maniobra de Kristeller. Mecanismo + + + (se realiza aspiración del mismo), sin signos de dificultad respiratoria y campos pulmonares limpios y bien ventilados. Exploración física con la presencia de gran aumento de volumen semiesférico en ambas regiones parietales con bordes delimitados por las suturas, con centro depresible; aumento predominantemente del lado dere-

cho (*Figuras 1 y 2*) y sin decoloración de la piel cabelluda. Las radiografías de cráneo muestran aumento de volumen en región biparietal con separación del periostio, sin fractura ni alguna otra alteración.

Exploración neurológica normal, reflejos primarios presentes.

Buena evolución en cunas, dado de alta a las 72 horas sin problemas, con ictericia leve. Bilirrubina total de 9.5 g/dL, bilirrubina indirecta 9.3 g/dL, hemoglobina 12.5 g/dL.

Revisión del paciente a las dos semanas con buena evolución, adecuado aumento de peso y de talla, cefalohematoma bilateral, duro. Desarrollo neurológico adecuado



Figura 1. Aumento de volumen en región biparietal delimitado por suturas.



Figura 2. Aumento de volumen región parietal.

* Jefe de la División de Pediatría, Hospital Ángeles Lomas.

** Pediatras, Hospital Ángeles Lomas.

*** Cardiólogo Pediatra, Hospital Ángeles Lomas.

Correspondencia:

Dr. Fernando Elizundia Charles

Hospital Ángeles Lomas División de Pediatría, Cons. 535. Av. Vialidad de la Barranca s/n. Colonia Valle de las Palmas. Huixquilucan. Edo. México. C.P. 52763. Correo electrónico: elizundia@yahoo.com

Aceptado: 29-04-2004.

para su edad. Las radiografías de cráneo mostraron el mismo aumento de volumen de partes blandas a nivel biparietal con lesiones radiolúcidas delimitadas con bordes esclerosos. Se identifica calcificación en tejidos blandos del cráneo adyacente a las lesiones parietales, éstas se identifican anexas al hueso y deforman el contorno craneal en los tejidos blandos (*Figuras 3 y 4*).

DISCUSIÓN

La importancia de esta presentación es un cefalohematoma gigante bilateral consecutivo a trabajo de parto y período expulsivo prolongados y a una maniobra de Kristeller.

Se trata de paciente recién nacido con datos de sufrimiento fetal agudo (presencia de meconio + + +). Nace vía vaginal con hallazgo a la exploración física de cefaloematoma gigante biparietal.

El paso de la cabeza del recién nacido por el canal del parto induce moldeamiento y edema masivo de la misma (*caput succedaneum*), así como en ocasiones colecciones de sangre subaponeurótica o subperióstica (cefaloematoma). En ocasiones el diagnóstico diferencial no es fácil, sobre todo en el momento inmediato después del parto en el que existe edema de la piel cabelluda.

El cefaloematoma se diferencia del *caput succedaneum* porque sus bordes están delimitados por las suturas, generalmente a nivel parietal. El cefaloematoma es más comúnmente unilateral; a la palpación el borde se palpa elevado y el centro deprimido.

La incidencia del cefaloematoma neonatal es aproximadamente de 1.5 a 2.5% de recién nacidos.¹ Es dos veces más común en hombres que en mujeres y aproximadamente el 15% son bilaterales. Se encuentran fracturas de los huesos parietales en aproximadamente el 18% de los niños que presentan cefaloematoma bilateral y en un 5% en los cefaloematomas unilaterales,² estas fracturas generalmente son lineales.

En el mayor número de los casos se resuelve en uno o más meses y en ocasiones puede existir calcificación, la cual inicia a finales de la segunda semana. Ocasionalmente se acompaña de anemia y/o ictericia por hemólisis, siguiendo todos los pasos de degradación de la hemoglobina siendo necesaria la fototerapia. En casos raros puede haber un quiste leptomenígeo o infección. Se **contraindica** aspiración del cefaloematoma para evitar introducir microorganismos.³

En las radiografías de cráneo puede llegar a existir hiperostosis de la tabla externa del cráneo, la cual puede persistir varios meses después de que la evidencia clínica de la lesión desapareció;⁴ además pueden observarse lesiones quísticas por meses e incluso años después de la lesión.⁵



Figura 3. Se identifica calcificación de tejidos blandos de cráneo adyacente a las lesiones parietales.



Figura 4. Lesión radiolúcida en territorio de parietales bien delimitadas con bordes esclerosos no rebasando las suturas.

El tratamiento es conservador. En ocasiones es necesario tomar radiografías y muestras periódicas de hemoglo-

bina y bilirrubinas. El cefalohematoma se resuelve espontáneamente entre 2 semanas y 3 meses dependiendo del tamaño del mismo.⁶

PUNTOS CLAVE

Paciente que presenta cefalohematoma, el cual se caracteriza por presentar aumento de volumen del cráneo por colección de sangre subperióstica que se acumula por el moldeamiento del cráneo al paso del canal del parto. A la exploración física se diferencia de un *caput succedaneum* por estar delimitado por las suturas y por presentar su centro deprimido. Es más común unilateral y en la región parietal.

REFERENCIAS

1. Avery GB et al. *Neonatology: pathophysiology and management of the newborn*. 3rd Ed. Philadelphia, 1987: 26-27.
2. Rodríguez MA, Udaeta E. *Neonatología Clínica*. 1^a Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México, 2003: 234-235.
3. Schoemaker CT, Rosenfel W. *Neonatal hot Topics for the Pediatrician*. AAP Annual Meeting, Chicago Ill., Oct 2000.
4. Zitelli B et al. *Atlas of pediatric Physical Diagnosis*. 3rd Ed. Mosby Wolfe, Missouri, 1997: 36-37.
5. Behrman R et al. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th Ed. EUA, 2004: 562-563.
6. Field T. *Infancy*. Harvard: Harvard University Press, 1990: 1-2.

