



## 242/1075 - CRANEOSINOSTOSIS: LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

S. Gallego Gutiérrez<sup>a</sup>, I. Galindo Román<sup>b</sup> y A. Sánchez Tovar<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Pediatría. Centro de Salud Antequera. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Velada. La Línea de la Concepción. Cádiz. <sup>c</sup>Radiólogo. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Lactante de dos meses valorado en atención primaria por cuadro catarral de dos días de evolución. Antecedentes personales: embarazo controlado. Apgar 9/10. Edad gestacional 38 semanas, peso recién nacido 3,050 g. Pruebas metabólicas normales. Screening de hipoacusia normal. Como hallazgo casual destaca a la inspección clínica alteración en la morfología del cráneo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Cabeza larga y estrecha (cráneo dolicocefálico) con protrusión frontal, fontanela anterior abierta y posterior cerrada, y un perímetro cefálico de 42 cm (percentil 97). La sutura sagital a la palpación craneal es inexistente. Resto de la exploración física normal. Ante la sospecha de craneosinostosis se realiza radiografía de cráneo, confirmándose la fusión de la sutura sagital. Se deriva a hospital de referencia.

**Juicio clínico:** Craneosinostosis por cierre precoz de sutura sagital: dolicocefalia o escafocefalia.

**Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico diferencial de otras sinostosis: trigonocefalia (sutura metópica), braquicefalia (bicoronal o bilambdaidea), plagiocefalia anterior (sutura coronal) o posterior (lambdaidea o posicional, en neonatos que descansan apoyados sobre la zona lateral del cráneo la mayor parte del tiempo) y oxicefalia (implica todas las suturas excepto la sagital). Por otra parte, diferenciar la craneosinostosis aislada de la sindrómica, que suele ser múltiple y de la secundaria a enfermedades hematológicas, endocrinopatías o microcefalia.

**Comentario final:** La craneosinostosis o cierre prematuro de una o más suturas craneales son poco frecuentes. El diagnóstico es fundamentalmente clínico mediante observación de la conformación del cráneo y palpación de un reborde óseo a lo largo de la sutura, apoyado por radiografía de cráneo donde observamos una línea de esclerosis y engrosamiento del hueso adyacente. La tomografía computarizada es de elección para determinar la extensión y descartar alteraciones del parénquima. Su reconocimiento y derivación precoz al especialista en neurocirugía es extremadamente importante, ya que los resultados quirúrgicos son mejores si se realiza antes de los 6 meses.

### Bibliografía

1. Slater BJ, Lenton KA, Kwan MD, Gupta MD, Wan DC, Longaker MT. Cranial sutures: a brief review. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121:170.
2. Johnson D, Wilkie AO. Craniosynostosis. *Eur J Hum Genet.* 2011;19:369.
3. Cunningham ML, Heike CL. Evaluation of the infant with an abnormal skull shape. *Curr Opin*

Pediatr. 2007;19(6):645-51.

**Palabras clave:** Craneosinostosis. Pediatría.