

Plagiocefalia frontal

V. Vanaclocha

Servicio de Neurocirugía

En la plagiocefalia frontal existe fusión precoz de la sutura coronal de ese lado, pero algunas de las suturas de la base del cráneo también están afectas (esfenofrontal y etmoidofrontal) y existe deformidad de la órbita correspondiente, que se encuentra situada por detrás de la normal. Es una lesión benigna que raramente se ve complicada con craneoestenosis o con un grado serio de órbita-estenosis. Dejada a su evolución espontánea existe siempre un grado considerable de deformidad facial. El retraso mental raramente se asocia. Puede ser un componente más de un síndrome malformativo múltiple, como el de Saethre-Chotzen, pero en general es muy raro el que se ve acompañada de otras malformaciones congénitas.

Los síntomas visuales son frecuentes. El 26% de los pacientes presenta estrabismo, que generalmente es convergente.

No se ven signos de hipertensión intracraneal (por ejemplo, papiledema) ni ningún otro signo convincente de craneoestenosis, pero se han visto varios casos con aumento de las marcas de la tabla interna inducidas por las circunvoluciones cerebrales, sugiriendo que el crecimiento del cerebro es mayor en esta zona con respecto al de su continente óseo¹.

Representa el 18,5% de las deformaciones craneales simples, por detrás de la escafocefalia, que es la más frecuente¹. La incidencia es mayor en el sexo femenino (61%).

La causa más aceptada en los casos esporádicos de plagiocefalia unilateral es la compresión de la cabeza fetal contra la pelvis materna, y de ahí que el lado derecho sea el más frecuentemente afecto.

La mayoría de los casos de plagiocefalia frontal es esporádico. A no ser que exista una historia familiar de alguna forma de craneosinostosis o estigmas de alguno de los síndrome craneofaciales, la enfermedad raramente es familiar. Sin embargo, si el progenitor y el niño están afectados el riesgo para futuras gestaciones se acerca al 50%. Hunter y Rudd² encontraron que la sinostosis coronal de origen familiar es con más frecuencia bilateral que unilateral.

La indicación de tratamiento quirúrgico es la deformidad craneofacial. Con el tiempo hay una desviación de la línea media de la cara hacia el lado de la sinostosis, con desviación facial. La deformidad puede provocar una alteración estética importante, y con ello complejos

y alteraciones psicológicas, por lo que abogamos por la corrección quirúrgica lo más precoz posible, idealmente antes de los tres meses de edad. No obstante, la intervención realizada entre los tres y los siete meses consigue resultados aceptables. En el caso de negativa de los padres a la intervención quirúrgica deben practicarse controles periódicos, pues la incidencia de estrabismo es alta y puede obligar a la corrección quirúrgica del defecto craneal.

La técnica quirúrgica a emplear debe ser la menos agresiva que consiga la corrección del defecto estético. En nuestra experiencia, la de mejor resultado en el niño de menos de seis meses de edad es la que incluye una orbitotomía en «C»³.

Referencias bibliográficas

1. DJ David Poswillo y DA Simpson. Craniosynostoses. *Springer-Verlag*, 1982.
2. AGW Hunter y NL Rudd. Craniosinostosis II. Coronal craniosynostosis: its familial characteristics and associated clinical findings in 109 patients lacking bilateral polysyndactyly or syndactyly. *Teratology* 1977; 15: 301-310.
3. JA Persing, JA Jane, TS Parks, MT Edgerton y JB Delashaw. Floating C-shaped orbital osteotomy for orbital rim advancement in craniosynostosis: preliminary report. *J Neurosurg* 1990; 72: 22-26.

Fecha de recepción: 14-VI-90

Fecha de aceptación: 28-II-91

V. Vanaclocha
Servicio de Neurocirugía
Clínica Universitaria
Apdo. 192. Pamplona