

Agujeros parietales

S. Oliva Rodríguez-Pastor, J.M. Camacho Alonso,
J.M. González Gómez, J. Cano España y C. Calvo Macías

Unidad de Críticos y Urgencias de Pediatría. Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Málaga.

(An Esp Pediatr 2001; 55: 387-388)

CASO CLÍNICO

Varón de 10 años previamente sano y sin antecedentes de interés que acudió al servicio de urgencias tras haber sufrido un traumatismo craneoencefálico. No refería pérdida de conciencia. Había tenido tres vómitos. En la exploración el paciente se encontraba consciente y orientado, las pupilas estaban isocóricas y normorreactivas, no existía focalidad neurológica, la exploración de los pares craneales era normal y no existía alteración en la fuerza ni el tono muscular. Otoscopia, sin hallazgos. En la exploración de la cabeza se detectaba un área de consistencia blanda en zona parietal posterior, sin tumefacción ni dolor a la palpación. No se encontraron otros signos externos de traumatismo.

Se decidió realizar una radiografía de cráneo para completar la valoración del paciente. Con esta prueba diagnóstica se evidencia una imagen lítica muy cerca de la línea media que se extiende de forma simétrica a ambos huesos parietales, tiene los márgenes no escleróticos, muy bien definidos (figs. 1 y 2). Ante este hallazgo se practicó al paciente una tomografía computarizada (TC) de cráneo, en la que no se encontró ninguna alteración.

Se estudió a la familia, la madre y el abuelo materno referían tener unas pequeñas depresiones en el cuero cabelludo a nivel parietooccipital, y ambos presentaban lesiones similares a las del paciente en la radiografía de cráneo (fig. 3).

Figura 1. Radiografía anteroposterior de cráneo del paciente.

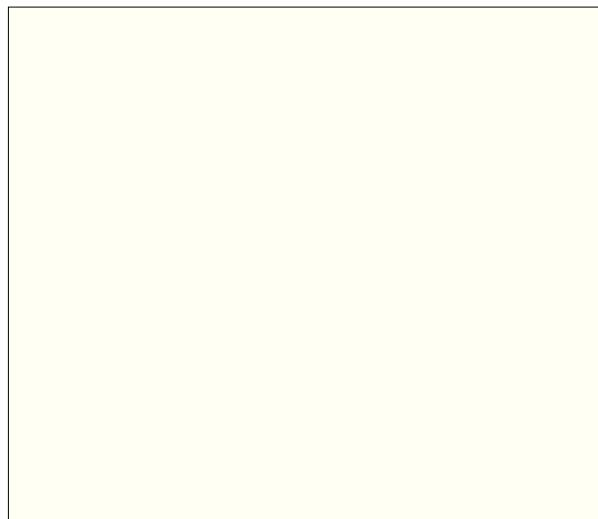
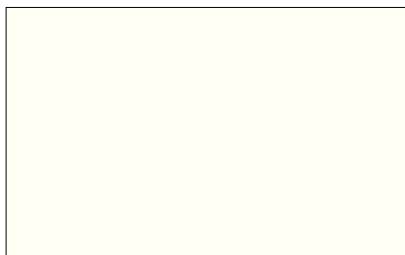


Figura 2. Radiografía lateral de cráneo del paciente.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?

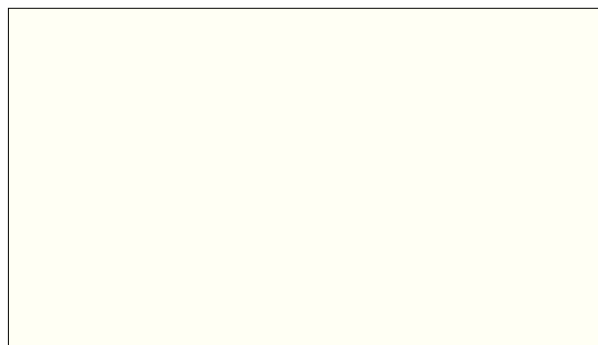


Figura 3. Radiografía anteroposterior de cráneo de la madre.

Correspondencia: Dra. S. Oliva Rodríguez-Pastor.
Las Palmeras, 12. 29018 Málaga.
Correo electrónico: luqueoliva@hotmail.com

Recibido en abril de 2001.

Aceptado para su publicación en junio de 2001.

AGUJEROS PARIETALES

Los agujeros parietales son una rara alteración que está reconocida como una variante de osificación dentro de la normalidad¹. Se transmite con una herencia autosómica dominante, si bien se han descrito algunos casos aislados en los que la familia no ha logrado estudiarse². Aunque la mayor parte de las veces se trata de un trastorno benigno, en ocasiones constituye un signo más de una asociación sindrómica. Así, se han observado junto a distinto tipo de craneosinostosis, microcefalia, defectos oculares o del oído, sindactilia y polidactilia. También se ha relacionado con la hipoplasia distal de clavícula y la ausencia de acromion. En el año 1966 se describió una familia en la que esta anomalía se asociaba a retraso mental, exostosis múltiples y disostosis craneofacial. Los agujeros parietales en esta enfermedad son muy grandes y se deben a una deleción del brazo corto del cromosoma 11³.

Los agujeros parietales son dos áreas simétricas, con bordes bien definidos, que se encuentran a ambos lados de la sutura sagital, en la unión de los dos tercios posteriores del hueso parietal. Es una variante del cráneo bifido¹. Son más comunes en asiáticos y europeos. Con el tiempo pueden desaparecer, pero en otros casos persisten durante toda la vida, aunque suelen disminuir de tamaño.

Ante este hallazgo en una radiografía de cráneo se debe establecer el diagnóstico diferencial con neoplasias, alteraciones postraumáticas, mielomeningoceles con-

génitos, osteomielitis (aunque en este caso suele haber un desencadenante externo como una herida en el cuero cabelludo o interno como procesos sinusales o mastoiditis), tumores de la bóveda craneal (raros en niños y por lo general son lesiones monostóticas), metástasis (lesiones múltiples y asimétricas), granulomas eosinófilos (pueden plantearse dificultades para diferenciarlos, pero éstos suelen ser, aunque bilaterales, asimétricos en la localización y en el tamaño)⁴.

La incidencia de esta variante de la normalidad es desconocida. Su hallazgo debe llevar a investigar la existencia de otras anomalías en el paciente y de otros casos en la familia⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Little B, Knoll BA, Klein VR, Séller KB. Hereditary cranium bifidum and symmetric parietal foramina are the same entity. *Am J Med Genet* 1990; 35: 453-458.
2. Golabi M, Carey J, Haall BD. Parietal foramina clavicular hypoplasia. An autosomal dominant syndrome. *Am J Dis Child* 1984; 138: 596-599.
3. Warkany J, Weaver TS. Heredofamilial deviations. Enlarged parietal foramina combined with obesity, hipogenitalism, microphthalmos and mental retardation. *Am J Dis Child* 1940; 60: 1147-1154.
4. Lodge T. Developmental defects in the cranial vault. *Br J Radiol* 1975; 48: 421-434.
5. Kutilek S, Baxova A, Bayer M, Leiska A. Foramina parietalia magna: Report of nine cases in one family. *J Paediatr Child Health* 1997; 33: 168-170.