



CARTA AL EDITOR

Hematoma subgaleal espontáneo como manifestación de una alteración de la función plaquetaria

Spontaneous subgaleal haematoma presenting as an alteration in platelet function

Sr. Editor:

Se entiende por hematoma subgaleal el acúmulo de sangre entre la aponeurosis epicraneal (galea aponeurótica) y el periostio. Es una entidad poco prevalente que, en la población infantil, se ve favorecida porque la galea está débilmente unida al pericráneo y el espacio subgaleal presenta un gran aporte de vasos sanguíneos¹. La etiología más frecuente es la traumática, especialmente en neonatos con el antecedente de parto instrumentado. También se ha descrito en lactantes y niños como consecuencia de un traumatismo mínimo²⁻³ o de un maltrato. Otras etiologías son la malformación vascular o la tumoral. Asimismo, se puede presentar como manifestación de una discrasia sanguínea: alteraciones de la coagulación⁶ o de la hemostasia primaria. Hemos hallado 3 casos publicados^{3,7,8} de hematoma subgaleal asociado a alteración de la función plaquetaria en la edad pediátrica, fuera del periodo neonatal, por lo que presentamos un caso clínico con el objetivo de recordar las manifestaciones clínicas, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico mediante la revisión bibliográfica de las escasas publicaciones al respecto.

Niña de 3 años y 10 meses, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias, remitida por su pediatra de cabecera, por cuadro progresivo de 4 días de evolución de tumefacción en cuero cabelludo sin otra sintomatología. No refiere traumatismo. A la exploración física se observa: PA 111/70 mmHg, FC 120 lpm, Sat O₂ 100%, FiO₂ 0,21, T^a axilar 36,3 °C y peso 15 kg. Destaca tumefacción parietal izquierda de 15 × 10 cm de diámetro, bien delimitada, blanda, mínimamente dolorosa a la palpación, siendo el resto de exploración por aparatos normal. La radiografía de cráneo muestra aumento de partes blandas sin signos de fractura. La ecografía craneal muestra colección subgaleal parietal derecha con un espesor de 1 cm de posible naturaleza serohemática, sin lesiones sólidas aparentes dependientes de la calota craneal adyacente. Se realiza análisis de sangre que muestra Hb 9,3 g/dl, Hto 29,8%, VCM 68, 8 fL, leucocitos 17.100/ml³ (N 51,7%, L 35,6%, M 4,7%,

E 7,4%, B 0,6%), plaquetas 579.000/ml³. Coagulación y bioquímica básicas normales. Se realiza control ambulatorio recomendándose evitar tratamiento con AINE. A los 8 días presenta disminución de la tumefacción (8,5 × 5,5 cm de diámetro) y a los 12 días persiste la disminución de la tumefacción (3 × 3 cm de diámetro). La RM muestra una pequeña colección extraparenquimatosa de localización aparentemente subgaleal parietal izquierda de aproximadamente 4 mm de grosor y de probable carácter hemático. En el control a los 21 días ya no presenta signos de tumefacción y se mantiene asintomática. Se cursa estudio para factor XIII, factor de Von Willebrand, cofactor de ristocetina y análisis de la función plaquetaria (PFA) en el que se observa colágeno/EPI 231 s y colágeno/ADP 158 s, sugestivos de trombopatía. Se remite a dispensario de hematología, en el centro de referencia, donde se repite el estudio básico y, dada la evolución satisfactoria, no se profundiza en el diagnóstico etiológico de disfunción plaquetaria. Para descartar trombopatías adquiridas (consumo de antiagregantes, principalmente), y especialmente defectos constitucionales de las plaquetas (síndrome de Bernard Soulier, tromboastenia de Glanzmann o déficit de la ciclooxigenasa, entre otros), son necesarios estudios especializados, como pruebas de agregación plaquetaria, determinación de glucoproteínas de membrana mediante citometría de flujo, microscopía electrónica y estudio de mutaciones.

El cuadro clínico habitual de presentación es la tumefacción craneal progresiva (días) y la resolución espontánea (días-semanas)²⁻⁵, que en algunos casos se puede acompañar de cefalea, fiebre, dolor en cuero cabelludo o vómitos^{7,8}. La presencia de antecedentes personales o familiares de epistaxis, metrorragias o hematomas de repetición pueden estar presentes³. Entre las complicaciones destacan las oftalmológicas (por extensión subperióstica)⁶, cutáneas (necrosis), hematológicas (derivadas de la hipovolemia)⁷ o respiratorias (por compromiso de la vía aérea). El diagnóstico se realiza mediante la anamnesis, la exploración física y las exploraciones complementarias. En tanto que a pruebas de imagen destacan la ecografía (primera elección), la radiografía de cráneo (si no se dispone de ecografía), la RM y, en algunos casos, la angiografía/venografía. En los estudios de laboratorio son de primera elección: hemograma, coagulación, análisis de la función plaquetaria, factor de Von Willebrand y cofactor de ristocetina. El diagnóstico diferencial se establece con el caput succedaneum, el cefalohematoma, el angioedema-anafilaxia, celulitis y neoplasias. Actualmente, se tiende a

una actitud terapéutica expectante^{2,4}, aunque puede estar indicada la aspiración y drenaje en algunos casos^{3,5-8}. La historia natural es la resolución en días o semanas sin complicaciones^{2-5,7,8}.

Bibliografía

1. Adeloje A, Odeku EL. Subgaleal hematoma in head injuries. *Int Surg*. 1975;60:263.
2. Onyeama CO, Lotke M, Edelstein B. Subgaleal hematoma secondary to hair braiding in a 31-month old child. *Pediatr Emerg Care*. 2009;25:40-1.
3. Raffini L, Tsarouhas N. Subgaleal hematoma from hair braiding leads to the diagnosis of Von Willebrand disease. *Pediatr Emerg Care*. 2004;20:316-8.
4. Vu TT, Guerrero MF, Hamburger EK, Klein BL. Subgaleal hematoma from hair braiding. Case report and literature review. *Pediatr Emerg Care*. 2004;20:821-3.
5. Cathey E, Falvo J, San Filippo A, Vartany A, Osborn E. Subgaleal hematoma from hair combing. *Pediatrics*. 1981;68:583-4.
6. Kim D, Taragin B. Subgaleal hematoma presenting as a manifestation of factor XIII deficiency. *Pediatr Radiol*. 2009;39:622-4.
7. Hutspardol S, Chuansamrit A, Sioisamrong A. Spontaneous subgaleal hemorrhage in a girl with impaired adrenaline-induced platelet aggregation. *J Med Assoc Thai*. 2010;93:625-8.
8. Kirkpatrick JS, Gower DJ, Chauvenet A, Kelly Jr DL. Subgaleal hematoma in a child, without skull fracture. *Dev Med Child Neurol*. 1986;28:511-4.

M. Esteller*, N. López, A. Chiandetti y A. Martínez-Roig

Servicio de Pediatría, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 99113@parcdesalutmar.cat
(M. Esteller).