

## Fractura craneal deprimida congénita... ¿actitud a seguir?



### Congenital depressed skull fracture: The steps to follow?

Sra. Editora:

Hemos leído con mucho interés el artículo publicado por M. García Reymundo et al. Fractura craneal deprimida congénita: ¿actitud a seguir? *An Pediatr (Barc)*. 2015;83:219-220<sup>1</sup>.

En primer lugar queremos felicitar a los autores por la documentación del caso, excelente, que muestra claramente una fractura frontal en «ping-pong», el abordaje y por el ejercicio de revisión realizado. Esta es una afección relativamente infrecuente, que ocurre en cualquier ámbito de la atención pediátrica y cuyo manejo óptimo y actualizado es esencial conocer. El papel del neonatólogo y del pediatra general es fundamental tanto en su pronta identificación como en el manejo.

Los autores consideran que el tratamiento conservador, a pesar de que el caso que exponen fue intervenido, se está «imponiendo» en el manejo de esta afección.

Sin embargo, nos gustaría puntualizar que el manejo conservador puede estar indicado en casos seleccionados como pequeñas depresiones en áreas estéticamente poco visibles, o no elocuentes, bien desapareciendo espontáneamente o con ayuda de sistemas de succión. Sin embargo, los grandes hundimientos, como el que presentan, no se resuelven espontáneamente y las medidas mecánicas externas son muchas veces insuficientes. De hecho, la literatura recoge estos casos como excepcionales y no como la norma<sup>2</sup>.

En una breve revisión de nuestra experiencia, menos del 5-10% de estos pacientes pueden manejarse de esta forma.

Estos hundimientos, sobre todo en áreas parietales y frontales, además de producir defectos en la imagen corporal, presentan con alguna frecuencia, lesiones corticales crónicas por la compresión local que derivan en epilepsias refractarias de manejo extremadamente complejo una vez establecidas.

En casos de duda, una tomografía computarizada con reconstrucción 3D, disponible ya casi de forma universal en nuestro sistema de salud, y fotografías digitales en los planos axial, coronal y lateral permiten al neurocirujano evaluar la necesidad de tratamiento quirúrgico en pocos minutos y coordinar con el pediatra neonatólogo el tratamiento quirúrgico u optar por un tratamiento conservador sin necesidad de trasladar al paciente.

Esto permite una derivación rápida a un centro o neurocirujano con experiencia, numerosos afortunadamente en nuestro Sistema Nacional de Salud (<http://www.senepe.es>), y un tratamiento quirúrgico simple, sobre todo desde la



**Figura 1** Fractura hundimiento congénita. Tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo. A) Hundimiento. B) Ubicación del abordaje de mínima invasión y estrategia de remodelación. C) Trepano de 5 mm. D-F) Elevación percutánea. G) Resultado final inmediato.

introducción de las técnicas de mínima invasión y asistencia endoscópica en el neonato<sup>3,4</sup>.

A través de un abordaje mínimamente invasivo, en ocasiones asistido endoscópicamente, y sin la necesidad de amplias craneotomías de remodelación, la elevación y remodelación es óptima, evitando la compresión cortical de forma inmediata, y restaurando de forma completa la estética craneal con un índice de éxito cercano al 100% y con complicaciones casi inexistentes (fig. 1).

Por todo ello, consideramos que la actitud a seguir mas razonable es, tras un rápido estudio disponible en la mayor parte de nuestros centros, una comunicación fluida con el especialista de referencia que puede realizarse, en la mayor parte de los casos de forma telemática.

### Bibliografía

- García Reymundo M, Real Terrón R, Sáez Díez I, Piñán López E. Congenital depressed skull fracture: The steps to follow? [Article in Spanish]. *An Pediatr (Barc)*. 2015;83:219-20.

2. Sorar M, Fesli R, Güner B, Kertmen H, Sekerci Z. Spontaneous elevation of a ping-pong fracture: Case report and review of the literature. *Pediatr Neurosurg.* 2012;48:324–6.
3. Mayorga-Buiza MJ, Rivero-Garvía M, Marín-Hernández F, Fernández-Alguacil A, Ontanilla-López A, Márquez-Rivas J. Neonatal craniosynostosis: Considerations. *Anesthesiology.* 2012;116:1393.
4. Rivero-Garvía M, Márquez-Rivas J, Rueda-Torres AB, Ollero-Ortiz A. Early endoscopy-assisted treatment of multiple-suture craniosynostosis. *Childs Nerv Syst.* 2012;28:427–31.

J. Márquez-Rivas<sup>a,\*</sup>, M. Rivero-Garvía<sup>a</sup>,  
M.J. Mayorga-Buiza<sup>b</sup> y J. Aguayo-Maldonado<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Neurocirugía Pediátrica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Anestesiología Infantil, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

<sup>c</sup> *Servicio de Neonatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España*

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [Fjavi.marquez.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:Fjavi.marquez.sspa@juntadeandalucia.es), [jaca5@arrakis.es](mailto:jaca5@arrakis.es) (J. Márquez-Rivas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.10.005>