

PLAGIOCEFALIA ANTERIOR

Radiologia Pediátrica e Neurorradiologia

DADOS DO CASO

Autores: Lucas Andre Caricati - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina;

Augusto Sarquis Serpa - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina;

Henrique Fernandes de Lima - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina;

Soraia Silveira Monteiro - Augusto Sarquis Serpa - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina.

Autor correspondente: Lucas Andre Caricati - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina.

Palavras-chave: Craniossinostoses, Plagiocefalia e Encefalocele.

URL: <https://brad.org.br/article/4403/pt-BR/plagiocefalia-anterior>

DOI: 10.5935/2965-1980.2023v2n4p584-590

RESUMO

Descrição de anomalias cranianas em pediatria: Plagiocefalia anterior e revisão das deformidades cranianas relacionadas a fechamento precoce de suturas.

HISTÓRICO CLÍNICO

Masculino, 17 dias de idade. Mãe secundigesta, pré-natal inadequado com apenas duas consultas, paciente nascido a termo, peso adequado para idade gestacional sendo tratado para sífilis congênita com penicilina cristalina por 10 dias. História da doença atual: tumoração cefálica não diagnosticada no pré-natal, deformidade craniana assimétrica e achado de plagiocefalia anterior esquerda em Tomografia Computadorizada de crânio.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

Sinais de fusão precoce da sutura coronal esquerda com assimetria dos formatos das órbitas, notando-se órbita em arlequim ipsilateral (Figuras 1 a 4). Presença de falhas ósseas associada a Encefalocele na região parietal esquerda, sem coleções ou densificações de partes moles associadas, medindo neste exame 2,2 X 1,5 cm nos maiores eixos axiais (Figura 5).

DISCUSSÃO

Craniossinostose é a fusão prematura de uma ou mais suturas cranianas [1]. Esta patologia acomete 3,1 a 4,8 a cada 10.000 nascidos vivos. A fusão prematura das suturas impede o crescimento craniano no sentido perpendicular à sutura com consequente crescimento compensatório paralelo ao fechamento. A maioria dos casos é diagnosticada ainda nos primeiros meses de vida, mas a não correção da anomalia é importante causa de morbimortalidade, podendo gerar aumento da pressão intracraniana, déficit cognitivo, alterações visuais

e deformidades. As craniossinostoses são classificadas em primária, quando estão associadas a fatores genéticos-ambientais, ou secundária, quando relacionadas a outro distúrbio conhecido [2-6]. A Craniossinostose primária ainda é classificada em simples (apenas uma sutura afetada), complexa não síndrômica ou complexa síndrômica, e nomeada de acordo com a sutura acometida. O fechamento precoce da sutura coronal é mais prevalente no sexo feminino (60%) e corresponde a 20-29% dos casos de craniossinostose verdadeira [2,3]. A fusão de apenas uma das suturas coronais é denominada plagiocefalia anterior. Os achados relacionados a essa patologia são achatamento do osso frontal e do aro orbital ipsilateral, com bossa frontal compensatória contralateral, estrabismo, alteração morfológica de teto orbitário, desvio da base do crânio, assimetria de sobrancelhas e orelhas, desvio da mandíbula com má oclusão dentária e hipertensão intracraniana [5]. A elevação da asa do esfenóide gera o achado radiológico clássico do olho em arlequim. Tratamento proposto na maioria das vezes é realizado com cirurgia minimamente invasiva para liberação da sutura realizada entre 6-9 meses quando o paciente já atingiu maturidade suficiente para a remodelação óssea [6]. Seu principal diagnóstico diferencial é a plagiocefalia posicional, uma patologia benigna que requer mudanças comportamentais para resolução do quadro. Sua diferenciação é feita por história clínica e exame minucioso do paciente. Nos casos de dúvida, a radiografia simples e a ultrassonografia podem ser usadas para diferenciação, sendo a tomografia computadorizada tridimensional com cortes finos o padrão ouro para a caracterização das craniossinostoses [2,3,5].

LISTA DE DIFERENCIAIS

- Plagiocefalia posicional;
- Braquicefalia.

DIAGNÓSTICO

- Plagiocefalia anterior esquerda.

APRENDIZADO

Plagiocefalia anterior e as demais craniossinostoses são

importantes causa de morbimortalidade, principalmente se não diagnosticada prontamente. É fundamental sua caracterização em relação às suturas acometidas e relação com síndromes genéticas para tratamento adequado em tempo oportuno, evitando assim maiores complicações.

REFERÊNCIAS

1. MÁRQUEZ, J. C.; HERAZO BUSTOS, C.; WAGNER, M. W. Craniosynostosis: Understanding the Misshaped Head. *RadioGraphics*, v. 41, n. 2, p. E45–E46, mar. 2021.
2. CACCIAGUERRA, G. et al. The Evolution of the Role of Imaging in the Diagnosis of Craniosynostosis: A Narrative Review. *Children*, v. 8, n. 9, p. 727, 1 set. 2021.
3. KIM HJ, Roh HG, Lee IW. Craniosynostosis : Updates in Radiologic Diagnosis. *J Korean Neurosurg Soc.* 2016 May;59(3):219-26. doi: 10.3340/jkns.2016.59.3.219. Epub 2016 May 10. PMID: 27226852; PMCID: PMC4877543.
4. GANAPATHY, Sibhi & Gopal, Swaroop. (2020). Craniosynostosis -A Case Series and a Brief Review of Literature. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 4. 38-43. 10.11648/j.cnn.20200402.14.
5. PARITOSH C Khanna, Mahesh M Thapa and Ramesh S Iyer et al. Pictorial essay: The many faces of craniosynostosis. *The Indian Journal of Radiology & Imaging*. Vol. 21(1):49- 56. DOI: 10.4103/0971-3026.76055
6. GHIZONI, E. et al. Diagnosis of infant synostotic and nonsynostotic cranial deformities: a review for pediatricians. *Revista Paulista de Pediatria (English Edition)*, v. 34, n. 4, p. 495–502, dez. 2016.

IMAGENS

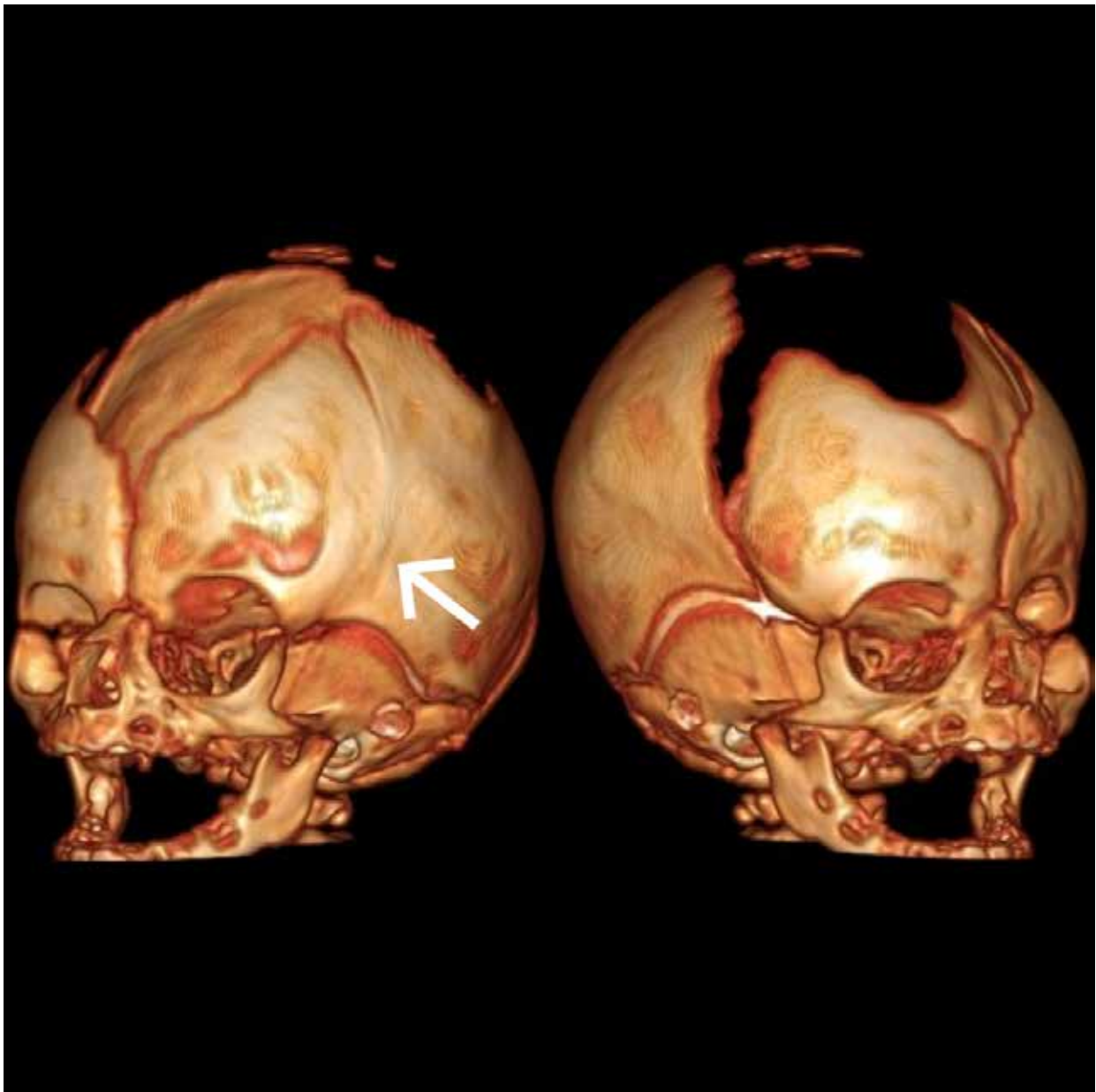


Figura 1: Reconstrução tridimensional de tomografia computadorizada de crânio sem contraste, observando-se fechamento precoce da sutura coronal esquerda.

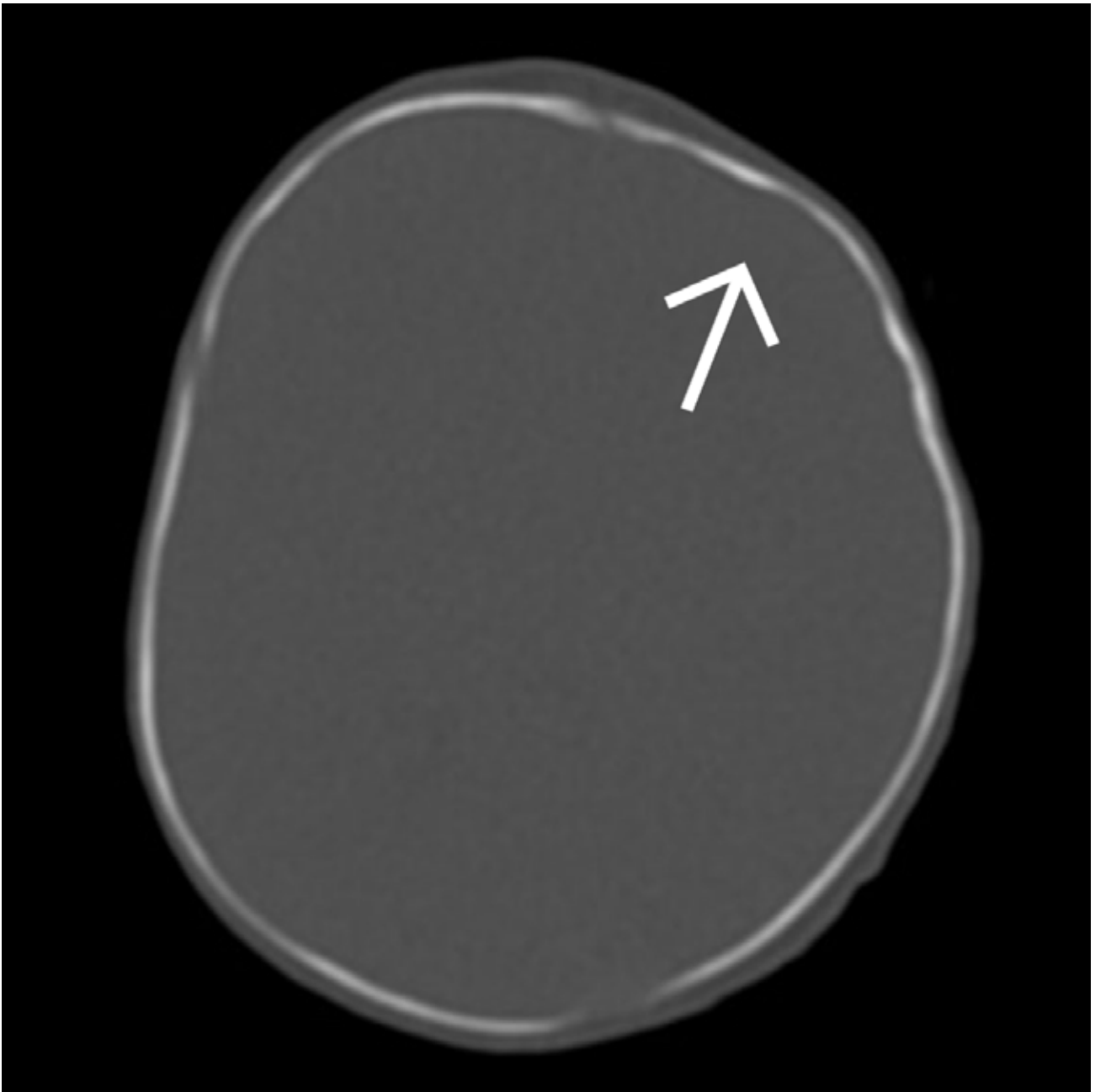


Figura 2: Tomografia computadorizada de crânio sem contraste, no plano axial, demonstrando assimetria craniana.

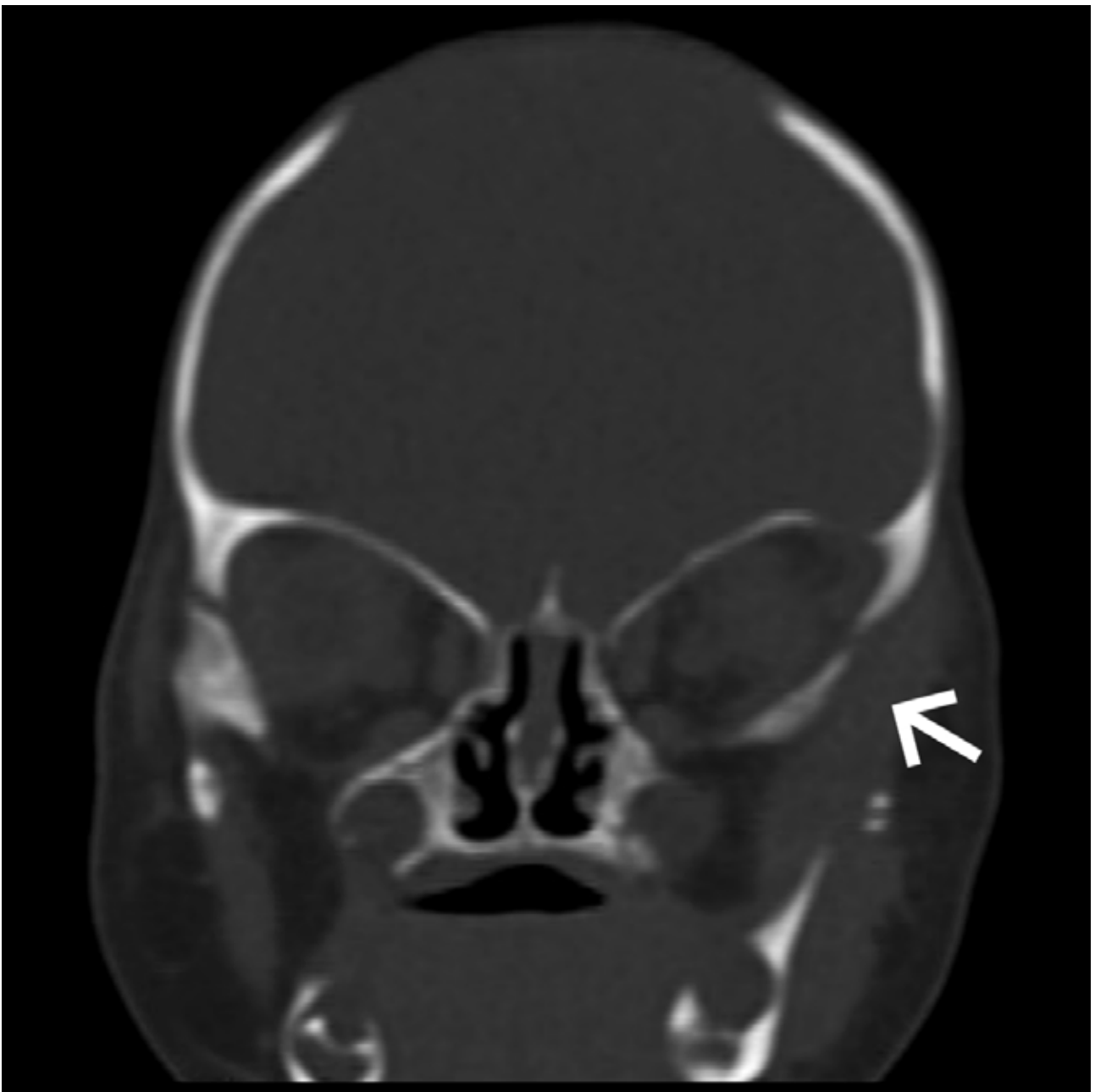


Figura 3: Tomografia computadorizada de crânio sem contraste, reformatada no plano coronal, observando assimetria dos formatos das órbitas, notando-se órbita em arlequim a esquerda.

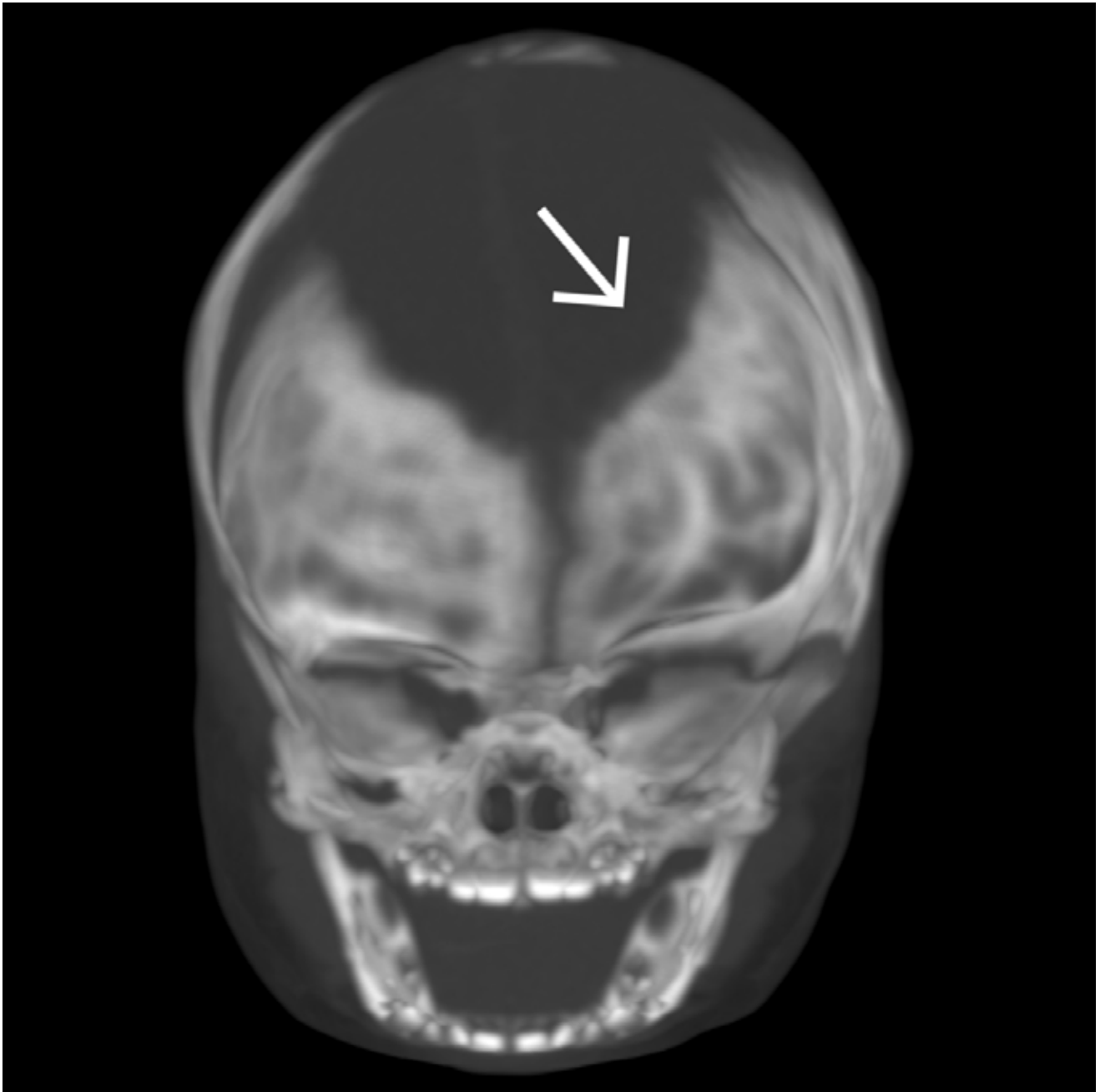


Figura 4: Tomografia computadorizada de crânio sem contraste, reconstruída com técnica MIP, evidenciando assimetria óssea craniana.



Figura 5: Tomografia computadorizada de crânio sem contraste, reformatada em plano sagital, demonstrando falha óssea associada a encefalocele na região parietal esquerda.