



## Cefalohematoma bilateral tras parto domiciliario no asistido. Estudio de un caso

Enrique Montano Navarro<sup>a</sup>, Sara Habashneh Sánchez<sup>a</sup>, María Rodríguez Ortega<sup>b</sup>,  
Antonio Ruiz García<sup>a</sup>

Publicado en Internet:  
12-septiembre-2017

Enrique Montano Navarro:  
e\_montano\_na@yahoo.es

<sup>a</sup>Médico de familia. CS de Pinto. Pinto. Madrid. España • <sup>b</sup>Cirujano general. Escuela de Enfermería y  
Fisioterapia San Juan de Dios. Universidad Pontificia Comillas. Ciempozuelos. Madrid. España.

### Palabras clave:

- Hematoma
- Parto normal
- Recién nacido
- Traumatismos del nacimiento

### Resumen

El cefalohematoma es una colección hemática localizada en el espacio subperióstico del neonato, sobre la región parietal, frecuentemente unilateral, que aparece durante las horas o días posteriores al parto. Los partos prolongados, traumáticos o instrumentalizados favorecen su aparición, aunque también se puede producir espontáneamente. Su evolución es satisfactoria, con reabsorción completa en las primeras semanas de vida. La posibilidad de complicaciones es pequeña, aunque se debe vigilar su aparición. Se presenta el caso de una paciente con un cefalohematoma bilateral tras un parto en domicilio sin asistencia sanitaria durante el expulsivo.

### Bilateral cephalohematoma after unassisted domiciliary childbirth. Case report

### Key words:

- Birth injuries
- Hematoma
- Infant, newborn
- Natural childbirth

### Abstract

Cephalohematoma is a blood collection localized in the subperiosteal space over the parietal region of the newborn, frequently unilateral, which appears during the hours or days after childbirth. Prolonged, traumatic or instrumented births facilitate its appearance, although it may also occur spontaneously. Its evolution is satisfactory, with complete resorption during the first weeks of life. Complications are uncommon but they should be monitored. Bilateral cephalohematoma after a domiciliary childbirth without health care during the expulsive period is presented.

## INTRODUCCIÓN

El cefalohematoma es una colección de sangre en el espacio subperióstico secundaria a la rotura de los vasos situados entre los huesos del cráneo y el periostio. La mayoría de los cefalohematomas son secundarios a un trauma obstétrico por las fuerzas

mecánicas que actúan sobre el feto durante el trabajo del parto y el expulsivo, aunque se han descrito también casos diagnosticados intraútero por ecografía prenatal asociados a una rotura prematura de membranas y oligohidramnios prolongado<sup>1</sup>. Se presenta un caso de cefalohematoma bilateral detectado en periodo posnatal.

**Cómo citar este artículo:** Montano Navarro E, Habashneh Sánchez S, Rodríguez Ortega M, Ruiz García A. Cefalohematoma bilateral tras parto domiciliario no asistido. Estudio de un caso. Rev Pediatr Aten Primaria. 2017;19:e117-e121.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años, multípara (G3A1V2), con controles prenatales normales, que presentó rotura de bolsa y rápido expulsivo en su domicilio sin asistencia sanitaria presencial. Dos horas antes había sido dada de alta hospitalaria por pródomos de parto. A la llegada del personal sanitario se realizó la sección del cordón, con alumbramiento sin complicaciones.

Tras comprobar la estabilidad de la recién nacida y su exploración, que fue normal, ambas fueron trasladadas al hospital para su seguimiento clínico. La recién nacida, de 39 semanas de gestación, nació tras un parto eutócico, pesó 3580 g, con 49,5 cm de talla y 33 cm de perímetro craneal. La estancia en maternidad cursó sin complicaciones y le fue administrada la profilaxis con vitamina K antes del alta hospitalaria.

A las 48 horas de vida los padres comenzaron a observar un aumento de volumen en el cuero cabelludo, al principio pequeño, pero con progresión en los siguientes días (Fig. 1). Al sexto día de vida acudieron a la consulta de Pediatría del centro de salud, donde se apreció un abultamiento de gran tamaño en ambas regiones parietales. Tras comprobar que no existía historia familiar de coagulopatía ni evidencia de otros sangrados, se derivó para su valoración hospitalaria.

A su llegada se realizó una radiografía craneal (Fig. 2), informada como "Ausencia de lesión ósea. Cefalohematoma biparietal", y una ecografía transfontanelar, que fue normal. Se complementó el estudio

Figura 1. Cefalohematoma en el diagnóstico



Figura 2. Radiografía craneal

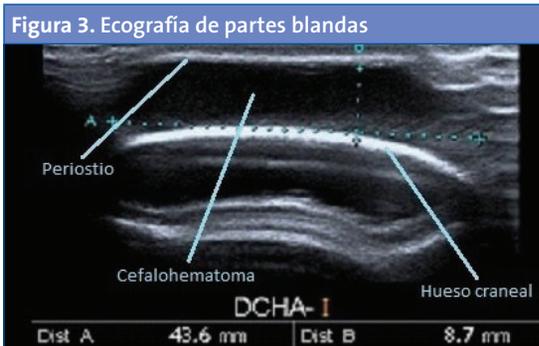


con una ecografía de partes blandas en la que se visualizó una lesión hipoeoica localizada entre el periostio y el diploe craneal, compatible con un cefalohematoma bilateral con un espesor aproximado de 9 mm en el lado derecho y de 6 mm en el izquierdo (Fig. 3), sin calcificaciones intralesionales.

Fue dada de alta con la indicación de seguimiento desde Atención Primaria. Se realizó el seguimiento clínico en la consulta, incluyendo exploración física con biometría de la lesión, así como exploración neurológica y búsqueda activa de signos de complicación semanalmente. Se observó un descenso paulatino del volumen de la lesión, con consistencia homogénea y sin fluctuación. La resolución completa se produjo a las cuatro semanas (Fig. 4). En la actualidad, tras dos años desde el diagnóstico, la paciente se encuentra asintomática y sin secuelas.

## DISCUSIÓN

El cefalohematoma representa una de las lesiones craneales más frecuentes tras el parto. Ocurre entre el 0,2 y el 2,5% de los recién nacidos<sup>2-4</sup>. Es más común en varones, y los factores de riesgo son la primiparidad, la macrosomía fetal, el trabajo prolongado de parto y la desproporción cefalopélvica. Cuando se precisa instrumentalización durante el parto su incidencia se incrementa<sup>3</sup>, llegando hasta un 10,8%; aunque varía en función de su aplicación, es mayor cuando se utiliza fórceps en planos altos y a mayor tiempo de aplicación de la ventosa<sup>5</sup>.



También se ha relacionado con la colocación de electrodos en el cuero cabelludo<sup>6</sup>.

El cefalohematoma típico se presenta como una lesión unilateral, de localización más frecuente sobre el hueso parietal, aunque puede aparecer en cualquier hueso craneal. No suele observarse alteración de la coloración del cuero cabelludo que lo cubre y no suele ser evidente al nacer, tardando en apreciarse horas o incluso días tras el parto. Esto es debido a que la evolución de la hemorragia subperióstica es lenta, y, conforme se establece el hematoma, la presión en el espacio subperióstico aumenta, produciendo el cese del sangrado por taponamiento.

Un signo importante en el diagnóstico diferencial es que los márgenes del cefalohematoma no suelen rebasar los límites de las suturas craneales, debido a la firme adherencia del periostio a lo largo de dichas suturas.

El caso que se expone muestra una presentación atípica, al ser bilateral, situación que ocurre en menos del 5% de los casos, en una madre multipara, con un



parto no instrumentalizado, cuyo único agente etiológico posible identificado fue un parto no asistido, aunque no se relacionen incidencias. No se han descrito asociaciones específicas entre partos no asistidos y la incidencia de cefalohematoma, pero podría considerarse como una causa traumática dada la falta de protección cefálica en el expulsivo.

Ante los cefalohematomas grandes en recién nacidos sin antecedentes de instrumentación en el parto, se debe considerar la coexistencia de otras patologías como la trombocitopenia, trastornos de la coagulación o incluso infecciones, como la producida por el parvovirus B19. Estas patologías se descartaron inicialmente ante la ausencia de signos de sangrado en otras localizaciones, por lo que la única hipótesis etiológica atribuible a la aparición de este cefalohematoma bilateral es la falta de asistencia sanitaria durante el expulsivo, lo que pudo condicionar un trauma obstétrico.

La paciente presentó una evolución normal, con una reabsorción completa de las lesiones durante los periodos habituales, que oscilan entre dos semanas y cuatro meses, dependiendo del tamaño<sup>2,8</sup>.

Aunque la evolución generalmente es benigna, es preciso conocer las posibles complicaciones agudas asociadas a esta lesión, tales como la fractura craneal, más frecuente cuando el cefalohematoma es bilateral<sup>2,6</sup>, o las surgidas durante el curso evolutivo, como calcificación, infección, anemia o ictericia. Para descartar dichas complicaciones, se realizaron a la paciente pruebas complementarias de imagen como la radiografía craneal y la ecografía transfontanelar, que no mostraron alteraciones. La ecografía de partes blandas confirmó el diagnóstico, al comprobar que el hematoma estaba contenido entre el periostio y el díploe externo craneal (Fig. 3).

El diagnóstico diferencial debe plantearse con las lesiones craneales de localización y forma similares. De ellas, la más frecuente es el *caput succedaneum*, que aparece tras el parto en el vértice de la cabeza por un acúmulo de líquido en el tejido celular subcutáneo, no delimitado por líneas de sutura, acompañado en ocasiones de manifestaciones cutáneas como equimosis, púrpura o petequias. Suele disminuir en los días siguientes tras el parto.

Otra lesión que tampoco está delimitada por suturas es el hematoma subgaleal que, si bien es menos frecuente, es potencialmente más grave<sup>2</sup>, ya que la colección de sangre, situada entre la aponeurosis epicraneal y el periostio, puede ser masiva, pudiendo llegar a ocasionar *shock* hemorrágico<sup>7</sup>.

Durante el seguimiento no se observaron signos de infección que, aun siendo una complicación rara, es potencialmente fatal<sup>9</sup>. Se ha descrito que la incidencia de infección aumenta cuando se intenta aspirar el cefalohematoma con aguja, cuando se utiliza un electrodo en el cuero cabelludo y si coexiste con infección sistémica en el lactante<sup>6</sup>.

Debe sospecharse esta sobreinfección si se aprecia aumento del tamaño o fluctuación del cefalohematoma, eritema localizado, fiebre, irritabilidad, peor alimentación, letargia o incluso meningitis<sup>6</sup>. Los padres deben ser informados sobre este riesgo potencial<sup>9</sup> y sus signos de alerta, ya que se beneficiaría de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Si el acúmulo de sangre no se reabsorbe, puede iniciarse un proceso de calcificación. Existe un porcentaje pequeño de calcificaciones que persisten durante años como protuberancias óseas detectadas en las radiografías en forma de un ensanchamiento del espacio diploico. Estas pueden ocasionar deformidades estéticas susceptibles de ser tratadas mediante cirugía reconstructiva o mediante ortesis craneales tipo casco<sup>1,7</sup>.

La mayoría de los cefalohematomas se resuelven espontáneamente dentro de las primeras semanas de vida sin producir complicaciones, por lo que el manejo terapéutico se basa en la observación. El drenaje quirúrgico y las punciones de los cefalohematomas no complicados están contraindicados.

## CONCLUSIÓN

El manejo del cefalohematoma bilateral desde Atención Primaria debería partir del reconocimiento de la patología mencionada y la posterior derivación a un centro hospitalario para descartar, mediante pruebas de imagen, lesiones subyacentes. Tras el diagnóstico del cefalohematoma se debe informar a los familiares sobre la benignidad del proceso, vigilando la resolución del mismo. Durante el seguimiento se debe incidir en la posibilidad de complicaciones, como la infección, o de secuelas, como la calcificación del hematoma.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Graham JM, Sanchez-Lara PA. Smith's recognizable patterns of human deformation. 4.ª edición. Filadelfia: Elsevier; 2016.
2. Auriti C, Piersigilli F, Lozzi S. Spontaneous infection of a cephalohematoma associated with sepsis: a case report and revision of the literature. *Paediatrics Today*. 2015;11:66-70.
3. Kim HM, Kwon SH, Park SH, Kim YS, Oh KW. Intracranial hemorrhage in infants with cephalohematoma. *Pediatr Int*. 2014;56:378-81.
4. Rosenberg AA. Traumatic birth injury. *NeoReviews*. 2003;4:270.
5. Ghidini A, Stewart D, Pezzullo JC, Locatelli A. Neonatal complications in vacuum-assisted vaginal delivery: are they associated with number of pulls, cup detachments, and duration of vacuum application? *Arch Gynecol Obstet*. 2017;295:67-73.
6. Nicholson L. Caput succedaneum and cephalohematoma: the cs that leave bumps on the head. *Neonatal Netw*. 2007;26:277-81.
7. Petersen JD, Becker DB, Fundakowski CE, Marsh JL, Kane AA. A novel management for calcifying cephalohematoma. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113: 1404-9.

8. Vigo V, Battaglia DI, Frassanito P, Tamburrini G, Caldarelli M, Massimi L. Calcified cephalohematoma as an unusual cause of EEG anomalies: case report. *J Neurosurg Pediatr.* 2017;19:46-50.
9. Zimmermann P, Duppenhaler A. Infected cephalhaematoma in a five-week-old infant - case report and review of the literature. *BMC Infect Dis.* 2016; 16:636.