Hospital Manuel Arriarán
Cátedra Extraordinaria de Pediatría.
Prof. Arturo Baeza Goñi.

ANEMIA AGUDA DEL RECIEN NACIDO POR CEFALOHEMATOMA SUBAPONEUROTICO

Por el Dr. GUILLERMO GIL S.

Relato de dos casos.

En estos dos últimos años hemos tenido oportunidad de observar dos casos de céfalohematoma atípico del recién nacido, cuyo cuadro clínico, por sus caracteres locales y por la grave repercusión en el estado general, difiere considerablemente del céfalohematoma ordinario. Estas circunstancias, unidas a su escasa frecuencia, son las que nos han movido a su publicación.

Lo esencial en la sintomatología clínica de ambos niños consiste en un cuadro de anemia aguda asociado a un aumento de volumen del cráneo que se ha desarrollado en forma brusca y difusa.

Estas características hacen contraste con el céfalohematoma común y corriente, afección frecuente que, por su benignidad, casi no tiene importancia clínica.

Los dos niños fueron llevados a un servicio médico de urgencia, como es la Posta Infantil de nuestro hospital, por una afección aguda y alarmante.

Sus observaciones clínicas son las siguientes.

OBSERVACION Nº 46/5226. — A. T. M.

Recién nacido de 7 días de edad, que llega a la Posta de Primeros Auxilios del Hospital Manuel Arriarán, el 29 de diciembre de 1945, por presentar intensa palidez desde hace pocas horas, con el antecedente de que el día anterior

a su ingreso se había extendido por todo el cuero cabelludo un aumento de volumen aparecido al segundo día del nacimiento y localizado primitivamente en la región occipital.

Antecedentes familiares. — Sin importancia; 2 hermanos sanos.

Antecedentes personales. — Nacido de término. Parto algo prolongado, atendido en su casa, por matrona. No hubo asfixia. Mama bien desde el segundo día, pero últimamente perezoso.

Enfermedad actual. — En el segundo día, después del nacimiento, se hace ostensible un céfalohematoma occipital, que desde el día anterior a su ingreso invade todo el cráneo y deforma la cara. Intensa palidez en las últimas horas, lo que motiva su consulta a un servicio de urgencia.

Examen físico. — Al ingreso se encuentra un recién nacido intensamente pálido, en estado de sopor y con fiebre de 39°. La cara y los ojos están deformados por intenso edema. El cráneo está deformado por un aumento de volumen blando, que lo compromete en toda su extensión. Conjuntivas y mucosa bucal muy pálidas. No se observa hemorragia del cordón umbilical. El resto del examen clínico es negativo. Peso: 4 kilos. Talla: 55 cms.

Diagnóstico. Evolución. Tratamiento. — Se hace el diagnóstico de anemia aguda y de céfalohematoma latípico, procediéndose a practicar inmediatamente una transfusión de sangre de 80 cc. Se indican, además, tónicos circulatorios, y penicilina, en atención al probable proceso infeccioso indeterminado que se supone a su ingreso, y vitamina K, 6 mgrs. cada 6 horas.

El hemograma practicado después de esa primera transfusión de urgencia, da lo siguiente: glóbulos rojos, 1.480.000; reticulocitos, 2 %; hemoglobina, 36 %; volumen globular total, 17 %; leucocitos, 14.500; segmentados, 37 %; baciliformes, 8 %; linfocitos, 51 %; anisocitosis intensa, normocromia; plaquetas normales (Dr. Eberhard).

Al día siguiente el niño está en condiciones generales bastante buenas, afebril, y con tinte icterico intenso de la piel, que no toma las conjuntivas. Ha disminuido mucho el edema de la cara, no así el céfalohematoma.

Al tercer día de hospitalización existe ictericia intensa y generalizada de la piel, mucosa bucal y conjuntivas. El estado general es bueno. Se ha transfundido un total de 240 cc. de sangre. A continuación aparece fiebre elevada, que dura 2 días, pero no se indica quimioterapia (la penicilina se suspendió al tercer día), por no haber, en absoluto, compromiso del estado general, no encontrarse ningún foco de infección, y pensar, por lo tanto, que la fiebre es debida a la reabsorción del gran hematoma. El proceso febril desaparece sin influir en el niño.

La ictericia de la piel dura 4 días y 1 día más la ictericia conjuntival.

Al 5° día el hemograma de control indica: glóbulos rojos, 3.960.000; leucocitos, 9.600; baciliformes, 13 %; segmentados, 65 %; linfocitos, 16 %; hemoglobina, 65 %; anisocitosis de mediana intensidad. En 2 exámenes de orina no se encuentran pigmentos biliares. El tiempo de protrombina (método de Quick), es de 39 segundos (normal, 18 segundos), a pesar de inyectarse vi-

vitamina K diariamente, en dosis de 3 a 9 mgrs. y se continúa por vía bucal (Synkavit Roche) 10 mgrs., durante un lapso total de 25 días. El tiempo de protrombina, sin embargo, no se normalizó, pero lo mismo que en la cifra de bilirrubinemia, su determinación fué defectuosa.

El céfalohematoma se va reabsorbiendo lentamente, localizándose en la región posterior en forma de una tumoración blanda del tamaño de una naranja, que impide palpar la fontanela posterior y que no está delimitada por las suturas. A los 28 días de hospitalización presenta el tamaño de una mandarina.

A los 18 días de evolución el hemograma revela siempre una anemia de 3.260.000 glóbulos rojos, por lo que se indican 3 nuevas transfusiones, ahora de sangre concentrada, y se da de alta al niño con indicación de control hematológico.

Poco antes del alta, el tiempo de coagulación y de sangría son normales (5 y 1 minutos, respectivamente). No se encontró hígato ni esplenomegalia.

Una radiografía de cráneo, tomada a los 15 días de evolución, muestra un "aumento de la sombra de las partes blandas en toda la superficie del cráneo, especialmente en la región parietal". (Dr. Hasbun).

OBSERVACION N° 47/31479. — A. M. M.

Recién nacido de 2 días de edad, que llega a la Posta de Primeros Auxilios del hospital Manuel Arriarán, el 24 de setiembre de 1947, por advertirse este mismo día llamativa palidez y aumento de volumen del cráneo.

Antecedentes familiares. — Sin importancia, aparte de ser la madre multipara con otros dos hijos sanos.

Antecedentes personales. — Embarazo de término. Parto normal atendido en su domicilio por matrona del Seguro Obligatorio. No presentó signos de asfixia y tomó pecho al día siguiente. Llanto enérgico.

Enfermedad actual. — Al segundo día del nacimiento se advierte acentuada palidez con un tinte amarillento, el niño se decae y aparece aumento de volumen progresivo del cráneo.

Examen físico. — En el examen físico de la Posta Infantil, se destaca el compromiso del estado general y la palidez del niño. Se encuentra, además, un tinte amarillento. Temperatura: 36°. Edema palpebral moderado. Se observa una infiltración difusa del cuero cabelludo, que deja una huella profunda a la compresión del dedo. El resto del examen es negativo. Peso: 3 kilos 80 gramos. Talla: 49 cms.

Diagnóstico. Evolución. Tratamiento. — Se hace el diagnóstico de hematoma difuso del cuero cabelludo, y de anemia por hemorragia, practicándose inmediatamente una transfusión de sangre de 60 cc. e inyectándose 10 mgrs. de vitamina K por vía intramuscular.

Al día siguiente, el estado general del niño es bueno y fuera de su palidez se hace evidente una moderada ictericia. Se practica una punción aséptica

del cuero cabelludo y se obtiene sangre líquida. El hemograma, después de la transfusión anotada, revela: 3.400,000 de glóbulos rojos; Hb., 70.5 %; reticulocitos, 0,6 %; leucocitos, 12.800; segmentados, 49; baciliformes, 27; linfocitos, 19; anisocitosis normocroma; plaquetas normales (Dr. Eberhard).

Al tercer día de hospitalización la ictericia es muy intensa en la cara y disminuye rápidamente hacia las extremidades inferiores. Hay también ictericia conjuntival. Se observan equimosis bastante extensas en ambas regiones retro-auriculares, y algunos días después aparece equimosis lineares en ambos párpados superiores. Los exámenes de orina muestran urobilina abundante y ausencia de pigmentos biliares. Las deposiciones durante su estada, son bien teñidas.

La bilirrubinemia es de 15 mgrs. por mil al 7º día y la reacción de Van den Bergh es directa negativa.

El tiempo de protrombina es de 35 segundos (normal 20 segundos) al 4º día y se normaliza al 9º día. (Método de Quick).

El céfalohematoma produce un aumento de volumen uniforme del cráneo y en el día del alta persiste, pero ha disminuido francamente (9 días).

La radiografía lateral del cráneo (ver fotografía) tomada a los 7 días, muestra un aumento de grosor de las partes blandas en toda la extensión de la superficie craneana, sin estar interrumpido a nivel de las suturas. (Dr. Hasbun).

La ictericia, que se había generalizado desde el tercer día y que llamaba la atención por su intensidad, disminuye notablemente al 6º día y desaparece al 8º día.

La sangre trasfundida es de 110 cc. en total y el hemograma de control practicado al 6º día revela 6,620,000 glóbulos rojos, con 148 % de Hb. Se inyectan 9 mgrs. de vitamina K diariamente durante 7 días.

COMENTARIO

Como ya hemos señalado, la importancia de los casos expuestos reside en la aparición de una hemorragia obstétrica del recién nacido, que por sus caracteres semiológicos corresponde a la variedad de céfalo hematoma, llamado subaponeurótico, y que ha producido un cuadro de anemia aguda por hemorragia interna. En frente del síndrome descrito, y en ausencia de antecedentes de una hemorragia visible, no cabía dudar de que la extravasación sanguínea, representada por el hematoma difuso del cráneo, era la causa de la anemia.

Ya se ha descrito, en el relato de la segunda observación clínica, que en la punción aséptica del cuero cabelludo efectuada al tercer día de hospitalización, se obtuvo sangre líquida.

El céfalo hematoma subaponeurótico, denominación propuesta por Finkelstein¹, es una hemorragia obstétrica del recién nacido, que se sitúa entre el periostio y la aponeurosis epicraneana, y esto explica que no sea delimitado por las suturas, como ocurre siempre con el céfalo hematoma corriente, que es subperióstico. La radiografía de cráneo (ver fotografía) del segundo caso relatado pone en evidencia este hecho.

Es clásico hacer el diagnóstico diferencial del céfalo hematoma con otras deformaciones, que puede presentar el cráneo del recién nacido. En nuestro caso importa sólo recordar que la bolsa o tumor serosanguíneo tampoco queda delimitada por las suturas, pero, además de tener una patogenia distinta, esta infiltración aparece con el nacimiento, comienza a decrecer en las primeras veinticuatro horas y desaparece a los 2 ó 3 días.

Respecto de su frecuencia, este tipo de céfalo hematoma parece ser muy raro. Finkelstein¹ relata dos casos asociados a hemorragia cerebral. Pfaundler² alude a hematomas que pueden aparecer a nivel del tumor serosanguíneo y que, en ocasiones, se asocian con una pronunciada ictericia neonatorum. No hay duda que esta referencia corresponde al tipo de céfalo hematoma que nosotros presentamos. Brennemann³, Degkwitz⁴ y Holt⁵ no lo mencionan. Garrahan⁶ cita dos casos observados en su servicio por Traversaro. En tratados de obstetricia, como el de M. Luis Pérez⁷, tampoco aparece descrito.

En la revisión que hemos hecho de la literatura pertinente de los últimos años no hemos encontrado publicaciones de casos análogos.

En los pocos casos de céfalohematoma subaponeurótico descritos en la literatura por nosotros revisada, únicamente se refieren a sus caracteres locales. En los nuestros se agrega un síndrome de anemia aguda, que está presente en ambas observaciones y que les proporciona casi toda su importancia clínica. En efecto, la palidez intensa, el compromiso acentuado del estado general y los datos hematológicos descritos, constituyen el síndrome de la anemia aguda por hemorragia.

En el primer caso, en que el tamaño del hematoma era mayor, se encuentra una cifra de 1.480.000 glóbulos rojos, y en el segundo caso el recuento, hecho también después de una transfusión de urgencia, da 3.400.000 glóbulos rojos. En este último niño la cifra de hematíes no es excesivamente baja, pero también merece perfectamente el calificativo de anemia aguda, por los síntomas clínicos, por el hecho de haberse encontrado esa cifra después de una transfusión de 60 cc., cantidad de sangre bastante grande para un niño de 3 kilos, y por tratarse de un recién nacido de 3 días de edad, que normalmente debe tener entre 5 y 6 millones de glóbulos rojos. Por último, debemos recordar que en el determinismo del cuadro de la anemia aguda por hemorragia es mucho más importante la brusquedad de la pérdida sanguínea que su cantidad, y este hecho aparece también claramente establecido en la historia del niño que se analiza.

Respecto de los signos hematológicos de anemia aguda, aparte de la disminución de los glóbulos rojos, no es posible interpretar exactamente las demás modificaciones conocidas, porque lo impiden las peculiares características del hemograma del recién nacido, tanto en la cifra y fórmula de glóbulos blancos como de reticulocitos, etc.

Es fácilmente explicable que la cantidad de sangre extravasada en estos casos sea mucho mayor que en el céfalohematoma subperióstico, ya que en ellos no existe una barrera mecánica que limite la difusión del derrame y que está representada en el céfalohematoma ordinario por la firme adherencia del periostio a nivel de la sutura. Por otra parte, el espacio donde la sangre se vacía es el "espacio supraparietístico", ocupado por tejido conjuntivo muy laxo, que debe oponer muy poca resistencia a la difusión de la sangre. Estas dos circuns-

tancias anatómicas, creemos nosotros, facilitan la producción de una gran hemorragia.

Por otra parte, están los dos factores que explican las hemorragias obstétricas del recién nacido y que son el traumatismo del parto y la tendencia fisiológica a la hemorragia que se presenta en esta edad de la vida. Respecto del factor traumático, debido al parto mismo, no está presente en la historia de nuestros niños, dentro de la relatividad de los datos proporcionados por los padres.

Sin embargo, y en contra de lo que dicen otros autores de prestigio, Finkelstein y Pfaundler afirman que el céfalo-hematoma es más frecuente en partos fáciles o rápidos que en partos laboriosos.

En los dos casos expuestos se determinó el tiempo de protrombina, que estaba en los primeros días francamente elevada, lo que viene a demostrar que se ha tratado de una acentuación de la hipoprotrombinemia fisiológica del recién nacido, como el factor más importante en la patogenia de esta hemorragia. En este sentido, los casos relatados vienen a representar una modalidad especial del síndrome de la "enfermedad hemorrágica del recién nacido", pero que por su particular cuadro clínico merecen una denominación también particular. Nos ha llamado la atención la ictericia generalizada y de un grado tan intenso como rara vez se observa en el cuadro de la ictericia fisiológica del recién nacido, por lo que pensamos que se ha sumado a este proceso fisiológico la hemólisis de la gran cantidad de sangre acumulada en el hematoma.

RESUMEN

1. Se relatan dos observaciones clínicas de anemia aguda del recién nacido, producida por céfalo-hematoma subaponeurótico.
2. En la revisión de la literatura correspondiente destaca la rareza de dicha variedad de céfalo-hematoma y no se encuentra referencia a la producción de un cuadro de anemia aguda.
3. Se comenta la patogenia del síndrome y se concluye que viene a constituir una modalidad clínica de la "enfermedad hemorrágica del recién nacido".

SUMMARY

The author concerns himself with two clinical observations of acute anemia of the newly born, produced by subaponeurotic cephalohematoma. This cephalohematoma, a type thus, named by Finkelstein, was confirmed by X Ray and aseptic puncture. The hematological study confirmed the diagnosis of acute anemia by hemorrhage.

Both cases recovered rapidly and the basis of the treatment consisted in blood transfusions and Vitamin K.

In the revision of the corresponding literature brought out the rareness of the said type of cephalohematoma and references to the production of acute anemia in these cases has not been found.

The author comments upon the pathogeny of the syndrome and concludes that these cases constitute a clinical modality of the "hemorrhagic disease of the newly born" since there are no antecedents of obstetric traumatism and in both, the time of prothrombin (Quick Method) was very drawn out. He emphasizes, finally the appearance in both children of physiological jaundice of extraordinary intensity.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—FINKELSTEIN, H. — Tratado de las enfermedades del lactante. Labor, 1941.
- 2.—PFAUNDLER, M. y SCHLOSSMANN, A. — Tratado enciclopédico de enfermedades de la infancia. Seix, 1934.
- 3.—BRENNEMANN, J. — Practice of Pediatrics. W. F. Prior, 1945.
- 4.—DEGKWITZ y col. — Tratado de Pediatría. Labor, 1935.
- 5.—HOLT y HOWLAND, J. — Tratado de Pediatría. Edit. Hispano-Americana, 1943.
- 6.—GARRAHAN, J. — Medicina Infantil. El Ateneo, 1944.
- 7.—PEREZ, M. — Tratado de Obstetricia. López A. Buenos Aires, 1939.