

Plagiocefalia craneal anterior

La **plagiocefalia craneal** anterior, consiste en el cierre unilateral de una de las **suturas coronales**.

Depende de la fusión temprana de la sutura hemicoronal, la cual es la forma más relevante de la plagiocefalia, en términos de implicaciones clínicas

Epidemiología

Su incidencia estimada oscila entre 0,4 y 1 por cada 1.000 nacidos vivos.

Tipos

Bruneteau y Mulliken dividieron esta malformación en tres subtipos:

deformacional, compensadora y sinostótica.

La primera se debe a un trauma de parto o bien a fuerzas intrauterinas.

La variante compensadora se debe al cierre de la sutura lambdoidea, que secundariamente produce una deformidad del cráneo anterior.

El subtipo sinostótico corresponde al cierre de una de las suturas coronales.

Clasificación de Di Rocco y Velardi

Tipo I se caracteriza por plagiocefalia unilateral anterior aplanamiento del hueso frontal y la elevación superior de la cresta orbital sin desviación de la pirámide nasal. El vómer y los huesos pétreos mantienen una posición normal.

Tipo II las anomalías frontoorbitarias, se acompañan de desviación contralateral de la pirámide nasal y el desplazamiento homolateral anterior del peñasco.

Una desviación del hueso esfenobasilar se asocian con las anomalías antes en relación con el tipo III anterior plagiocefalia. Los tres tipos de craneosinostosis Esta forma particular de diferenciación con dificultades en el manejo quirúrgico y los resultados.

Clínica

Se presenta clínicamente como una deformidad bifrontal, puesto que mientras en el lado de la sinostosis el desarrollo del hueso frontal se encuentra impedido, en el lado opuesto se observa una prominencia por la redirección de los vectores de crecimiento hacia ese lado. Desde el punto de vista de las alteraciones en la base craneana, la sinostosis produce un levantamiento a nivel del ala del

esfenoides, lo que junto al frontal poco desarrollado, lleva a alteraciones en la capacidad de la caja craneana. Por un lado, hay falta de desarrollo de la fosa anterior y, por otro, protrusión en la fosa temporal, ambos en el lado de la sutura fusionada. Finalmente estas alteraciones, tanto las de la calota, como las de la base del cráneo, generan una asimetría facial por deformidad en la órbita ipsilateral, que se presenta más pequeña con desviación del tabique y la raíz de la nariz hacia el lado de la sutura con sinostosis.

Tratamiento

El tratamiento consiste en la remodelación del frontal, que incluya la sutura comprometida y avance desde el reborde superoexterno orbitario ipsilateral hacia la sutura.

Pronóstico

Es muy probable que los diferentes resultados dependen de los diferentes grados de participación en el proceso las suturas de la base cráneo, que no se ven afectados por los procedimientos quirúrgicos (Pelo y col., 2011).

Bibliografía

Pelo, Sandro, Giampiero Tamburrini, Tito Matteo Marianetti, Gianmarco Saponaro, Alessandro Moro, Giulio Gasparini, y Concezio Di Rocco. 2011. «Correlations between the abnormal development of the skull base and facial skeleton growth in anterior synostotic plagiocephaly: the predictive value of a classification based on CT scan examination». *Child's Nervous System: ChNS: Official Journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery* (Julio 1). doi:10.1007/s00381-011-1514-x. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21720819>.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN 1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=plagiocefalia_craneal_anterior

Last update: **2025/05/04 00:02**

