

Cefalhematoma.

Se comprende bajo la denominación de *cefalhematoma* un tumor que se observa frecuentemente en los recién nacidos, constituido por el derrame de sangre entre la superficie externa de los huesos craneales y el periostio.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Describiré en esta enfermedad dos modalidades completamente distintas, desde las consideraciones etiológicas á las indicaciones terapéuticas: el *cefalhematoma subcutáneo* y el *subperióstico*. No forman variedades de una misma entidad nosológica, pues la única que representa genuinamente al verdadero cefalhematoma es la hemorragia subperióstica; pero en la clínica hay que saberlas diferenciar, y es necesario, por consiguiente, estudiar una y otra.

En el *cefalhematoma subcutáneo* ó espúreo, el derrame de sangre se verifica por encima de la aponeurosis, no—como algún autor cree—por debajo de ella; porque si así fuera, no ofrecería la piel el cambio de color que, como veremos, constituye uno de sus síntomas, sino en la piel y en el tejido celular subcutáneo. Puede considerársele como una especie de equimosis, ya que es una hemorragia intersticial; se forma exclusivamente durante el parto; su causa es la larga duración de éste en presentación de vértice, después de rota la bolsa de las aguas; y la patogenia, la hiperemia venosa llevada á un alto grado y la ruptura de algún vaso, debida á ella, efecto de la constricción que el cuello de la matriz ejerce alrededor de la parte que se presenta.

El cefalhematoma propiamente dicho ó verdadero, ofrece una etiología mucho más difícil de determinar, si bien la patogenia es clara en último resultado.

Dubois calcula que se presenta una vez entre cada 400 ó 500 niños, y según Hennig y Hofmohl en un 0,43 á 0,60 por 100. Aparece en ocasiones á las veinticuatro y cuarenta y ocho horas después del nacimiento, no obstante haber sido el parto fácil y breve, y aun en presentación pelviana (Zeller, Klein), citándose también casos observados en fetos, es decir, antes del nacimiento (Nægele, Osiander).

Las interpretaciones patogénicas que se han propuesto son muy variadas, habiéndose atribuido la hemorragia á un simple desprendimiento del pericráneo (Dubois); á un estado morbo del hueso (Michaëlis); á una disposición de los vasos semejante á la que ofrecen en el tumor erectil (Siebold); á la deficiente soldadura de la lámina externa de los parietales, lo que hace que ofrezca verdaderas fisuras, las cuales contienen vasos voluminosos que dan al hueso la apariencia de una esponja llena de sangre (Féré y Broca), cuya disposición anatómica explica el por qué un traumatismo ocasiona la hemorragia.

Estas diferentes hipótesis no son igualmente admisibles, si bien algunas son de indudable, aunque sólo relativo valor. La de Dubois la creo aceptable porque explica uno de los procedimientos, probablemente el más frecuente, de producción de la hemorragia; la de Michaëlis no la conceptúo admisible, porque

aunque no niego su posibilidad en algún caso, sería excepcional, pues de ordinario termina rápidamente el cefalhematoma por la curación; la de Siebold no la creo tampoco aceptable, porque los *nævi materni* no están constituidos por una colección de sangre, sino por vasos de distinto calibre, según la variedad de *nævi*; y la de Féré y Broca tampoco, porque el que los huesos del recién nacido ofrezcan ciertos detalles de estructura no nos explica el mecanismo de la verificación de la hemorragia.

Entiendo que el hecho es satisfactoriamente explicable por las condiciones anatómicas normales de la parte afecta, entre las que se encuentran la escasa adherencia del periostio á la superficie de la bóveda craneal, excepto en las suturas y la tenuidad de los vasitos que van desde el pericráneo á los huesos; dadas semejantes condiciones, una violencia cualquiera, un simple frotamiento medianamente intenso, es suficiente para hacer deslizarse con rudeza y en un grado excesivo al cuero cabelludo sobre un punto determinado del cráneo y ocasionar la ruptura de algún vaso y la hemorragia consiguiente. Una vez establecida esta patogenia, se explica que surja la enfermedad, sea cualquiera la presentación en que nazca el feto, siendo natural que ofrezca el máximum en los casos en que el parto es laborioso, y explicándose también que pueda experimentar el feto dentro del útero alguna violencia que determine el despegamiento parcial del cuero cabelludo, si bien este último caso debe ser extraordinariamente raro. Si se me arguyera que cómo se explica por este procedimiento patogénico el desarrollo de la enfermedad uno ó dos días después del nacimiento, contestaría que podría atribuirse semejante tardanza á que hubiera quedado el vaso roto, magullado por la violencia, y por lo tanto con una hemostasis accidental, que desapacería al lavar al niño ó al ponerle el gorro; ó bien que haya tenido lugar alguna violencia después del parto; ó ya que sea una rotura muy ligera ó en un vaso de pequeño calibre, cuyas circunstancias hagan que la sangre se vaya derramando lentamente por tener que vencer, para acumularse, la resistencia que el cuero cabelludo ofrece.

PATOGRAFÍA.—El *cefalhematoma subcutáneo* es de forma irregular, no hallándose limitada su extensión por las suturas craneales; de consistencia pastosa, aunque en grado variable, ofreciendo rarísima vez fluctuación; coloración violácea, de contorno regular ó irregular y sin relieve en su periferia. Su curso es rápido, pues al día siguiente al del nacimiento comienzan á disminuir su consistencia y su volumen, y desaparece en pocos días mediante la reabsorción de la sangre infiltrada en los tejidos; el color violáceo, aunque dura unos días más, desaparece también por un procedimiento análogo al de los equimosis.

El cefalhematoma *verdadero* es más ó menos redondeado, fluctuante, la coloración de la piel que le cubre es normal ó algo pálida por la isquemia que determina la presión excéntrica del líquido, y muy rara vez está coloreada; indolente, sin latidos, y á los tres ó cuatro días se desarrolla un rodete duro que le circunscribe de una manera fácilmente

apreciable al tacto, y que aumenta de grosor en los días subsiguientes. Comprimiendo con un dedo en el centro del tumor, se toca la superficie del hueso en que descansa, en el caso de que sea poco prominente, es decir, que sea aplastado, pues si es bastante elevado y tenso, sólo se puede tocar la superficie ósea en las márgenes del tumor comprimiendo sucesivamente con un dedo en los diferentes puntos de su extensión. Respecto de la localización del cefalhematoma, citaré la estadística de Hening, según la cual, de 124 casos asentaba: 57 veces en el parietal derecho, 37 en el izquierdo, 21 en los dos parietales, predominando en la mayoría de casos en el derecho, 7 en el occipital, 3 en el frontal y 2 en un temporal.

La naturaleza del rodete no está bien determinada, pues mientras unos autores le creen formado por fibrina, la mayoría le conceptúan óseo. Lo primero no es aceptable, porque es demasiada su consistencia para estar constituida por fibrina; y lo segundo tampoco, porque se desarrolla en tres días, tiempo que me parece insuficiente para una formación verdaderamente ósea. Yo creo que con el tiempo llega á ser ósea ó casi ósea, pero que al principio se trata de una proliferación de la capa subperióstica, suscitada por el estímulo que en ella despiertan la causa morbígena y la presencia de la sangre, en cuyos elementos neo-formados se verifica después la osificación.

Su *curso* es crónico, pues aumenta de volumen durante unos días, después se estaciona, y por último comienza á decrecer, pero con mucha lentitud, pues invierte en su desaparición un período de tiempo que oscila entre varias semanas y algunos meses, siendo el rodete duro el último que se borra.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO. — El directo es fácil teniendo en cuenta lo expresivo del cuadro sintomático, siendo el rodete duro lo más característico. El diagnóstico diferencial con el *espúreo* no ofrece dificultad alguna, porque éste no suele ofrecer fluctuación, su color es violáceo y no presenta el borde duro; aparte de la luz que arroja lo rápido de su declinación, se distingue del *meningocelo* y del *encefalocelo*, en que no presenta latidos, no sube ni baja con los movimientos respiratorios, no aumenta su volumen por los esfuerzos que hace el niño, ni disminuye por la presión que sobre él se practique, ni esto determina somnolencia ni ningún otro fenómeno nervioso. Del *angioma*, en que no ofrece la coloración azulena ó rojiza ni el aspecto arborescente que éste, y

aun cuando el angioma subcutáneo no presenta estos caracteres, la fluctuación del cefalhematoma, y sobre todo la margen dura, permitirán hacer el diagnóstico. De un *absceso*, en que existiría dolor á la presión y flegmasia periférica. Y del *aneurisma*, en que éste presenta latidos, movimientos de expansión, etc.

PRONÓSTICO. — El de ambas variedades es benigno en tanto se mantengan en estado de simplicidad; pues si sobrevienen complicaciones, ya sean debidas á un mal tratamiento ó por otras causas, la gravedad estará en relación con la naturaleza é intensidad de los procesos que se hayan desarrollado.

TRATAMIENTO. — El del *subcutáneo* ofrece de ordinario una sola indicación negativa: la de no emplear pomadas, pues considero á todas inútiles é inconvenientes; basta con cubrir el tumor con algodón hidrófilo para evitar roces, y para que el abrigo que proporciona favorezca la reabsorción de la sangre infiltrada en los tejidos. Si por casualidad tomara un curso inflamatorio y se transformara en absceso, desbríde-sele cuanto antes en el punto más declive, comprímase muy suavemente para que salga el pus, y sin hacer inyección ninguna póngase la cura común, es decir, un poco de gasa simple, algodón y venda. El curso ulterior nos señalará la conducta que hemos de seguir.

El tratamiento del *cefalhematoma subperióstico* es objeto de variados pareceres, cuya crítica voy á hacer brevemente, y á la vez manifestaré la conducta que, en mi opinión, debe seguirse.

El primer importantísimo punto de discusión que se presenta es el siguiente: ¿Debe emplearse una terapéutica expectante? La opinión de muchos autores se pronuncia en sentido afirmativo, aconsejando algunos la aplicación de tales ó cuales substancias medicamentosas que no cito para combatir las, porque las rechazo á todas por ineficaces y aun nocivas, toda vez que pueden determinar enfriamientos y procesos irritativos en la piel. Mi convencimiento, resueltamente contrario á la expectación, es tan profundo, que supera al respeto que me inspira la autoridad de tantas opiniones acordes; pero como la manifestación escueta de mi discrepancia no constituiría una razón enfrente de estos pareceres, voy á indicar en qué me fundo, diciendo antes, en honor de la verdad, que estos autores aconsejan la incisión en el caso de que se forme absceso.

Pues bien: ¿qué ventajas y qué inconvenientes tiene el tratamiento expectante?

Entre las primeras debo colocar la evitación de los accidentes y com-