



## Hallazgo inesperado en una revisión rutinaria de una niña de 2 años

Cristina Bardella Gil<sup>a</sup>, Leire Arlabán Carpintero<sup>a</sup>, Juan Hidalgo Sanz<sup>a</sup>, Patricia Rubio Sánchez<sup>a</sup>, Raquel Subirón Ortego<sup>a</sup>, Carmen Villanueva Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>MIR-Pediatría. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España • <sup>b</sup>Pediatra. CS Torrero-La Paz. Zaragoza. España.

Publicado en Internet:  
14-junio-2021

Cristina Bardella Gil:  
cristinabardella@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El hueso parietal puede presentar pequeños defectos <1 mm (únicos o múltiples) considerados patología benigna secundaria a un defecto de osificación. Los defectos son a menudo palpables. En niños, los agujeros parietales grandes son generalmente asintomáticos, pero una pequeña proporción presenta vómitos, dolor local y cefaleas al ejercer una presión a la corteza cerebral desprotegida.

Cuando su diámetro es >5 mm, se llaman agujeros parietales gigantes, en el cual el tratamiento quirúrgico puede ser necesario por medio de injertos óseos autólogos o mallas para proteger el cerebro subyacente. Cuando son pequeños el tratamiento es conservador.

Se trasmite con herencia autosómica dominante. En ocasiones constituye un signo más de una asociación sindrómica. Se han observado asociados a craneosinostosis, microcefalia, defectos oculares o del oído, sindactilia y polidactilia. Su hallazgo debe llevar a investigar la existencia de otras anomalías en el paciente y de otros casos en la familia.

### CASO CLÍNICO

Niña de dos años, sin antecedentes de interés, que en la revisión de los 2 años se aprecia una depresión a nivel del vértex de la calota craneal sin osificación. Se solicita una radiografía de cráneo en la que se observa una depresión radiolúcida en la línea media parietal de la calota, compatible con un foramen parietal (Fig. 1).

Se completó el estudio con una tomografía computarizada de cráneo (Fig. 2) con el objetivo realizar diagnóstico diferencial con otras patologías que pueden dar imágenes similares neoplasias, alteraciones postraumáticas, mielomeningoceles congénitos, osteomielitis, tumores de la bóveda craneal,

Figura 1. Radiografía donde se observa una línea radiolúcida a nivel de la calota



metástasis. En la tomografía computarizada se observó una depresión que afectaba a la tabla externa del hueso parietal bilateral con extensión del defecto de 50 mm × 25 mm, confirmando el diagnóstico de foramen parietal magno. Dado las dimensiones del defecto se derivó a Neurocirugía para valorar cierre quirúrgico.

### CONCLUSIONES

El foramen parietal es considerado un defecto benigno de osificación. Pueden ser frecuentes en la población y, a menu-

Figura 2. Reconstrucción de la tomografía computarizada en 3D donde se aprecia el defecto óseo a nivel de la calota de unos 5 cm



do, por su pequeño tamaño, pueden pasar desapercibidos. Sin embargo, algunos pueden alcanzar mayores tamaños. Cuando el tamaño es >5 mm se consideran foramen parietal magno y el tratamiento es quirúrgico.

Al ser una patología de herencia autosómica dominante que puede asociar otras malformaciones siempre se debe descartar otras patologías en el niño y otros familiares afectados.

#### CONFLICTO DE INTERESES

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