

Cefalohematoma com extensão intra orbitária

Braga, F. M. *; Cavalheiro, S. *; Tella Jr., O. I. *; Moreira, J. B. C. **

INTRODUÇÃO

Cefalohematoma é a coleção de sangue, parcialmente coagulado, entre a tábua ossea e o couro cabeludo. Esta coleção pode se dar entre o osso e o perióstio (subperiostal) ou entre o perióstio e a gálea epicraniana (subgaleal). A maioria dos casos ocorre em recém-nascido por trauma de parto, principalmente no parto a forceps e raramente se acompanham de lesão cerebral. Em crianças e adolescentes, é bem menos freqüente e é muito raro em adultos. Trata-se de patologia benigna, de absorção espontânea e raramente traz complicações. Estas, quando ocorrem, estão relacionadas com a perda sangüínea, as vezes suficiente para levar um recém-nascido ao choque hipovolêmico ou com a infecção do cefalohematoma, que pode se instalar, principalmente, se forem punccionados.

Relatamos um caso, bastante raro, sem descrição semelhante na literatura nacional, de um cefalohematoma em adolescente, de instalação lenta e piora aguda, que atingiu grande volume e penetrou dentro de ambas cavidades orbitárias, ocasionando cegueira irreversível de um dos lados.

RELATO DO CASO

CG, 13 anos, sexo feminino, natural e procedente de São Paulo. Há 4 dias começou a sentir ligeira dor na região parietal esquerda, notando pequena elevação no local. No dia seguinte foi levada ao médico que notou a presença de um pequeno cefalohematoma na região correspondente à dor tranquilizando a todos sobre a benignidade da patologia. Após 3 dias a dor persistia, de fraca intensidade e a elevação local era um pouco maior. Na madrugada do quarto dia, a paciente acordou com intensa dor na cabeça e nos olhos e a família notou que a cabeça estava toda inchada, incluindo a testa e os olhos saltados, bem mais à esquerda. Chamaram o pediatra que chegou à residência 2 horas após e neste intervalo houve piora acentuada na protusão do olho esquerdo. Conduzida de imediato ao Hospital S. Paulo foi examinada pela equipe de neurocirurgia. No exame de entrada, observado a presença de um enorme cefalohematoma tomando toda a extensão do crânio incluindo a fron-

te, com enorme tensão no couro cabeludo. Havia proptose bilateral, bem mais acentuada a esquerda, onde o olho era intensamente comprimido pela pálpebra inferior e havia lafogtismo (foto 1). O olho esquerdo era amaurótico, com midriase, ausência dos reflexos pupilares e oftalmoplegia total. Do lado direito a proptose era menor, os movimentos e acuidade visual estavam normais e não havia lafogtismo. Como antecedente a paciente referia que algumas horas antes de sentir a dor inicial havia enxugado fortemente os cabelos.



Fig. 1 — Proptose bilateral, maior à esquerda.

Encaminhada de imediato ao centro cirúrgico, no trajeto começou a gritar de dor no ouvido esquerdo. Enquanto os preparativos cirúrgicos eram feitos, deu-se a drenagem espontânea de grande quantidade de sangue pelo ouvido esquerdo e a dor melhorou. Foi feita a cirurgia, saindo bastante sangue liquefeito, mas restando grande quantidade de coágulos. Foi deixado dreno de Penrose. Examinada pelo otorrino, foi constatado na otoscopia uma abertura na pele da parede lateral e posterior do conduto auditivo, na frente do tímpano o qual estava íntegro, de onde ainda escorria sangue (foto 2). A paciente foi vista pelo oftalmologis-

* Disciplina de Neurocirurgia da Escola Paulista de Medicina.
** Disciplina de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina.

ta que após ter feito uma cantotomia à esquerda para diminuir a compressão das pálpebras sobre o globo ocular, puncionou com agulha grossa a região superior e retro orbitária, sem que houvesse a saída de sangue, mas sim de serosidade sanguinolenta.



Fig. 2 — Drenagem sanguínea através do conduto auditivo externo.

O exame de fundo de olho mostrou edema de papila e hemorragias retinianas a esquerda, sendo o exame normal a direita. Foi feita tarsorrafia no olho esquerdo e recomendado compressas geladas no olho direito e colocado pomada oftálmica para proteção da córnea. A paciente recebeu 300 ml de sangue fresco, vitamina k e cálcio. No dia seguinte foi submetida aos seguintes exames: RX de crânio que foi normal, exames de sangue feitos pela hematologia, que nada mostraram de anormal referente a crase sanguínea, tomografia computadorizada (fig. 3 e 4) que além do cefalohematoma extenso mostrou a presença de sangue intra orbitário de ambos os lados e proptose bilateral.

A paciente ficou 12 dias internada, apresentando melhora lenta e progressiva. Após 3 dias a proptose à direita melhorou bem, e nesta ocasião também foi retirado o dreno. A proptose à esquerda começou a melhorar no 5.º dia, ocasião em que se pode observar alguma movimentação ocular. O cefalohematoma foi reabsorvendo e na ocasião da alta, estava praticamente ausente. O olho esquerdo chegou à posição normal somente após 45 dias. No 20.º dia de pós-operatório foi desfeita a tarsorrafia, mostrando mácula corneana central, paralisia pupilar e atrofia papilar. Após 1 ano estava bem, com aspecto

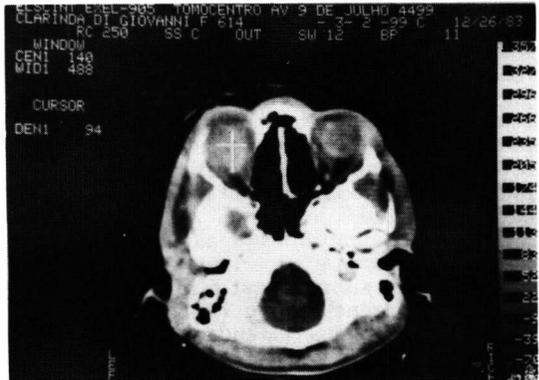


Fig. 3 — Tomografia computadorizada.

externo e movimentação dos olhos normais, mas com amaurose à esquerda e exotropia com esquerdo sobre direito. Neste período foi feita angiografia das carótidas e repetida a tomografia computadorizada, que nada mostram de anormal.

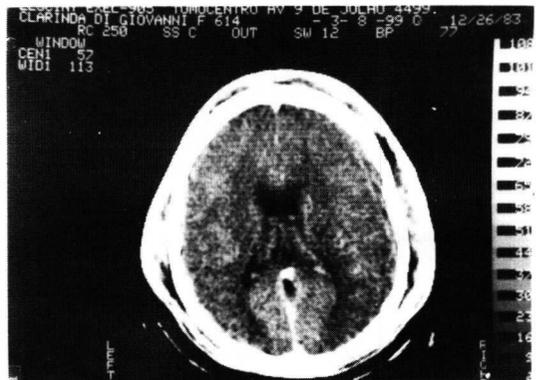


Fig. 4 — Tomografia computadorizada.

DISCUSSÃO

O cefalohematoma é mais freqüente em recém-nascido, 1 a 2%^{6,11} e, estando diretamente relacionado com o trauma de parto. Plauché⁹, estudando 123 casos da literatura encontrou que 28,8% ocorrem em partos espontâneos, 13,8% no parto a forceps, 48,8% na extração a vácuo e 8,9% nas cesarianas. Em 29% dos recém-nascidos com cefalohematoma existe uma coagulopatia⁹, na maioria dos casos por deficiência do fator Christmas IX¹. Em crianças, adolescentes e adultos os cefalohematomas são bem mais raros, devido à maior fixação do periosteó ao osso. Nestes casos, a causa traumática é a mais importante. O cefalohematoma pode

se desenvolver por tração forte sobre o cabelo, como em casos de brigas², acidentalmente prendendo o cabelo em rodas^{12,4} ou mesmo penteando-o fortemente⁵. Em nossa paciente, a origem do cefalohematoma pode estar relacionado com o enxugar fortemente os cabelos. O cefalohematoma, pode ainda estar relacionado com a presença de varizes periostais³, osteoblastoma⁸ ou sem qualquer causa aparente.

O cefalohematoma subgaleal é aquele que pode atingir toda a superfície craniana^{9,7} enquanto que o subperiosteal é mais localizado devido a aderência do periosteio às suturas cranianas. A gálea estende-se do rebordo orbitário, anteriormente, até a nuca e lateralmente até o nível do ouvido; o periosteio continua-se com a periórbita. O sangue subperiosteal na região frontal pode penetrar na cavidade orbitária deslocando inferiormente a periórbita. Rontal¹⁰ revendo a anatomia cirúrgica da órbita mostrou que a periórbita pode ser facilmente destacada do osso do teto orbitário desde a sutura fronto etmoidal até a sutura zigomática, em uma extensão de até 3 cm, restando um espaço de 5 mm até a fissura orbitária e canal óptico.

A expansão do cefalohematoma para dentro da cavidade orbitária é uma eventualidade bastante rara. Existe na literatura vários trabalhos sobre hematomas periostais intraorbitários, em geral traumáticos, mas são poucos os casos descritos de hematomas periostais orbitários consequentes a uma expansão do cefalohematoma.

Wolter¹⁴ em 78, relatou 1 caso de cefalohematoma traumático associado a hematoma periosteal orbitário, com evolução bastante semelhante a de nosso, incluindo uma cegueira irreversível. Em 1982, Seigel¹³ apresentou 3 casos de hematoma orbitário traumático, mas apenas 1 deles associado a hematoma subgaleal também com cegueira de um lado. Kuban⁷ em 1983 apresentou 6 casos de hematomas subgaleais em crianças devido a pequenos traumas, sendo que 1 deles desenvolveu proptose e diplopia e o CT identificou a presença de hematoma orbitário.

O sangue coletado junto ao teto orbitário desloca o periosteio inferiormente, empurra o globo ocular para fora e para baixo, estira o nervo óptico e comprime os músculos extrínsecos.

Nossa paciente era uma adolescente, que não teve nenhum traumatismo craniano, não apresentava nenhuma discrasia sanguínea, nenhuma mal formação vascular no couro cabeludo. O único dado positivo foi a referência de que havia enxugado fortemente os cabelos, que eram compridos. A dor apareceu 4 horas após. A evolução do cefalohematoma foi durante 3 dias bastante lento, mas teve uma piora súbita, dramática, du-

rante a noite, enquanto a paciente dormia, aumentando de volume e invadindo ambas as cavidades orbitárias. Quando intervimos no caso a situação era grave, com proptose do olho esquerdo atingindo um ponto máximo, oftalmoplegia completa e cegueira. A tensão do sangue no couro cabeludo era tão grande que chegou a romper a pele ao nível do conduto auditivo externo.

O tratamento do cefalohematoma é, no geral, conservador, uma vez que há absorção espontânea. Quando apresenta propagação para a órbita a drenagem do cefalohematoma se impõe. O intra orbitário pode ser puncionado^{14,15,7} e até mesmo evacuando através de orbitotomia anterior. No presente caso uma tentativa de extração de sangue orbitário através de punção com agulha grossa foram conduzidas pelo oftalmologista, sem sucesso. A cantotomia diminuiu a pressão orbitária. A atenção foi voltada para o olho direito, uma vez que havia a possibilidade de cegueira total, caso este lado também fosse comprometido, foram feitas compressas geladas além da observação cuidadosa. A hipótese de uma orbitotomia anterior à esquerda foi aventuada, mas a lesão do nervo óptico já estabelecida contraindicou. A paciente recebeu sangue fresco, cálcio, vitamina k no sentido de se corrigir alguma alteração na coagulação sanguínea, mas as provas feitas posteriormente, nada mostraram de anormal. A tomografia computadorizada foi realizada no dia seguinte, com o quadro já estabilizado. A presença de sangue dentro das órbitas dificultou a visualização das estruturas aí presentes. A TC de órbita nestes casos mostra massa com densidade de sangue, agudamente definida, com base alargada, tomando o teto orbitário, deslocando inferiormente o conteúdo orbitário e estirando o nervo óptico¹⁰.

O caso apresentado tem ainda a particularidade rara de ter ocorrido invasão bilateral das órbitas pelo sangue.

Após 1 ano a paciente não havia tido nenhuma recuperação da visão do lado afetado, o que já era esperado desde a fase aguda de instalação. Isto também ocorreu nos casos de Wolter¹⁴ e Seigel¹³.

Com esta apresentação queremos mostrar a possibilidade de uma extensão de cefalohematoma para dentro da cavidade orbitária, com graves conseqüências. A atenção especial deve ser voltada para os casos em que o cefalohematoma atinge as regiões frontais, e se apresentem bastante tenso à palpção, pois estes podem se propagar à órbita. A descompressão precoce pode evitar esta propagação prevenindo a cegueira, o estrabismo, o exoftalmo permanente, que também pode ocorrer pela fibrose que pode se desenvolver.

Em nosso caso, pela extensão, o hematoma inicialmente devia ser subgaleal, mas por sua propagação à órbita, subperiosteal. A possibilidade do hematoma subgaleal romper o periosteo e penetrar no espaço supariosteal pode ser aventada.

RESUMO

Os autores apresentam o caso de uma adolescente que desenvolveu um cefalohematoma de instalação lenta no início e piora muito rápida durante a noite, atingindo grande volume e tensão, expandindo-se para ambas as cavidades orbitárias. Como consequência ocorreu proptose bilateral, maior à esquerda, onde se instalou uma oftalmoplegia completa e cegueira, esta, irreversível. O cefalohematoma atingiu tal tensão que houve ruptura e drenagem espontânea do mesmo através da pele no conduto auditivo externo.

A causa do desenvolvimento do cefalohematoma pode estar relacionado com a tração nos cabelos exercida pela própria paciente ao enxugá-los fortemente.

Trata-se de caso bastante raro, sem descrição semelhante na literatura de nosso país.

SUMMARY

Authors present a case of cephalohematoma in a adolescent girl, probably related to a traction of the hairs while drying. At the beginning the growing of the cephalohematoma was slow, quickly increasing after 3 days, penetrating the blood inside the orbital cavities. As a consequence, there was bilateral proptosis, bigger on the left side where an ophthalmoplegia and irreversible loss of vision were present. The blood below the scalp reached such a tension that there was an spontaneous drainage to the rupture of the skin inside the external auditory canal. Literature shows the rarity of orbital hematomas related to cephalohematomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHUJA, G. L.; WILLOUGHBY, M. L. N.; KERR, M. M. — Massive subaponeurotic hemorrhage in infants born by vacuum extraction. *Br. Med. J.* 3: 743-5, 1969.

2. CANTU, R. C. — Complications of long hair. *Lancet*, 1: 350, 1971.
3. DAVIDSON, R. I.; PHILLIPS, K. N. N. P.; ZITO, J. — Spontaneous subgaleal hematoma associated with a periosteal varix. *J. Neurosurg.* 56: 861-4, 1982.
4. FABER, M. M. — Massive subgaleal hemorrhage: a hazard of playground swings *Clinica pediatrica*. 15: 384-5, 1976.
5. FALVO, E. E.; SAN FILIPPO, J. A.; VARTANY, A. — Subgaleal hematoma from hair combing *Pediatrics*. 68: 583-4, 1981.
6. INGRAM, M. D. & HAMILTON, W. M. — Cephalohematoma in the Newborn. *Radiology* 50: 503-7, 1950.
7. KUBAN, K.; WINSTON, K.; BRESNAN, M. — Childhood subgaleal hematoma following minor head trauma. *Am. J. Dis. Child.* 137: 637-40, 1983.
8. FITLYK, P. J. & GUICHARD, J. A. — Aggressive Osteoblastoma Associated With Subgaleal Hematoma. *Surg. Neurol.* 15: 355-75, 1981.
9. PLAUCHE, W. C. — Subgaleal hematoma, a complication of instrumental delivery. *Jama*. 244: 1597-1598, 1980.
10. RONTAL, M.; RONTAL, E.; GUILFORD, F. T. — Surgical anatomy of the orbit. *Ann. Otol.* 88: 382-6, 1979.
11. SHAFFER, A. J.; AVERY, M. E. — Disease of the Newborn. Philadelphia, WB Saunders, 1971. p. 583.
12. SCOTT, M. — Subgaleal hematoma caused by hair pulling. *JAMA* 205: 116, 1968.
13. SEIGEL, R. S. WILLIAMS, A. G.; HUTCHISON, J. W. et al. — Subperiosteal hematomas of the orbit: angiographic and computed tomographic diagnosis. *Radiology*. 143: 711-4, 1982.
14. WOLTER, J. R. — Subperiosteal hematomas of the orbit in young males: A serious complication of trauma or surgery in the eye region. *Tr. Am. Ophth. Soc.* 77: 104-15, 1979.
15. WOLTER, J. R.; VANDERVEEN, G. J.; WACKSMAN, R. L. — Post traumatic subgaleal hematoma extending into the orbit as a cause of permanent blindness. *J. Ped. Ophthalmol. Strab.* 15: 151, 1978.

UNITERMOS: Cefalohematoma. Extensão intra orbitária.

KEY WORDS: Cephalohematoma. Intraorbital extension.