

# 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 lafotalmo (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 lafotalmo. 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

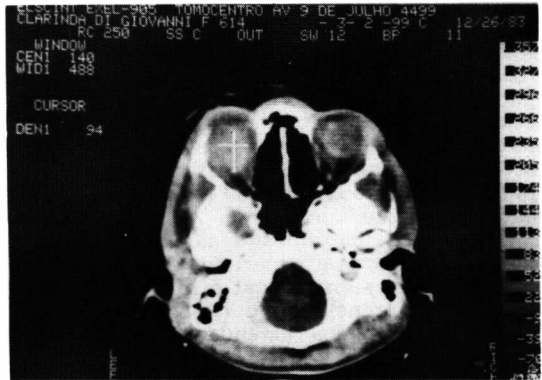


Fig. 3 — Tomografia computadorizada.

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.

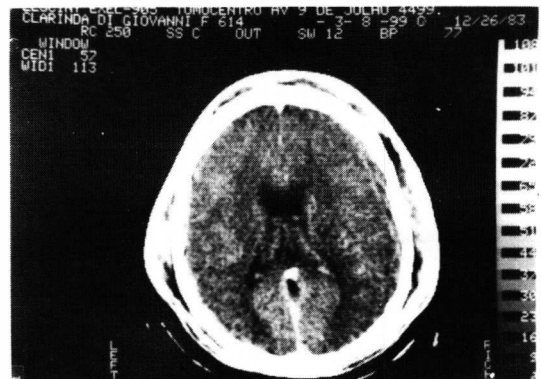


Fig. 4 — Tomografia computadorizada.

## DISCUSSÃO

O cefalohematoma é mais freqüente em recém-nascido, 1 a 2%<sup>6,11</sup> e, estando diretamente relacionado com o trauma de parto. Plauché<sup>9</sup>, 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 coagulopatia<sup>9</sup>, na maioria dos casos por deficiência do fator Christmas IX<sup>1</sup>. 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 brigas<sup>2</sup>, acidentalmente prendendo o cabelo em rodas<sup>12,4</sup> ou mesmo penteando-o fortemente<sup>5</sup>. 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 periostais<sup>3</sup>, osteoblastoma<sup>8</sup> ou sem qualquer causa aparente.

O cefalohematoma subgaleal é aquele que pode atingir toda a superfície craniana<sup>9,7</sup> enquanto que o subperiosteal é mais localizado devido a aderência do periosteo às suturas cranianas. A gálea estende-se do rebordo orbitário, anteriormente, até a nuca e lateralmente até o nível do ouvido; o periosteo continua-se com a periórbita. O sangue subperiosteal na região frontal pode penetrar na cavidade orbitária deslocando inferiormente a periórbita. Rontal<sup>10</sup> 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.

Wolter<sup>14</sup> 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, Seigel<sup>13</sup> apresentou 3 casos de hematoma orbitário traumático, mas apenas 1 deles associado a hematoma subgaleal também com cegueira de um lado. Kuban<sup>7</sup> 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 periosteo 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<sup>14,15,7</sup> 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 óptico<sup>10</sup>.

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 Wolter<sup>14</sup> e Seigel<sup>13</sup>.

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 palpação, 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

- 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.
- CANTU, R. C. — Complications of long hair. *Lancet*, 1: 350, 1971.
- DAVIDSON, R. I.; PHILLIPS, K. N. N. P.; ZITO, J. — Spontaneous subgaleal hematoma associated with a periosteal varix. *J. Neurosurg.* 56: 861-4, 1982.
- FABER, M. M. — Massive subgaleal hemorrhage: a hazard of playground swings *Clinica pediatrica*. 15: 384-5, 1976.
- FALVO, E. E.; SAN FILIPPO, J. A.; VARTANY, A. — Subgaleal hematoma from hair combing *Pediatrics*. 68: 583-4, 1981.
- INGRAM, M. D. & HAMILTON, W. M. — Cephalohematoma in the Newborn. *Radiology* 50: 503-7, 1950.
- KURAN, K.; WINSTON, K.; BRESNAN, M. — Childhood subgaleal hematoma following minor head trauma. *Am. J. Dis. Child.* 137: 637-40, 1983.
- FITLYK, P. J. & GUICHARD, J. A. — Aggressive Osteoblastoma Associated With Subgaleal Hematoma. *Surg. Neurol.* 15: 355-75, 1981.
- PLAUCHE, W. C. — Subgaleal hematoma, a complication of instrumental delivery. *Jama*. 244: 1597-1598, 1980.
- RONTAL, M.; RONTAL, E.; GUILFORD, F. T. — Surgical anatomy of the orbit. *Ann. Otol.* 88: 382-6, 1979.
- SHAFFER, A. J.; AVERY, M. E. — Disease of the Newborn. Philadelphia, WB Saunders, 1971. p. 583.
- SCOTT, M. — Subgaleal hematoma caused by hair pulling. *JAMA* 205: 116, 1968.
- 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.
- 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.
- 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.