

¿CRANEOLACUNIA O COBRE MARTILLADO?

CRANIOLACUNIA OR COPPER BEATEN SKULL?

Juan Camilo Márquez García¹

Mario Uribe Vargas²

Juan Alejandro Méndez Ayala³

María Antonieta Londoño Arévalo⁴

Con relativa frecuencia el radiólogo se enfrenta a una escanografía cerebral que presenta como hallazgo una irregularidad en el contorno de la tabla interna del cráneo. Frecuentemente se utiliza el término *craneolacunia* (*luckenschadel*) de manera intercambiable con *signo de plata martillada* o *de cobre martillado* (*copper beaten*). Vale la pena revisar la diferencia entre estos dos términos para que su uso sea el apropiado.

La *craneolacunia* es una displasia del hueso membranoso del cráneo, en la cual la tabla interna de la calota tiene un patrón de arborización dado por crestas de hueso normal que delimitan defectos óseos redondeados con disminución en el espesor o ausencia de tabla ósea interna. En algunas zonas el defecto es tan grave que solo hay cubrimiento por membranas de periostio y duramadre; de ahí el término *lacunae* o *laguna* (figuras 1A y 1B) (1,2).

Esta morfología característica es secundaria a un aumento de la presión intracraneana durante la vida fetal y se ha asociado muy frecuentemente con la malformación de Chiari II y con meningoceles, y en menor medida con encefalocelos. Además, es autolimitada y se resuelve completamente alrededor de los seis meses de vida. Su presentación es independiente del grado de hidrocefalia del paciente (2).

El aspecto de *plata martillada* o *de cobre martillado* hace referencia a la impresión que ocasionan las circunvoluciones y surcos sobre la tabla interna en pacientes con aumento de la presión intracraneana o hidrocefalia en un cráneo cuyas suturas se encuentran fusionadas. Este patrón es predominante en las regiones occipitales y suboccipitales. Se presenta en pacientes de mayor edad, con un pico de presentación alrededor de los 4 años y es menos frecuente en pacientes adolescentes y adultos. Su presentación en pacientes menores de 18 meses es improbable, en cuyo caso debe estar en asociación con cierto grado de cranosinostosis. En estos pacientes, la gravedad depende del grado de hipertensión endocraneana (figuras 2A, 2B y 2C) (3).

¹Médico Neurorradiólogo, Departamento de Radiología Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

²Médico Residente III de Radiología, Departamento de Radiología Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

³Médico Residente IV de Neurología, Departamento de Neurociencias Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

⁴Médica Residente II de Radiología, Departamento de Radiología Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

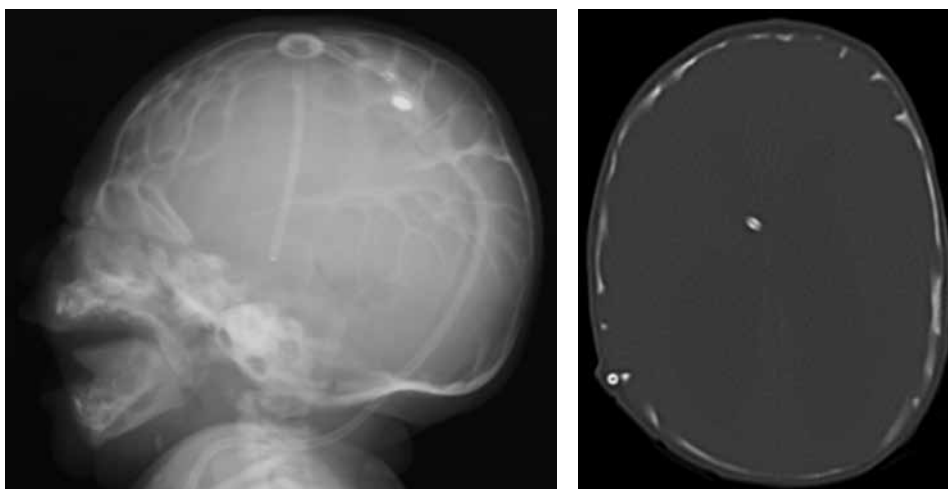
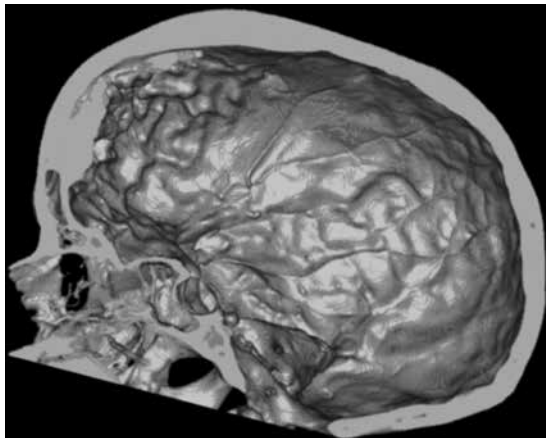
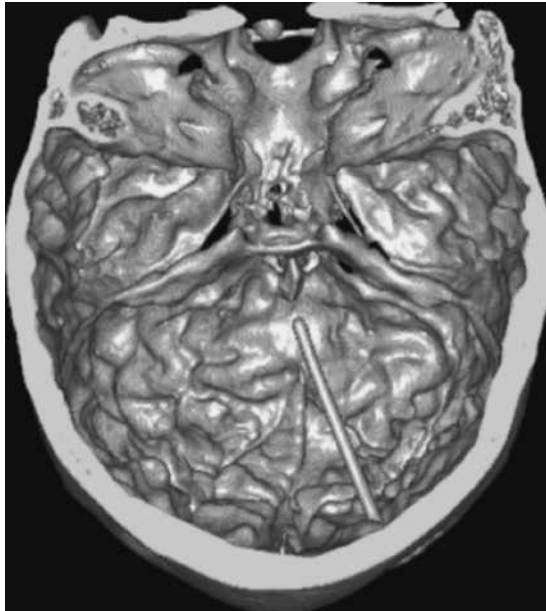
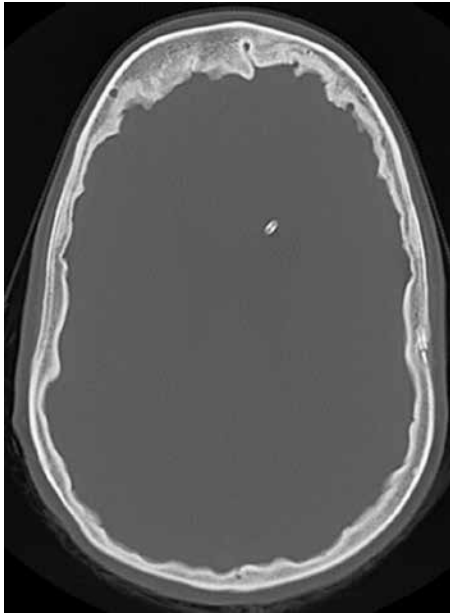


Fig 1. Radiografía convencional de cráneo (a) y corte axial de escanografía en ventana para hueso (b). Se demuestra la craneolacunia en un neonato con diagnóstico de malformación de Chiari II.



Como conclusión, aunque la causa inicial de ambas alteraciones es una hipertensión endocraneana, el aspecto por imágenes, la edad del paciente y la reversibilidad de la alteración deben guiar al radiólogo hacia un diagnóstico certero.

Referencias

1. Vogt EC, Wyatt GM. Craniolacunia (Lückenschädel): A report of 54 cases. *Radiology*. 1941;36:147-53.
2. Glass RB, Fernbach SK, Norton KI, et al. The infant skull: a vault of information. *Radiographics*. 2004;24:507-22.
3. Tuite GF, Evanson J, Chong WK, et al. The beaten copper cranium: a correlation between intracranial pressure, cranial radiographs, and computed tomographic scans in children with craniosynostosis. *Neurosurgery*. 1996;39:691-9.

Correspondencia

Juan Camilo Márquez García
Departamento de Radiología
Hospital Universitario San Ignacio
Carrera 7 # 40-61, piso 2
Bogotá, Colombia
juan.marquez@javeriana.edu.co

Fig 2. Corte axial de escanografía (a) y reconstrucciones tridimensionales de escanografía (b y c) con signo de plata martillada de predominio en las regiones occipital y suboccipital en una paciente de 25 años con hidrocefalia secundaria a estenosis acueductal. Adicionalmente presenta hiperostosis frontal interna como hallazgo incidental.