

COMENTARIO A LA CARTA AL EDITOR “¿CRANEOLACUNIA O COBRE MARTILLADO?”

Anibal J. Morillo¹

He leído con interés la carta al editor titulada “¿Craneolacunia o *cobre martillado*?” (publicada en este mismo número de la revista) acerca de la terminología usada para la descripción de la irregularidad de la tabla interna de la bóveda craneana, que, según la edad del paciente y la asociación con otras anomalías en el desarrollo, ha sido descrita de una manera metafórica, comparándola con el aspecto de la plato o del cobre martillado, o con la aparición de “lagunas” en el cráneo.

Como lo mencionan los autores de la nota terminológica, no es clara la etiología de ninguna de las dos entidades, aunque se ha sugerido que ambas están relacionadas con el aumento en la presión intracraneana. Lo cierto es que no parece existir evidencia convincente que confirme el hecho de que un tejido tan blando como el cerebro sea capaz de producir impresiones digitiformes sobre uno más denso, como el hueso. Aunque estas impresiones puedan recordar la superficie del cerebro, las irregularidades óseas no suelen tener el mismo tamaño o forma de las circunvoluciones de la corteza cerebral.

En el caso de la craneolacunia, los defectos pueden extenderse hasta la tabla externa de la bóveda craneana. El hecho de que esta última se presente más tempranamente ha sugerido que su etiología más probable sea la displasia mesenquimal de la osificación craneal, como lo describen los corresponsales.

También se ha sugerido que las marcas craneales son una variante normal, que es más frecuente en los periodos de crecimiento más rápido, entre los 2 y 3 años y los 5 y 7 años, con menor frecuencia de aparición a partir de los 8 años (1). No es indispensable la asociación entre la craneolacunia y los defectos de la columna, lo cual hace que pierda peso la teoría de los cambios en la presión intracraneana relacionados con este tipo de malformación. La terminología pretende hacer una distinción entre la posible asociación con defectos en el cierre del canal espinal o la presencia de cierre de las suturas craneanas, pero la diferenciación entre las dos entidades tampoco es clara. Ninguna de las referencias citadas por los autores de la nota permite sugerir que exista realmente tal diferencia. De hecho, el trabajo de Tuite (2), citado en la carta, concluye que

algunos de los hallazgos se pueden correlacionar con el aumento en la presión endocraneana, pero que la sensibilidad de los hallazgos radiográficos de hipertensión endocraneana es baja.

No me queda clara la importancia en la diferenciación terminológica entre dos entidades, que no parecen haber sido comprendidas claramente desde el punto de vista etiológico. Se han descrito casos de craneolacunia sin defectos del canal espinal, y se han encontrado factores genéticos similares a los descritos en otras de las anomalías de la bóveda craneana, como las mutaciones en los receptores de factor de crecimiento o las pérdidas de cromosomas (3,4).

Parece probable que una explicación genética, incluso con diferente expresión según la edad y el estado de permeabilidad de las suturas, sea la clave para comprender mejor las alteraciones en el desarrollo de la bóveda craneana, y que esta sea una explicación mejor que el efecto, aún no demostrado, de la presión endocraneana sobre la tabla ósea.

Quizás en un futuro cercano encontremos una terminología más apropiada, que permita dilucidar si existe realmente diferencia entre dos apariencias que parecen haber sido asignadas con bases puramente descriptivas, sin que sepamos aún si se trata de una misma entidad con diferente expresión según la edad y el estado de permeabilidad de las suturas craneanas.

Referencias

1. Mahomed N, Sewchuran T, Mahomed Z. The copper-beaten skull. SAJR. 2012;16:25-6.
2. 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.
3. Steinberger D, Müller U, Jünger TH, et al. Mutation of FGR2 (cys278phe) in craneolacunia and pansynostosis. J Med Genet. 1999;36:499-500.
4. Shadadpuri R, de Vries B, Pfundt R, et al. Pseudoarthrosis of the clavicle and copper beaten skull associated with chromosome 10p11.21p12.1 microdeletion. Am J Med Gen. 2008;146A:236-7.

¹Médico Radiólogo Institucional. Departamento de Imágenes Diagnósticas. Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Integrante del Comité Editorial de la Revista Colombiana de Radiología.