

Senos dérmicos craneales en pediatría: presentación, diagnóstico, complicaciones y tratamiento. Experiencia de un hospital pediátrico de nivel III

Cranial dermal sinuses in pediatrics: Presentation, diagnosis, complications, and management. Experience at a tertiary care children's hospital

Amparo Sáenz^a , Santiago Cicutti^a , Mariel Sánchez^b ,
Romina Argañaraz^a , Beatriz Mantese^a 

RESUMEN

Introducción. El seno dérmico cefálico es un tracto tubular formado por una separación incompleta entre el ectodermo neural y el ectodermo epitelial; puede tener complicaciones infecciosas. Existen reportes aislados de esta patología.

Objetivo: describir una serie de pacientes con seno dérmico craneal, las formas de presentación, el diagnóstico, el tratamiento y las complicaciones.

Población y métodos. Estudio observacional descriptivo de una serie de pacientes pediátricos con seno dérmico cefálico atendidos en un hospital pediátrico de nivel III entre 2014 y 2019.

Resultados. Se incluyeron 18 pacientes. La clínica de presentación fue, en 12 casos, una lesión puntual en el cuero cabelludo, hipertensión endocraneana en 4 casos, ataxia en 1 caso y lesión puntual con fístula en 1 caso. La mitad presentó síntomas de infección. La localización fue en la línea media sobre el hueso occipital en 13 casos, en la línea media sobre el hueso frontal en 3 casos y en la línea media interparietal en 2 casos.

En 5 casos se encontró asociada una imagen extracraneana y, en 11 casos, una complicación intracraneana. Ningún paciente presentó recidiva de la lesión y en todos se realizó un solo procedimiento quirúrgico.

Conclusiones. Los senos dérmicos en esta serie se presentaron como lesiones puntuales en cuero cabelludo. La localización más frecuente fue a nivel occipital sobre línea media y, en más de la mitad, atravesaba el hueso. El tratamiento de elección fue la exéresis completa del seno dérmico y las lesiones asociadas. Ante la presencia de senos dérmicos sintomáticos o asociados a lesiones intracraneanas, la cirugía se realizó de urgencia.

Palabras clave: seno dérmico, complicaciones, infecciones, diagnóstico por imágenes, pediatría.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.248>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.eng.248>

Cómo citar: Sáenz A, Cicutti S, Sánchez M, Argañaraz R, Mantese B. Senos dérmicos craneales en pediatría: presentación, diagnóstico, complicaciones y tratamiento. Experiencia de un hospital pediátrico de nivel III. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(4):248-256.

INTRODUCCIÓN

El seno dérmico cefálico es un tracto tubular revestido por un epitelio escamoso estratificado, formado por una separación incompleta entre el ectodermo neural y el ectodermo epitelial durante las primeras semanas de gestación.¹ Se extiende entre las capas dérmicas superficiales y las estructuras craneales más profundas, puede finalizar en el tejido celular subcutáneo y la duramadre, e incluso llegar hasta estructuras neurales; esto permite una potencial comunicación entre la piel y el sistema nervioso central, lo que puede traer aparejado complicaciones infecciosas graves.^{2,3}

Hasta el momento, existen casos aislados de esta patología reportados en la bibliografía internacional.⁴⁻⁸

El objetivo de este trabajo fue describir una serie de pacientes con seno dérmico craneal, las formas de presentación, el diagnóstico, el tratamiento y las complicaciones.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de seno dérmico cefálico, operados en el Hospital de

a. Servicio de Neurocirugía.
b. Servicio de Pediatría.
Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:
Amparo Sáenz:
amparo_saenz@hotmail.com

Financiamiento:
Ninguno

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 11-11-2020
Aceptado: 10-12-2021

Pediatria Juan P. Garrahan entre enero del 2014 y agosto del 2019, con al menos una resonancia magn6tica (RM) o tomograf3a de cerebro (TC) desde el momento del diagn3stico. Si exist3a sospecha de infecci3n, adem3s deb3an contar con un estudio contrastado. Se excluyeron los pacientes con datos incompletos en la historia cl3nica o seguimiento menor a 12 meses.

Para el an3lisis, se recab3 informaci3n acerca del sexo y la edad de los pacientes y los s3ntomas de presentaci3n, se identific3 los pacientes que ingresaron con s3ntomas de infecci3n (se consideraron como marcadores de infecci3n los siguientes s3ntomas: fiebre, meningismo y salida de material purulento por el defecto). En todos los pacientes se realiz3 la escala de estatus funcional (FSS, por su sigla en ingl3s) antes de la cirug3a y al alta.⁹

En los estudios por im3genes se evalu3 la localizaci3n de la lesi3n y la profundidad (tejido celular subcut3neo, hueso, duramadre o intracraneano) y la presencia de lesiones extracraneanas o intracraneanas y el tipo (quiste, quiste infectado o absceso). Se estudi3 el realce con contraste y la restricci3n de las lesiones intracraneanas. Adem3s, se evalu3 la presencia de hidrocefalia.¹⁰

Se registr3 el tiempo en d3as transcurridos desde el diagn3stico hasta la cirug3a y se clasific3 a los pacientes seg3n presentaban infecci3n o

no en el momento de la cirug3a. Se consider3 que presentaban infecci3n al momento de ser operados si presentaban s3ntomas de infecci3n antes del acto quir3rgico. Durante la cirug3a se registr3 la profundidad del seno y se envi3 el material a anatom3a patol3gica. En el caso de presentar una lesi3n intracraneana, se document3 la anatom3a patol3gica y el tipo de ex6resis. Se registraron complicaciones posoperatorias junto con la necesidad de colocar una derivaci3n ventriculoperitoneal hasta 30 d3as despu3s de la cirug3a.

Se registraron los d3as de internaci3n; si el paciente no se oper3 en la misma internaci3n en la que se realiz3 el diagn3stico, se sumaron la totalidad de d3as que estuvo internado. Los pacientes se siguieron por un m3nimo de 12 meses y se consider3 como fracaso quir3rgico cuando requirieron una segunda cirug3a o presentan nuevos s3ntomas durante el seguimiento.

An3lisis estad3stico

Las variables continuas se presentaron como mediana e intervalo intercuartilo, las variables categor3icas se presentaron como frecuencia absoluta.

Consideraciones 6ticas

Este estudio se apeg3 a lo sealado por la Declaraci3n de Helsinki. Se somet3 a la

TABLA 1. Caracter3sticas basales de los 18 pacientes de la serie presentada

Caso	Sexo	Edad (meses)	S3ntoma de diagn3stico	Infecci3n	Localizaci3n	Complicaci3n extra-craneana	Complicaci3n intra-craneana	Tipo de cirug3a	Complicaciones	D3as de internaci3n	Resoluci3n	Seguimiento (meses)
1	M	17	DP y F	1	LMF	1	1	Cirug3a intracraneana	S3	30	S3	12
2	M	9	DP	0	LMO	1	0	Resecci3n del trayecto	No	2	S3	12
3	M	12	Fi y P	1	LMF	1	1	Cirug3a intracraneana	No	4	S3	26
4	M	96	Fi	1	LMO	0	1	Cirug3a intracraneana	No	60	S3	15
5	M	28	DP	0	LMP	1	0	Resecci3n del trayecto	No	3	S3	12
6	M	170	DP y Fi	1	LMO	0	1	Cirug3a intracraneana	No	2	S3	25
7	M	163	DP	0	LMP	0	0	Resecci3n 3sea	S3	2	S3	20
8	M	157	Fi y M	1	LMO	0	1	Cirug3a intracraneana	No	35	S3	18
9	M	111	DP y HTE	0	LMF	1	1	Cirug3a intracraneana	No	6	S3	12
10	F	2	DP	0	LMO	0	1	Cirug3a intracraneana	No	7	S3	30
11	F	45	HTE y Fi	1	LMO	0	1	Cirug3a intracraneana	S3	352	S3	24
12	F	25	DP	0	LMO	0	0	Resecci3n 3sea	No	7	S3	19
13	M	125	DP	0	LMO	0	0	Cierre dural	No	2	S3	37
14	M	185	DP y P	1	LMO	0	0	Cierre dural	No	2	S3	12
15	M	1	DP	0	LMO	0	0	Cierre dural	No	3	S3	13
16	F	16	DP, Fi y P	1	LMO	0	1	Cirug3a intracraneana	No	57	S3	15
17	M	29	A	0	LMO	0	1	Cirug3a intracraneana	No	29	S3	12
18	F	20	DP, HTE y M	1	LMO	0	1	Cirug3a intracraneana	No	48	S3	12

DP: d6ficit puntual; F: f3stula; Fi: fiebre; P: material purulento; M: meningitis; HTE: hipertensi3n endocraneana; A: ataxia; LMO: l3nea media occipital; LMF: l3nea media frontal; LMP: l3nea media interparietal.

aprobación del Comité de Ética de Investigación del Hospital Garrahan. Se protegió la confidencialidad de la información y se recabó el consentimiento informado de todos los participantes del estudio.

RESULTADOS

Se encontraron 21 pacientes con seno dérmico cefálico operado en el Hospital Garrahan entre enero del 2014 y diciembre del 2019. Se excluyeron 2 pacientes por no contar con estudios por imágenes de cerebro y 1 paciente que se operó en otra institución.

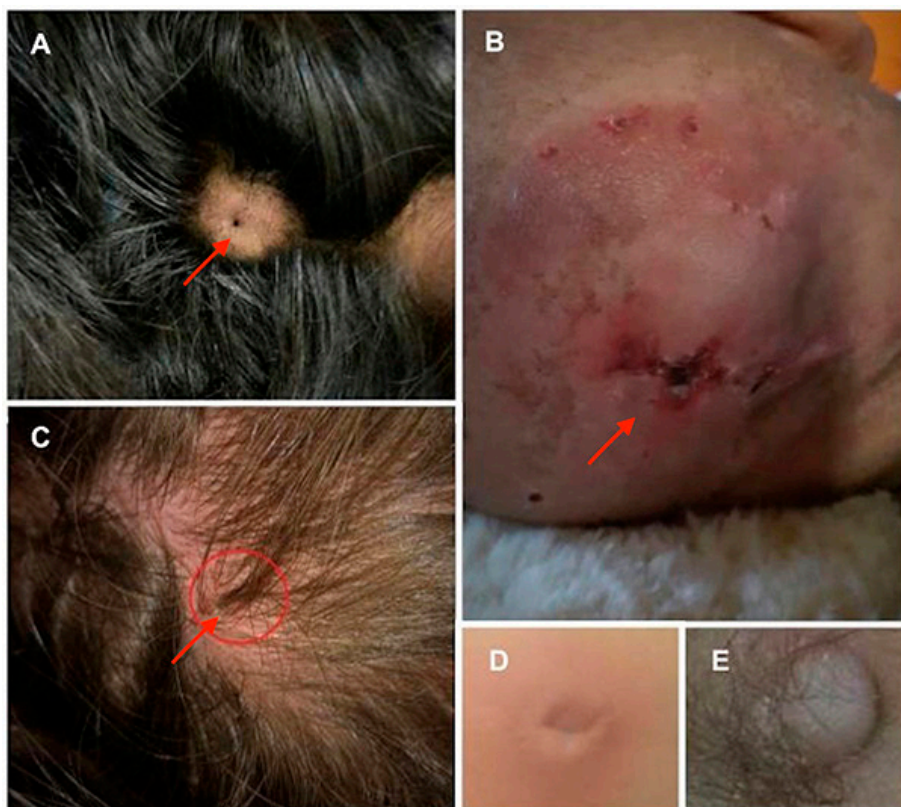
Se analizaron 18 pacientes con senos dérmicos cefálicos. En la *Tabla 1* se resumen las características principales de cada paciente. De la población analizada, 13 eran de sexo masculino y la mediana de edad fue de 28,5 meses (16-125) con un rango de 1 mes a 15 años. La mediana de internación fue de 6,5 días (2-35) y la mediana de seguimiento de los pacientes fue de 15 meses (12-24).

Presentación y localización de la lesión

De los 18 pacientes analizados, 13 presentaron una lesión puntual en el cuero cabelludo compatible con el diagnóstico de seno dérmico (*Figura 1A-E*), uno de ellos tenía una fístula con pérdida de líquido cefalorraquídeo (LCR) por el defecto. La mitad de los pacientes presentaron síntomas sugestivos de infección como fiebre en 5 casos, meningitis en 2 casos y salida de material purulento por el defecto puntual en 3 casos. Otras formas de presentación fueron síntomas de hipertensión endocraneana, como vómitos, cefalea y alteración del sensorio en 4 casos, y ataxia en 1 caso. La puntuación de FSS prequirúrgica tuvo una mediana de 6 (6-7) con un rango de 6-30.

La ubicación de las lesiones fue sobre la línea media en el hueso occipital en 13 casos, sobre la línea media en el hueso frontal en 3 casos y sobre la línea media interparietal en 2 casos. No se encontraron senos dérmicos fuera de la línea media.

FIGURA 1. Lesiones en cuero cabelludo sugestivas de seno dérmico. A: lesión puntual sobre línea media en hueso frontal (flecha roja), B: lesión occipital edematosa e infectada con lesiones costrosas en piel (flecha roja), C: lesión puntual con pequeño folículo piloso saliendo del interior del defecto (flecha roja), D: pequeña indentación de la piel, E: lesión sobre elevada con contenido líquido



Neuroimágenes

En los estudios por imágenes se encontró que, en 1 solo caso, el trayecto terminaba a nivel del tejido celular subcutáneo, en 3 casos el trayecto llegaba hasta el hueso, en otros 3 hasta la duramadre, y en 11 casos el trayecto llegaba hasta el sistema nervioso central (SNC) ya sea al cerebro en el caso de los senos supratentoriales, o al cerebelo en los de fosa posterior.

En 5 casos se encontró, además, una imagen extracraneana. En 4 casos se trató de un quiste dermoide/epidermoide, y en un caso de una colección infecciosa. Se encontró que 11 pacientes presentaron una lesión intracraneana al momento del diagnóstico. En 4 casos se trató de un quiste dermoide infectado, en 3 casos de un quiste dermoide/epidermoide (Figura 2 A-E) y en 4 casos de un absceso (Figura 3 A-C). Las localizaciones de las lesiones intracraneales fueron el cerebelo (1 quistes 2 quistes sobreinfectados y

2 abscesos), el lóbulo occipital (1 quiste, 1 quiste sobreinfectado y un absceso) y el lóbulo frontal (1 quiste y 1 quiste sobreinfectado).

Las lesiones intracraneales en su mayoría presentaron realce con contraste (7/11) y 5/11 presentaron restricción en la difusión (Figura 4 A-F).

Se encontraron 4 pacientes con hidrocefalia en la imagen diagnóstica, que fueron los mismos que presentaron síntomas debut de hipertensión endocraneana y 1 paciente con ventriculomegalia asintomática.

Cirugía

Transcurrió una mediana de 37 días (13-102) entre el diagnóstico y la cirugía. En 4 casos se operó al paciente mientras cursaba una infección, mientras que en 5 casos se decidió diferir la cirugía hasta resuelto el cuadro infeccioso.

FIGURA 2. Paciente con seno dérmico complicado con quiste epidermoide intracraneal. A: resonancia magnética (RM) de cerebro, secuencia T1 sin contraste, corte axial donde se observa lesión en fosa posterior interhemisférico de aspecto redondeado que aparenta provenir del hueso (flecha roja); B: RM de cerebro secuencia T1 con contraste, corte axial donde se observa la misma lesión, sin realce en sus paredes; sin embargo, se puede apreciar el realce de la duramadre que se encuentra en contacto con la lesión (flecha roja); C: RM de cerebro secuencia difusión corte axial donde se observa restricción uniforme de la lesión lo que lleva a la sospecha diagnóstica de quiste epidermoide (flecha roja); D: tomografía de cerebro corte sagital ventana ósea donde se observa la solución de continuidad en el hueso debido al seno dérmico (flecha roja); E: imagen intraoperatoria donde se observa la duramadre de la fosa posterior abierta y retraída mediante puntos de anclaje; en el interior se aprecia un material blanco nacarado similar a las características clásicas de un quiste epidermoide (flecha celeste)

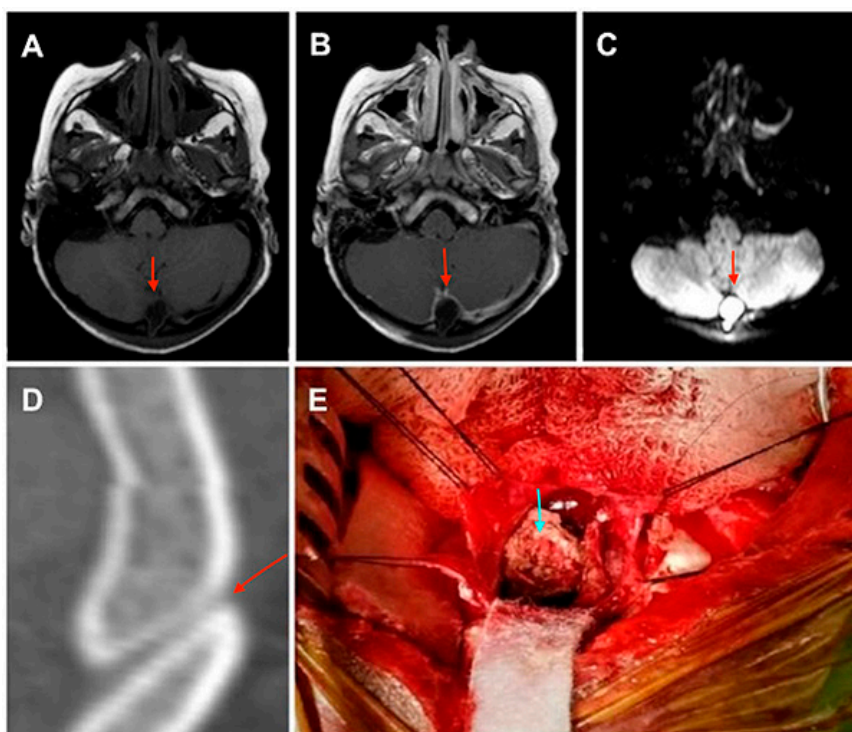


FIGURA 3. Paciente con seno dérmico complicado con absceso supratentorial. A: resonancia magnética (RM) de cerebro, secuencia en T1 sin contraste, corte axial donde se observa lesión quística occipital que comprime y desplaza estructuras de la línea media y colapsa el asta temporal del ventrículo lateral; B: RM de cerebro, secuencia T1 con contraste, corte axial donde se observa la misma lesión occipital ya descrita que presenta realce anular con contraste lo que hace sospechar de un proceso infeccioso; C: RM de cerebro secuencia difusión corte axial que presenta restricción periférica en la lesión quística compatible con lesión abscedada; además, se observa restricción dentro del asta temporal del ventrículo lateral izquierdo, lo que sugiere que el absceso se abrió dentro del ventrículo y dio origen a un piocéfalo.

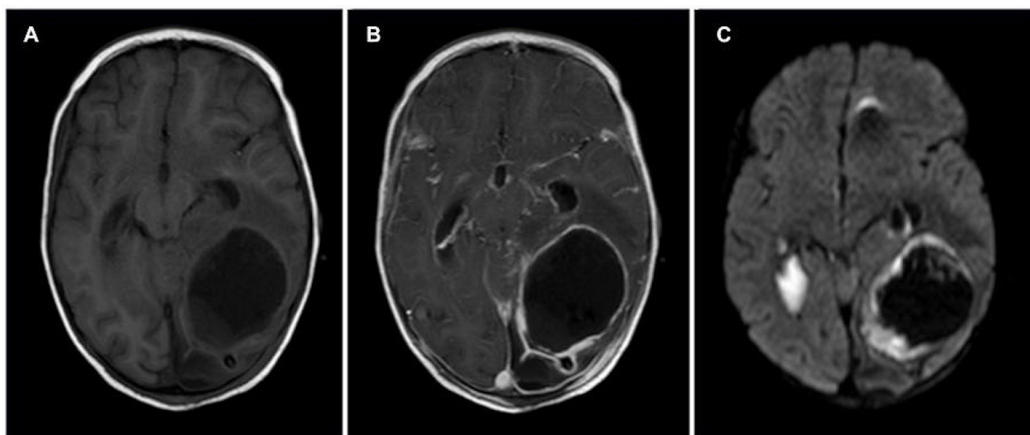
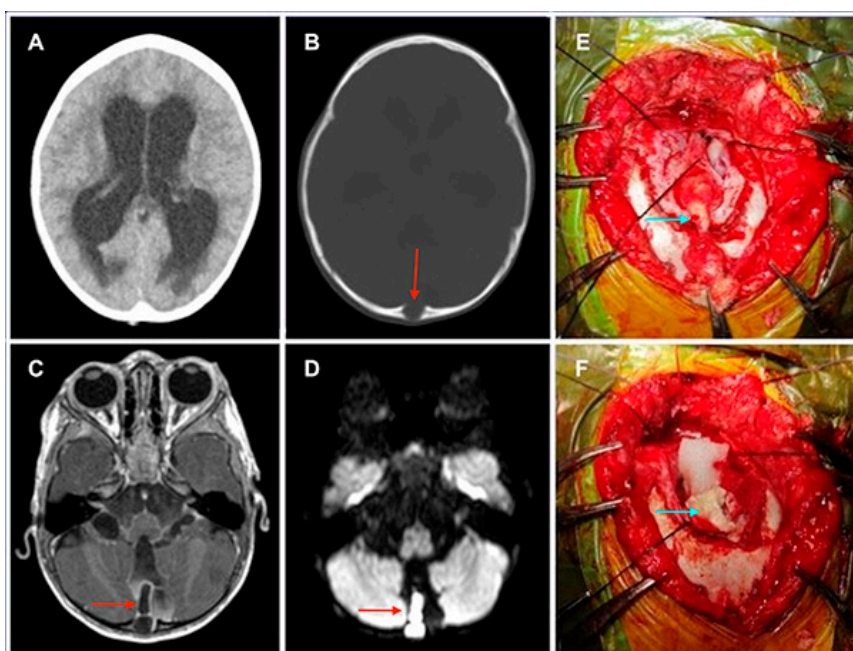


FIGURA 4. Paciente con seno dérmico complicado con quiste dermoide infectado e hidrocefalia. A: tomografía computada (TC) de cerebro, corte axial donde se observa aumento del tamaño de los ventrículos laterales, disminución de los espacios subaracnoideos corticales y edema transependimario compatible con hidrocefalia; B: TC de cerebro corte axial, ventana ósea donde se observa la solución de continuidad en el hueso occipital por donde ingresa el seno dérmico (flecha roja); C: resonancia magnética (RM) de cerebro, secuencia en T1 con contraste, corte axial donde se observa lesión interhemisférica de la fosa posterior con realce anular con contraste (flecha roja) que hace sospechar un quiste infectado; D: RM de cerebro, secuencia de difusión, corte axial donde se observa restricción uniforme de la lesión (flecha roja) sugestiva de proceso infeccioso; E: imagen intraoperatoria donde se observa craneotomía del hueso occipital que permite apreciar el ingreso del seno dérmico a la duramadre (flecha celeste); F: imagen intraoperatoria donde se abrió y reparó la duramadre y se puede observar el material purulento que protruye desde el espacio intradural (flecha celeste).



En 2 casos fue suficiente con la resección del trayecto fistuloso, en 2 casos se requirió de una ampliación del hueso, en 3 casos se debió suturar o ligar la duramadre y en 11 casos se debió abrir duramadre para tratar una lesión intracraneana (Figura 5 A-D). En 2 casos el seno dérmico terminaba próximo a un seno venoso.

En los hallazgos intraquirúrgicos se encontró que 1 solo caso presentaba un trayecto que terminaba a nivel del tejido celular subcutáneo, en 1 caso llegaba hasta el hueso, en 5 casos llegaban hasta duramadre, y en 11 casos llegaban al SNC.

Se realizó una exéresis completa de las 11 complicaciones intracraneales. La anatomía patológica informó quiste dermoide en 1 caso, quiste dermoide infectado en 4 casos, quiste epidermoide en 2 casos y absceso en 4 casos. En los cultivos se aislaron *Staphylococcus epidermidis*, *S. aureus*, *Peptoniphilus asaccharolyticus* y *S. lugdunensis*.

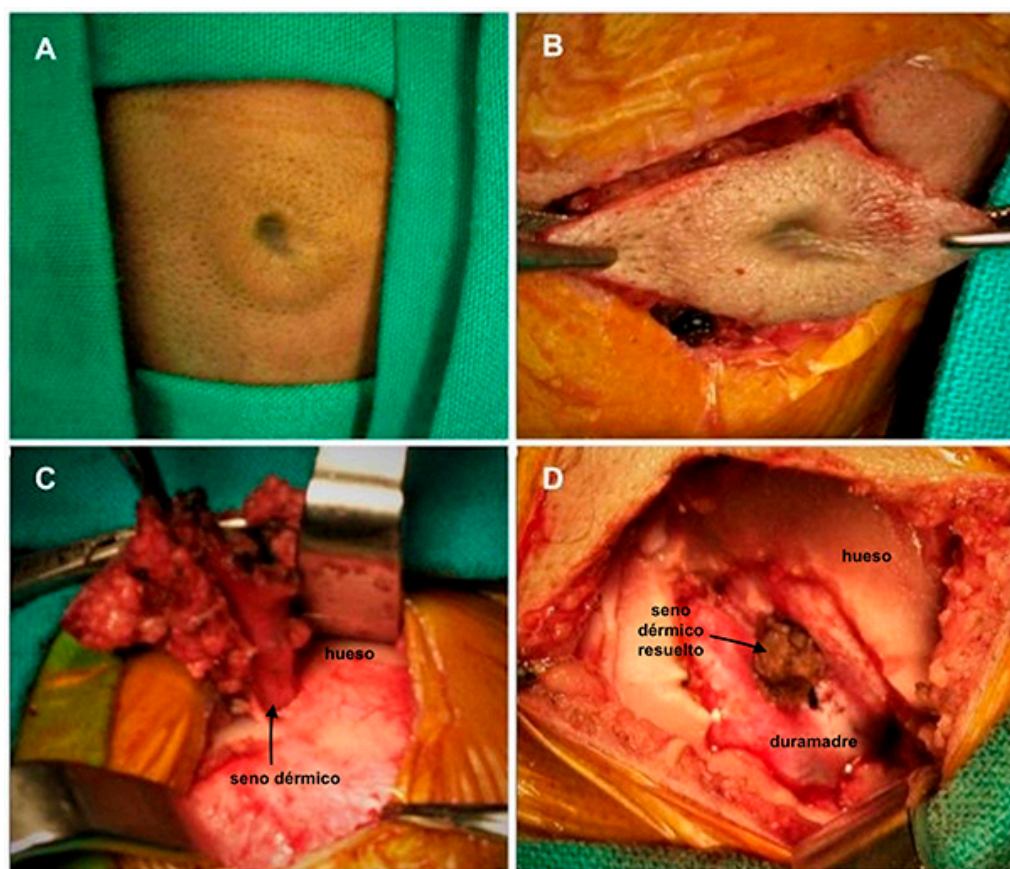
El FSS postoperatorio presentó una mediana de 6 (6-6), mejorando en comparación con el prequirúrgico.

En 3 pacientes se encontraron complicaciones en el posoperatorio, 1 caso de fístula, 1 caso de infección superficial y 1 caso de órbita, que se trató del paciente que ingresó a cirugía en muy mal estado general, con un FSS de 30. De los 5 pacientes con ventriculomegalia en el prequirúrgico, 3 requirieron colocación de derivación ventriculoperitoneal en el posoperatorio. Ningún paciente presentó recidiva de la lesión y todos fueron operados una sola vez.

DISCUSIÓN

El seno dérmico surge a partir de una falla en la disyunción del ectodermo cutáneo y neural, lo que permite que quede una comunicación local entre el sistema nervioso en desarrollo y la piel.

FIGURA 5. Imagen intraquirúrgica de seno dérmico con extensión intracraneana. A: defecto de la piel; B: losange del defecto puntual; C: apertura de planos cutáneos que permite observar el ingreso del seno dérmico al espacio intracraneal a través del defecto óseo; D: luego de realizar la craneotomía, se reseca el seno dérmico a la altura de la duramadre y se cubre el defecto con material coagulante.



Los senos dérmicos pueden llegar al tejido celular subcutáneo, al hueso, a la duramadre o al SNC según a la altura en la que se detuvo el proceso de fusión.⁷

En el examen histológico, el seno dérmico contiene derivados ectodérmicos y mesodérmicos. Se compone de un revestimiento epitelial escamoso estratificado con tejidos anexiales especializados que pueden incluir folículos pilosos, glándulas pilosebáceas y músculo liso.¹¹ Los quistes o tumores dermoides/epidermoides que se desarrollan a partir de los senos dérmicos son el resultado de la descamación celular de los elementos que recubren el tracto.¹²

Aunque los senos dérmicos pueden estar localizados en cualquier parte a lo largo del eje neural, la ubicación más frecuente en el cráneo es la región occipital (85 %), mientras que el 11 % se encuentran en la región frontal y el 5 % en la zona parietal posterior.² En esta serie de pacientes se encontró una distribución similar a la descrita en la bibliografía, con predominio de lesiones sobre el hueso occipital, y en menor proporción las otras locaciones. Existen algunos reportes aislados de senos dérmicos laterales, cerca del conducto auditivo externo en la región temporal, aunque son extremadamente infrecuentes.⁴

Estas lesiones se observan más frecuentemente en pacientes menores de 5 años y se distribuyen de manera igual entre uno y otro sexo. Al ser una lesión congénita el diagnóstico depende, en la mayoría de los casos, del momento en que el paciente desarrolla síntomas. En los casos de lesiones asintomáticas, el único signo suele ser un defecto puntual, que puede o no estar acompañado de una decoloración de la piel o tener un mechón de cuero cabelludo que nace del centro del defecto. En el presente estudio, más de la mitad de los pacientes presentaba una lesión puntual en cuero cabelludo que podría haber ayudado al diagnóstico.

En el caso de pacientes sintomáticos, la sintomatología varía si se trata de un seno dérmico simple o si se acompaña de una lesión extracraneana o intracraneana. En estos últimos, es más frecuente encontrar síntomas infecciosos que pueden variar desde enrojecimiento del defecto a meningitis fulminante.^{13,14} La mitad de los pacientes de este estudio, presentaron signos de infección y más de la mitad presentaron una lesión intracraneana asociada, cuyos síntomas predominantes fueron infecciosos en la mitad de los casos, seguido por síntomas de hipertensión endocraneana, ataxia y fístula por la herida.

El 89 % de los senos dérmicos se asocian con tumores de inclusión. Los quistes dermoides son el tipo más común. El 82 % se extienden hacia el espacio subdural o más profundo y el 18 % son puramente extradurales.¹²⁻¹⁵

El diagnóstico de estas lesiones se realiza por estudios por imágenes como la RM y la TC. La información más importante que se debe extraer de estos estudios es la extensión del seno dérmico y si se acompaña o no de una lesión extracraneana o intracraneana. La TC muestra en mayor detalle la relación del seno dérmico con el hueso; además, es útil ante la sospecha de un quiste dermoide, ya que estas lesiones suelen verse hipodensas en TC debido al alto contenido graso. La RM permite ver con mayor detalle el seno dérmico a la altura del tejido celular subcutáneo, en especial en las secuencias T2 y FLAIR. Además, es el estudio de elección cuando se asocia a una lesión extracraneana o intracraneana. Los diagnósticos diferenciales más frecuentes son quiste dermoide, epidermoide o absceso. Los quistes epidermoides presentan una intensidad similar al LCR en las imágenes ponderadas en T1 y T2 y no suelen realzar con contraste; sin embargo, el diagnóstico se confirma mediante DWI ya que presentan restricción homogénea característica. Los quistes dermoides por otro lado suelen ser hiperintensos en T1 e hipointensos en T2, y no suelen realzar con contraste. La hiperintensidad suele desaparecer con la secuencia de supresión grasa. En caso de presentar realce con contraste o restricción en la técnica por difusión (DWI, por su sigla en inglés), se debe sospechar una sobreinfección del quiste. Por otro lado, los abscesos suelen presentar realce anular con contraste, además de restringir en DWI.¹⁶ En la serie aquí presentada, de los 4 quistes infectados, 3 presentaron realce con contraste y restricción en DWI. Los dos quistes epidermoides presentaron restricción en DWI y no realzaron con contraste, y los 4 abscesos presentaron realce con contraste y 3 se acompañaron de restricción.

El tratamiento de las lesiones intracraneales es la exéresis quirúrgica completa, esto incluye al seno dérmico y cualquier lesión asociada.^{7,8,12} La exéresis incompleta de la lesión puede acarrear episodios de meningitis a repetición además de la formación de nuevas lesiones tumorales.¹⁷ La cirugía consta de una incisión en piel en forma de ojal, incluido el defecto; la divulsión de planos con protección del trayecto, ya que es la única forma de definir la profundidad de la lesión. Una vez definido el sitio de inserción del trayecto (puede ser sobre el hueso, la duramadre

o el SNC) se realiza una ligadura por encima y por debajo de donde se realizará el corte, para luego seccionar el trayecto sin complicaciones. Luego se coagula el extremo distal y se envía la muestra a anatomía patológica. Si el paciente presenta un tracto infectado, meningitis o hidrocefalia, estas afecciones deben tratarse antes de la resección quirúrgica, a menos que el estado general del paciente lo impida.¹⁸ En esta serie se operaron 4 pacientes mientras se encontraban con tratamiento antibiótico por infección del seno dérmico. La urgencia de la cirugía se asoció a la gravedad de los síntomas. Las complicaciones de esta cirugía suelen ser bajas si se opera en una etapa temprana, pero aumentan si hay compromiso intracraneano o infecciones.¹⁹ Ante la presencia de una lesión intracraneana, la cirugía debe realizarse de urgencia para evitar un déficit neurológico permanente. El único paciente que obitó, había ingresado al hospital en muy mal estado general y falleció en el resto del posoperatorio. El resto de las complicaciones fueron menores.

Los autores creemos que se debe tener una conducta agresiva con estas lesiones, y considerar una exéresis completa de todos los componentes de la lesión. En nuestra experiencia, ningún paciente presentó recurrencia de los síntomas o recidiva de la lesión, con una baja presencia de complicaciones.

Es importante recalcar la importancia de la prevención en este tipo de lesiones, ya que la cirugía preventiva suele tener una morbimortalidad mínima. En la cohorte aquí presentada, los 4 pacientes que se operaron por lesiones asintomáticas no presentaron ninguna complicación en el posoperatorio y recibieron el alta en el tercer día del posoperatorio. Por este motivo, se debe insistir en la búsqueda sistemática de defectos puntuales a lo largo del neuroeje durante el control pediátrico de rutina. Ante el diagnóstico de un seno dérmico en un paciente asintomático, se debe solicitar una derivación urgente al especialista (neurocirujano pediátrico) quien se encargará de solicitar los estudios por imágenes y planificar la cirugía lo antes posible.

CONCLUSIONES

En esta serie, los senos dérmicos en esta serie se presentaron más frecuentemente como lesiones puntuales en cuero cabelludo, y hasta la mitad de los pacientes presentaron síntomas de infección. La localización más frecuente fue sobre la línea media a nivel occipital, y más de

la mitad atravesaba el hueso. El tratamiento de elección fue la exéresis completa del seno dérmico y las lesiones asociadas. Ante el diagnóstico de una lesión asintomática se puede programar la cirugía; sin embargo, cuando se encontraron senos dérmicos sintomáticos o asociados a lesiones intracraneanas, la cirugía se realizó de urgencia. ■

REFERENCIAS

- Orakcioglu B, Halatsch M-E, Fortunati M, Unterberg A, Yonekawa Y. Intracranial dermoid cysts: variations of radiological and clinical features. *Acta Neurochir (Wien)*. 2008;150(12):1227-34.
- Albright A L, Pollack IF, Andelson PD. Principles and Practice of Pediatric Neurosurgery. New York: 3rd ed. Thieme; 2015.
- Fornari M, Solero CL, Lasio G, Lodrini S, et al. Surgical treatment of intracranial dermoid and epidermoid cysts in children. *Childs Nerv Syst*. 1990;6(2):66-70.
- Nejat F, Dias MS, Eftekhari B, Roodsari NN, Hamidi S. Bilateral retro-auricular dermal sinus tracts with intradural extension. Case report. *J Neurosurg*. 2003;99(1):163-6.
- Yameogo SP, Ghedira K. Occipital Dermal Sinus: The Tip of the Iceberg. *J Pediatr*. 2019;204:314.
- Maeda Y, Tominaga A, Kondo H, Sakoguchi T, et al. [Congenital Dermal Sinus with Dermoid Cyst Complicated by Brain Abscess: A Case Report]. *No Shinkei Geka*. 2019;47(10):1081-8.
- Naderi S, Nejat F, Shahjouei S, El Khashab M. Cranial dermal sinus: presentation, complications and management. *Pediatr Neurosurg*. 2012;48(2):86-92.
- Aryan HE, Jandial R, Farin A, Chen JC, et al. Intradural cranial congenital dermal sinuses: diagnosis and management. *Childs Nerv Syst*. 2006;22(3):243-7; discussion 248.
- Pollack MM, Holubkov R, Glass P, Dean JM, et al. Functional Status Scale: new pediatric outcome measure. *Pediatrics*. 2009;124(1):e18-28.
- Sari E, Sari S, Akgün V, Özcan E, et al. Measures of ventricles and Evans' index: from neonate to adolescent. *Pediatr Neurosurg*. 2015;50(1):12-7.
- Stendel R, Pietilä TA, Lehmann K, Kurth R, et al. Ruptured intracranial dermoid cysts. *Surg Neurol*. 2002;57(6):391-8.
- Cai C-Q, Zhang Q-J, Hu X-L, Wang C-X. Dermoid cyst of the posterior fossa associated with congenital dermal sinus in a child. *World J Pediatr*. 2008;4(1):66-9.
- Ségbédji FKK, Tokpo AJ, Nubukpo-Guménu AA, Alaoui NK, et al. Infected Intradural Dermoid Cyst with Complete Dermal Sinus of Posterior Fossa. *World Neurosurg*. 2018;116:219-24.
- Wang Y-M, Chang T-P, Lo C-P, Tu M-C. Spontaneous rupture of intracranial dermoid cyst with chemical meningitis. *J Emerg Med*. 2013;44(2):e275-6.
- Müller-Schulte E, Heimann KC, Treder W. Peptoniphilus asaccharolyticus—Commensal, pathogen or synergist? Two case reports on invasive Peptoniphilus asaccharolyticus infection. *Anaerobe*. 2019;59:159-62.
- Barkovich AJ. Pediatric Neuroimaging. 4th ed. Philadelphia:

- Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
17. Wang Y-M, Chuang M-J, Cheng M-H. Infected spinal dermal sinus tract with meningitis: a case report. *Acta Neurol Taiwan*. 2011;20(3):188-91.
18. Raimondi AJ. Pediatric Neurosurgery: Theoretical Principles. Art of Surgical Techniques. New York: Springer; 2013.
19. Chen CY, Lin KL, Wang HS, Lui TN. Dermoid cyst with dermal sinus tract complicated with spinal subdural abscess. *Pediatr Neurol*. 1999;20(2):157-60.

Artículos seleccionados

Los siguientes resúmenes y comentarios de trabajos seleccionados se encuentran disponibles en la versión electrónica de este número.

WORLD JNL PED SURGERY. 2021;4:e000287.

Predictores de resolución espontánea de la hernia umbilical en niños (Kaur M, et al. *Predictors of spontaneous resolution of umbilical hernia in children*).

Comentario: Mariano Boglione. Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

PEDIATRICS. 2022;149(2):e2021053925.

Administración de vacunas en hospitales pediátricos (Bryan MA, et al. *Vaccine administration in children's hospitals*).

Comentario: Vivian Bokser. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

PEDIATR PULMONOL. 2022 Mar;57(3):770-771.

El regreso del virus sincicial respiratorio durante la pandemia COVID-19 (Ferrero F, et al. *The return of RSV during the COVID-19 pandemic*).

Comentario: Ángela Gentile. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
