

---

# Deformidades Cranianas em bebês. É grave?

**Dra. Aline Saré de Melo**

---



---

## Introdução

Uma queixa muito frequente nos consultórios de puericultura e neurocirurgia pediátrica é a percepção pelos pais, cuidadores e pediatras de deformidade da cabeça do bebê. Em algumas situações os pais se encontram aflitos, com a suspeita de uma causa obstétrica para tal e com o prognóstico desta alteração. Alterações decorrentes do parto podem sim ocorrer, mas na maioria das vezes não é a causa.

O crânio é formado por placas ósseas, separadas bandas de tecido fibrocartilaginoso, chamadas de suturas. Estas junto com as fontanela (moleiras), são importantes para que o crânio seja maleável no momento do parto e para possibilitar expansão cerebral e craniana no crescimento. Habitualmente, as suturas se unem e fecham com o fim do crescimento craniano, mas em situações raras estas podem se fundir precocemente, causando deformidade craniana compensatória. Mas, existem também as deformidades simples, não patológicas, sem fechamento destas. De forma simples, podemos separar estas deformidades em dois grupos.

### A) Deformidade postural ou posicional

A causas mais frequente de deformidade craniana, conhecida como plagiocefalia posicional ou plagiocefalia deformante, com assimetria do crânio resultante de forças externas e posturas viciadas aplicadas ao crânio maleável da criança. Sua manifestação mais comum é uma cabeça em paralelogramo, com achatamento occipital (posterior) e uma bossa anterior do mesmo lado, com desvio anterior da orelha e um abaulamento occipital contralateral. Há também a braquicefalia, conhecida como “cabeça achatada”, quando ocorre deformidade bilateral da região occipital.

Em 1992, a Academia Americana de Pediatria lançou campanha de prevenção da síndrome de morte súbita em lactentes, que se baseia em estimular o decúbito dorsal dos bebês até os 6 meses de vida. Como consequência, observamos aumento de cerca de 600% na incidência de plagiocefalia postural occipital e braquicefalia. Hoje com incidência de cerca de 45% dos lactentes entre 7-12 semanas.

Trata-se de patologia "benigna", não sindrômica, com excelentes resultados terapêuticos e estéticos se diagnosticada e tratada precocemente. Pode estar associada a prematuridade e ao torcicolo congênito, mas nestas situações as suturas estão abertas. Relacionada geralmente a uma posição viciosa no berço, como dito anteriormente. Muitas vezes confundida com a plagiocefalia posterior verdadeira, na qual uma sutura lambdóide (posterior) está fusionada precoce e unilateralmente.

### Diagnóstico

Iminentemente clínico, com inspeção craniana e aferição de medidas diagonais, que devem ser equilibradas. Observamos ausência de suturas fechadas ou cristas e compensação contralateral. Pode-se realizar exame de imagem complementar com raio X simples para confirmação, mas este não é essencial.

### Tratamento

A deformidade postural quando observada precocemente, até 3-4 meses, apresenta evolução benigna e tratamento conservador satisfatório em 95% dos casos. Este se baseia em medidas posturais, como alternar decúbito, posição do berço e da amamentação,

---

visando variar o ponto de apoio craniano viciado. Estas medidas podem ser auxiliadas pelo uso de travesseiros adaptados e gorros posturais (Turtle Beanie).

Além de estimular outras posturas quando o bebê encontra-se acordado.

Quando o diagnóstico ocorre em fase tardia, após 6 meses e em casos com deformidades importantes, aconselhamos o uso de capacetes ortopédicos que aceleram a correção da deformidade, mas tem como desvantagem o custo elevado e dificuldade de aceitação pelo lactente pelo uso contínuo (23h/dia), até que se obtenha resultado satisfatório ou desejado.

## B) Cranioestenoses ou Craniossinostoses

Apresenta incidência de 1 em cada 2500 nascidos vivos e se caracterizadas pela fusão completa prematura de uma ou mais suturas cranianas, tendo como consequência deformidade do crânio. Além do aspecto estético, que é o primeiro observado, é responsável por um conflito de crescimento entre o crânio e o encéfalo, que resulta em hipertensão intracraniana crônica de graus variáveis. Dependendo da sutura envolvida nesta fusão, teremos tipos diversos de cranioestenose, mas todas tem indicação de tratamento cirúrgico com reconstrução craniana, visando correção da deformidade, mas principalmente alívio da hipertensão intracraniana e prevenção de consequências tardias.

### Classificação

**Escafocefalia:** O fechamento da sutura sagital superior, é a mais frequente com uma incidência em torno de 1 em cada 2000 nascidos vivos e com uma prevalência maior no gênero masculino (aproximada de 3,5:1). O crânio é alongado no sentido antero-posterior e a região parietal é estreita. Normalmente de incidência esporádica, não associada a síndromes.

**Trigonocefalia:** Fechamento da sutura metópica (entre ossos frontais) Observamos a frente estreita, marcada por uma crista mediana com forma triangular ou em quilha e bossas frontais planas. Está associado comumente um hipotelorismo (aproximação das órbitas) e um estreitamento de toda a face. Incidência de 1 em cada 2500 nascimentos e é mais comum no gênero masculino (2,5:1). Existe associação documentada entre uso crônico de ac. valpróico pela mãe e ocorrência de trigonocefalia. Pode ocorrer de forma esporádica, mas não é raro a associação com anomalias cromossômicas. Estudos de ressonância magnética mostram diminuição do fluxo sanguíneo cerebral na área frontal, o que pode ser relacionado aos atrasos cognitivo apresentados com alguma frequência nestes casos.

**Braquicefalia:** Fechamento de ambas as suturas coronais (transversais). Observa-se crânio achatado e com aumento do diâmetro látero-lateral e região occipital aplainada, e alargado transversalmente. Esse alargamento transversal pode levar a um afastamento das órbitas, chamado de hipertelorbitismo. A sua incidência é ligeiramente maior no gênero feminino (1,7:1). Nos casos sindrômicos, geralmente observamos fechamento das duas suturas coronais. Observa-se nestes casos, envolvimento de face associada em alguns a comprometimento de mãos e pés.

### Diagnóstico

Assim como no primeiro grupo o exame clínico e inspeção craniana são suficientes para detecção do fechamento da sutura. Entretanto nestes casos, exames de imagem como

---

raio X simples do crânio e a tomografia computadorizada podem confirmar se há realmente fusão de sutura, qual é ela e dar orientações na escolha do procedimento pelo neurocirurgião.

A abordagem apoiada é interdisciplinar formada por especialistas de neurocirurgia pediátrica, neurologia pediátrica, audiologia, radiologia, genética médica, neurologia, oftalmopediatria, cirurgia oral e maxilo-facial, nutrologia, ortodontia, ortopedia, otorrinolaringologia, odontopediatria, antropologia física, cirurgia plástica, psiquiatria, psicologia, serviço social e fonoaudiologia.

O diagnóstico precoce e o encaminhamento para o neurocirurgião pediátrico, permite que se faça confirmação diagnóstica e tratamento neurocirúrgico precoce, evitando as complicações mais comuns, que são hipertensão intracraniana e o atraso de desenvolvimento encefálico pela falta de espaço adequado.

Sendo assim, é vital o diagnóstico precoce com diferenciação do tipo de deformidade e orientação aos pais. Essa primeira avaliação é realizada pelo pediatra que deve em todas as consultas até os 2 anos, examinar o crânio, medir o perímetro cefálico e suspeitar quando se observa alterações em sua forma. Em casos suspeitos ou duvidosos, a avaliação secundária do especialista é aconselhada.