

## FORÁMENES PARIETALES GIGANTES

### REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Hornes J, Amarilla C, Castañeda B y

col. Forámenes parietales gigantes.

Rev Arg Med 2021;9[2]:110-113

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/>

ark:/s26184311/s76rva9ea

### GIANT PARIETAL FORAMINA

Julián Hornes,<sup>1</sup> Cristhian Amarilla,<sup>1</sup> Byron Castañeda,<sup>1</sup> Cristian Panigadi<sup>2</sup>

Recibido: 29 de enero de 2021.

Aceptado: 1 de marzo de 2021.

<sup>1</sup> Residentes del Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal Dr. Diego Paroissien, Isidro Casanova, provincia de Buenos Aires.

<sup>2</sup> Jefe del Servicio de Clínica Médica del Hospital Interzonal Dr. Diego Paroissien, Isidro Casanova.

### RESUMEN

Se denominan agujeros parietales gigantes (APG) las formaciones que superan los 5 mm ubicados en la calota craneana sobre los huesos parietales. En general suelen ser asintomáticos pero en ocasiones se asocian a distintos tipos de craneoestenosis, displasias corticales, microcefalia, defectos oculares o del oído, sindactilia y poldactilia con hipoplasia distal de la clavícula y ausencia del acromion, retraso mental, exostosis múltiples, disostosis craneofacial y alteraciones de los vasos intracraneales. Las malformaciones menígeas, corticales y vasculares de la fosa posterior acompañan los defectos óseos y pueden predisponer a la epilepsia.

**PALABRAS CLAVE.** Foramen parietal, epilepsia, foramen parietal gigante.

### ABSTRACT

*Giant parietal foramina (GPA) are formations that exceed 5 mm located in the cranial shell above the parietal bones. They are usually asymptomatic but are sometimes associated with different types of craniostenosis, cortical dysplasias, microcephaly, eye or ear defects, syndactyly and polydactyly with distal hypoplasia of the clavicle and absence of acromion, mental retardation, multiple exostoses, craniofacial dysostosis and alterations of the intracranial vessels. Meningeal, cortical, and vascular malformations of the posterior fossa accompany bone defects and may predispose to epilepsy.*

**KEY WORDS.** Parietal foramina, epilepsy, giant parietal foramina.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Cristhian Amarilla. Avenida Brigadier General Juan Manuel de Rosas 6000 ABS, Calle 13, B1765 Isidro Casanova, provincia de Buenos Aires. Teléfono: 011 4669-3590. Correo electrónico: [cristhiand.amarilla@gmail.com](mailto:cristhiand.amarilla@gmail.com).

## Introducción

Los agujeros parietales son pequeñas formaciones ubicadas en la bóveda craneal sobre los huesos parietales (en topografía parasagital). Estos orificios miden en promedio 1 mm, por lo que, si superan los 5 mm, se denominan agujeros parietales gigantes (APG) (1). Se asocian a distintos tipos de craneosinostosis, displasias corticales, microcefalia, defectos oculares o del oído, sindactilia y polidactilia con hipoplasia distal de la clavícula y ausencia del acromion, retraso mental, exostosis múltiples, disostosis craneofacial y alteraciones de los vasos intracraneales. Muy rara vez se ha citado su vínculo con malformaciones cardíacas.

Los agujeros parietales agrandados suelen ser asintomáticos. En ocasiones, las malformaciones meníngeas, corticales y vasculares de la fosa posterior acompañan los defectos óseos y pueden predisponer a la epilepsia (2). En una minoría, los dolores de cabeza, los vómitos o el dolor local intenso a veces se asocian con estos defectos, especialmente al aplicar una presión leve sobre la corteza cerebral desprotegida (3).

## Descripción del caso

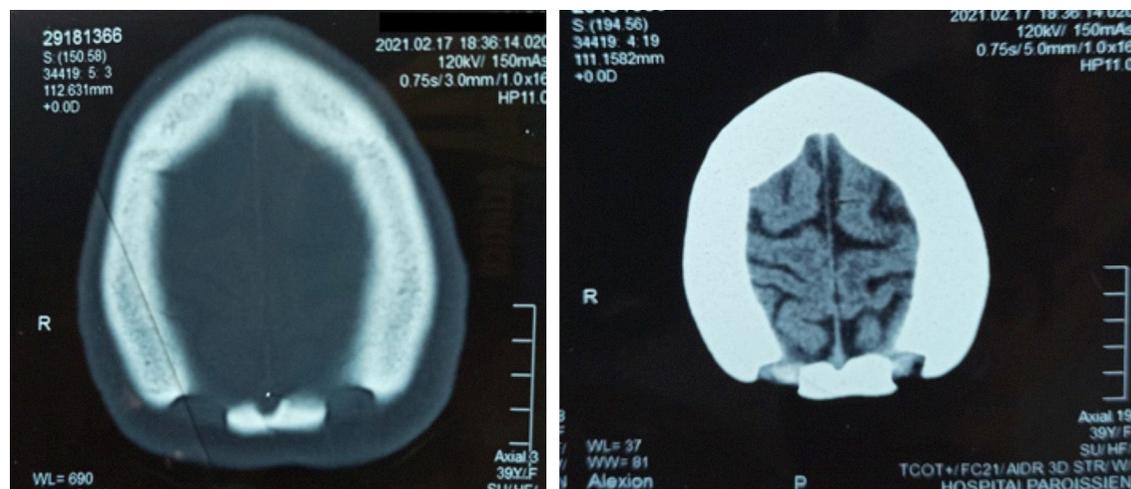
Presentamos el caso de una paciente de 39 años, sin antecedentes de relevancia, que concurrió a la guardia de nuestro nosocomio por un cuadro caracterizado por cefalea de intensidad 10/10 y de carácter opresivo, lo-

calizada en el nivel occipital, que se había iniciado el día 16 de febrero de 2021 a las 23 h. Fue acompañado por un episodio convulsivo –referido por un familiar– que se interpretó como tónico-clónico generalizado. Dicho cuadro clínico cedió espontáneamente y la paciente logró conciliar el sueño.

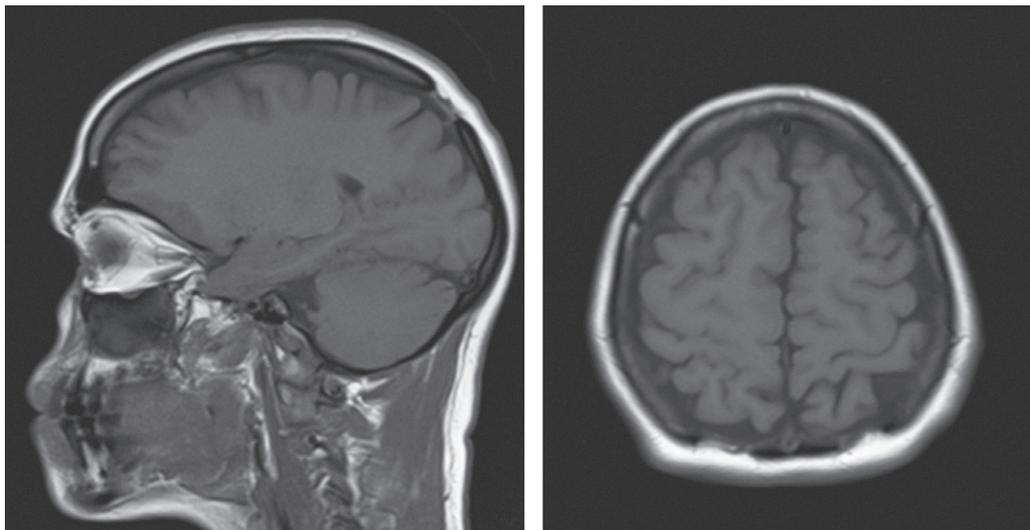
El día 17 de febrero, la paciente continuaba con cefalea intensa, a lo que se agregó un nuevo episodio convulsivo tónico-clónico generalizado, por lo que decidió consultar a la guardia. En la guardia se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de encéfalo y análisis de laboratorio; luego de una interconsulta con el Servicio de Neurología, la paciente ingresó al Servicio de Clínica Médica.

En el examen físico de ingreso al hospital, la paciente se encontraba irritable y sin elevación de la temperatura corporal y no presentaba lesiones en huesos frontales o temporales. Se logró palpar, en la región occipital, dos áreas de partes blandas sobreelevadas y de morfología ovalada, renitentes al tacto, con un borde óseo que las delimitaba. Por las crisis convulsivas, se decidió realizar un electroencefalograma, una TAC de encéfalo y una resonancia magnética con contrastes oral y endovenoso.

La TAC de encéfalo evidenció un defecto en la conformación de ambos huesos parietales, con una gran solución de continuidad y una amplia zona sin revestimiento óseo en la bóveda craneal, que creaba un “seudoforamen” por donde protruían el espacio aracnoideo y las meninges: un hallazgo compatible con APG. Se realizó, además, una resonancia magnética que permitió apreciar con



**Figura 1.** TAC de corte axial en la que se observan dos pseudoforámenes parietales y la protrusión del espacio aracnoideo y de las meninges.



**Figura 2.** En la resonancia magnética se observa detalladamente cómo se infiltra el espacio subaracnoideo y de las meninges en el hueso parietal.

mejor calidad cómo las meninges y el espacio subaracnoideo protrúan hacia los forámenes parietales. El electroencefalograma informó de puntas-ondas en los occipitotemporales derecho y central y del parietal izquierdo con hiperactivación y sin ella.

Se decidió dar de alta a la paciente con seguimiento de los servicios de Clínica Médica y Neurología, medicación anticomocional y estipulación de pautas de alarma.

## Discusión

Este evento nos obligó a realizar una investigación minuciosa de casos similares y evaluar las diferentes etiologías que pudieron haber desencadenado el cuadro clínico. Encontramos que esta entidad es frecuente en edades pediátricas (4) y se asocia a malformaciones cardíacas. De la misma manera, destacamos la falta de evidencia en pacientes adultos.

Los APG constituyen una condición benigna que puede estar asociada a múltiples alteraciones morfológicas o genéticas (5). Conocer su clínica y sus características radiológicas resulta relevante (6), ya que ante este hallazgo hay que estudiar ampliamente al paciente, realizar los estudios pertinentes buscando las asociaciones antes nombradas y estudiar al resto de su familia en busca de hallazgos compatibles con esta enfermedad (7). Por este motivo, al día de hoy, este caso se encuentra en seguimiento por el Servicio de Clínica Médica y con estudios pendientes para encontrar enfermedades asociadas.

## Lecciones por aprender del caso

Como toda patología poco prevalente, su descripción y su manera de presentación pueden dar lugar a futuros estudios retrospectivos que nos permitan hallar asociaciones con diferentes factores a los que, en la actualidad, no se esté dando jerarquía. Es relevante mencionar la importancia de la búsqueda de trabajo con otras disciplinas y especialidades. En este caso, el aporte del Servicio de Neurología, desde sus conocimientos y experiencia, es un ejemplo de ello.

Dentro de este marco de interdisciplina, al tratarse de patologías más frecuentes en el ámbito de la pediatría, es considerable plantear como lección por aprender lo beneficiosa que pudo haber sido la interconsulta con dicha especialidad. Estos casos nos permiten repensar la prevalencia y la incidencia de cada cuadro clínico que se presenta, con sus causas más frecuentes y menos habituales, y tener en cuenta las patologías pediátricas en pacientes adultos sin desestimar la gravedad del cuadro. [RAM](#)

## Referencias bibliográficas

1. Benítez DA, Surur A. Agujeros parietales gigantes. *Rev Arg Radiol* 2016;80(2):140-1
2. Reddy AT, Hedlund GL, Percy AK. Enlarged parietal foramina: association with cerebral venous and cortical anomalies. *Neurology* 2000;54(5):1175-8
3. Lampros A Mavrogiannis 1, Andrew OM Wilkie 2 Enlarged Parietal Foramina In: GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2020. 2004 Mar 30 [updated 2019 Nov 27]. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20301307/>
4. Moyano Recine BD, Estevan M, Lizardi Amil AS y col. Agujeros parietales gigantes. A propósito de un caso. *Arch Pediatr Urug* 2008;79(4):303-7
5. Lampros A Mavrogiannis, MSc, DPhil and Andrew OM Wilkie, MA, DM, FRCP Enlarged Parietal Foramina. March 30, 2004; Last Update: November 27, 2019. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1128/>
6. Fink AM, Maixner W. Enlarged parietal foramina: MR imaging features in the fetus and neonate. *AJNR Am J Neuroradiol* 2006;27(6):1379-81
7. Kortesis B, Richards T, David L, et al. Surgical management of foramina parietalia permagna. *J Craniofac Surg* 2003;14(4):538-44