



Fontanela Anterior Persistente – Variante do Normal

Susana Fonte Santa, Alexandra Emilio, Joaquim Sequeira

Serviço de Pediatria, Hospital de São Bernardo SA – Setúbal

Resumo

Apresenta-se o caso de um rapaz de 46 meses de idade com persistência da fontanela anterior e cuja investigação não mostrou alterações, tendo por este motivo sido considerado uma variante do normal.

A persistência da fontanela anterior tem sido descrita em variadas patologias congénitas e metabólicas. Existem contudo poucos casos descritos em crianças sem patologia, em que o encerramento da fontanela ocorreu mais tardiamente que o esperado.

Palavras-chave: fontanela anterior persistente, atraso ossificação, alteração esquelética

Acta Pediatr Port 2006;1(37):30-1

Persistent Anterior Fontanel – Normal Variant

Summary

The case of a 46 months boy with anterior fontanel persistence is described; investigation showed no abnormal features, having been considered a normal variant.

Persistence of the anterior fontanel has been described in a variety of congenital and metabolic disorders. Rarely, these cases are referred as failure of closure of fontanel in otherwise normal children.

Key-words: Persistence anterior fontanel, delayed ossification, skeletal abnormalities

Acta Pediatr Port 2006;1(37):30-1

Introdução

A configuração e alteração do tamanho da fontanela anterior (FA) têm sido extensamente estudadas. A FA encerra por um processo lento de ossificação que ocorre normalmente entre o 4º e o 24º mês de vida^{1,2,3}. O tamanho médio da FA nos recém nascidos é de 3,37 cm ($\pm 0,61$) e aos dois anos de idade é de 0,37 cm ($\pm 0,06$)³. Contudo os critérios e a metodologia usados nos diferentes estudos não são consensuais, não permitindo comparação de resultados. Aisenson^{1,4} verificou numa po-

pulação americana 100% de incidência de encerramento da FA aos 26 meses e 90% entre os sete e os 19 meses. Acheson e Jefferson^{1,5} mostraram que a idade média clínica de encerramento da FA é no sexo masculino de 16,3 meses e no sexo feminino de 18,8 meses. No mesmo estudo verificou-se ainda que idade média radiológica de encerramento da FA é no sexo masculino de 17,9 meses e no sexo feminino de 19,7 meses.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de uma criança do sexo masculino, 3 anos e 10 meses de idade, caucasiana, filha de pais não consanguíneos, que foi referenciada pelo médico assistente à Consulta de Pediatria, por fontanela anterior persistente.

Nos antecedentes pessoais a salientar gravidez vigiada, sem intercorrências e de termo. Nasceu com percentil 5 em todos os parâmetros somatométricos, tendo nos primeiros quatro meses de vida descido para o percentil 3 que manteve até ao ano de idade, com recuperação lenta, até aos 3 anos, para o percentil 5 no peso, estatura e perímetro cefálico.

O desenvolvimento psicomotor era adequado e não havia história de doenças anteriores ou familiares relevantes, nomeadamente dismorfias ou outros casos de fontanela persistente.

A criança esteve sempre assintomática e no exame objectivo verificou-se fontanela anterior aberta, com 1,5 cm de diâmetro, normotensa. Não apresentava qualquer dismorfia ou mal formação aparente, a fundoscopia e exame neurológico foram normais.

A radiografia de crânio confirmou fontanela anterior aberta, com sutura sagital e coronal normais, não evidenciando qualquer alteração óssea. A radiografia de punho revelou idade óssea de três anos e quatro meses de idade.

O estudo da função tiroideia e metabolismo ósseo (cálcio, fósforo, fosfatase alcalina e paratormona) foi normal.

Na história clínica, exame objectivo e avaliação efectuada não encontramos dados a favor de patologia que justificasse o atraso de encerramento da FA. Concluimos tratar-se de uma variante do normal.

Recebido: 23.02.2005

Aceite: 10.02.2006

Correspondência:

Susana Fonte Santa
Serviço de Pediatria - Centro Hosp. de Setúbal E.P.E.
Rua Camilo Castelo Branco
2910-445 Setúbal
Tel.: 265 549 000
E-mail: susana.fonte-santa@iol.pt

Discussão

Estão descritas na literatura inúmeras causas de atraso de encerramento da FA. Compreende-se que a investigação etiológica destas crianças deva iniciar-se pelas causas comuns e de fácil diagnóstico através da elaboração da história clínica e exame objectivo minucioso. Doenças raras como as doenças endócrino metabólicas devem ser suspeitadas se existe atraso de crescimento e/ou baixa estatura ⁶. Por fim se a criança é dismórfica deveremos considerar como causas prováveis alterações cromossómicas, síndromes congénitas e dismórficas ⁶. Se por vezes apenas o exame objectivo permite nestes casos o diagnóstico, na maioria das vezes será necessário recorrer a exames específicos para cada etiologia, tal como a radiografia dos ossos longos e dos ossos disformes.

No caso clínico apresentado, após investigação não se encontrou qualquer patologia, tal como em dois outros casos descritos na literatura na década de 80 e 90, respectivamente por Rogers ⁶ e Davidson¹. Davidson considera mesmo que a alteração das características da camada mesenquimatosa entre a dura mater e o perióstio pode ser responsável por este atraso fisiológico¹.

Conclusão

Apesar de bastante rara, não existindo até à data outros casos descritos em Portugal, a persistência idiopática da FA deve ser sempre considerada na criança saudável, com crescimento harmonioso, desenvolvimento estatura-ponderal e psicomotor normais. Nestes casos a persistência da FA como observação isolada não é sinal de doença, nem indicador de investigação diagnóstica. O seguimento destas crianças passa apenas pela vigilância ou plastia se o tamanho da FA o justificar.

Referências

1. Davidson RI, Klineman P. Persistent anterior fontanel in a normal child. *Pediatrics* 1982;69:644-6.
2. Duc G, Largo RG. Anterior fontanel: size and closure in term and preterm infants. *Pediatrics* 1986;78:904-8.
3. Mathur S, Kumar R, Mathur GP, Singh VK, Gupta V. Anterior fontanel size. *Indian Pediatrics* 1994;31:161-4.
4. Aisenson MR. Closing of the anterior fontanel. *Pediatrics* 1950;6:223.
5. Acheson RM, Jefferson E. Some observations on the closure of the anterior fontanel. *Arch Diseases Child* 1954;29:196.
6. Rogers W. Persistent open anterior fontanel. *JAMA* 1990;264:2450.