

Caso clínico-radiológico

Jaime Cerdá L.¹, Cristián García B.²

CASO CLÍNICO

Lactante varón de 35 días de vida, con antecedente de haber nacido producto de embarazo de término y parto vaginal, con presentación cefálica y uso de fórceps, por expulsivo prolongado. Al nacer, peso de nacimiento 3.550 g, APGAR 8-9-10. Es dado de alta sin problemas a los tres días de vida. Evoluciona sin problemas y alrededor de las tres semanas de vida, su madre nota

un aumento de volumen en la región cervical derecha e inclinación de la cabeza hacia el mismo lado, sin manifestaciones aparentes de dolor, decidiendo consultar médico. Al examen físico, se aprecia un aumento de volumen fusiforme, firme y fijo en el trayecto del músculo esternocleidomastoideo (ECM) derecho, sin alteraciones cutáneas asociadas y discreta inclinación lateral derecha de la cabeza.

Para estudiar la etiología de esta masa se solicitó una ecotomografía cervical. Se ilustran cortes sagital (figura 1a) y transversal (figura 1b) de la cara derecha del cuello y corte sagital del lado izquierdo (figura 1c), para efectos comparativos.

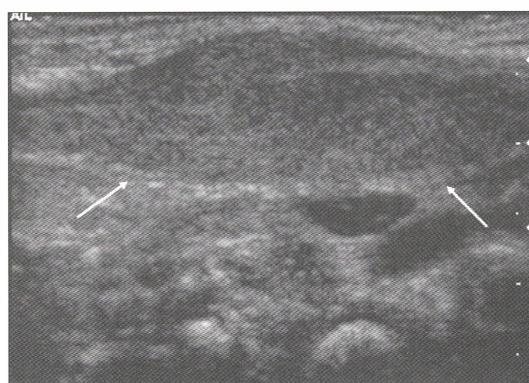


Figura 1a.

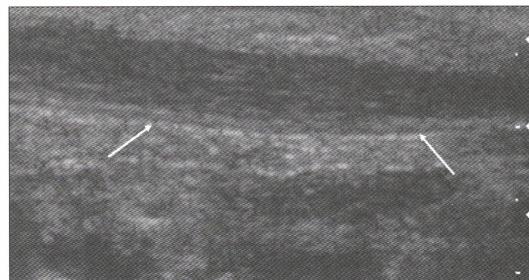


Figura 1c.

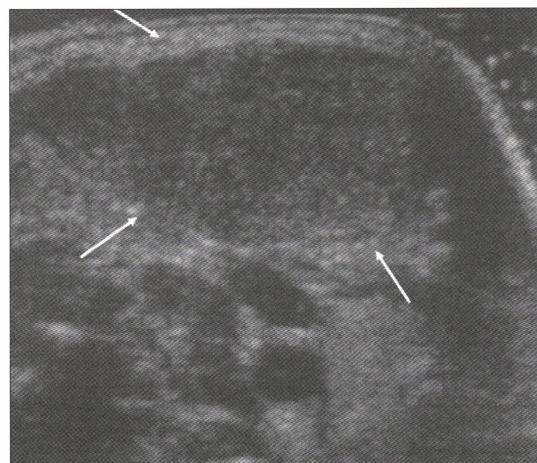


Figura 1b.

¿Cuál es su diagnóstico ?

1. Residente de Pediatría, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Radiólogo, Profesor Adjunto, Departamentos de Radiología y Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

La figura 1 (a, b) muestra una masa que compromete los dos tercios distales del músculo ECM del lado derecho (flechas), de aspecto fusiforme, que mide aproximadamente 3 x 1,5 cm en sus diámetros sagital y transversal respectivamente. Presenta una ecogenicidad similar al resto del músculo, sus bordes están bien delimitados y no hay áreas de contenido líquido ni calcificaciones en su interior. Tampoco presentaba flujo vascular anormal en su espesor, en estudio Doppler-color. El músculo ECM del lado izquierdo es normal (flechas) (c).

Estos hallazgos, junto con los antecedentes clínicos, son característicos y diagnósticos de una torticollis muscular congénita.

DIAGNÓSTICO

Torticollis muscular congénita derecha.

COMENTARIO

La torticollis muscular congénita (TMC), conocida también como pseudotumor esterno-cleidomastoideo del lactante o *fibromatosis colli*, es una patología que afecta al recién nacido y lactante menor, con una incidencia reportada de 1,3 a 1,9%^{1,2}. Estaría causada por cambios fibróticos del músculo esterno-cleidomastoideo (ECM) secundarios a diversas condiciones antenatales o por traumatismo durante el parto, sin embargo, su exacta fisiopatología permanece desconocida³. Un estudio prospectivo que incluyó un seguimiento de 510 pacientes con TMC, encontró antecedentes familiares en menos de un 5% de los casos, una mayor frecuencia en varones (relación 3: 2) y un promedio de edad de 24 días (rango 10 a 300 días) al momento del diagnóstico⁴. En el examen cervical es posible palpar un aumento de volumen firme e inmóvil en el trayecto del músculo ECM, en especial en sus tercios medio e inferior (43% y 33%, respectivamente), sin preferencia por un lado del cuello⁴. El compromiso unilateral del músculo ECM obliga al lactante a inclinar su cabeza hacia el lado afectado, con rotación hacia el lado opuesto. Generalmente, es indolora y no se asocia a alteraciones cutáneas ni sín-

tomas sistémicos. Su coexistencia con otras condiciones patológicas como displasia del desarrollo de caderas (4% a 17%)⁵, asimetrías craneofaciales (aproximadamente 90%)^{3,4} y presentación podálica (19%)⁴, ha sido documentada. Clínicamente, puede ser confundida con otras masas cervicales del recién nacido y del lactante menor, de origen neoplásico (rhabdomiosarcoma, fibrosarcoma), congénitas (higroma quístico, quiste branquial), linfadenitis, hematomas y abscesos, entre otras.

La ultrasonografía (US) constituye el examen de elección para el diagnóstico y seguimiento de la TMC y no es necesario utilizar otros métodos de imágenes más sofisticados y de mayor costo, algunos de los cuales requieren el uso de radiación ionizante. El aspecto ultrasonográfico es característico, como han demostrado diversas series nacionales⁶ e internacionales⁷. Se presenta como un aumento de volumen del ECM del lado afectado, determinado por una masa sólida hiper, hipo o isoecogénica con respecto al músculo normal, homogénea o heterogénea, sin calcificaciones o zonas quísticas en su interior, a veces rodeada por un halo de menor ecogenicidad⁶ (figura 1). Esta masa está característicamente en continuidad con el músculo ECM, el que se encuentra parcialmente comprometido, lo que determina su aspecto fusiforme⁶.

El tratamiento persigue reducir las secuelas anatómicas y funcionales y consiste generalmente en terapias no invasivas, como posicionamiento activo de la cabeza y cuello en el hogar y ejercicios de fisioterapia, con estiramiento muscular, los que han demostrado seguridad y eficiencia³. El uso de toxina botulínica tipo A ha sido recientemente implementado, con buenos resultados⁸.

El tratamiento quirúrgico es de excepción y se reserva para aquellos casos más severos, con importante limitación funcional o aquellos casos de presentación más tardía o refractarios al tratamiento médico^{3,4,9}.

REFERENCIAS

- 1.- Cheng JC, Au AW: Infantile torticollis: a review of 624 cases. *J Pediatr Orthop* 1994; 4: 802-8.
- 2.- Suzuki S, Yamamuro T, Fujita A: The etiological relationship between congenital torticollis and obstetrical paralysis. *Int Orthop* 1984; 8: 175-81.

- 3.- *Cheng JC, Tang SP, Chen TM, Wong MW, Wong EM*: The clinical presentation and outcome of congenital muscular torticollis in infants. A study of 1.086 cases. *J Pediatr Surg* 2000; 35: 1091-6.
- 4.- *Cheng JC, Tang SP, Chen TM*: Sternocleidomastoid pseudotumor and congenital muscular torticollis in infants: a prospective study of 510 cases. *J Pediatr* 1999; 134: 712-6.
- 5.- *Tien YC, Su JY, Lin GT, Lin SY*: Ultrasonographic study of the coexistence of muscular torticollis and hip dysplasia. *J Pediatr Orthop* 2001; 21: 343-7.
- 6.- *Vial I, García C, Accorsi E, Zúñiga S*: Torticollis muscular congénita. Hallazgos ultrasonográficos. *Rev Chil Pediatr* 1995; 66: 156-61.
- 7.- *Lin JN, Chou ML*: Ultrasonographic study of the sternocleidomastoid muscle in the management of congenital muscular torticollis. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 1648-51.
- 8.- *Joyce MB, de Chalain TM*: Treatment of recalcitrant idiopathic muscular torticollis in infants with botulinum toxin type A. *J Craniofac Surg* 2005; 16: 321-7.
- 9.- *Cheng JC, Wong MW, Tang SP, Chen TM, Shum SL, Wong EM*: Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants. A prospective study of eight hundred and twenty-one cases. *J Bone Joint Surg (Am)* 2001; 83: 679-87.