



El Rincón del Residente

Coordinadores: L. García Espinosa*, M. García Boyano*, S. Criado Camargo*, J.A. Soler Simón**
*Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.
**Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid.



El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos e imágenes clínicas entre otras. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Tumoración maxilar superior izquierda en niño de 7 años

S. Poses Veiga*, A. Jiménez Fernández*, D. García Aldana**

*Médico Interno Residente 4º año Pediatría y sus Áreas Específicas. **Facultativo Especialista de Área de Pediatría y sus Áreas Específicas Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

Historia clínica

Niño de 7 años que consulta en nuestro Servicio de Urgencias por tumoración en mejilla izquierda de tres semanas de evolución, cuyo tamaño ha ido en aumento progresivamente y que condiciona asimetría entre ambas hemifaros y protruye hacia encía (Fig. 1). Como único antecedente de interés, endodoncia hace aproximadamente un mes por caries en pieza dental 23. No otra sintomatología acompañante.

En la exploración física destaca tumoración indurada de 2x2 cm en región maxilar superior izquierda, indolora a la palpación y no móvil. Resto de la exploración, normal.

En Urgencias se realizó analítica con hemograma, bioquímica sanguínea, estudio básico de coagulación y reactantes de fase aguda, siendo normales, y radiografía en proyección de Waters (Fig. 2) y TC de cara (Fig. 3), cuyas imágenes se muestran a continuación.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Osteosarcoma maxilar.
- Quiste odontogénico radicular.
- Parotiditis.
- Pseudoquiste maxilar traumático.
- Ameloblastoma.



Figura 1. Foto tomada con consentimiento de la familia del paciente.



Figura 2.



Figura 3.

Respuesta correcta

b. Quiste odontogénico radicular.

Comentario

El diagnóstico correcto en nuestro paciente es el de quiste odontogénico radicular⁽¹⁾. En las imágenes radiológicas se identifica una lesión quística en maxilar superior, con paredes bien definidas, sin rotura de la cortical ósea. Esta formación engloba en su interior, las piezas dentarias 22, 23 y 24, provocando erosión de la raíz de alguna de ellas. Estos hallazgos son compatibles con tumor quístico odontogénico. Nuestro paciente fue derivado a las consultas de Cirugía Maxilofacial, donde se indicó biopsia de la lesión, confirmándose histopatología compatible con quiste odontogénico radicular. Posteriormente, se realizó la exéresis (quistectomía) de la lesión con evolución posterior favorable.

Los quistes odontogénicos son lesiones maxilares en forma de cavidad, con recubrimiento epitelial y contenido líquido o purulento^(2,3). Pueden ser inflamatorios o relacionados con el desarrollo. Los más frecuentes son los quistes inflamatorios radiculares, que se producen cuando la inflamación secundaria a una necrosis pulpar induce la proliferación de restos epiteliales de Malassez, dando lugar a la formación de lesiones quísticas. Es habitual que incluyan en su interior, restos de la pieza dental necrosada, como en nuestro caso. Normalmente, suelen ser asintomáticos aunque, en ocasiones, se detectan por el aumento de tamaño local. El tratamiento suele consistir en la exéresis de la lesión quística.

Los osteosarcomas son neoplasias malignas cuya presentación primaria en cara y cuello es muy rara en niños⁽⁴⁾. Presentarán un crecimiento más rápido y agresivo que las lesiones quísticas. En las pruebas radiológicas, se puede observar invasión muscular o rotura de la cortical ósea. El tratamiento se basará en la cirugía extensa.

La parotiditis es una infección vírica causada por parainfluenza virus. Provoca inflamación de las glándulas salivares, dando lugar a tumefacción facial dolorosa en dicha región, con frecuencia bilateral. Cursa con otros síntomas sistémicos infecciosos y no es necesaria la realización de pruebas de ima-

gen para su diagnóstico, sino que este se basa en la clínica y las pruebas microbiológicas.

Los pseudoquistes maxilares traumáticos son acumulaciones de líquido, sangre o material purulento, secundarias a un traumatismo o manipulación en cavidad bucal, que se diferenciarán de las lesiones quísticas, porque no presentan recubrimiento epitelial. Muchas veces requieren exéresis quirúrgica por su localización.

El ameloblastoma es una neoplasia benigna derivada de las células del esmalte dentario⁽⁵⁾. Muy infrecuente en Pediatría. Aunque presenta naturaleza benigna, por su localización puede ser localmente agresivo. Su diagnóstico se basará en la histología de la lesión.

Palabras clave

Quiste odontogénico; Quiste radicular; Maxilar superior; *Odontogenic cyst; Radicular cyst; Upper jaw.*

Bibliografía

1. Johnson NR, Gannon OM, Savage NW, Batstone MD. Frequency of odontogenic cysts and tumors: a systematic review. *J Investig Clin Dent.* 2014; 5: 9-14.
2. Bernardi L, Visioli F, Nör C, Varkali Rados P. Radicular Cyst: An Update of the Biological Factors Related to Lining Epithelium. *J Endod.* 2015; 41: 1951-61.
3. Fungi Monetti M. Revisión analítica de los quistes odontogénicos: Archivo de la Cátedra de Anatomía Patológica Facultad de Odontología UdelaR. *Odontostomatología (Internet)*. Citado el 19 de mayo de 2021. 2011; 13: 56-65. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392011000200006&lng=es.
4. ElKordy MA, ElBaradie TS, ElSebai HI, ElWahab Amin AA, KhairAlla SM. Osteosarcoma of the jaw: Challenges in the diagnosis and treatment. *J Egypt Natl Canc Inst.* 2018; 30: 7-11.
5. Di Cosola M, Turco M, Bizzoca G, Tavoulari K, Capodiferro S, Escudero-Castaño N, et al. El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: un estudio clínico basado en nuestra experiencia. *Av Odontostomatol (Internet)*. Citado el 19 de mayo de 2021. 2007; 23: 359-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852007000600003&lng=es.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico



imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Lesión cervical neonatal

L. Díaz González*, L. Otero Pérez*, R. Martínez Lorenzo**

*Médico Interno Residente de Pediatría. **Facultativo Especialista de Área en Pediatría
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Historia clínica

Recién nacido a término que es valorado en la maternidad. Como antecedentes prenatales, destacan: un embarazo controlado sin incidencias, con serologías antenatales negativas y ecografías normales y acordes a la edad gestacional. Nació en la semana 40+4 de gestación mediante parto eutócico vaginal, sin factores de riesgo infeccioso. Test de Apgar: 9/10, sin necesitar reanimación. No refieren antecedentes familiares con interés para el recién nacido.

Al nacimiento encontramos un varón con exploración física normal, salvo una lesión pediculada de coloración rosada en línea media anterior supra-esternal, con un orificio en su base, que no se encuentra adherida a planos profundos ni se moviliza con la deglución (Figs. 1 y 2). La auscultación cardiopulmonar es normal. Presenta un abdomen blando y depresible, sin masas ni visceromegalias, con genitales masculinos externos normoconfigurados y ano permeable. No presenta limitación de la movilidad cervical y la fontanela anterior es normotensa. No se observan otras malformaciones externas groseras.

Los datos somatométricos al nacimiento son los siguientes: peso de 3.190 g (p15); longitud de 48 cm (p10); y perímetro craneal de 33 cm (p10).

Realizó micción y expulsión de meconio de forma espontánea en las primeras horas de vida, y los cribados auditivo y metabólico fueron normales.

¿Cuál es el diagnóstico?

- Hemangioma infantil.
- Fisura cervical media.
- Fístula de la hendidura branquial.
- Quiste tirogloso.
- Seno de la hendidura branquial.



Figura 1.



Figura 2.



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria

Respuesta correcta

b. Fisura cervical media.

Discusión y comentarios

Se realizó interconsulta a Cirugía Pediátrica con diagnóstico de fisura cervical media. Se realizaron ecografías abdominal y cardiaca con resultado normal, y se incluyó en lista de espera para exéresis.

La fisura cervical media es una anomalía congénita infrecuente con una incidencia del 1,7% de todas las malformaciones cervicales⁽¹⁾. Se caracteriza por una lesión protruyente en la línea media de la cara anterior del cuello presente desde el nacimiento (Fig. 1). En su parte superior, tiene un nódulo cutáneo-mucoso y, en su parte inferior, un pequeño sinus⁽²⁾ (Fig. 2), normalmente unidas a través de un tracto de piel atrófica no visible en nuestro caso. Se diagnostica mediante examen físico y el tratamiento es quirúrgico⁽³⁾.

El defecto se limita a la piel del cuello, aunque se han descrito asociaciones con otras alteraciones (micrognatia, labio leporino, agenesia del hioides, malformaciones renales o incluso lesiones cardíacas). El origen etiológico no se conoce, pero se ha relacionado con un fallo en la fusión del 1º y 2º arco branquial durante la 3ª o 4ª semana de gestación⁽⁴⁾.

La evolución es generalmente benigna con cicatrización espontánea. Sin embargo, dado que existe riesgo de infección, contractura cervical y limitación de la movilidad, se recomienda la intervención quirúrgica alrededor del año de edad. La técnica de elección es la extirpación completa con reparación mediante Z-plastia⁽⁵⁾.

En su diagnóstico diferencial se incluyen otras alteraciones cutáneas cervicales como: fistulas, quistes o lesiones vasculares.

Los hemangiomas infantiles (opción a) son lesiones que con frecuencia se localizan en cabeza y cuello, de coloración roja intensa, con superficie brillante y consistencia suave. Son los tumores vasculares más frecuentes en la infancia, pero no suelen estar presentes al nacimiento, desarrollándose en las primeras semanas de vida⁽⁶⁾.

La fístula de la hendidura branquial (opción c) es una alteración que se manifiesta como una pequeña depresión y orificio en la cara lateral del cuello, que drena contenido líquido al comunicarse con la orofaringe⁽⁷⁾.

El quiste del conducto tirogloso (opción d) es el quiste congénito más frecuente del cuello. Se presenta como una masa redondeada cubierta por piel normal, no eritematosa, asintomática y en la línea media del cuello, que se desplaza al tragar al encontrarse unida al hueso hioides⁽⁷⁾.

El seno de la hendidura branquial (opción e) es la anomalía más frecuente del arco branquial y se presenta hacia los 5 años de edad, en forma de una pequeña depresión en la cara lateral del cuello⁽⁷⁾.

Palabras clave

Neonato; Anomalías congénitas;
Newborn; Congenital abnormalities.

Bibliografía

1. Bahakim A, Francois M, Van Den Abbeele T. Congenital Midline cervical cleft and W-plasty: Our experience. *Int J Otolaryngol.* 2018; 2: 1-5.
2. Masood MM, Mieczkowski P, Malc EP, Foreman AKM, Evans JP, Clark JM, et al. Congenital Midline cervical cleft: First report and genetic analysis of two related patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2020; 129: 653-6.
3. Çelikoyar M, Aktan E, Doğusoy G. Congenital midline cervical cleft: a case report. *J Med Case Rep.* 2019; 13: 176.
4. Achard S, Leroy X, Fayoux P. Congenital midline cervical cleft: A retrospective case series of 8 children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016; 81: 60-4.
5. Arjona-Aguilera C, Blasco Morente G, Tercedor-Sánchez J. Pápula pediculada y fisura en línea cervical anterior de recién nacido. *Actas Dermosifiliogr.* 2016; 107: 681-2.
6. Alonso San Pablo M, Calderón-Castrat X. Anomalías vasculares. *Pediatría integral* (Internet). Acceso el 15 mayo de 2021. 2016; XX; 159-68. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx03/02/n3-159-168_TereAlonso.pdf.
7. Sanz LP. Defectos de la línea media: senos, fistulas y quistes. *Researchgate* (Internet). Acceso el 15 mayo de 2021. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/290803295_Defectos_de_la_linea_media_Senos_fistulas_y_quistes.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".