El Rincón del Residente

Coordinadores: I. Bulnes Rodríguez*, M. García Boyano**, M. Cid Sainz**, P. Rodríguez Díaz***
**Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*
***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

Tumor cervical congénito en un preescolar

R. Manrique Meléndez*, K. Nava Cabrera**, J. Pachicano Leal***

***Residente de Medicina Familiar,** https://orcid.org/0009-0009-5433-5707; ****Residente de Pediatría,** https://orcid.org/0009-0002-3952-9158; *****Médico Adscrito. Consulta externa, Servicio de Pediatría. Clínica Hospital ISSSTE Constitución. Monterrey, Nuevo León. México,** https://orcid.org/0009-0003-0767-0533

Historia clínica

Un preescolar de 2 años y 6 meses, previamente sano, que consulta por tumoración cervical derecha presente desde el nacimiento (Fig. 1). La lesión era inicialmente de aproximadamente 0,5 cm, normocrómica y asintomática, y presentó un crecimiento proporcional al desarrollo del paciente. No se refieren antecedentes de episodios inflamatorios, dolor, supuración ni infecciones cervicales recurrentes.

En la exploración física, se objetiva una lesión nodular de 1,5 x 1 cm, localizada en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo derecho, de consistencia gomosa, superficie lisa, móvil respecto a planos profundos, no dolorosa y sin signos inflamatorios (Fig. 2).

Se realizó una ecografía cervical de la lesión (Fig. 3).

¿Cuál es el diagnóstico?

a. Higroma quístico.
b. Hemangioma congénito.
c. Tortícolis muscular congénita.
d. Tiroides ectópica.
e. Quiste branquial.

Figura 1. Tumoración cervical en la primera semana de vida.

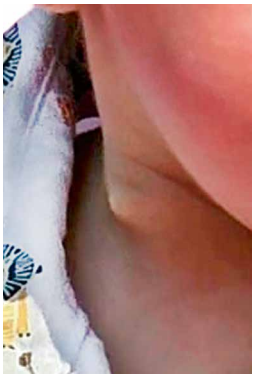

Figura 2. Tumoración cervical a los 2 años y 6 meses de vida.

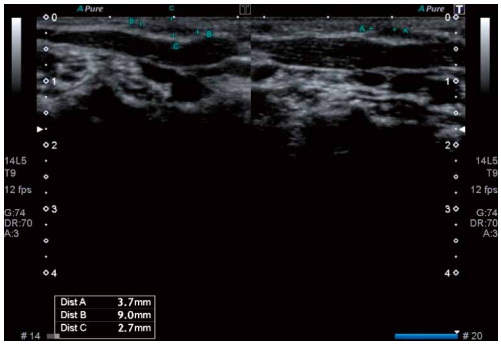

Figura 3. Ecografía cervical de la lesión.

Respuesta correcta

e. Quiste branquial.

Comentario

La ecografía cervical evidenció una imagen quística homogénea, bien delimitada, de 9 x 4 x 3 mm, superficial al músculo esternocleidomastoideo, sin infiltración ni trayecto fistuloso aparente.

Las anomalías del segundo arco branquial constituyen aproximadamente el 90-95 % de las anomalías branquiales y representan una de las causas más frecuentes de masa cervical lateral congénita en la infancia[1]. Se originan por un cierre incompleto del segundo arco branquial durante la embriogénesis. Pueden manifestarse como quistes, senos o fístulas y su localización típica es el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, habitualmente en su tercio superior, aunque pueden encontrarse en otros segmentos del trayecto branquial.

Clínicamente, los quistes branquiales se presentan como masas laterales de crecimiento lento, bien delimitadas, móviles y generalmente indoloras[2]. En muchos casos, permanecen asintomáticos hasta que se sobreinfectan. En este paciente, la presencia desde el nacimiento, el crecimiento proporcional y la ausencia de episodios inflamatorios apoyaban una lesión congénita benigna.

La ecografía constituye la prueba inicial de elección, ya que permite confirmar la naturaleza quística, su delimitación y la relación con estructuras vecinas, evitando irradiación. En nuestro caso mostró una imagen quística homogénea bien delimitada, superficial al esternocleidomastoideo. El diagnóstico definitivo se establece, como ocurrió en nuestro paciente, mediante el estudio histopatológico tras la exéresis quirúrgica, que es el tratamiento de elección y presenta baja tasa de recurrencia cuando la resección es completa[1,3].

En el diagnóstico diferencial, el higroma quístico (malformación linfática) suele localizarse en el triángulo posterior del cuello y presenta aspecto multiloculado e infiltrativo[4]. El hemangioma congénito típicamente no está completamente desarrollado al nacimiento, suele tener un color rojizo o azulado, puede ser plano o ligeramente elevado, y presenta una fase proliferativa posnatal durante los primeros meses de vida, con crecimiento rápido, lo que no se observó en este caso. La tortícolis muscular congénita se caracteriza por acortamiento y fibrosis del esternocleidomastoideo con limitación de la movilidad cervical, no por una lesión quística definida. La tiroides ectópica suele localizarse en línea media y se asocia a alteraciones en la migración tiroidea.

Palabras clave

Quiste branquial; Cuello.
Branchial cyst; Neck.

Bibliografía

1. Bajaj Y, Ifeacho S, Tweedie D, Jephson CG, Albert DM, Cochrane LA, et al. Branchial anomalies in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2011; 75: 1020-3. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2011.05.008.
2. Zaifullah S, Yunus MRM, See GB. Diagnosis and treatment of branchial cleft anomalies in UKMMC: a 10-year retrospective study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013; 270: 1501-6. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00405-012-2200-7.
3. Shen LF, Zhou SH, Chen Q, Yu Q. Second branchial cleft anomalies in children: a literature review. Pediatr Surg Int. 2018; 34: 1251-6.
4. Muñoz-Proto F, Sarría-Echegaray P, Epprecht-González MP, Alba-Mesquida J. Malformaciones congénitas del cuello. Diagnóstico y tratamiento. Semergen. 2016; 42: 254-9. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.09.006.

sepeap
Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de Formación Continuada se realizarán "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es. Para la obtención de los créditos de formación médica continuada (CEP-DPC/ECMECs) avalados por SEAFORMEC, los participantes deberán ser socios de SEPEAP, cumplir con el ***100 % del tiempo mínimo establecido, superar el 80 % del test de evaluación y cumplimentar la encuesta de satisfacción dentro del plazo establecido por la entidad acreditadora****. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line". Los créditos de formación continuada no son aplicables a los profesionales que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.*

Imagen en Pediatría Clínica. Haz tu diagnóstico

imagen clínica interactiva
www.pediatriaintegral.es

Hallazgo musculoesquelético inesperado en el recién nacido

A. Pomer Cañizares*, S. Guillén Carrillo**

*Médico Interno Residente de Pediatría. Hospital Doctor Peset. Valencia, https://orcid.org/0009-0009-1476-2560
**Facultativo Especialista en Pediatría y Áreas Específicas. Hospital General de Almansa. Albacete, https://orcid.org/0009-0002-1976-3641

Historia clínica

Recién nacido varón, a término, sin antecedentes familiares de malformaciones ni hallazgos patológicos en las ecografías prenatales. Al examen en el paritorio, se observa hiperextensión marcada de la rodilla derecha, con limitación para la flexión activa y pasiva (Fig. 1). El miembro afectado presenta movilidad espontánea, pulsos distales presentes y reflejo de Babinski. No se aprecian otras malformaciones ni alteraciones en el resto de la exploración física. El neonato está hemodinámicamente estable.

¿Cuál es el diagnóstico?

a. Hiperlaxitud fisiológica neonatal.
b. Luxación congénita de rodilla.
c. Displasia del desarrollo de la cadera.
d. Fractura distal de fémur.
e. Artrogriposis múltiple congénita.

Figura 1.

Pediatría Integral
sepeap
Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

sepeap
Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Respuesta correcta

b. Luxación congénita de rodilla.

Comentario

La luxación congénita de rodilla (LCR) es una anomalía rara, definida por la hiperextensión y el desplazamiento anterior de la tibia respecto al fémur, con una restricción significativa de la flexión[1]. Su incidencia es extremadamente baja, estimándose en aproximadamente 1 caso por cada 100.000 recién nacidos vivos, lo que la convierte en una patología 40 a 80 veces menos frecuente que la luxación congénita de cadera[2,3]. Puede presentarse de forma aislada o asociada a síndromes genéticos, como el síndrome de Larsen o la artrogriposis múltiple congénita[1,2]. La fisiopatología implica alteraciones en el desarrollo de los tejidos blandos periarticulares, especialmente del cuádriceps y la cápsula articular, lo que condiciona la posición anómala desde la vida intrauterina[4].

El diagnóstico diferencial debe considerar varias entidades. La hiperlaxitud fisiológica neonatal es frecuente en recién nacidos y se caracteriza por una movilidad articular aumentada, pero sin deformidad persistente ni restricción funcional; la flexión y la extensión son completas y no existe desplazamiento articular[1]. La displasia del desarrollo de la cadera puede coexistir con la LCR y debe descartarse mediante ecografía; esta displasia se manifiesta por inestabilidad o limitación de la abducción, pero no por hiperextensión de rodilla[4]. La fractura distal de fémur está asociada a antecedentes traumáticos y dolor, no genera deformidad en hiperextensión mantenida y suele detectarse mediante radiografía[1]. Por último, la artrogriposis múltiple congénita cursa con contracturas articulares múltiples y rigidez, afectando a más de una articulación, junto con hallazgos prenatales sugestivos[2,5].

En el paritorio, la prioridad es la evaluación vascular y neurológica: comprobar pulsos distales, movilidad, coloración y reflejos, descartando compromiso isquémico o neurológico[4]. La exploración debe, además, incluir la búsqueda de otras malformaciones y la valoración de la estabilidad articular[3,6].

El tratamiento de la LCR aislada es habitualmente conservador mediante yesos progresivos, iniciados de forma precoz para favorecer la reducción y evitar rigidez articular[3,6]. La cirugía se reserva para casos refractarios, con rigidez severa o cuando el tratamiento conservador fracasa[3,5]. El pronóstico es favorable en casos aislados tratados tempranamente, con recuperación funcional completa en la mayoría de los pacientes[2,6].

En el caso presentado, la imagen radiológica mostró la relación anómala entre fémur y tibia, aunque no es imprescindible para el diagnóstico, dado que se trata de una entidad de diagnóstico fundamentalmente clínico[1]. La ecografía de caderas fue normal y el tratamiento consistió en yesos progresivos, con evolución satisfactoria y sin necesidad de intervención quirúrgica.

Palabras clave

Luxación de la rodilla; Recién nacido; Deformidades congénitas de las extremidades inferiores; Procedimientos ortopédicos.

Knee dislocation; Newborn; Congenital lower extremity deformities; Orthopedic procedures.

Bibliografía

1. Conejero Casares JA. Patología de la rodilla. Pediatr Integral. 2019; 4: 194-202. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-06/patologia-de-la-rodilla/.
2. Rampal V, Mehrafshan M, Ramanoudjame M, Seringe R, Glorion C, Wicart P. Congenital dislocation of the knee at birth - Part 2: Impact of a new classification on treatment strategies, results and prognostic factors. Orthop Traumatol Surg Res. 2016; 102: 635-8. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.04.009.
3. Cavoretto PI, Castoldi M, Corbella G, Forte A, Moharamzadeh D, Emedoli D, et al. Prenatal diagnosis and postnatal outcome of fetal congenital knee dislocation: systematic review of literature. Ultrasound Obstet Gynecol. 2023; 62: 778-87. Disponible en: https://doi.org/10.1002/uog.26283.
4. Sankar WN, Weiss J, Skaggs DL. Orthopaedic conditions in the newborn. J Am Acad Orthop Surg. 2009; 17: 112-22. Disponible en: https://doi.org/10.5435/00124635-200902000-00007.
5. Kubat O, Vlaić J, Antičević D. Knee orthopedic problems in newborns and infancy: a review. Curr Opin Pediatr. 2020; 32: 113-9. Disponible en: https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000859.
6. Klingele KE, Stephens S. Management of ACL elongation in the surgical treatment of congenital knee dislocation. Orthopedics. 2012; 35: e1094-8. Disponible en: https://doi.org/10.3928/01477447-20120621-29.

Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de Formación Continuada se realizarán "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es. Para la obtención de los créditos de formación médica continuada (CEP-DPC/ECMECs) avalados por SEAFORMEC, los participantes deberán ser socios de SEPEAP, cumplir con el ***100 % del tiempo mínimo establecido, superar el 80 % del test de evaluación y cumplimentar la encuesta de satisfacción dentro del plazo establecido por la entidad acreditadora****. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line". Los créditos de formación continuada no son aplicables a los profesionales que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.*