

Tortícolis Muscular Congénita (*Fibromastosis colli*)

Dr. Marión Fernández Aragón*; Dr. José Lizardo Barahona'

RES UMEN. El presente trabajo es un estudio prospectivo que pretende describir las características clínicas de la Tortícolis Muscular Congénita (T.M.C.), determinar factores de riesgo que pudiesen predisponer a la aparición de este tumor, correlacionar la evolución clínica y la resolución de estos pacientes.

Se tomó un total de 18 pacientes en los que fue posible tomar una información completa.

No encontramos variables perinatales relevantes en nuestros 18 pacientes estudiados; encontramos un leve predominio en el sexo masculino (61%), y no diferencias en cuanto a la localización del tumor. La edad de conocimiento de la masa por la madre fue del 77.8% a la tercera semana de edad. Únicamente 5 pacientes (27.8%) presentaron limitación del movimiento del cuello, y fueron los únicos que requirieron fisioterapia con buena evolución.

El 100% de los pacientes resolvieron su tumoración antes del año de edad, ninguno requirió cirugía.

INTRODUCCIÓN

La tortícolis congénita es el tipo más común de tortícolis en el paciente pediátrico; es el resultado de fibrosis y acortamiento en el músculo esternocleidomastoideo, y se caracteriza clínicamente como una masa en su mayoría unilateral a un lado del cuello, la cual no es detectable en el momento del nacimiento, y como consecuencia puede producir limitación del movimiento del cuello, con desviación hacia el lado opuesto de la masa. (Figura No. 1)

Por mucho tiempo se ha tratado de dilucidar la causa de dicha tumoración, y muchas veces se ha explicado la teoría del trauma al cuello en el momento del nacimiento, posiciones intrauterino anómalas, y factores del neonato per se.

Es por esto que nos vimos motivados al estudio de estos pacientes, con el propósito de determinar la presencia de algún factor de riesgo que pudiese estar relacionado con la aparición de dicho tumor. Además deseamos



Figura No. 1 Obsérvese la postura del lactante, que muestra rotación del cuello hacia el lado opuesto del tumor.

demostrar las diferentes variables relacionadas a esta patología y compararlas con la literatura internacional. Por supuesto nos interesa determinar la evolución y la resolución final de esta entidad.

PACIENTES Y METODOLOGÍA

El estudio fue realizado en el Instituto Hondureño del Seguro Social durante un período de 4 años (1991-1995),

* Médico Residente III Pediatría

* Médico Cirujano Pediatra, Instituto, Hondureño del Seguro Social Tegucigalpa, Honduras

todos los pacientes que acudieron al servicio de la consulta externa de Cirugía Pediátrica y que continuaron con el seguimiento estricto de observación cada 2 meses hasta la resolución clínica total del tumor.

La información durante el transcurso del trabajo fue anotada en el expediente de cada paciente, constatando la edad de reconocimiento de la masa, la localización, la edad en que se realizó el diagnóstico, problemas secundarios, y la edad en que se resolvió.

Posteriormente se revisó el expediente clínico del recién nacido, y se tomaron otro número de variables, como ser: la vía del nacimiento, presentación del producto, dificultades al momento de la extracción, valoración del apgar, edad gestacional y peso al nacimiento.

Con ambos grupos de variables se pudo obtener una amplia información en 18 pacientes que acudieron a la consulta externa.

Se realizó una gráfica de tabulación de datos y se procedió al análisis de los resultados.

RESULTADOS

Durante el período de 4 años 18 pacientes se recolectaron con toda la información completa.

El sexo predominante fue el sexo masculino en 11 casos (61%), contra 7 casos del sexo femenino (39%).

La vía de nacimiento más común fue el parto vaginal en 14 pacientes (77.8%), representado el nacimiento vía abdominal en 4 casos (22.2%), 3 de ellos por presentación pélvica y en un caso por mal trabajo de parto.

Únicamente en tres pacientes (16.7%), se refirieron a extracción difícil del producto al momento del nacimiento, todos ellos nacidos vía vaginal.

En cuanto a la presentación del producto al momento de nacer 15 fue en presentación cefálica (83.3%) y 3 en presentación pélvica (16.7%).

En cuanto a la condición de bienestar del neonato al nacer se consideró la evaluación del apgar, sin encontrar ningún paciente con un apgar inferior a 7.

La edad gestacional no fue una variable importante, 17 de ellos (94.5%) fueron recién nacidos de término, con adecuado peso para su edad gestacional y solamente

CUADRO No. 1
VARIABLES PERINATALES

• Vía Nacimiento		
Parto	14	77.8%
Cesárea	4	22.2%
• Extracción Difícil	3	16.7%
• Presentación		
Céfico	15	83.3%
Pélvico	3	16.7%
• Apgar		
> 7	18	100%
• Edad Gestacional		
<37sg	1	5.5%
>37sg	17	94.5%
• Peso al nacer		
<2500grs	1	5.5%
>2500grs	17	94.5%

se encontró un paciente pretérmino de 36 sg con un peso de 2,450 grs. (Cuadro No. 1)

Importante destacar que en ninguno de los casos se reconoció el tumor al momento del nacimiento, siendo todos ellos explorados por el médico al momento del alta, y fue hasta la segunda semana donde se reconocieron 5 de estos pacientes (27.8%), 9 de los casos (50%) fueron detectados hasta la tercera semana, y 4 de los casos (22.2%) fueron reconocidos en la cuarta semana.

Con respecto a la localización del tumor se mostró un leve predominio del lado izquierdo en 10 casos (55.5%), contra 8 casos (44.5%) del lado derecho, no se encontraron masas bilaterales.

La edad del diagnóstico de la patología fue en 4 pacientes (22.2%) durante la segunda quincena de vida, siendo la gran mayoría 13 pacientes (72.2%) diagnosticados durante el segundo mes de vida, y únicamente un paciente (5.6%) después de los dos meses de edad.

Los problemas secundarios encontrados fueron únicamente en 5 pacientes (27.8%), todos representados por la incapacidad de movilización del cuello, requiriendo fisioterapia con buena evolución. Los pacientes fueron controlados cada 2 meses para determinar la evolución y resolución de la tumoración, encontrándose que la gran mayoría (86.7%) se resolvió entre los 5 y 8 meses de edad, al cabo del año de edad el 100% de los casos se había resuelto. (Cuadro No.2)

CUADRO No. 2
VARIABLES DEL TUMOR

• Sexo	M	11	61%
	F	7	39%
• Edad de Reconocimiento			
2da sem	5	27.8%	
3era sem	9	50.0%	
4ta sem	4	22.2%	
• Localización			
Izquierda	10	55.5%	
Derecha	8	45.5%	
• Edad del Diagnóstico			
15 - 30 días	4	22.2%	
1 - 2 mes	13	72.2%	
> 2 meses	1	5.6%	
• Tortícolis		5	27.8%
• Edad de Resolución			
5 - 8 meses	14	86.7%	
12 meses	15	100%	

DISCUSIÓN

La descripción por vez primera en 1826 por Heusinger de la presencia de un tumor del músculo esternocleidomastoideo⁽¹⁾ despertó a posterior el interés sobre las repercusiones en estos pacientes, así como la búsqueda de factores que pudiesen influir en la aparición de esta patología. Existen reportes en diferentes partes sobre la incidencia de esta patología, se estima que oscila de 3 a 19 por 1,000 recién nacidos⁽²⁾.

Durante las pasadas décadas se propuso dos teorías atribuibles, una de ellas es la persistencia de una posición anormal fetal, y la otra que se deba al trauma durante el nacimiento produciéndose daño en el cuello y posterior sangrado del músculo con formación de fibrohematoma⁽²⁾.

Hoy en día se ha tratado de explicar que esto puede ser una embriopatía intrauterina idiopática, que el niño nace con la entidad y que a posterior se manifiesta clínicamente⁽¹⁾.

Estudios patológicos han demostrado que la anomalía básica del problema es la formación de fibras endomisiales, el depósito de colágeno y fibroblastos alrededor de cada fibra muscular⁽³⁾.

La presentación clínica se caracteriza por la ausencia del diagnóstico al nacimiento, y el reconocimiento posterior de la madre, entre la segunda y sexta semana de edad, suele ser unilateral, sin predominancia por lado, aunque también hay reportados en un 2 a 3% de masas bilaterales, son de consistencia duras pocos móviles y descrito como adherido al músculo⁽⁴⁾. (Figura No. 2)



Figura No. 2 Tumoración que afecta el músculo esternocleidomastoideo.

Los estudios de imagen no son de gran valor, el ultrasonido muestra hiperecogenicidad alrededor de la masa⁽⁵⁾.

La mayoría de estos pacientes tienen una evolución satisfactoria y se estima que el 80% de los casos se resuelven espontáneamente, pocos requieren fisioterapia, y tan sólo una minoría cirugía⁽⁴⁾.

La tortícolis puede producir en la lactancia manifestaciones de rotación de la cabeza hacia el lado opuesto, si persiste en los primeros meses y por más de 3 meses puede ocurrir una posición viciosa y producir deformación del cráneo, hemihipoplasia facial, atrofia del trapecio ipsilateral, tortícolis postural, incoordinación neuromuscular y tortícolis ocular⁽¹⁾.

El manejo inicial es conservador, algunos pacientes deben requerir fisioterapia, debe mantenerse la expectativa hacia observar complicaciones. El tratamiento quirúrgico está dirigido, hacia evitar las complicaciones, y se le considera cuando la masa persiste después del año de edad^(6,9).

CONCLUSIONES

Según la literatura actual revisada y la ausencia estadística de factores perinatales, pareciese ser que la

fibromatosis tiene de base una entidad embriopatógica, y que no existen factores de riesgo asociados a la predisposición de la aparición del tumor.

La patología es necesaria que sea del conocimiento del pediatra para realizar una adecuada evaluación clínica, brindar información a la madre y dar un adecuado abordaje y posterior remisión al cirujano pediatra.

La evolución de la tortícolis muscular congénita en nuestros pacientes fue significativamente mejor y ninguno de ellos requirió intervención quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Welch K. G., Ravitch M.M. Oneill J.A., Rowe M.I., Pediatric Surgery. 4ta ed. Chicago. Year book Medical Publis. Hers Inc. 1986. Vol. 1, pp 552-556.
2. Nathaniel H. Robin MD. Congenital muscular Torbicollis. Pediatrics in Review. Vol 17. No. 10. October 1996.
3. Ashcraft-Holder. Head and neck sinuses and masses. Pediatric Surgery. 2da ed. WB Saunders Company 1993.
4. Ackerman-J, Chau-U, Gilbert-Bamess-E. Archive Pediatric Adolescent Medicine. Congenital Muscular Torticollis. Vol 150. October 1996:1102
5. By Jer-Nan Lin and Ming-Liang Chou. Ultrasonographic study of the estemocleidomastoid muscle in the management of congenital muscular tolticollis. Journal of Pediatric Surgery. Voi 32. No. 11 November 1997. Pp 1648-1651.
6. Femando D. Burstein and Steven R Cohén. Endoscopic Surgical treatment for congenital muscular torticollis. Plástic and rec surgery. Vol 101. No.1 January 1998.
7. A. Humar, S. Chou, and B Carpenter. Fibromatosis in infancy and childhood. Journal of Pediatric surgery. Vol 28 No. 11 November 1993. Pp 1446-1450.
8. Tang-S, Liu-Z, Quan-X, Qin-J, Zhang-D. Stemocleid-nastoid pseudatumor of int and congenital muscular torticollis. Journal Pediatricthop. Vol 18, No.2, Mar-Apr 1998. Pp 214-8.
9. Porter-SB, Blamt-BW. Pseudotumor of inncy and congenital muscular torhcollis. Am-Fam- Physican. Vol 52, No.6, nov 1995. Pp 1731-6
10. Emery. The determinants of treatment duration for congenital muscular torhcollis. Phys-Ther. Vol 74 No.10. Oct 1994. Pp 921-9.

"Deseo pocas cosas, y las cosas que
deseo las deseo poco"

San Francisco de Asís.