

10. Castori M, Rinaldi R, Cappellacci S, Grammatico P. Tibial developmental field defect is the most common lower limb malformation pattern in VACTERL association. *Am J Med Genet A*. 2008;146A:1259-66.

V.M. Salinas-Torres^{a,b,*}, M.E. Ramos-Márquez^b
y E. Angulo-Castellanos^{b,c}

^a *Servicio de Genética Médica, Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde», Guadalajara, Jalisco, México*

^b *Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México*

^c *Servicio de Neonatología, Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde» Guadalajara, Jalisco, México*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vm_salinas7@hotmail.com
(V.M. Salinas-Torres).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.11.003>

Tortícolis secundario a hipoplasia del esternocleidomastoideo

Torticollis secondary to sternocleidomastoid hypoplasia

Sr. Editor:

El tortícolis muscular idiopático (TMI) es la tercera anomalía musculoesquelética más frecuente del lactante, después de la luxación congénita de la cadera y del pie zambo¹. De etiología multifactorial, es una condición primaria que cursa con nódulo fibroso que condiciona acortamiento del músculo, en oposición al tortícolis postural, secundario a una posición determinante y a plagiocefalia deformante¹⁻³. La hipoplasia del esternocleidomastoideo (ECM) provoca la rotación de la cabeza al lado contralateral, pudiendo constituir una causa infrecuente de tortícolis.

Se presenta el caso de un varón de 10 años seguido en rehabilitación infantil desde su primer día de vida, por sospecha de tortícolis postural. Antecedentes personales: embarazo normal, parto inducido postérmino, 3.306 g de peso y 51 cm de longitud de recién nacido. En la exploración física destacaba la desviación de la cabeza hacia la izquierda y limitación de la rotación cervical derecha. Asociaba metatarso aducto grado I derecho y grado II izquierdo. La facies mostraba asimetría, con rotación izquierda, ascenso de la órbita y pliegue nasogeniano izquierdo y disminución del diámetro transversal de hemicara derecha.

Al mes de vida se observa posible agenesia/hipoplasia del músculo depresor del labio inferior derecho, que no destacó en el examen inicial y, al año, amiotrofia en cintura escapular por posible hipoplasia del trapecio y deltoides derecho.

La ecografía cervical de los primeros días de vida mostró hipoplasia del ECM derecho (fig. 1). A los 2 y 12 meses de edad, los controles ecográficos mostraron idénticos resultados. Con resultado similar por resonancia magnética (RM) a los 8 años.

El plan terapéutico incluyó fisioterapia para tonificar y estimular el ECM hipoplásico y normas posturales a los padres, con seguimiento médico-rehabilitador estrecho. Se consiguió movilidad cervical completa.

La incidencia del TMC puede variar entre el 0,3 y el 2%². No existen datos en la literatura especializada que permitan estimar la incidencia/prevalencia de la hipoplasia del ECM (ningún otro caso publicado hasta la actualidad). La ausencia congénita de un músculo esquelético tiene una incidencia estimada de 1/11.000 recién nacidos vivos. Varias anoma-

lias congénitas del ECM y trapecios han sido recogidas en la literatura médica³⁻⁸. La más frecuente es la ausencia de pectoral y trapecios⁴. La coexistencia entre ausencia del ECM e ipsilateral de trapecio es una rara variante, descrita hasta la fecha en 3 casos⁵. Inicialmente sospechamos una de estas asociaciones infrecuentes, pero se descartó tras desaparecer las asimetrías en cintura escapular, con pruebas complementarias normales.

El diagnóstico de tortícolis es fundamentalmente clínico. La causa más frecuente es la presencia de un nódulo fibrótico en el músculo y el resto son causas más infrecuentes y graves³. Es trascendental descartar causas más graves de tortícolis como síndrome de Klippel-Feil, impresión basilar, hemivértebras y deformidad de Sprengel. En el tortícolis adquirido se debe diferenciar causa inflamatoria/infecciosa, traumática, luxaciones atlantoaxoideas, enfermedad de Grisel o síndrome de Sandifer. Mediante estudio neurológico se han de descartar siringomielia, distonía, hernia discal cervical, tumores de fosa posterior o medulares cervicales y tortícolis espasmódico. El examen oftalmológico permite descartar estrabismo o parálisis de la musculatura extraocular y no conviene olvidar el tortícolis paroxístico benigno y el nistagmo congénito como causas vestibulares de tortícolis^{1,3}.

Entre las causas de hipoplasia del ECM se nombran el síndrome del nevo de Becker y la artrogriposis múltiple congénita (AMC). El primero se caracteriza por un hamartoma hiperpigmentado localizado preferentemente en hombros y tórax, congénito pero dependiente de andrógenos que suele

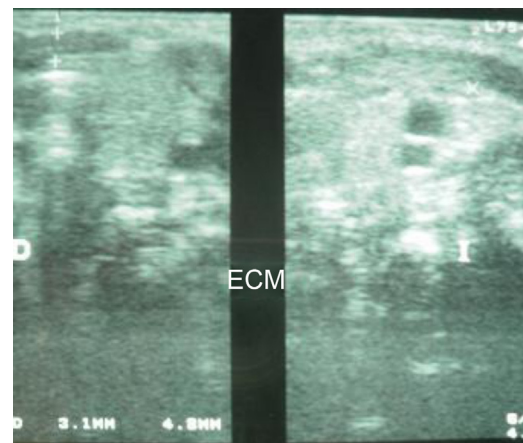


Figura 1 Hipoplasia del esternocleidomastoideo (ECM) derecho respecto al contralateral.

aparecer en varones adolescentes y puede asociar hipoplasia de la mama ipsolateral, del hombro o brazo, del ECM, del labio inferior contralateral y deformidades vertebrales, entre otras⁹. En nuestro caso, nunca se confirmó por imagen la hipoplasia del depresor del labio inferior, además era ipsolateral y hasta la fecha no se ha encontrado lesión cutánea, aunque podría aparecer durante la pubertad. La AMC o amioplasia es una entidad de muy rara aparición (0,03% de los recién nacidos), caracterizada por contracturas múltiples articulares y músculos ausentes, reducidos o reemplazados por tejido fibroso o grasa¹⁰. En nuestro caso, no encontramos hallazgos clínicos compatibles con esta entidad.

Es conocida la asociación de displasia del desarrollo de la cadera (DDC) y metatarso aducto con el TMC¹. No ocurre igual con el tortícolis secundario a hipoplasia del ECM. Sin embargo, nuestro paciente lo asociaba en distintos grados en ambos pies.

La hipoplasia del ECM constituye una rara entidad clínica con buena respuesta al tratamiento rehabilitador. Consideramos que una derivación adecuada del pediatra a unidades de rehabilitación infantil puede resultar determinante para instaurar un tratamiento precoz y, de este modo, lograr resultados clínicos satisfactorios en estos pacientes.

Bibliografía

- Zaldibar Barinaga B, Ruiz Torres B, Delgado Martínez J, Urbano Duce S. Tortícolis muscular idiopático: estudio de 30 casos en tratamiento rehabilitador. *Rehabilitación*. 2000;34:294-8.
- Nuysink J, van Haastert IC, Takken T, Heiders PJM. Symptomatic asymmetry in the first six months of life: differential diagnosis. *Eur J Pediatr*. 2008;167:613-9.
- Hasan T. Variations of the sternocleidomastoid muscle: a literature review. *The Internet Journal of Human Anatomy*. 2011; 1:1.
- Vajramani A, Witham FM, Richards RH. Congenital unilateral absence of sternocleidomastoid and trapezius muscles: a case report and literature review. *J Pediatr Orthop*. 2010;19:462-4.
- Kocak G, Ayaun S, Akhan O. Unilateral agenesis of the sternocleidomastoid muscle. *Turkihs J Pediatr*. 1995;37:435-8.
- Bayne SR, Lehman JA, Crow JP. Lung herniation into the neck associated with congenital absence of the sternocleidomastoid muscle. *J Pediatr Surg*. 1997;32:1754-6.
- Mckinley LM, Hamilton LR. Torticolis caused by absence of the right sternocleidomastoid muscle. *South Med J*. 1976;69:1099-101.
- Harron S, Beberley D. Congenital absence of the trapezius and sternocleidomastoid. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2005;90:102.
- Alfaro A, Torrelo A, Hernández A, Zambrano A, Happle R. Síndrome del nevo de Becker. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:702-4.
- Pila Pérez R, Pila Peláez R, Riverón Nuñez A, Holguín Prieto VA, Campos Batueca R. Artrogriposis múltiple congénita: presentación de dos casos. *AMC*. 2010;14.

A.S. Jiménez Sarmiento^{a,*}, J.A. Conejero Casares^a,
B. Romero Romero^a
y M. Rodríguez-Piñero Durán^b

^a Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España
^b Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Jimsaragua@hotmail.com
(A.S. Jiménez Sarmiento).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.11.015>

Hidrocefalia por meningitis tuberculosa con líquido cefalorraquídeo ventricular normal

Tuberculous meningitis hydrocephalus with normal ventricular cerebrospinal fluid

Sr. Editor:

En el 1-10% de las tuberculosis se produce una diseminación hematogena al sistema nervioso central (SNC)^{1,2}. El paso de micobacterias al espacio subaracnoideo causa una meningitis de elevada mortalidad (15-40%) cuyos principales factores pronósticos son el diagnóstico precoz y el inicio temprano del tratamiento². En la meningitis tuberculosa con hidrocefalia asociada, el diagnóstico se puede alcanzar mediante el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenido por punción lumbar o por un drenaje ventricular. Sin embargo, diferencias en la composición del LCR ventricular y lumbar pueden dificultar el diagnóstico³⁻⁶.

Se presenta el caso de un niño de 16 meses nacido en España, atendido en urgencias por somnolencia desde

hace 8 h en el contexto de fiebre y tos de 5 días de evolución. El paciente había presentado 3 meses antes una adenitis cervical con mala respuesta a la antibioterapia, seguida de tos persistente en accesos, sin otros antecedentes de interés. En la exploración física destaca una disminución del nivel de consciencia (escala de coma de Glasgow, 12 puntos), alteración de la mirada conjugada y signos meníngeos positivos. La analítica de sangre presenta $11,4 \times 10^3 / \mu\text{l}$ leucocitos (39,1% linfocitos; 17,8% monocitos; 41,8% segmentados) y PCR 5,3 mg/dl, con resto de bioquímica normal. La tomografía computarizada craneal muestra hidrocefalia tricameral no comunicante, con una imagen hiperdensa obstruyendo el acueducto de Silvio, compatible con gliosis reactiva secundaria a exudado inflamatorio (fig. 1). Ante el cuadro de hipertensión intracranial con deterioro neurológico progresivo, se coloca de urgencia un drenaje ventricular externo. El LCR ventricular presenta una bioquímica normal (glucosa 83 mg/dl, proteínas 20 mg/dl), sin leucocitos ni gérmenes en la tinción de Gram. Pese a ello, dado el antecedente de adenoflemon de curso tórpido, la meningitis con hidrocefalia aguda y la linfomonocitosis se sospecha una meningitis tuberculosa y se inicia tratamiento empírico con vancomicina,