



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

Pápula pediculada y fisura en línea cervical anterior de recién nacido



Pedunculated Papule and Fissure in the Anterior Midline of the Neck

C. Arjona-Aguilera^{a,*}, G. Blasco Morente^b y J. Tercedor-Sánchez^b

^a Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

Historia clínica

Un varón de 3 meses de edad consultó por una lesión exudativa en la región cervical anterior presente desde el nacimiento. El período de gestación fue normal, el nacimiento fue a término y el paciente no presentó otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Exploración física

En el examen físico observamos en línea media cervical anterior una pápula pediculada color piel, en cuyo polo caudal existía un orificio que comunicaba con una pequeña fístula mucosa de apenas 2 mm de longitud (fig. 1). La lesión no se encontraba adherida a planos profundos y no presentó movilidad con la deglución o movimientos linguales. Se introdujo un catéter por el orificio, y tras penetrar unos 3-4 mm llegó a un fondo ciego.

Pruebas complementarias

Se realizó una exploración dermatoscópica observándose una pápula rosada y pediculada de 0,3 cm de diámetro y una fisura inferior al mismo de 0,1 cm (que apenas era visible al ojo desnudo), con leve exudado transparente (fig. 2). Se realizó asimismo una ecografía de partes blandas que



Figura 1



Figura 2 ×10 luz polarizada.

reveló una lesión hipocóica redondeada bien delimitada y de localización superficial, sin evidencia de trayecto fistuloso, así como un tiroides de morfología y localización típica. El hemograma, la bioquímica y el estudio hormonal resultaron normales, así como un ECG realizado como despistaje inicial de alteraciones cardíacas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cintiaarjona@hotmail.com
(C. Arjona-Aguilera).

Diagnóstico

Hendidura cervical media anterior (HCMA).

Evolución

El paciente fue valorado por cirugía pediátrica decidiéndose una actitud expectante inicial. El tratamiento quirúrgico curativo se programará alrededor del año de edad.

Comentario

La HCMA constituye una anomalía congénita rara, que origina un defecto visible en la línea media del cuello. Han sido descritos alrededor de 200 casos en la literatura internacional¹, la mayoría en revistas de cirugía plástica u otorrinolaringología. Su aparición se considera esporádica, con ligero predominio femenino^{1,2}. El cuadro clínico se caracteriza por una placa lineal vertical desepitelizada con una pápula fibroepitelial en su extremo cefálico, que se extiende hacia caudal, acabando en un seno ciego^{1,2}. No tiene relación con el tiroides ni el hueso hioides³. Generalmente se limita a la piel, pero existen casos de extensión hacia tejido celular subcutáneo y músculo subyacente^{2,3}. El tamaño puede ser muy variable, así como su localización a cualquier nivel de la línea media anterior desde el labio inferior hasta la región supraesternal². Generalmente se detecta al nacimiento, pero las formas leves pueden pasar desapercibidas o bien ser confundidas con remanentes del conducto tirogloso o anomalías braquiales¹. Es importante el diagnóstico diferencial con fístulas, quistes senos de origen braquial y quistes broncogénicos^{1,2}. La enfermedad braquial típicamente aparece en región anterior al músculo esternocleidomastoideo, y los quistes broncogénicos suelen localizarse en el hueco supraesternal^{2,4}. En los casos de duda, la ecografía y la TC pueden ser de gran ayuda diagnóstica.

La embriopatogénesis de la HCMA aún no se conoce exhaustivamente, siendo considerada por la mayoría de autores como una forma leve dentro del espectro de anomalías braquiales congénitas^{1,2,5}. Esto explicaría su asociación ocasional con otras anomalías como quistes del conducto tirogloso, quistes dermoides, quistes broncogénicos, labio

leporino o anomalías cardíacas congénitas^{1,6}. Se recomienda, además, un estudio hormonal completo y el ECG como despistaje inicial de comorbilidades asociadas.

La evolución es benigna con cicatrización espontánea y formación de un cordón fibroso^{1,5,6}. No obstante, existe un riesgo considerable de infección, contractura cervical y limitación de movilidad. Por todo ello, el manejo de la HCMA es quirúrgico, alrededor del año de edad, y siempre antes de los 2 años^{2,3}. La técnica de elección es la extirpación completa con reparación mediante plastia en Z o colgajos en Z⁴⁻⁶, evitando así la recurrencia de la fibrosis tras el cierre directo⁴. Finalmente, se recomienda un seguimiento periódico durante la infancia, del paciente, debido al riesgo de retracciones o cicatrices hipertróficas^{4,6}.

Como conclusión hemos presentado una forma leve de HCMA, donde la típica placa atrófica no fue evidente y cuya exploración física, dermatoscópica y ecográfica apoyaron el diagnóstico. Es infrecuente su asociación a otras anomalías congénitas, siendo necesario su despistaje en el proceso diagnóstico, y el tratamiento debe ser eminentemente quirúrgico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Puscas L. Midline cervical cleft: Review of an uncommon entity. *Int J Pediatr*. 2015;2015:209418.
2. Remolcois CE, Larraguibel QP, López VG, Sepúlveda CJA. Fisura cervical media: Reporte de un caso. *Rev Chil Pediatr*. 2013;84:80-2.
3. Martí Fajardo N, Ortega Monzó C, Tamarit Ortí R, Ibáñez Ramón R. Hendidura cervical media congénita. *Piel*. 2013;28:122-3.
4. Sannajust JP, Barthelemy I, Emering C, Mandará I, Mondie JM. Fente cervicale médiane congénitale. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2004;105:338-41.
5. Cochran CS, DeFatta RJ, Brenski AC. Congenital midline cervical cleft: A practical approach to Z-plasty closure. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006;70:553-60.
6. Hirokawa S, Uotani H, Okami H, Tsukada K, Futatani T, Hashimoto I. A case of congenital midline cervical cleft with congenital heart disease. *J Pediatr Surg*. 2003;38:1099-101.