

Fibrosis del esternocleidomastoideo como causa de tortícolis en el adulto

Medina, B. A., Ojeda, H. A., Mitsui, N., Dami, H. R. (*)

RESUMEN

El presente caso trata de una paciente de 19 años de edad que consulta por tortícolis de 4 años de evolución aproximadamente. Como causa se constata una Fibrosis del músculo esternocleidomastoideo (ECM) del lado izquierdo que se resuelve quirúrgicamente con resección parcial del mismo y que evoluciona favorablemente.

Se presenta el caso por su rareza y para una breve revisión bibliográfica del tema.

Palabras claves: Fibrosis-Esternocleidomastoideo-tortícolis

ABSTRACT

The present case is about a patient of 19 years old that consults for a torticollis of approximately 4 years of evolution. As a cause, a fibrosis of the sternocleidomastoid muscle of the left side is verified and it is solved surgically with a partial resection of the muscle which evolved satisfactorily.

This case is presented for its rareness and for a short bibliographical review of the theme.

Key Words: Fibrosis-sternocleidomastoid-torticollis.

CASO CLÍNICO

Paciente de 19 años de edad, sexo femenino, que consulta por tortícolis de 4 años de evolución. La misma no refiere antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia.

La anamnesis no logra individualizar ninguna de las etiologías relacionadas.

Al examen físico se constata una paciente con buen estado general, buen tórax, discreta asimetría

facial ocasionada por la retracción ejercida por el esternocleidomastoideo del lado izquierdo, el cual es fácilmente observable por debajo de los tegumentos, observándose además una elevación del hombro izquierdo con respecto al contralateral y una marcada escoliosis. A la palpación se detecta un cordón fibroso en la región del ECM izquierdo de consistencia pétreo, sobre todo en su tercio inferior, próximo a la clavícula. Los músculos oculomotores no presentan ningún tipo de disfunción.

Los estudios laboratoriales se encuentran dentro de límites normales, y las radiografías simples de cuello y tórax muestran una marcada escoliosis y tracción a la izquierda del macizo facial.

Como primera medida se realiza un tratamiento kinesioterápico no lográndose ninguna mejoría, motivo por el cual se decide el tratamiento quirúrgico. A continuación se describe el procedimiento: paciente en decúbito supino, con hiperextensión cervical y lateralización de la cabeza hacia la derecha (muy dificultoso por la escasa movilidad del cuello). Incisión transversa a nivel del sector de mayor fibrosis del músculo, a 4 cm. por encima de la clavícula, disección por planos hasta llegar al ECM, disección del mismo, el cual se presenta duro, fibroso, tenso, de color nacarado en su tercio inferior. Se reseca 4 cm. del músculo sin intentar una técnica de alargamiento del mismo por motivo de la intensa fibrosis. Cierre por planos. Hipercorrección con collar cervical una vez fuera de los efectos de los anestésicos.

En el postoperatorio se continúa con la hipercorrección y tratamiento kinesioterápico, lográndose una buena evolución que se constata a los 2 años de seguimiento con una desaparición total de su padecimiento.

Anatomía patológica informa “reemplazo total del tejido muscular por fibrosis”

*) Instituto Nacional del Cáncer, Capiata, Paraguay.



DISCUSIÓN

El ECM es un músculo robusto, situado a los lados del cuello por debajo del platísmo, y divide el cuello en los triángulos anterior y posterior. En su origen torácico presenta dos fascículos fácilmente distinguibles: uno externo o manojillo clavicular, y uno interno o manojillo esternal, insertándose ambos fascículos por arriba tanto en la apófisis mastoide como en la línea curva superior del occipital. Es considerado como el músculo satélite del paquete vasculonervioso del cuello. Está irrigado por arterias principales y accesorias: las principales son la arteria ECM superior, rama de la occipital, y la arteria ECM media, rama de la tiroidea superior, acompañada de una vena muy voluminosa y que cruzan el paquete vasculonervioso del cuello a nivel del cricoides. Inervado por el nervio accesorio, su acción depende del punto de apoyo, obrando sobre la cabeza. Actuando unilateralmente: flexión sobre la columna vertebral, inclinación hacia el músculo que se contrae, rotación dirigiendo el mentón hacia el lado opuesto. Cuando actúan juntos flexionan la cabeza. Si toman su punto fijo en la cabeza, son inspiradores. (1)

La tortícolis o cuello torcido, obedece a muchas causas y la causa muscular es la más frecuente, pudiendo deberse a un trastorno congénito o adquirido, siendo la primera la más frecuente, y que a la vez puede deberse a una lesión intrauterina o a un trauma obstétrico. (2) En el trauma obstétrico se produciría una obstrucción temporal aguda de las venas que acompañan a la arteria tiroidea media, que es considerada terminal, seguida de una coagulación intravascular segmentaria en el árbol venoso obstruido, que en los primeros meses se manifiesta como una masa a nivel del ECM, que progresivamente desaparece para ser reemplazado por tejido fibroso que más tarde se contractura, por debajo del vaso obstruido (tercio inferior del músculo), alrededor del primer año de vida (3). Se produce luego un acortamiento del músculo que lleva a una escoliosis cervical.

La tortícolis adquirida de causa muscular obedece a una miositis inespecífica o específica, sobre todo luética, existiendo también la posibilidad de una miogelosis por frío intenso, la llamada "tortícolis a frígore", alteraciones cicatrizales o infiltración tumoral del músculo y la piel que lo reviste, extirpación muscular en los vaciamentos cervicales, parálisis del nervio accesorio, tortícolis reumática, la miositis osificante progresiva y la fibrosis idiopática (2,4,5). Una esquematización útil para estudiar la patología muscular es la siguiente: enfermedad muscular de origen neurológico, enfermedad muscular propiamente dicha o miopatías (alteraciones congénitas, endocrinas, metabólicas, inflamatorias) y por último las lesiones ocasionadas por traumas y ejercicios (6)

En el diagnóstico diferencial con tortícolis de causa no musculares tenemos:

1. de causa cutánea: cicatrices retráctiles, sobre todo secundarias a quemaduras.
2. de causa osteoarticular: reumatismo cervical, cervicoartrosis, mal de Pott occipital, luxación de vértebras cervicales por traumatismo, post irradiación.
3. de causa infecciosa: absceso periamigdalino, retroamigdalino o parafaríngeo (síndrome de Grisel), producida por espasmo doloroso o incluso una subluxación occipito-atloidea por descalcificación propia de la hiperemia que existe en las vecindades del foco inflamatorio. Adenitis cervicales agudas y subagudas.
4. de causa óticas: otitis externa-media, especialmente mastoiditis de Bezold, y alteraciones laberínticas unilaterales. Hipoacusia unilateral (7)
5. de causa nerviosa: irritación del nervio espinal (tortícolis espasmódica).

6. de causa ocular: por parálisis de un determinado músculo ocular extrínseco(7)
7. Tortícolis de actitud: vicio que adquieren algunos niños que acostumbran a escribir con el papel excesivamente torcido.
8. Desórdenes temporomandibulares, de causa capsular, vascular o muscular. El dolor produce contractura muscular(8).

La tortícolis muscular congénita ya puede diagnosticarse intraútero mediante hallazgos ecográficos como ser la posición viciosa del feto, siendo dicho estudio también útil para evaluar la tortícolis postparto.(9,10). La Resonancia Nuclear Magnética (RNM) es el mejor método para evaluar el compromiso muscular, dependiendo de los hallazgos de la extensión de la lesión, no obstante, su alto costo reduce su uso. En este caso la condición económica de la paciente no permitió su utilización(5)

El tratamiento quirúrgico consistió en una extirpación

parcial del ECM en su tercio distal (operación de Mikulicz)(4), siendo otras alternativas la tenotomía a cielo abierto, que no pudo realizarse por lo avanzado del cuadro, y la elongación plástica de Föderl, que da buenos resultados en casos no muy acentuados, y que consiste en la liberación de la mitad inferior de los dos cabos musculares con sección transversal del haz esternal, a unos 7-8 cm. por encima de su inserción, y el clavicular, inmediatamente por encima de la clavícula, suturándose el cabo esternal distal con el clavicular proximal al enderezar la cabeza, con lo que se aumenta la longitud total del músculo. Esta técnica no pudo realizarse por la intensa fibrosis (11).

CONCLUSION

La tortícolis adquirida de causa muscular en el adulto es poco frecuente. En el caso que nos ocupa se trata de una fibrosis idiopática del ECM, por la edad de presentación y los hallazgos clínicos. El tratamiento quirúrgico instituido, extirpación parcial del músculo afecto, es de elección, como lo demuestra la buena evolución post operatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Testut, L., Latarjet, A., Anatomía Humana. Salvat Editores S.A. Barcelona, España, 1984.
2. ORL
3. Schwartz, S., Principios de Cirugía, Mc Graw-Hill, Inc. USA. 1987
4. Pi-Figueras J., Práctica Quirúrgica, tomo I. Salvat Editores S.A., Barcelona, España. 1984.
5. Delgado J., Ruiz B., Zaldivar B. Tortícolis muscular idiopático: Estudio de 30 casos en tratamiento rehabilitador. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. 34(2):294-298,2000.
6. Puigdomenech A. Pañela MH. RM de las lesiones musculares. www.seram.es/docs/libro/capitulo10p.pdf. (on line)
7. de Andrés, ML., Hernáez J., Rodríguez J. Tortícolis de origen ocular y Estrabismo. Actualización en Cirugía Oftalmológica. Parte 6. Capítulo 33. www.oftalmo.com/publicaciones/pediátrica/cap33-htm (on line).
8. Velazco C., Salazar E. Tratamiento farmacológico de los desórdenes temporomandibulares. Acta Odontol. Venez. Vol 41(2). Caracas. Mayo, 2003.
9. Vial I. y cols. Tortícolis muscular congénita. Hallazgos ultrasónicos. Rev. Chil. Pediatr. 66(3): 156-161, 1995.
10. Sepúlveda R., CartJer R. Tortícolis Congénito Miogénico. Rev. Chil. Pediatr. 54 (4):254-8, 1983.
11. Loré J. Atlas de Cirugía de Cabeza y Cuello. 3ª Edición. Ed. Medica Panamericana. Bs. As. Argentina. 1990.