

Inflamación idiopática del esternocleidomastoideo

Luis Boccalatte, Jaen Ana del Valle y Marcelo Figari

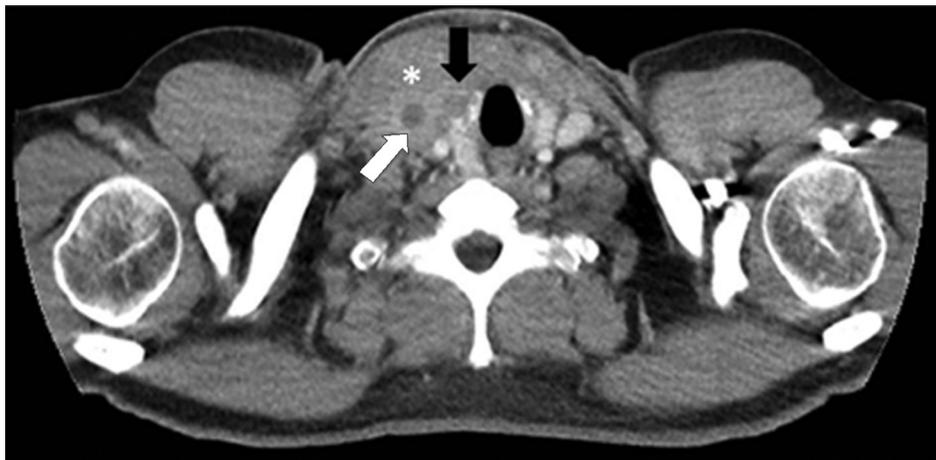


Figura 1. Corte axial de angiotomografía de cuello. Asterisco: formación expansiva (95 x 75 x 40 mm) que realza ante la administración de contraste endovenoso en región correspondiente al músculo ECM derecho que desplaza a la laringe hacia el lado izquierdo. Flecha blanca: área de necrosis dentro de la formación. Flecha negra: vena yugular interna derecha trombosada.

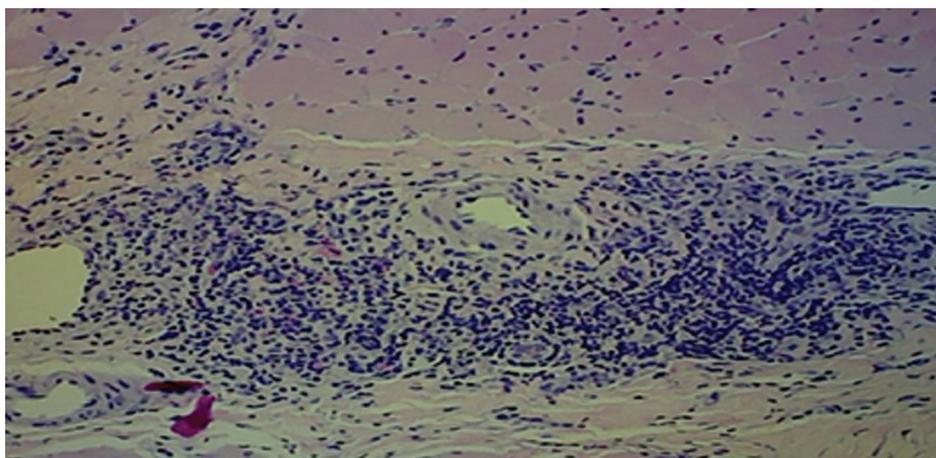


Figura 2. Anatomía patológica con técnica de hematoxilina-eosina correspondiente a formación expansiva en territorio de músculo ECM derecho. Se observa tejido muscular con infiltrado inflamatorio linfóide perivascular. No se observan células atípicas o displasi

Paciente de 24 años que comienza con fiebre y adenopatías en el contexto de síndrome mononucleosiforme. Evoluciona en forma favorable con disminución de las adenopatías cervicales. A las 72 horas vuelve a consultar por aumento de las adenopatías cervicales al Servicio de Clínica médica, el que decide internación para diagnóstico etiológico. Durante la internación se solicitan los siguientes estudios complementarios:

-*Laboratorio*: hematocrito: 34,4% - leucocitos: 11 514 (78,61% de neutrófilos segmentados y 9,6% de linfocitos) – eritrosedimentación: 82 - plaquetas: 207 100 - IgM/IgG para virus de la inmunodeficiencia humana (HIV): negativo.

-*Ecografía cervical*: aumento del diámetro anteroposterior del músculo esternocleidomastoideo (ECM) derecho asociado a edema de sus fibras. Se evidencia conglomerado ganglionar de 45×51×20 mm con centro necrótico.

-*Angiotomografía (angio-TC) de macizo craneofacial y cuello (imagen superior)*: formación expansiva (*asterisco*) con realce heterogéneo ante la administración de contraste endovenoso de 95×75×40 mm en topografía del músculo ECM derecho que desplaza la laringe hacia el lado izquierdo. Se observan áreas necróticas en la formación (*flecha azul*). Se asocia a múltiples adenopatías satélites. Vena yugular interna derecha lindante con la lesión trombosada (*flecha negra*).

-*Tomografía de tórax y abdominopelviciana*: sin alteraciones.

Por sospecha de enfermedad oncológica se analiza este caso en comité oncológico de cabeza y cuello y se solicita resonancia magnética (RM) para mejor caracterización de la masa lateral derecha y punción de esta. La RM informa conglomerado adenopático en el nivel IV derecho, con compromiso inflamatorio en el músculo ECM adyacente, y ganglios linfáticos cervicales bilaterales de aspecto reactivo-inflamatorio. La afectación adenopática es menor en lo comparable con la angio-TC previa. Se efectuó punción-aspiración de la lesión con aguja de 18 G bajo guía ecográfica y se obtuvieron 3 muestras. El estudio anatomopatológico informó: tejido muscular con leve infiltrado linfoplasmocitario con predominio perivascular (*figura inferior*). Inmunohistoquímica CD3/CD20 positividad mixta en infiltrados linfoides y BCL-2 coexpresión con CD3. Conclusión diagnóstica: inflamación subaguda. El paciente inició tratamiento anticoagulante con 60 mg de enoxaparina cada 12 horas por trombosis de la yugular interna derecha.

Cumplió, por indicación de hematología, 6 semanas de tratamiento anticoagulante, previa constatación por eco-Doppler color de la vena yugular interna permeable. El paciente acude a la consulta con resolución espontánea del cuadro por lo que se decide control clínico.

Como conclusión la etiología del cuadro descripto posiblemente tenga relación con una respuesta inflamatoria local del músculo ECM a causa de un virus con adenomegalias y posterior inflamación muscular o bien haber comenzado con una trombosis yugular que luego generó una flebitis con inflamación del ECM por contacto directo.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Gosnell EJ, Anwar B, Varadarajan V, et al. Sternocleidomastoid pyomyositis. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2016;133(4):273-5.
- Calduch Broseta JV, Segarra Soria MM, Briceño H, et al. [Pyomyositis in sternocleidomastoid muscle]. An Med Interna. 2004 ;21(4):203-4.