

Identifique el caso

Seno ectodérmico

Ectodermal Sinus

Carlos Sánchez Anguiano,* Juan Francisco Rodríguez Navarro**

Respuesta:

Domínguez Carrillo LG, Domínguez Gasca LG.

Rizartrosis. *Aten Fam.* 2020;27(3):216-218. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2020.4.76901>

Paciente masculino lactante mayor de dos años. Desde su nacimiento se observa orificio anatómico en la parte baja de la espalda al inicio de las nalgas. Producto de la primera gesta, obtenido de por cesárea por falta de progresión del trabajo de parto. Peso al nacer de 3.500 k y Apgar de 8-9. La madre refiere adecuado control prenatal al interrogatorio, sin datos clínicos de alteraciones en neurodesarrollo para la edad.

Definición: sinus dérmico sacrocoxígeo: es una patología caracterizada por la fusión incompleta del tubo neural, en la que la lesión se encuentra cubierta por piel y no se observa exposición del tejido nervioso.¹

Prevalencia: los senos sacrocoxígeos constituyen una de las anomalías más frecuentes que se encuentran en el recién nacido, su prevalencia se estima entre 1 y 4%. Es de destacar que la mayoría de los estudios insisten en que el seno sacrocoxígeo es inofensivo y que constituye una variante benigna de la normalidad. En varias series de senos dérmicos que incluyen a 1 374 niños, no se encontró ninguna relación entre estas anomalías cutáneas y espina bífida oculta.²

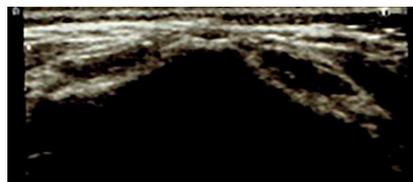


Fig. 1 Falta de fusión de los elementos posteriores de las últimas dos vértebras sacras

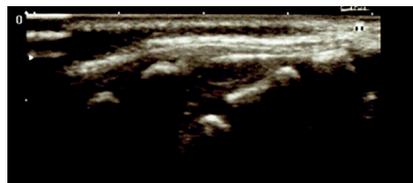


Fig. 2 Sin protrusión de meninges o elementos intradurales

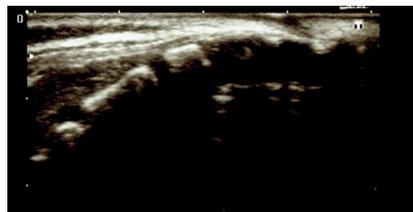


Fig. 3 Sin masas o crecimientos locales de partes blandas

*Educación e Investigación en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Zacapu, Michoacán.

**Hospital General de Zona No. 2, Instituto Mexicano del Seguro Social, Zacapu, Michoacán.

Correspondencia:

Carlos Sánchez Anguiano
carlos.sancheza@imss.gob.mx

Cuadro clínico: la exploración neurológica de los niños afectados es normal, así como la función de los esfínteres. El trayecto del seno sigue, típicamente, un curso descendente y se palpa fijado a la parte inferior del sacro o al coxis.¹⁻³ La distancia de su entrada respecto al ano es inferior a 2.5 cm. No presenta salida de líquido, material de descamación epitelial ni pelos. Ocasionalmente, puede acompañarse de una pequeña inflamación de tejido subcutáneo o de enrojecimiento local. Los “signos de alerta” que sugieren la existencia de penetración profunda y que son indicativos para la realización de estudios de neuroimagen (ultrasonidos o resonancia magnética) se muestran a continuación.³⁻⁴

Signos de alerta:

- Más de una marca cutánea (angioma, hipertriosis)
- Lesión cutánea por encima del pliegue glúteo
- Asimetría de glúteos
- Exploración neurológica anormal
- Síntomas de esfínteres
- Tamaño del seno >5mm
- Seno a >2.5cm del ano
- Tracto ascendente del seno a la palpación

Diagnóstico: se realiza en forma clínica, implica la pericia del médico familiar para realizar una detección temprana bajo una revisión completa del recién nacido. Búsqueda intencionada también en la línea media del

cuero cabelludo, desde la región suboccipital hasta el cartílago nasal, descartando la existencia de cualquier hoyuelo cutáneo y una exploración neurológica que indique datos de alarma temprana y, si existe una duda razonable, solicitar estudios de gabinete.² En las imágenes se muestran los hallazgos por ultrasonido del caso que se observó.

Se descarta malformación raquídea o masas quísticas dentro del canal medular.

Tratamiento: el seno sacrocoxígeo es un proceso casi siempre benigno que no requiere ningún estudio adicional. Los niños en los que se sospecha penetración intrarraquídea deben ser remitidos con carácter de urgencia para valorar la posibilidad de intervención neuroquirúrgica.¹⁻⁵

Referencias

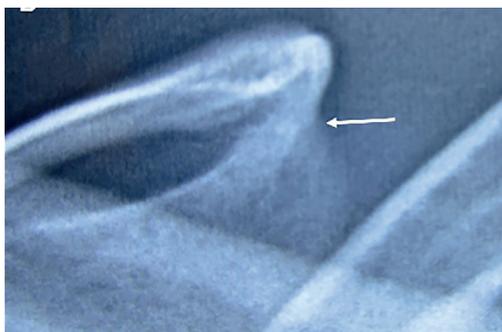
1. Budke Neukamp M. El disrafismo espinal oculto. *Pediatría Integral*, 2014;XVIII(10):729-738.
2. Martínez Lanje J.M. Sínus Dérmico Sacrocoxígeo: Importancia clínica y manejo. *Anales de Pediatría*. 2010;73(6):352-356.
3. Martínez Lage JF. Médula anclada: senos dérmicos. In: Villarejo FJ, Martínez Lage JF, editors. *Neurocirugía Pediátrica*. 2001;163-174.
4. Weprin BE, Oakes WJ. Coccygeal pits. *Pediatrics*. 2000;105(5):69.
5. Medina LS, Crone K, Kuntz KM. Newborns with suspected occult spinal dysraphism: a cost-effectiveness analysis of diagnosis strategies. *Pediatrics*. 2001;108(6):101.

Nuevo caso

Domínguez Carrillo Luis Gerardo* Domínguez Gasca Luis Gerardo**

Masculino de 26 años, profesionista, fisiculturista, que acude a rehabilitación por presentar dolor de diez días de evolución, con intensidad 9/10, localizado en ángulo superointerno de escápula derecha, originado al efectuar ejercicios de elevación con barra de carga por atrás de la cabeza; el paciente relata haber escuchado un “clic” e inicio inmediato de dolor, por lo que requirió ayuda para retirar la barra. A la exploración: arcos de movimiento de columna cervical disminuidos a la rotación izquierda al igual que a la flexión lateral y a la flexión anterior por dolor sobre ángulo superointerno de escápula derecha. A la palpación: dolor exquisito con intensidad 10/10 y sensación de crepitación en dicho punto, el dolor se irradia sobre cara posterior en trayecto del músculo elevador de la escápula derecho hasta C1, borde espinal y cara posterior de escápula.

Dadas las características del paciente, ¿cuál es su impresión diagnóstica y qué tratamiento prescribiría en función de la evidencia?



*Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato, México.

**División de Cirugía, Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México