

Miositis osificante no traumática en recién nacido.

Lucía Lanuza Lagunilla, Ana María Ramírez Barragán, Carlos Miranda Gorozarri. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

INTRODUCCIÓN

La miositis osificante (MO) es un trastorno benigno caracterizado por la formación de hueso heterotópico en el músculo esquelético.

Se divide en {
-fibrodisplasia osificante progresiva
-MO circunscrita o traumática
-MO no traumática o pseudomaligna (MOP)

Es **extremadamente rara en niños preescolares**.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón recién nacido por parto cefálico eutócico a las 41 semanas. 3er embarazo de pareja no consanguínea, con un hijo sano y un mortinato. Embarazo controlado. PAEG, Apgar 9 y 10 al 1 y 10’.

Presenta {
- facies sindrómica
- leve hipotonía axial
- FA de caderas 40º
- **ortolani + bilateral pies en mecedora**

Con 48h de vida ingresó 10 días en UCIN por ictericia idiopática, pérdida ponderal del 10% y sospecha de infección. Se pautó ATB iv empírica hasta hemocultivos (-).

A los **17 días de vida** se derivó a nuestro centro para valoración de la DDC y los pies planos valgos convexos. La EF de la cadera izquierda, destacó una **tumefacción de la raíz del muslo** con aumento de tamaño respecto al contralateral, por lo que ingresó para completar estudios (Fig. 1). La gammagrafía ósea mostró intensa actividad osteoblástica en el fémur proximal.

RESULTADOS

Estudio neurológico y genético normal.

Biopsia diagnóstica de miositis osificante → Se decide **tratamiento conservador** con seguimiento mediante radiografías convencionales seriadas (fig. 2). A los 5 meses desaparece la calcificación.

Por su DDC:

- ✓ Tratamiento ineficaz con arnés de Pavlik, se consigue estabilizar caderas mediante reducción cerrada bilateral.
- ✓ A los 4 años persiste subluxación de ambas caderas por lo que se realiza osteotomía varizante y desrotatoria.

Por sus pies planos valgos convexos:

- ✓ Tratamiento ineficaz con yesos seriados
- ✓ Cirugía correctora de ambos pies con 1 año + ortesis de tobillo.

Hoy con 8 años, camina ágil con muletas, apoyo plantígrado de pies, caderas reducidas sin recurrencia de la lesión ósea femoral.

CONCLUSIONES

La MOP es un proceso raro de etiología desconocida. El **desafío diagnóstico se fundamenta en diferenciar esta lesión, de tumores malignos óseos y de partes blandas**. La sensibilidad de la técnica de imagen elegida está determinada por la etapa de evolución en la que se encuentra. El enfoque conservador tiene un papel definido debido a su carácter autolimitado y **regresión espontánea**. El tratamiento quirúrgico se reserva para lesiones que provocan restricciones funcionales o deterioro neurológico. Se consideraron dos hipótesis etiológicas, 1ª : MOP a consecuencia de la inmovilización durante su estancia en UCIN, y 2º: mo traumática por un traumatismo no reconocido intraparto.

OBJETIVOS

Hasta donde sabemos en la literatura no se han reportado casos de este tipo en lactantes.



Figura 1. Pruebas de imagen.

a: Eco cadera izq. Gran calcificación en el seno de la musculatura glútea izq. b-c: Proyección AP y lateral de la rana de ambas caderas. Aumento de densidad en tejidos blandos adyacentes a la corteza medial y lateral de la cabeza y cuello femoral izq, con insuflación de la cortical en el fémur proximal. d: RM cadera izq. Reacción perióstica continua en el fémur con edema circundante y calcificación intramuscular en el espesor de los músculos de la raíz del muslo. e: TC cadera izquierda. Gran calcificación en el espesor de los músculos de la raíz del muslo, lateral, posterior, y medial al fémur, sin contactar con él.



Figura 2. Radiografía seriadas durante el seguimiento.

A, B y C: Evolución de la calcificación en el espesor de la musculatura glútea y cambios morfológicos a nivel de fémur proximal al mes, 2 y 9 meses, respectivamente. Después de un período de crecimiento activo que dura aproximadamente 10 semanas, la masa se vuelve indolora y se estanca o retrocede espontáneamente como se evidencia en estas radiografías seriadas. D: Remodelado completo del fémur proximal a los 18 meses. E: 3 años: osteotomía varizante y desrotatoria femoral proximal bilateral. F: 8 años: caderas reducidas sin recurrencia de lesión.