

Hoyuelos supraespinosos congénitos

GUERRERO VÁZQUEZ J*, GUERRERO-FERNANDEZ, J.**

* Hospital Punta de Europa (Algeciras), ** Hospital Infantil La Paz (Madrid).

Fecha de publicación: junio 2008

INTRODUCCION

Las depresiones cutáneas profundas, unilaterales o bilaterales, son denominadas hoyuelos o fositas. Su localización más habitual es la cara (hoyuelo del mentón, hoyuelos de la sonrisa) seguida de la zona acromial (supraespinosa) y con menor frecuencia otras áreas situadas sobre resaltes óseos tales como codos, rodillas, tibia o sacro.

ETIOLOGIA

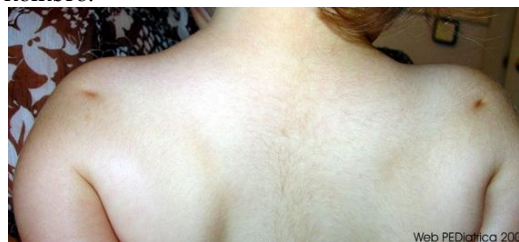
Respecto a las de localización acromial (hoyuelos supraespinosos congénitos), generalmente se trata de variantes morfológicas de la normalidad pudiendo presentarse de novo o ser heredadas según un patrón autosómico dominante. Otras veces se relacionan con procesos congénitos de naturaleza infecciosa (rubéola), traumáticas (amniocentésis, biopsia cutánea) o sindrómica (nanismo campomélico, Síndrome de Silver Russel, Síndrome de deleción 18q, trisomía 9p, etc.). Se han descrito formas adquiridas de naturaleza metabólica (hipofosfatasa). Ver tabla 1.

- Esporádicos	Hallazgo único
- Herencia autosómica dominante	Hallazgo único
- Síndrome de deleción 18q	Hipoplasia mediofacial Boca en carpa Retraso del desarrollo Retraso del crecimiento Retraso mental Alteración auditiva
- Trisomía 9p	Retraso mental Epilepsia Braquicefalia Hipertelorismo Puente nasal ancho Filtrum corto Boca en carpa Clinodactilia

- Síndrome de Silver-Russel	Retraso de crecimiento intrauterino Dismorfia craneofacial menor (cara afilada) Asimetría corporal
- Síndrome de pterigium poplíteo	Labio y paladar hendido Sinequias gingivales Pterigium poplíteo Sindactilia Hipoplasia genital
- Síndrome de Apert	Craneosinostosis Malformaciones mediofaciales Sindactilia simétrica Displasia epifisaria múltiple

CLÍNICA

Las formas aisladas y no heredadas pueden ser el resultado de la compresión de la piel entre una prominencia ósea y la pared uterina, con reducción del tejido celular subcutáneo en la zona interesada. Generalmente los hoyuelos son absolutamente asintomáticos aunque se han descrito casos con limitación de la movilidad de los miembros involucrados asociada incluso a dolor. Curioso resulta el caso descrito por Wood (1990) de un lactante con llanto siempre que se le intentaba coger en brazos por imposibilidad dolorosa para la abducción de las extremidades superiores. En él se demostró la existencia de adherencia entre la piel del hoyuelo y la escápula subyacente requiriéndose la escisión de la misma para liberar el movimiento del hombro.





Web PEDIátrica 2008

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pueden representar dificultades para el diagnóstico diferencial de las formas congénitas unilaterales o asimétricas las cicatrices deprimidas secundarias a amniocentésis o biopsia prenatal.

Debe destacarse que los hoyuelos supraespinosos son generalmente una simple variante de la normalidad anatómica sin repercusión patológica y que es una situación clínica probablemente infradiagnosticada.

Con frecuencia van atenuándose con los años pero pueden persistir en el adulto.

TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico se reserva para situaciones muy especiales en los que se encuentre limitada la movilidad del hombro, como el caso anteriormente descrito, o los sintomáticos asociados a otras malformaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Beillard C, Guillet G, Vabres P, Dagregorio G, Larregue M. Bi-acromial dimples: A serie of seven cases. *Pediatr Dermatol* 2005;22: 412-4.
2. Pereda Carrasco C, Jordá cuevas E. Hoyuelos cutáneos congénitos (I). *Piel* 2007;23:18-23.
3. Pereda Carrasco C, Jordá cuevas E. Hoyuelos cutáneos congénitos (2ª parte). *Piel* 2008;23:74-80.
4. Sáez de Ocariz M, Durán McKinster C, Orozco Covarrubias L, Ruíz Maldonado R. *Dermatol Pediatr Lat* 2005;3:149-51.
5. Spencer JM, Schneiderman PI, Grossman ME. *Pediatr Dermatol* 1993;10:16-8.
6. Virgili A, Tosti G, Bettoli V, Corazza M. Multiple congenital symmetric skin dimples. *Dermatology* 2002;204:293-5.
7. Wood VE. Congenital skin fossae about the shoulder. *Plast Reconst Surg* 1990;85:798-800.