

## Cas 2024.8

# Nena de 4 anys amb tumoració supraclavicular d'aparició recent

**Berta Soler<sup>1</sup>, Francesc Arasa<sup>1</sup>, Neus Rodríguez<sup>1</sup>, Ruth Gallardo<sup>1</sup>, Meritxell Gellida<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Servei de Pediatria. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona). <sup>2</sup> Consulta privada, La Ràpita (Tarragona)

Nena de 4 anys derivada per la seva pediatra després d'haver-li detectat una massa supraclavicular esquerra, d'unes tres setmanes d'evolució. No associa cap símptoma local, constitucional ni general, ni tampoc refereix cap antecedent traumàtic.

Nascuda a terme per part eutòcic, presenta torticolí congènita esquerra que es va resoldre poc temps després amb fisioteràpia. No presentava cap altre antecedent personal ni familiar d'interès.

En l'exploració física destacava una tumoració de 2 x 3 cm de diàmetre, dura, fixa i indolora a la palpació, sense signes inflamatoris externs (Fig. 1A i 1B). La resta de l'exploració física era normal.

Es va sol·licitar una anàlítica de sang (hemograma, perfil renal, perfil hepàtic, reactants de fase aguda i LDH), que no va mostrar alteracions significatives, i una radiografia de tòrax sense alteracions pulmonars ni mediastíniques. També es va fer una ecografia del coll.

Quin és el seu diagnòstic?

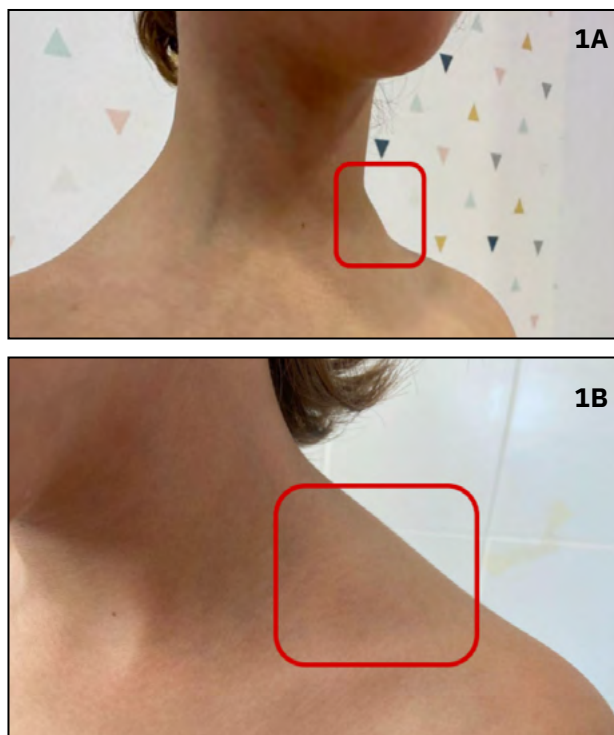


Fig. 1A. Tumoració de 2 x 3 cm de diàmetre, dura, fixa i indolora a la palpació, sense signes inflamatoris externs. Projectió anterior. Fig. 1B. Projectió lateral.

### Correspondència

Berta Soler Febrer  
C/ de les Esplanetes, s/n. 43500 Tortosa (Tarragona)  
bsolerfebrer.ebre.ics@gencat.cat

Treball rebut: 14.07.2023 - Treball acceptat: 10.01.2024

Soler B, Arasa F, Rodríguez N, Gallardo R, Gellida M.  
**Nena de 4 anys amb tumoració supraclavicular d'aparició recent.**  
*Pediatr Catalana.* 2024;84(4): 183-4.

## Discussió

Davant d'una massa cervical en un infant, ens plantejarem un ampli diagnòstic diferencial. Hi inclourem causes congènites (per exemple, quists branquials, hematomes i fibrosi del múscul esternocleidomastoideu), infeccioses (per exemple, adenopaties reactives o abscessos, ja siguin virals, bacterianes o per micobacteris) o tumorals (benignes, com quists dermoïdes o epidermoïdes, lipomes, hemangiomes, higroma quístic, pilomatrixoma o teratoma; o malignes, com limfoma, rabdomiosarcoma o neuroblastoma).

Entre els signes d'alarma d'una massa cervical cal considerar la localització supraclavicular (com al cas presentat) o escalènica, febre persistent o síndrome tòxica, mida superior a 3 cm o fixació a plans profunds.

Tot i que poc freqüents (menys del 2% de les masses de cap i coll són tumorals), i en absència d'altres símptomes o signes, la localització supraclavicular feia pensar en malignitat (el risc augmenta al 50% en aquesta localització), i el limfoma no hodgkinià era la sospita més gran<sup>1</sup>.

L'ecografia de coll informava de la presència d'un call ossi amb signes de pseudoartrosi de la primera costella esquerra, i hipoplàsia de la primera costella dreta. Donades aquestes troballes, es va repetir la radiografia centrada en aquesta zona (no ben enfocada en la primera). Es va objectivar una sincondrosi entre dos segments costals que partia de l'apòfisi transversa de la setena vèrtebra cervical esquerra, associada a un rudiment costal dret que partia de la setena vèrtebra cervical dreta (Fig. 2).

**Diagnòstic final:** Costella cervical o costella d'Eva.

## Comentari

La costella cervical, també anomenada costella d'Eva, és la variant anatòmica costal més freqüent, amb una incidència d'entre el 0,2 i l'1%. S'anomena així quan l'apòfisi transversa de la setena vèrtebra cervical s'allarga més enllà de l'apòfisi transversa de la primera dorsal. Pot ser unilateral o bilateral. A vegades associa altres anomalies, principalment de la columna. En la majoria de casos són asimptomàtiques, tot i que poden provocar símptomes per la compressió de les estructures vasculars o nervioses

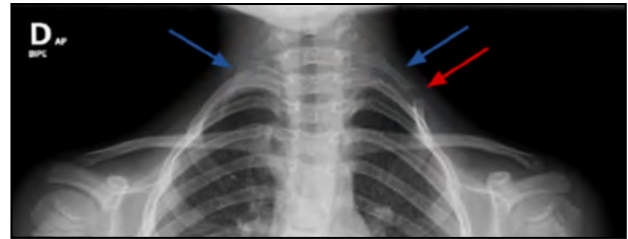


Fig. 2. Radiografia de tòrax superior: fractura parcialment consolidada amb signes de pseudoartrosi de la primera costella esquerra (fletxa vermella). Costella supernumerària cervical bilateral a C7 (fletxes blaves).

adjacents<sup>2-3</sup>. La prova diagnòstica més adient per detectar-la és la radiografia de tòrax. La síndrome del congest toràcic, causada per la compressió d'arrels del plexe braquial i de l'artèria subclàvia per la costella cervical o la banda fibrosa formada entre aquesta costella i la primera dorsal és més freqüent a partir de la segona o tercera dècada de la vida, rara en pediatria, i sol provocar parestèsies, dolor o claudicació a l'extremitat superior.

Una altra complicació rara és l'infart cerebral per l'embolisme de trombes formats en una eventual dilatació postestenòtica d'una artèria subclàvia crònicament comprimida en aquesta zona<sup>4</sup>.

El tractament de la costella cervical asimptomàtica és conservador, evitant els moviments que causin dolor a l'extremitat i amb fisioteràpia per enfortir la musculatura cervical. Quan fracassa aquest tractament està indicada la resecció quirúrgica. Alguns autors proposen la resecció d'entrada de la costella cervical i de la primera dorsal per evitar el risc tromboembòlic<sup>5</sup>.

## Bibliografia

1. Elias Pollina J, Delgado Alvira R, Burgués Prades P. Masas cervicales. XXII Congrés de la SEPEAP (en línia). Accessible a la xarxa [data de consulta: 02-09-2013]. Disponible a: [www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/MR\\_Hematologia\\_oncologia\\_masas\\_cervicales.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/MR_Hematologia_oncologia_masas_cervicales.pdf)
2. Chan KH, Gitomer SA, Perkins JN, Liang C, Strain JD. Clinical presentation of cervical ribs in the pediatric population. *J Pediatr*. 2013;162(3):635-6.
3. Ballesteros Lara T, Martínez Montes MA, Delgado Sala A. Cervical rib in the differential diagnosis of supraclavicular mass. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014;16(61):45-8.
4. Kataria R, Sharma A, Srivastava T, Bagaria H, Sharma A. Cervical rib, a rare cause of recurrent stroke in the young: case report. *Neurologist*. 2012;18(5):321-3.
5. Chang KZ, Likes K, Davis K, Demos J, Freischlag JA. The significance of cervical ribs in thoracic out et syndrome. *J Vasc Surg*. 2013;57(3):771-5.