
Annex 10. Torticoli muscular congènit

Objectius

Establir les recomanacions per al diagnòstic i el tractament del torticoli muscular congènit.

Destinataris

Equips d'atenció pediàtrica de l'atenció primària.

Població diana

Tots els lactants fins als 6 mesos de vida.

Periodicitat

En els controls de salut del Programa de Salut Infantoadolescent fins als 6 mesos de vida.

Justificació

El torticoli muscular congènit es defineix com la deformitat postural del coll, evident entre la 2a i la 4a setmana de vida, caracteritzada per la inclinació lateral del cap a un costat i la rotació cap al costat contrari del cap i la barbata.

Històricament, la incidència d'aquesta afecció s'estimava entre el 0,3 % i el 3,92 %, però recentment aquestes xifres han augmentat fins al 16 % en nounats sans, probablement a causa del canvi en la posició per dormir (*back sleeping*). A més, més del 90 % dels nadons amb plagiocefàlia postural associen torticoli congènit i només al 24 % se'ls havia diagnosticat i/o havien rebut tractament.

L'etiologia s'ha relacionat amb un descens anormal del cap del fetus o posicionament intrauterí anormal en el tercer trimestre de la gestació, que ocasiona un traumatisme en el múscul esternocleidomastoïdal i s'associa a deformacions del peu, del maluc i de l'esquena (metatars var, plagiocefàlia, displàsia del maluc). És més freqüent en els parts complicats i en els embarassos múltiples o amb oligoamni.

Segons la presentació, el torticoli es classifica en els tipus següents:

- Tipus I: massa en el múscul esternocleidomastoïdal, fibròtica palpable i que limita el rang de moviment passiu. El nòdul és palpable sobre el múscul en els tres primers mesos de vida i acaba substituint-se per una corda fibrosa.
- Tipus II: torticoli muscular. Rigidesa del múscul esternocleidomastoïdal i limitació en la mobilitat activa i passiva, només contractura. Apareix entre el 1r i el 6è mes d'edat.
- Tipus III: torticoli postural. Preferència postural, però sense tensió muscular o restricció en el rang de moviment passiu. Apareix entre el 1r i el 6è mes d'edat.

Són importants el diagnòstic i el tractament precoç, ja que pot ocasionar importants alteracions facials i oclusores, que poden afectar el desenvolupament psicològic.

El desenvolupament motor del nadó depèn del *neck righting* per establir el control postural. En els infants amb torticoli, la mirada està dirigida cap al costat de la inflexió, cosa que reforça més el gir del cap al costat afectat. La dificultat per moure's perpetua el posicionament de preferència i afecta la

cintura escapular. Això s'ha relacionat amb el retard en la motricitat gruixuda, cosa que afecta també el control motor fi, ambdós dependents de la posició del coll per controlar la posició.

El pronòstic i la durada del tractament depenen de l'edat al començament del tractament, de la presència o l'absència de massa fibrosa i del grau de limitació del moviment. Tenen un pronòstic més bo els casos en què el tractament s'inicia de manera primerenca i els casos amb absència de massa fibrosa i amb menys limitació del moviment.

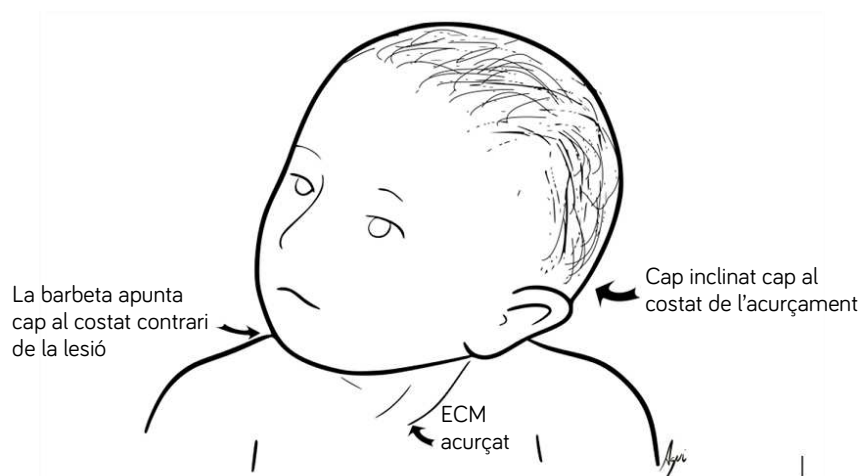
Recomanacions

Identificau precoçment els lactants amb torticoli, inicieu el tractament i conegueu els criteris de derivació a les unitats de rehabilitació i de traumatologia infantil.

1) DIAGNÒSTIC

- Edat de presentació: entre la 2a i la 4a setmana de vida.
- Reducció del rang de moviments cervicals, massa al nivell del múscul esternocleidomastoidal i/o asimetria craniofacial.
- Absència de troballes associades amb causes neuromusculars de torticoli, inclosos els moviments extraoculars, el nistagme i l'asimetria esquelètica.

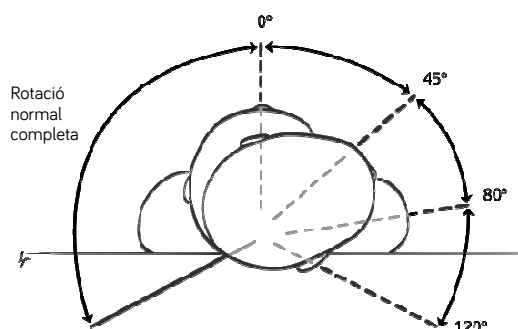
Diagnòstic del torticoli muscular congènit



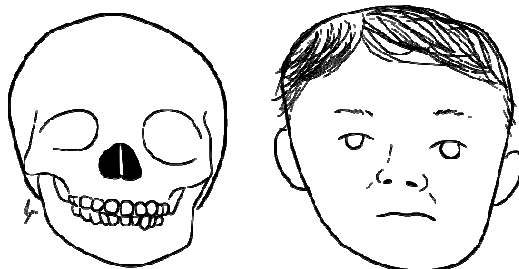
Exploració

En infants de menys de 3 mesos heu de fer l'exploració amb el cap estès i les espatlles ben recolzats sobre la llitera per evitar la rotació del tòrax.

- Rang de mobilitat passiva: he de fer rodar el cap vers l'espatla contralateral; en cas de contractura s'aprecia una limitació cap al costat contralateral. (El rang de rotació de moviment per a lactants i infants de menys de 3 anys és de 100-110 °, 10-20 ° més enllà de l'espatla i flexió lateral de 65-75 °. La part de superior de l'orella ha de ser capaç de tocar l'espatla ipsilateral.)



- Palpació del múscul esternocleidomastoïdal i de les clavícules: presència de masses, nòdul dur i mòbil a la part distal del múscul esternocleidomastoïdal (mida màxima en la 6a setmana de vida). Palpau les clavícules per descartar una fractura obstètrica.
- Valoració del crani: descarteu l'asimetria facial i cranial (plagiocefàlia). L'asimetria facial i del crani amb hipoplàsia mandibular poden ocasionar dificultats en la lactància materna, orelles asimètriques, oïda desplaçada cap endavant, l'ull d'aquest costat més petit i alteracions oclusals. Aquestes alteracions físiques afecten el desenvolupament psicològic normal de l'infant.



- Descartau altres alteracions esquelètiques associades: displàsia del maluc, metatars adducte, paràlisi braquial...
- Exploració neurològica, oftalmològica i auditiva: en cas de sospita d'una altra patologia es poden fer proves complementàries, com una radiografia anteroposterior i lateral de la columna cervical. L'ecografia és la prova d'elecció per valorar el nòdul (imatge hipoeoica).

2) TRACTAMENT

El tractament és conservador, basat en mesures posturals, intervencions de teràpia física, exercicis d'estirament passiu i reavaluació freqüent; això aconsegueix resoldre el problema en més del 90 % dels casos.

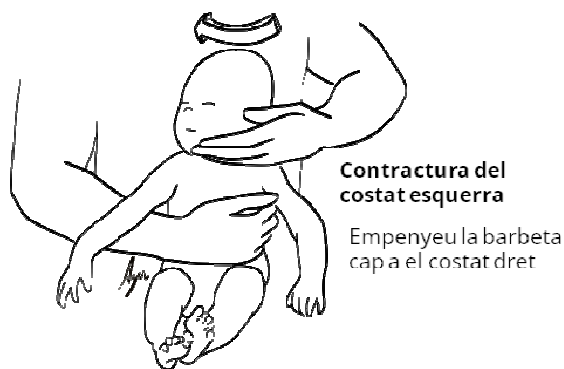
- Informau la família sobre la malaltia i ensenyau-li les mesures de posicionament, les adaptacions ambientals i els estiraments passius recomanats:
 - Durant l'alimentació: afavorir les posicions en què l'infant giri la barbeta cap a l'espatlla del costat afectat.
 - Col·locar la posició del bebè al bressol de manera que es faciliti i s'afavoreixi el gir cap al costat contrari a la posició que adopta de manera natural.
 - Col·locar-li joguetes que li cridin l'atenció en el costat oposat a la posició que manté.
 - Mantenir-lo panxa per avall quan el bebè estigui despert i vigilant.
- Ensenyau a la família els estiraments passius que han de fer a casa: els han de fer amb el bebè relaxat però els han d'interrompre si s'hi resisteix. No hi ha consens sobre la tècnica, la intensitat dels exercicis, la durada, el nombre de repeticions ni la freqüència, però aconsellem quatre o cinc repeticions, cadascuna d'un o dos minuts de durada.

Tècnica

Les pautes per als casos de torticol·lor congènit del costat dret (en cas de torticol·lor esquerre es fan al revés) les poden aplicar una sola persona si el bebè és petit però dues si és gros (una impedeix que es mogui i l'altra fa els exercicis).

Exercici per al torticoli congènit del costat dret

Amb el bebè en la posició de decúbit supí o d'assegut, posau-li una mà a l'espatlla i al pit del costat no afectat. Utilitzau l'altra mà per fer girar suaument la barbeta de l'infant fins que toqui l'extrem de l'espatlla afectada. Feis aquesta maniobra sense aplicar pressió sobre el coll amb el palmell de la mà.



Exercicis d'estirament per al component d'inclinació

Amb el bebè en la posició de decúbit supí o d'assegut, posau-li una mà a l'espatlla i al pit del costat afectat. Inclinau-li el cap lluny del costat del múscul acurçat (dret) fins que l'orella del costat no afectat (esquerre) toqui l'espatlla del costat no afectat (esquerre).

3) DERIVACIÓ A LA UNITAT DE REHABILITACIÓ

- La derivació ha de ser individualitzada, depenent de l'edat d'inici, de la gravetat del torticoli, de la capacitat dels cuidadors per fer els estiraments passius correctament i de la disponibilitat. Derivau el cas en aquestes circumstàncies:
 - Si el tractament de primera línia no té èxit en 6 setmanes.
 - Si fa falta instrucció i reforç en la tècnica dels exercicis.
 - Si es tracta d'una forma greu de la patologia: massa al múscul esternocleidomastoidal o més de 30 ° de restricció del moviment de rotació cervical.
 - Han passat més de 3 mesos des de l'inici de la intervenció.
 - S'hi associen asimetries (plagiocefàlia, metatars adducte, paràlisi braquial) o retard motor.

Heu de fer un seguiment del cas cada 2 o 4 setmanes, però augmentau la freqüència en els casos que presentin massa al múscul o de bebès de més de 3 mesos al començament del tractament; en canvi, reduïu la freqüència en els casos que presentin una millora apropiada en el rang de moviment i en el desenvolupament. Si no s'aconsegueixen bons resultats en 6 setmanes amb la teràpia física, reavaluau el cas per descartar altres possibles causes del torticoli.

Diagnòstic diferencial del torticoli congènit.

Anomalies musculoquelètiques	Síndrome de Kippel-Feil, deformitat de Sprengel, hemivèrtebres, escoliosi congènita associada a malformacions vertebrals, fractura de clavícula, absència unilateral de múscul esternocleidomastoidal
Torticoli ocular	Parèsia del quart parell, síndrome de Brown, <i>spasmus mutans</i>
Anomalies del sistema nerviós central	Tumors de la fossa posterior o de les cervicals, siringomièlia, malformació d'Arnold-Chiari
Altres anomalies	Pterigi cervical, plagiocefàlia secundària a craniosinostosi, higroma quístic

Èxit de la teràpia i criteris per interrompre-la

- Rang complet de moviment passiu (5 ° com a màxim de diferència amb el costat no afectat).
- Simetria en els moviments actius.
- Desenvolupament psicomotor adequat per a l'edat.
- Absència d'inclinació del cap.

4) DERIVACIÓ A LA UNITAT DE TRAUMATOLOGIA INFANTIL

Derivau els casos d'infants de 6-12 mesos que continuïn tenint limitació en la mobilitat del coll (dèficit de rotació major de 15 °) o plagiocefàlia clínicament significativa o asimetria facial si no hi ha millora amb el tractament conservador o si es diagnostica amb més d'un any d'edat.

Bibliografia

Celayir AC. Congenital muscular torticollis: early and intensive treatment is critical. A prospective study. *Pediatrics International* 2000; 42:504.

García Fontecha CG. "Tortícolis muscular congénita" [en línia]. Actualizado agosto 2014 <www.traumatologiainfantil.com/es/columna/torticolis-muscular> [Consulta: 1 juny 2018].

Kaplan SL, Coulter C, Fetters L. Physical therapy management of congenital muscular torticollis: an evidence-based clinical practice guideline: from the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association. *Pediatric Physiotherapy Ther* 2013; 25:348.

Kuo AA, Tritsavit S, Graham JM Jr. Congenital muscular torticollis and positional plagiocephaly. *Pediatrics in Review* 2014; 35:79.

Macias CG, Gan V. Congenital muscular torticollis: Clinical features and diagnosis. *UpToDate*, 2016.

Macias CG, Gan V. Congenital muscular torticollis: Management and Prognosis. *UpToDate*, 2015.

Rogers GF, Oh AK, Mulliken JB. The role of congenital muscular torticollis in the development of deformational plagiocephaly. *Plast Reconstr Surg*. 2009. Feb;123(2):643-52.

Ruiz Sanz J, Del Astillo Codes MD, Delgado Martínez AD [coord.] "Cuello torcido sin dolor". En: *Curso de ortopedia infantil práctica para pediatras de atención primaria*. AePAP, 2016.

Schertz M, Zuk L, Green D. Long-term neurodevelopmental follow-up of children with congenital muscular torticollis. *Journal Child Neurology* 2013; 28:1215.

Stellwagen L, Hubbard E, Chambers C, Jones KL. Torticollis, facial asymmetry and plagiocephaly in normal newborns. *Arch Dis Child*. 2008 Oct;93(10):827-3.

Suhr MC, Oledzka M. Considerations and intervention in congenital muscular torticollis. *Current Opinion Pediatric* 2015; 27:75.

Van Vlimmeren LA, Helders PJ, Van Adrichem LN, Engelbert RH. Torticollis and plagiocephaly in infancy: therapeutic strategies. *Pediatric Rehabilitation* 2006; 9:40.

Autora

- María del Puerto Llorente Crespo, pediatra del Centre de Salut Coll d'en Rabassa (Palma)

Revisors

- Dolores Cardona Alfonseca, pediatra del Centre de Salut Son Ferriol (Palma)
- Pedro Leno Vivas, metge del Servei de Rehabilitació de l'Hospital Universitari Son Espases

Il·lustracions

- Alberto Aguilera, metge de família del Centro de Salud Es Blanquer (Inca).