

Anexo 10. Tortícolis muscular congénita

Objetivos

Establecer las recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la tortícolis muscular congénita.

Destinatarios

Equipos de atención pediátrica de la atención primaria.

Población diana

Todos los lactantes hasta los 6 meses de vida.

Periodicidad

En los controles de salud del Programa de Salud Infantoadolescente hasta los 6 meses de vida.

Justificación

La tortícolis muscular congénita se define como la deformidad postural del cuello, evidente entre la 2ª y la 4ª semana de vida, caracterizada por la inclinación lateral de la cabeza hacia un lado y la rotación hacia el lado contrario de la cabeza y la barbilla.

Históricamente, la incidencia de esta afección se estimaba entre el 0,3 % y el 3,92 %, pero recientemente estas cifras han aumentado hasta el 16 % en recién nacidos sanos, probablemente debido al cambio en la posición para dormir (*back sleeping*). Además, más del 90 % de los bebés con plagiocefalia postural asocian tortícolis congénita y solo al 24 % se les había diagnosticado y/o habían recibido tratamiento.

Su etiología se ha relacionado con un descenso anormal de la cabeza del feto o posicionamiento intrauterino anormal en el tercer trimestre de la gestación, que ocasiona un traumatismo en el músculo esternocleidomastoideo y se asocia a deformaciones del pie, de la cadera y de la espalda (metatarso varo, plagiocefalia, displasia de la cadera). Es más frecuente en los partos complicados y en los embarazos múltiples o con oligoamnios.

Según su presentación, la tortícolis se clasifica en los tipos siguientes:

- Tipo I: masa en el músculo esternocleidomastoideo, fibrótica palpable y que limita el rango de movimiento pasivo. El nódulo es palpable sobre el músculo en los tres primeros meses de vida y acaba sustituyéndose por una cuerda fibrosa.
- Tipo II: tortícolis muscular. Rigidez del músculo esternocleidomastoideo y limitación en la movilidad activa y pasiva, solo contractura. Aparece entre el 1º y el 6º mes de edad.
- Tipo III: tortícolis postural. Preferencia postural, pero sin tensión muscular o restricción en el rango de movimiento pasivo. Aparece entre el 1º y el 6º mes de edad.

Son importantes el diagnóstico y el tratamiento precoz, ya que puede ocasionar importantes alteraciones faciales y ocluseras, que pueden afectar al desarrollo psicológico.

El desarrollo motor del bebé depende del *neck righting* para establecer el control postural. En los niños con tortícolis, la mirada está dirigida hacia el lado de la inflexión, lo que refuerza más el giro de la cabeza hacia el lado afecto. La dificultad para moverse perpetúa el posicionamiento de preferencia y afecta a la cintura escapular. Ello se ha relacionado con el retraso en la motricidad gruesa, lo cual afecta también al control motor fino, ambos dependientes de la posición del cuello para controlar la posición.

El pronóstico y la duración del tratamiento dependen de la edad al inicio del tratamiento, de la presencia o la ausencia de masa fibrosa y del grado de limitación del movimiento. Tienen mejor pronóstico los casos en que el tratamiento se inicia de manera temprana y los casos con ausencia de masa fibrosa y con menos limitación del movimiento.

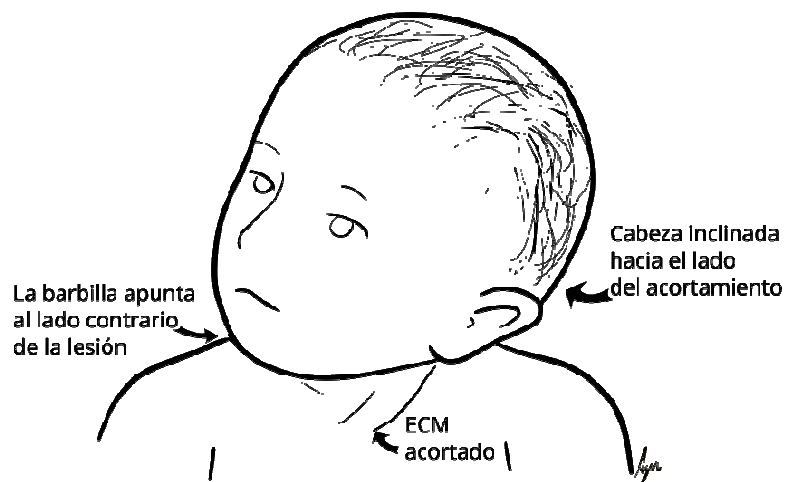
Recomendaciones

Identifique precozmente a los lactantes con tortícolis, inicie el tratamiento y conozca los criterios de derivación a las unidades de rehabilitación y de traumatología infantil.

1) DIAGNÓSTICO

- Edad de presentación: entre la 2ª y la 4ª semana de vida.
- Reducción del rango de movimientos cervicales, masa al nivel del músculo esternocleidomastoideo y/o asimetría craneofacial.
- Ausencia de hallazgos asociados con causas neuromusculares de tortícolis, incluidos los movimientos extraoculares, el nistagmo y la asimetría esquelética.

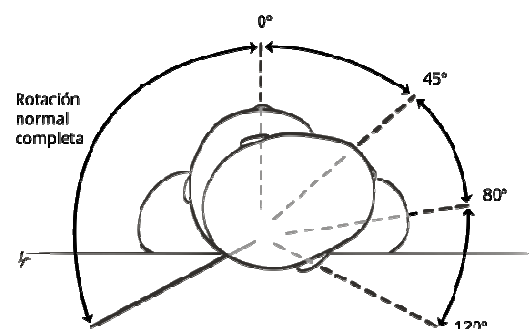
Diagnóstico de la tortícolis muscular congénita



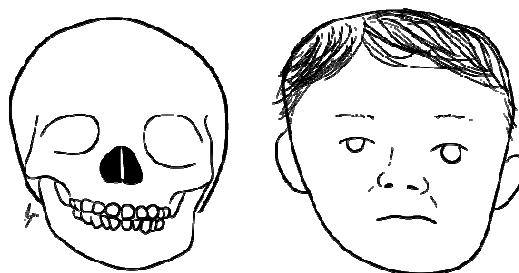
Exploración

En niños menores de 3 meses haga la exploración con la cabeza extendida y los hombros bien apoyados sobre la camilla para evitar la rotación del tórax.

- Rango de movilidad pasiva: rote la cabeza hacia el hombro contralateral; en caso de contractura se aprecia una limitación hacia el lado contralateral. (El rango de rotación de movimiento para lactantes y menores de 3 años es de 100-110 °, 10-20 ° más allá del hombro y flexión lateral de 65-75 °. La parte de superior de la oreja debe ser capaz de tocar el hombro ipsilateral.)



- Palpación del músculo esternocleidomastoideo y de las clavículas: presencia de masas, nódulo duro y móvil en la parte distal del músculo esternocleidomastoideo (tamaño máximo en la 6ª semana de vida). Palpe las clavículas para descartar una fractura obstétrica.
- Valoración del cráneo: descarte la asimetría facial y craneal (plagiocefalia). La asimetría facial y del cráneo con hipoplasia mandibular pueden ocasionar dificultades en la lactancia materna, orejas asimétricas, oído desplazado hacia adelante, el ojo de ese lado más pequeño y alteraciones oclusales. Estas alteraciones físicas afectan al desarrollo psicológico normal del niño.



- Descarte otras alteraciones esqueléticas asociadas: displasia de la cadera, metatarso aducto, parálisis braquial...
- Exploración neurológica, oftalmológica y auditiva: en caso de sospecha de otra patología se pueden hacer pruebas complementarias, como una radiografía anteroposterior y lateral de la columna cervical. La ecografía es la prueba de elección para valorar el nódulo (imagen hipoeoica).

2) TRATAMIENTO

El tratamiento es conservador, basado en medidas posturales, intervenciones de terapia física, ejercicios de estiramiento pasivo y reevaluación frecuente, con lo que se consigue resolver el problema en más del 90 % de los casos.

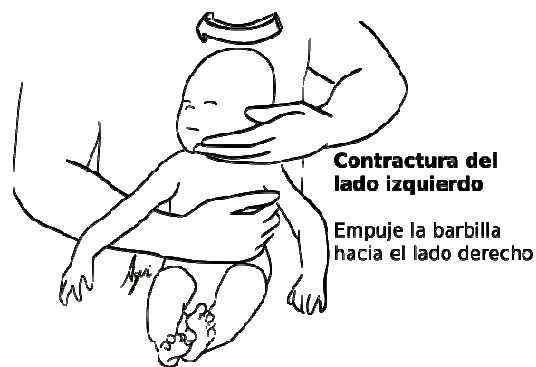
- Informe a la familia sobre la enfermedad y enséñele las medidas de posicionamiento, las adaptaciones ambientales y los estiramientos pasivos recomendados:
 - Durante la alimentación: favorecer las posiciones en que el niño gire la barbilla hacia el hombro del lado afectado.
 - Colocar la posición del bebé en la cuna de forma que se facilite y favorezca el giro hacia el lado contrario a la postura que adopta de forma natural.
 - Colocarle juguetes que le llamen la atención en el lado opuesto a la posición que mantiene.
 - Mantenerlo boca abajo cuando el bebé esté despierto y vigilado.
- Enseñe a la familia los estiramientos pasivos que deben hacer en casa: deben hacerlos con el bebé relajado pero deben interrumpirlos si se resiste. No hay consenso en cuanto a la técnica, la intensidad de los ejercicios, la duración, el número de repeticiones ni la frecuencia, pero aconsejamos cuatro o cinco repeticiones, cada una de uno o dos minutos de duración.

Técnica

Las pautas para los casos de torticollis congénita del lado derecho (en caso de torticollis izquierda se hacen al revés) puede aplicarlas una sola persona si el bebé es pequeño pero dos si es grande (una impide que se mueva y la otra hace los ejercicios).

Ejercicio para la tortícolis congénita del lado izquierdo

Con el bebé en la posición de decúbito supino o de sentado, póngale una mano en el hombro y en el pecho del lado no afecto. Use la otra mano para rotar suavemente la barbilla del niño hasta que toque el extremo del hombro afecto. Haga esta maniobra sin aplicar presión sobre el cuello con la palma de la mano.



Ejercicios de estiramiento para el componente de inclinación

Con el bebé en la posición de decúbito supino o de sentado, póngale una mano en el hombro y en el pecho del lado afecto. Inclínele la cabeza lejos del lado del músculo acortado (derecho) hasta que la oreja del lado no afecto (izquierdo) toque el hombro del lado no afecto (izquierdo).

3) DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

- La derivación debe ser individualizada, dependiendo de la edad de inicio, de la gravedad de la tortícolis, de la capacidad de los cuidadores para hacer los estiramientos pasivos correctamente y de la disponibilidad. Derive el caso en estas circunstancias:
 - Si el tratamiento de primera línea no tiene éxito en 6 semanas.
 - Si hace falta instrucción y refuerzo en la técnica de los ejercicios.
 - Si se trata de una forma grave de la patología: masa en el músculo esternocleidomastoideo o más de 30 ° de restricción del movimiento de rotación cervical.
 - Han pasado más de tres meses desde el inicio de la intervención.
 - Se asocian asimetrías (plagiocefalia, metatarso aducto, parálisis braquial) o retraso motor.

Haga un seguimiento del caso cada 2 o 4 semanas, pero aumente la frecuencia en los casos que presenten masa en el músculo o de bebés mayores de 3 meses al inicio del tratamiento; en cambio, reduzca la frecuencia en los casos que presenten una mejoría apropiada en el rango de movimiento y en el desarrollo. Si no se consiguen buenos resultados en 6 semanas con la terapia física, reevalúe el caso para descartar otras posibles causas de la tortícolis.

Diagnóstico diferencial de la tortícolis congénita.

Anomalías músculo-esqueléticas	Síndrome de Kippel-Feil, deformidad de Sprengel, hemivértebras, escoliosis congénita asociada a malformaciones vertebrales, fractura de clavícula, ausencia unilateral de músculo esternocleidomastoideo
Tortícolis ocular	Paresia del cuarto par, síndrome de Brown, <i>spasmus mutans</i>
Anomalías del sistema nervioso central	Tumores de la fosa posterior o de las cervicales, siringomielia, malformación de Arnold-Chiari
Otras anomalías	<i>Pterygium colli</i> , plagiocefalia secundaria a craneosinostosis, higroma quístico

Éxito de la terapia y criterios para interrumpirla

- Rango completo de movimiento pasivo (5 ° como máximo de diferencia con el lado no afecto).

- Simetría en los movimientos activos.
- Desarrollo psicomotor adecuado para la edad.
- Ausencia de inclinación de la cabeza.

4) DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA INFANTIL

Derive los casos de niños de 6-12 meses que sigan teniendo limitación en la movilidad del cuello (déficit de rotación mayor de 15 °) o plagiocefalia clínicamente significativa o asimetría facial si no hay mejoría con el tratamiento conservador o si se diagnostica con más de un año de edad.

Bibliografía

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 línea]. Actualizado agosto 2014 <www.traumatologiainfantil.com/es/columna/torticollis-muscular> [Consulta: 1 junio 2018].

Kaplan SL, Coulter C, Feters 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, Tritasavit 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 Centro de Salud Coll d'en Rabassa (Palma)

Revisores

- Dolores Cardona Alfonseca, pediatra del Centro de Salud Son Ferriol (Palma)
- Pedro Leno Vivas, médico del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Son Espases

Ilustraciones

- Alberto Aguilera, médico de familia del Centro de Salud Es Blanquer (Inca).