

Tortícolis congénito como presentación de escoliosis cervical

A. Morant Gimeno
Neuropediatra. Consulta de Neuropediatría. Valencia

Resumen

El tortícolis congénito es una de las causas más habituales de consulta pediátrica. En niños menores de 6 meses, las causas más frecuentes son de origen muscular por alteraciones en el músculo esternocleidomastoideo o por una mala posición intraútero, pero no hay que olvidar las malformaciones óseas. Las alteraciones oculares también son una causa de tortícolis, pero generalmente aparecen en niños mayores de 6 meses.

Presentamos el caso de una niña de 6 meses de edad, remitida a nuestra consulta por presentar un tortícolis congénito. En la exploración destacó un aplanamiento occipital derecho y un tortícolis derecho, sin anomalías palpables en los músculos del cuello. Mediante tomografía computarizada (TC) se diagnosticó una hemivértebra cervical. Se descartó la presencia de craneosinostosis y patología medular. Se valoró el caso en los servicios de oftalmología y traumatología. La evolución de la paciente fue satisfactoria mediante tratamiento conservador, y la niña presentó un desarrollo psicomotor dentro de la normalidad.

En los niños con un tortícolis congénito lo más importante es averiguar la causa de la afección. En este caso, se trataría de una escoliosis cervical. El tratamiento suele ser rehabilitador, con controles visuales, siempre teniendo en cuenta la posibilidad quirúrgica para prevenir otras posibles deformidades secundarias.

Palabras clave

Escoliosis, hemivértebra cervical, tortícolis, tortícolis muscular congénito

Abstract

Title: Congenital torticollis as presentation of cervical scoliosis

Introduction: The congenital torticollis is one of the frequent causes of pediatric consultation. In children smaller than 6 months, the most common cases are originated by alterations in the sternocleidomastoid muscle or by an inadequate position of the baby inside the womb, but bone malformations shouldn't be forgotten as other of the possible causes. Ocular alterations could also be a torticollis cause but generally in children older than 6 months.

Clinical case: Girl of 6 months remitted because of a congenital torticollis. She had an occipital flattening and a right torticollis without palpable anomalies at neck muscles. By means of a tomography she was diagnosed of a cervical hemivertebr. Craneosynostosis and medullar pathology were also discarded. This diagnosis was valued by ophthalmologist and traumatologist. The evolution of the conservative treatment was satisfactory and the psychomotor development was inside the normal standards.

Conclusions: In a case of congenital torticollis the most important thing is to investigate the aetiology. In this case it was a cervical scoliosis. The treatment consisted on a process of rehabilitation with visual controls, without forgetting the future possibility of a surgery to prevent other possible secondary deformities.

Keywords

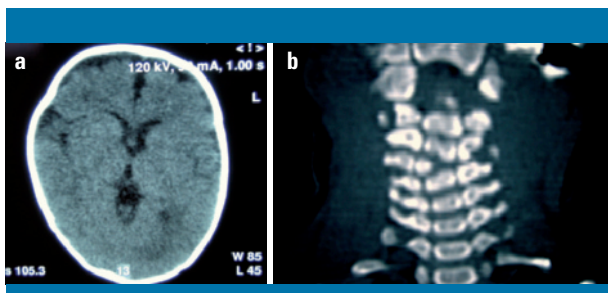
Cervical vertebrae abnormalities, torticollis, scoliosis

Introducción

El tortícolis consiste en la inclinación lateral de la cabeza y la rotación del mentón en sentido contrario. Por regla general, no constituye un diagnóstico por sí mismo, sino la sintomatología de un problema subyacente. Los tortícolis se pueden clasificar, a grandes rasgos, en congénitos y adquiridos. En la mayoría de los casos representan una sintomatología de distintos procesos banales que no conllevan mayores problemas, salvo los que son una consecuencia de los tumores de la fosa posterior¹.

El tortícolis congénito es uno de los motivos más habituales de consulta pediátrica, sobre todo durante los primeros 6 meses de vida. Sus causas más frecuentes son la fibrosis del músculo esternocleidomastoideo y el tortícolis postural secundario a una mala posición intraútero. Más raramente, también pueden ser secundarios a una patología cervical o al desequilibrio de los músculos oculares.

El motivo por el que se produce la fibrosis del músculo esternocleidomastoideo que ocasiona el tortícolis es desconocido, aunque habitualmente se relaciona con el trauma obstétrico.



Figuras 1. a) Tomografía computarizada, en la que se observa el aplanamiento occipital derecho; b) tomografía computarizada cervical, en la que se observa la hemivértebra C4

En otros pacientes, cuando no hay antecedentes relevantes, se suelen relacionar con malas posiciones intraútero, y normalmente se asocian a alteraciones en la morfología craneal, pero sin llegar a constituir, en la mayoría de los casos, una craneosinostosis². Las malformaciones vertebrales cervicales, entre las que destaca la hemivértebra cervical, producen una sintomatología similar, con angulación de la cabeza y del cuello.

Las tres primeras causas mencionadas anteriormente se suelen poner de manifiesto durante los primeros meses de vida; en cambio, el tortícolis por causas oculares suele manifestarse más tarde, alrededor del año de vida, y acompañarse de estrabismo.

Se presenta el caso de una niña de 6 meses de edad, remitida a nuestra consulta por presentar un tortícolis congénito que no mejoraba con los ejercicios que se le habían indicado, cuyo diagnóstico final fue de una escoliosis cervical por una malformación en una vértebra cervical.

Caso clínico

Niña remitida a nuestra consulta de neuropediatría a la edad de 6 meses, por la presencia de un tortícolis congénito que no mejoraba con fisioterapia.

La paciente era fruto de una segunda gestación, gemelar y univitelina, controlada y sin patología. El parto fue hospitalario, a las 37 semanas de gestación mediante cesárea programada. La puntuación de Apgar fue de 9/10 y el peso al nacimiento de 2.380 g. El periodo neonatal cursó sin incidencias. El desarrollo psicomotor hasta la fecha de la consulta se consideró normal.

No presentaba antecedentes familiares relevantes: ambos padres eran jóvenes, sanos y no consanguíneos, y sus hermanas de 5 años y su gemela estaban sanas.

La exploración inicial mostró un buen aspecto y un desarrollo adecuado. Los datos de la somatometría fueron los siguientes: perímetro cefálico de 42 cm (P 25), peso de 6,7 kg (P 10-25) y longitud de 67 cm (P 75). Destaca un aplanamiento occipital derecho con tortícolis derecho y palpación normal de ambos

TABLA 1

Tortícolis congénito como presentación de escoliosis cervical. Etiología más frecuente de tortícolis en niños menores de 6 meses

- Tortícolis muscular congénito
- Patología musculo-esquelética: malformativa, tumoral, traumática...
- Patología ocular: estrabismo, ambliopía unilateral, nistagmo...
- Patología medular y de fosa posterior: tumoral, hemorrágica...
- Patología inflamatoria e infecciosa
- Otras causas: distonías, síndrome de Sandifer...

esternocleidomastoideos. Tanto el desarrollo motor como el psicológico se correspondían con los de las niñas de su misma edad, con balbuceo adecuado, sonrisa social y fijación de la mirada con seguimiento de 360°.

La fontanela anterior estaba normotensa. Los movimientos oculares eran normales, y las pupilas medias, isocóricas y normorreactivas. No se apreciaron anomalías en el resto de los pares craneales. El tono, la fuerza y las masas musculares fueron normales. Los reflejos osteotendinosos eran simétricos, con persistencia de los reflejos arcaicos correspondientes a su edad.

Desde el punto de vista axial, el sostén cefálico era estable y la sedestación todavía inestable por ausencia de reflejos de apoyo. La manipulación era buena, con integración de ambas manos en el esquema corporal.

Se solicitó una tomografía computarizada craneal y cervical con reconstrucción 3D, en la que se observó un discreto aplanamiento occipital derecho, sin craneosinostosis, y una hemivértebra en C4 (figura 1). Mediante resonancia magnética se descartó patología medular. La evaluación oftalmológica fue norma. Tras la valoración traumatológica se recomendó la realización de fisioterapia y control evolutivo.

La evolución de la niña fue satisfactoria, con un desarrollo psicomotor dentro de la normalidad. En la exploración física sólo destacaba la escoliosis cervical con convexidad hacia la izquierda. La valoración oftalmológica se mantuvo dentro de la normalidad y la paciente continúa los controles habituales en el servicio de traumatología.

Discusión

El tortícolis congénito es una causa frecuente de consulta, pero existen pocos estudios al respecto. La mayoría de ellos abordan el tema de una forma global, salvo si se trata de niños menores de 6 meses, en los que se hace más hincapié en la causa muscular, es decir, en las alteraciones del músculo esternocleidomastoideo, obviando otras causas de tortícolis también relevantes¹⁻³ (tabla 1).

En la mayoría de los casos se trata de una causa muscular y el tortícolis se corrige con los ejercicios adecuados que indica

el pediatra a la familia, pero si no mejora se precisa una investigación más a fondo con el fin de conocer la causa, ya que el diagnóstico no se debe demorar.

En el caso de un lactante con tortícolis es esencial determinar la etiología, y sobre todo distinguir si es de origen muscular o no⁴. La exploración física del niño pocas veces ayuda en esta tarea, a no ser que la lesión en el músculo esternocleidomastoideo sea palpable, por lo que es esencial solicitar las pruebas complementarias oportunas en cada paciente. En los casos de origen muscular, el tratamiento suele consistir en ejercicios que, la mayoría de las veces, pueden incluso realizarlos los padres; en otros casos, se precisarán sesiones de fisioterapia. En los tortícolis de causa postural, la actitud a seguir es similar.

Si el tortícolis congénito no mejora, hay que pensar en las alteraciones musculoesqueléticas y, entre éstas, en las vertebrales, destacando la hemivértebra cervical, patología muy poco descrita en la bibliografía⁵, que consiste en una alteración en la fusión de los cuerpos vertebrales. En estos casos no se debería hablar de tortícolis en sí, aunque sea el signo que se visualiza en el paciente, sino de escoliosis cervical. En todos los tortícolis congénitos, aunque especialmente en el provocado por una escoliosis cervical, puede aparecer una asimetría craneofacial, como efecto de la escoliosis sobre el remodelamiento de los huesos del cráneo y de la cara, consistente en una hemihipoplasia facial homolateral a la escoliosis y un aplanamiento del occipucio contralateral⁶. Los casos de escoliosis cervical suelen tener un pronóstico favorable con tratamiento conservador (rehabilitador u ortesis), aunque algunas

veces es necesaria la cirugía reparadora a fin de evitar otras anomalías o deformidades secundarias⁵.

Como conclusión, cabe decir que la hemivértebra cervical es una causa poco frecuente de escoliosis cervical, que se manifiesta como un tortícolis congénito. Hay que tener en cuenta este hecho sobre todo en los lactantes con tortícolis de etiología incierta que no mejoran con los tratamientos habituales. En todos los casos se deben realizar controles evolutivos de rehabilitación, traumatológicos, oftalmológicos y neurológicos, para detectar y prevenir las posibles secuelas a largo plazo. ■

Bibliografía

1. Loureiro B, Ferrer-Lozano M, Abenia P, Ferraz S, Rebage V, López-Pisón J. Tortícolis como motivo de consulta en neuropediatría. *Rev Neurol*. 1999; 29(6): 493-499.
2. Raco A, Raimondi J, De Ponte FS, Brunelli A, Bristot R, Bottini DJ, et al. Congenital torticollis in association with craniosynostosis. *Child's Nerv Syst*. 1999; 15: 163-168.
3. Sonmez K, Turkyilmaz Z, Demirogullari B, Ozen IO, Karabulut R, Bagbanci B, et al. Congenital muscular torticollis in children. *J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2005; 67(6): 344-347.
4. Do TT. Congenital muscular torticollis: current concepts and review of treatment. *Curr Opin Pediatr*. 2006; 18(1): 26-29.
5. Ruf M, Jensen R, Harms J. Hemivertebra resection in the cervical spine. *Spine*. 2005; 30: 380-385.
6. Pollack IF, Losken HW, Fasick P. Diagnosis and management of posterior plagiocephaly. *Pediatrics*. 197; 99(2): 180-185.