

XV  
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
FACULTAD DE MEDICINA  
MATERIA TRAUMATOLOGIA

## TORTICOLIS, ESCOLIOSIS Y CIFOSIS CONGENITAS

Docente : Dr. Ricardo Zabala.  
Alumnas: Aleida Gutierrez Salazar.  
Mirtha Guzmán Aguilar.

Cochabamba - Bolivia

19.-

141

70511  
G9841

## TORTICOLIS CONGÉNITA

### DEFINICIÓN.-

Es un cuadro en que el lactante ó niño tiene la cabeza en posición rotada, un poco hacia un lado.

La deformidad se debe a contractura del músculo esternocleidomastoideo, la cabeza está inclinada hacia el lado afectado y el mentón rotado hacia el hombro contralateral.

Una hipótesis reciente sugiere que el trastorno pudiera ser la secuela de un síndrome de compartimiento mucoaponeurótico perinatal, que afecta al músculo esternocleidomastoideo.

Puede ser congénito ó adquirido.

Causas de tortícolis :

#### 1.- Infecciosas :

Infección de vías aéreas respiratorias superiores.

Adenitis cervical.

Osteomielitis vertebral.

Absceso epidural

Absceso retrofaringeo

Otitis media

Tuberculosis

Mastoiditis

#### 2.- Neoplasias:

Granuloma eosinófilo

Osteoma osteoide

Osteoblastoma

Tumores de la fosa posterior o del mesencéfalo

Tumor orbitario

Fibromatosis

Metástasis

Tumor de médula espinal

#### 3.- Estructurales :

Subluxación atlanto occipital

Subluxación rotatoria atlanto axoidea

Síndrome de Klippel ~~Feil~~ *FIELD*.

Tortícolis muscular congénita

Traumatismo óseo ó muscular.

Disco cervical calcificado.

4.- Inflammatorias :

Polimiositis  
Miositis osificante.  
Artritis reumatoide juvenil  
Estado posencefálico.

5.- Neurológicas / oculares

Tortícolis espasmódica  
Síndrome distónico.  
Malformación de Arnold - Chiari.  
Siringomielia.  
Miastenia grave.  
Estrabismo.  
Parálisis de pares craneales.  
Parálisis de músculos extraoculares.  
Errores de refracción.

6.- Diversas:

Reflujo gastroesofágico.  
Histeria  
Tortícolis paroxística benigna.  
Tortícolis postural.  
Cefalea migrañosa.

En la actualidad se considera que el tortícolis muscular congénito es el resultado de un traumatismo local de la estructura blandas del cuello en el momento del nacimiento.

Los antecedentes de los niños afectados muestran preponderancia de partos de nalgas, utilización de forceps ó primiparidad..

También la deformidad puede ocurrir en niños que nacen por parto normal ó incluso por cesárea.

Se sugiere que la lesión se debe a la oclusión del flujo venoso del músculo esternocleidomastoideo, esto da como resultado edema, degeneración de fibras musculares y eventualmente fibrosis pulmonar, se señala que la deformidad clínica depende de la relación entre la cantidad de tejido fibroso y la cantidad de tejido funcional. Si existe suficiente masa de músculo normal, el esternocleidomastoideo se alargará con el crecimiento y el niño probablemente no presentará tortícolis, mientras que si predomina la fibrosis el potencial elástico restante es muy escaso.

Se demostró que con el tiempo la fibrosis del fascículo esternal puede atrapar y comprometer por denervación progresiva la rama del nervio accesorio del fascículo clavicular del esternocleidomastoideo y determinar un aumento tardío de la deformidad.

Existen dos factores adicionales que no han sido explicados:

En el 75 % de los niños la lesión es del lado derecho.

El 20 % de los niños con tortícolis muscular congénita presentan displasia congénita de la cadera.

## **MANIFESTACIONES CLINICAS.-**

Si el lactante es examinado dentro de los 4 primeras semanas de vida, puede palpase en el cuello una masa ó tumor, se trata generalmente de una masa blanda e indolora que se encuentra debajo la piel y que está fijada ó ubicada dentro de la estructura del músculo esternocleidomastoideo.

La masa alcanza su máximo tamaño en los primeros meses de vida y luego se reduce gradualmente.

Si el niño es examinado después de 4 a 6 meses de edad, la masa habitualmente está ausente y los únicos hallazgos clínicos son la contractura del músculo esternocleidomastoideo y el tortícolis.

Si la patología progresa pueden aparecer deformidades en la cara y el cráneo que habitualmente se manifiestan dentro del primer año.

El aplanamiento de la cara en el lado del músculo esternocleidomastoideo contraído, probablemente se deba a la posición del niño durante las horas de sueño.

En el niño que duerme en decúbito dorsal ocurre remodelación de la parte contralateral del cráneo.

Si la patología permanece sin tratamiento durante los años de crecimiento, ojos y orejas quedan desnivelados y la deformidad estética puede ser considerable.

Por lo que se aprecia un hueco muy pronunciado, desviación y deformación del pabellón de la oreja de ese lado, asimetría cráneo facial, dolicocefalia y cuello aparentemente corto.

El recién nacido tiene la tendencia a colocar la cabeza sobre el lado afectado.

**PROPORCIÓN SEXUAL:** Hombres 1 , mujeres 1.

**RIEGO DE OCURRENCIA:** En México 1 en 500 RN vivos.

### **DIAGNOSTICO MINIMO :**

Rotación de la cabeza hacia el lado afectado, con cavidad e hipoplasia del músculo esternocleidomastoideo.

Antecedentes de complicaciones en el embarazo.

**EDAD DE DETECCION:** Al nacimiento.

### **TRATAMIENTO :**

### **MEDIDAS CONSERVADORAS:**

Si la tortícolis muscular se detecta en fecha temprana más del 90 % de los casos puede tratarse con un programa de estiramiento realizado por los padres, después de orientación por parte de un fisioterapeuta.

La cabeza se manipula con suavidad de modo que distiende el músculo contraído Se puede colocar objetos y muñecos para estimular el movimiento del cuello, de modo que se desplace desde el punto de contractura.

Si los movimientos de estiramiento se inician en edad temprana de la vida es posible

tratar por medios conservadores a casi todos los enfermos.

Se debe colocar la cuna y los juguetes de modo que el niño tenga que estirar el cuello para alcanzarlos y tomarlos con las manos.

Recientemente se ha sugerido el uso de un "casco para dormir", con el objeto de reducir la deformidad e impedir la remodelación de la cara y el cráneo.

Si no se practica el tratamiento en fecha temprana puede surgir poco a poco una deformidad del cráneo y asimetría facial, cuadro llamado plagiocefalia.

Se sabe que en promedio uno de cada 300 niños con tortícolis tiene plagiocefalia desde que nacen.

## **CIRUGÍA :**

En los lactantes en que no existe mejoría con el estiramiento para el año de edad, ó en niños en quienes el diagnóstico se hace en edades más tardías, se necesita la liberación quirúrgica del músculo esternocleidomastoideo.

La cirugía que incluye el corte "ABIERTO" de dicho músculo corrige la posición de la cabeza y mejora la plagiocefalia en más de la mitad de los enfermos.

Los resultados son mejores si la técnica se hace en niños de 3 a 5 años de edad.

Los individuos infelices por la asimetría residual, pueden ser sometidos a otra operación, pero ello obliga a múltiples osteotomías en la cara. Por tal razón la tortícolis mejora extraordinariamente si se trata en los comienzos de la vida, antes que aparezca deformidades estéticas irreversibles.

La tortícolis que aparece en niños de mayor edad incluye innumerables entidades en su diagnóstico diferencial.

## **REGIMEN POSQUIRURGICO:**

Comparando ejercicios de estiramiento pasivo, del mismo modo que los indicados antes de la intervención.

Deben comenzarse tan pronto como el paciente tolere la manipulación del cuello.

Puede ser de utilidad la tracción cefálica por la noche, sobre todo en el niño mayor.

Si la deformidad es de larga evolución ó si el tortícolis se había convertido en un hábito firmemente establecido, puede ser necesario la corrección con soporte ó yeso.

Cuando el paciente es joven puede esperarse que la asimetría facial desaparezca completamente a menos que el tortícolis persista, particularmente por bandas residuales.

## **COMPLICACIONES :**

**DERIVADAS:** Limitación de los movimientos del cuello.

**ASOCIADAS :** Asimetría cráneo facial.

Parálisis del facial

Hipoplasia del maxilar superior

Dolicocefalia

Calcaneo valgo

Encurvamiento de tibias.