

Tortícolis en pediatría



C. Abad Casas¹, ML. Padilla Esteban², R. Marti Ciruelos¹.

¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

²Centro de Salud Orcasur. Madrid.

CLASIFICACIÓN CIE-9

Tortícolis (intermitente) (espástica) 723.5 +

- Congénita 754.1 +
- Esternomastoidea 754.1
- Debida a traumatismo al nacer 767.8
- Espasmódica 333.83
- Histérica 300.11
- Ocular 781.93
- Psicógena 306.0 +
- Especificada como reacción de conversión 300.11
- Reumática 723.5
- Reumatoide 714.0
- Traumática, actual NCOC 847.0

CIE-10: Tortícolis M43.6

CIAP: Tortícolis L01

PUNTOS CLAVE

- Los antecedentes, el tiempo de evolución y la sintomatología acompañante son datos clave para orientar el diagnóstico.
- Si existe un antecedente traumático de intensidad moderada-grave o una impotencia funcional marcada, se deben realizar pruebas de imagen.
- La sospecha de una subluxación atloaxoidea obliga a derivar al paciente de forma urgente. Recordar que ésta puede existir en el contexto de un traumatismo mínimo o asociado a infecciones de la zona cervical.
- La tortícolis postural benigna tiene un curso agudo y debe ceder con tratamiento en 5-7 días. De no ser así, habrá que replantearse el diagnóstico.

Figura 1. Posición típica de la tortícolis



CONCEPTO

Tortícolis es el signo clínico definido como rotación de la cabeza e inclinación lateral del cuello¹ (figura 1). Puede ser fija o flexible y acompañarse o no de dolor cervical.

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN

La tortícolis según el mecanismo desencadenante puede ser de origen:

- Traumático: un traumatismo origina un espasmo de los músculos cervicales y paravertebrales, responsable del dolor y la malposición cervical. Se puede acompañar de una subluxación o una fractura vertebral.
- Inflamatorio: un proceso infeccioso, inflamatorio o tumoral en la zona cervical puede causar espasmo muscular.

Tabla 1. **Causas**

Congénita	<ul style="list-style-type: none"> • Tortícolis muscular congénita (TMC) “<i>fibromatosis colli</i>”: hematoma del músculo esternocleidomastoideo (ECM), malposición intrauterina... • Síndromes congénitos de la columna cervical (S. de Klippel-Feil, Arnold-Chiari...)
Traumática	<ul style="list-style-type: none"> • Contusión a nivel de la columna cervical (lesión muscular, ligamentosa, ósea, medular, subluxación). • Traumatismo craneoencefálico, fractura de clavícula, etc.
Inflamatoria/infecciosa:	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Grisel (subluxación atloaxoidea no traumática asociada a infección de vías respiratorias) • ORL: faringitis, linfadenitis, absceso retrofaringeo, otitis, mastoiditis, neumonía lóbulo superior. • Musculoesquelética local: osteomielitis vertebral, espondilodiscitis.
Sistémica	<ul style="list-style-type: none"> • Artritis crónica idiopática, polimiositis...
Tumoral	<ul style="list-style-type: none"> • Tumores de fosa posterior, espinal o partes blandas.
Neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Distonía medicamentosa, tortícolis paroxístico benigno, miastenia gravis, poliomiélitis, etc.
Ocular	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis del oblicuo superior, nistagmus congénito, ambliopía, estrabismo.
Miscelánea	<ul style="list-style-type: none"> • Reflujo gastroesofágico (síndrome de Sandifer), hipoacusia unilateral, calcificación de discos intervertebrales, trastorno conservativo, tortícolis postural benigno.

Se puede clasificar en adquirida o congénita, y en este último caso en ocasiones origina asimetrías craneofaciales (tabla 1).

Causas congénitas

Tortícolis muscular congénita (TMC)

Esta entidad presenta una incidencia entre un 0,3 y un 2% de los recién nacidos² La causa no es del todo conocida aunque las teorías más aceptadas la atribuyen a la malposición intrauterina (apoyada por la mayor incidencia en primíparas, con un útero más pequeño) y el parto traumático (se observa con más frecuencia tras los partos de nalgas).

Se asocia con frecuencia a la displasia de caderas y a la subluxación C1-C2³.

La sintomatología se inicia después de las 2-4 semanas de vida, con una inclinación de la cabeza hacia el lado del esternocleidomastoideo (ECM) afecto y una rotación de la barbilla hacia el lado contrario. En las primeras semanas de vida puede ser difícil de apreciar. En menos de un tercio de los casos se acompaña de una tumoración palpable sobre el ECM (que se hace más evidente según pasan las semanas). En el resto puede palparse un ECM en tensión o no aparecer ninguna alteración a la palpación². Si no se corrige, puede causar plagiocefalia y asimetrías faciales.

Dada su prevalencia, es recomendable revisar el rango de movilidad cervical y palpar ambos ECM en todos los lactantes.

El diagnóstico es clínico, pero se debe valorar la realización de pruebas de imagen para descartar otras posibles patologías, como anomalías óseas congénitas de la columna cervical o subluxación C1-C2.

El pronóstico es bueno, y viene determinado por un diagnóstico y tratamiento precoces. Hasta el 70% se resuelve espontáneamente en el primer año de vida, y sólo una mínima parte llegan a requerir cirugía.

Síndromes congénitos de la columna cervical:

Síndrome de Klippel-Feil, Arnold-Chiari, hemivértebra

Este tipo de síndromes se deben sospechar, bien por su asociación a otras malformaciones o en casos de tortícolis congénitas que no responden adecuadamente al tratamiento.

Causas adquiridas

Traumáticas

La tortícolis adquirida se puede deber a múltiples causas, entre ellas la más frecuente es la traumática. Un traumatismo a nivel cervical o craneal (incluso una fractura de clavícula) puede originar lesiones a nivel muscular, ligamentoso, óseo o medular.

Subluxación atloaxoidea

Aunque poco frecuente, esta patología puede tener consecuencias graves si no se diagnostica y trata precozmente. Afecta sobre todo a niños entre 6 y 12 años y consiste en la pérdida de la congruencia entre las articulaciones de las dos primeras vértebras cervicales. Puede ser secundaria a un traumatismo, mínimo en ocasiones, o bien a un aumento de la laxitud de las estructuras ligamentosas de dicha articulación secundaria a un proceso inflamatorio/infeccioso en la región de la cabeza y el cuello (Síndrome de Grisel).

Figura 2. **Subluxación atloaxoidea en TAC**

Es importante ante una tortícolis llevar a cabo una anamnesis cuidadosa, preguntando por antecedentes traumáticos, incluso leves, cirugía en la región cervical o síntomas de infección de vías respiratorias (faringitis, otitis, neumonía,...).

Habrá que tener especial cuidado en pacientes que presentan a priori una articulación atloaxoidea más laxa, como en el síndrome de Down, Morquio, Larsen y Marfan, y en pacientes con artritis de la columna cervical.

Clínicamente produce espasmo y dolor del ECM del lado hacia el que se desvía el mentón, dolor a la palpación en apófisis espinosa del axis y desviación de ésta hacia el lado al que se inclina la cabeza⁴. Puede presentar dolor occipital unilateral por afectación de la raíz nerviosa de C2¹.

Es importante sospechar esta patología porque el pronóstico está determinado por un diagnóstico precoz. Ante la sospecha se deben realizar pruebas de imagen. La radiografía simple es difícil de interpretar debido a la superposición de estructuras por lo que generalmente se requerirá el TAC para el diagnóstico (figura 2).

El manejo de esta patología será hospitalario, siendo la base del tratamiento los antiinflamatorios, analgésicos, relajantes musculares y la inmovilización cervical. Para volver a colocar la articulación en su posición se utiliza desde la tracción simple hasta la cirugía, dependiendo del tiempo de evolución⁵.

No traumáticas

Inflamatorias

Dentro de las causas no traumáticas encontramos las originadas por un proceso inflamatorio o infeccioso del área cervical.

- **Síndrome de Grisel:** Consiste en una subluxación atloaxoidea asociada a infecciones del tracto respiratorio superior (otitis media, faringitis, absceso retrofaringeo, etc). La inflamación secundaria de los tejidos blandos de la columna cervical aumenta la laxitud de las estructuras ligamentosas que estabilizan la articulación produciendo la subluxación de la misma. Ante una tortícolis con importante rotación e inclinación, sin antecedente traumático y con antecedente de proceso infeccioso se debe sospechar.
- **ORL:** faringitis, linfadenitis, absceso retrofaringeo, otitis, mastoiditis, neumonía lóbulo superior.
- **Musculo-esquelética local:** osteomielitis vertebral, espondilodiscitis.

Sistémicas

Artritis crónica idiopática, polimiositis....

Tumorales

- **Tumor de fosa posterior:** Se caracteriza por una instauración insidiosa, evolución subaguda o crónica y signos de hipertensión intracraneal (HTIC).
- **Otros tumores:** Espinales y de partes blandas

Neurológicas

- **Distonía medicamentosa:** la más frecuente es la asociada al uso de antieméticos como la metoclopramida. También es un efecto secundario de otros fármacos como la clorpromacina, la carbamazepina o la fenitoína.
- **Tortícolis paroxístico benigno:** Consiste en episodios recurrentes de tortícolis, de horas o días de duración, asociados generalmente a vómitos, irritabilidad, somnolencia, palidez y/o ataxia. Se inicia en la lactancia entre los 2 a 8 meses de edad y suele ceder a los 2-3 años³. La fisiopatología de esta entidad no está claramente definida, pero se dice que es un equivalente a la mi-

graña, y de hecho puede asociarse a ésta en edades posteriores.

Ocular

Parálisis del oblicuo superior, nistagmus congénito, ambliopía, estrabismo. Pueden producir una tortícolis que trata de compensar el defecto visual.

Miscelánea

• Síndrome de Sandifer

Es una tortícolis desencadenada por reflujo gastroesofágico. Suele ser recurrente y alternante en la dirección de la cabeza, lo que la hace clínicamente similar a la tortícolis paroxística benigna.

Puede acompañarse de otros síntomas o signos de enfermedad por reflujo gastroesofágico, y responde al tratamiento del mismo¹.

• Tortícolis postural benigno

Constituye un diagnóstico de exclusión. Es la causa más frecuente en niños mayores. Se caracteriza por un comienzo matutino, con empeoramiento a lo largo del día.

Puede existir antecedente traumático o exposición al frío (corriente de aire, aire acondicionado), que produce una contractura dolorosa del ECM y de la musculatura paravertebral. Dura normalmente menos de una semana.

• Otros

Hipoacusia unilateral, calcificación de discos intervertebrales, trastorno conversivo.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

La mayoría de las causas son benignas, pero es necesario llevar a cabo una anamnesis, una exploración física y en ocasiones pruebas complementarias que nos permitan descartar razonablemente otras causas menos frecuentes pero graves (signos de alarma: [tabla 2](#)).

Tabla 2. **SIGNOS DE ALARMA**

- Exploración neurológica anormal.
- Signos de hipertensión intracraneal.
- Síntomas constitucionales.
- Impotencia funcional marcada.
- Duración mayor de 7 días.
- Disfagia, dificultad respiratoria.

Anamnesis

- Edad.
- Antecedente traumático (incluido parto).
- Resultados de las pruebas de hipoacusia.
- Inicio: agudo, subagudo. Número de episodios.
- Síntomas acompañantes: infecciosos (fiebre, odinofagia, otalgia, etc), de HTIC (cefalea, vómitos, etc), de enfermedad sistémica.
- Exposición a medicamentos: metoclopramida, clorpromacina, carbamazepina, fenitoína se relacionan típicamente con distonía.
- Síndromes asociados a inestabilidad atloaxoidea: Down, Morquio, Larsen, Marfan...

Exploración física

- El primer objetivo es determinar si requiere intervención inmediata por presentar posible daño neurológico (postraumático, subluxación atloaxoidea) u obstrucción de la vía aérea (absceso retrofaringeo). Si se sospecha daño neurológico se debe inmovilizar la columna cervical inmediatamente.
- Inspección: observar la actitud del cuello y la cabeza (grado de inclinación y rotación, movilización activa, el niño puede incluso necesitar sujetarse la cabeza con las manos). La presencia de cuello corto con implantación baja del pelo puede indicar malformaciones óseas de la columna cervical. Observar también otros rasgos dismórficos (Down, Morquio, Larsen, Marfan...).
- Rango de movilidad activa y pasiva (no forzar movimientos dolorosos).
- Palpación muscular y ósea del cuello: buscando puntos dolorosos óseos y musculares, tumoraciones, crepitación.
- Exploración ORL: linfadenopatías, absceso retrofaringeo, otitis.
- Exploración ocular: reflejo corneal, cover/uncover test, nistagmo, fondo de ojo.
- Exploración neurológica completa: signos de focalidad, déficits neurológicos y/o motores.

Pruebas Complementarias

(según sospecha etiológica)

- **Radiografía simple de columna cervical** (AP, lateral y/o transoral): se realizará siempre que exista un antecedente traumático de intensidad moderada-grave, sospecha de anomalías vertebrales o dolor severo que haga pensar en una lesión ósea.

- TAC: las indicaciones fundamentales son:
 - Foco infeccioso de vías respiratorias con tortícolis que asocia impotencia funcional (descartar Síndrome de Grisel).
 - Tortícolis (con inclinación y rotación) de más de 5-7 días de evolución.
 - Alteraciones en la radiografía simple (asimetría de masas laterales de C2, aumento del espacio interespinoso C1-C2).
 - Alteraciones neurológicas.
- Ecografía: se realizará cuando se palpe una tumorcación en ECM de origen dudoso.
 - Cambiar regularmente la posición del niño evitando posturas incorrectas que empeoren la tortícolis.
 - Cuando esté despierto y en supino colocar una almohadilla o apoyo blando sobre el lado homolateral a la contractura para que eleve la cabeza en relación al entorno.
 - Tratar de darle el pecho del lado contralateral de la madre para que la posición sea la correcta. Cuando le de de mamar del lado homolateral, la madre deberá adelantar el pezón para que éste lo busque en corrección.

PAUTA DE ACTUACIÓN

Tratamiento sintomático

- Calor seco local.
- Antiinflamatorios: en mayores de 6 meses, Ibuprofeno 30-40 mg/kg/día cada 6-8 horas.
- Miorrelajantes: Diazepam en ≥ 6 meses: 0,1-0,3 mg/kg/día, cada 6-8 horas. Paracetamol-Metocarbamol (Robaxisal) 2 comprimidos cada 6-8 horas.
- Inmovilización cervical: si sintomatología moderada/grave.

Tratamiento específico

- TMC: incentivar movimientos de la cabeza hacia el lado no dañado y estiramientos pasivos.
 - Medidas posturales:
 - Colocar al niño en la cuna de tal forma que para atender a los estímulos (voces, luces) deba girar el cuello hacia el lado afecto.

- Estiramientos pasivos (figura 3): deben hacerse con suavidad tratando que el niño esté lo más relajado posible. Realizarlos 4 veces al día como mínimo, 20 repeticiones de cada ejercicio. Consiste en movilizar el cuello en sentido contrario a la deformidad. Mejor realizarlos entre dos personas; una sujetará los hombros del niño y la otra moverá la cabeza.

1. Inclinación de la cabeza hacia el lado contrario a la lesión.
2. Rotación de la cabeza llevando el mentón al lado opuesto.

Ejemplo: si la tortícolis es derecha (cuello inclinado hacia la derecha y mentón dirigido hacia la izquierda), se trata de llevar la oreja izquierda hacia el hombro izquierdo y el mentón hacia el hombro derecho.

- Tortícolis medicamentosa: Difenhidramina 5 mg/kg/día o 150 mg/m²/día cada 6-8 horas, máximo 300 mg/día. Otro fármaco frecuentemente utilizado pero

Figura 3. Estiramientos pasivos en la tortícolis muscular congénita

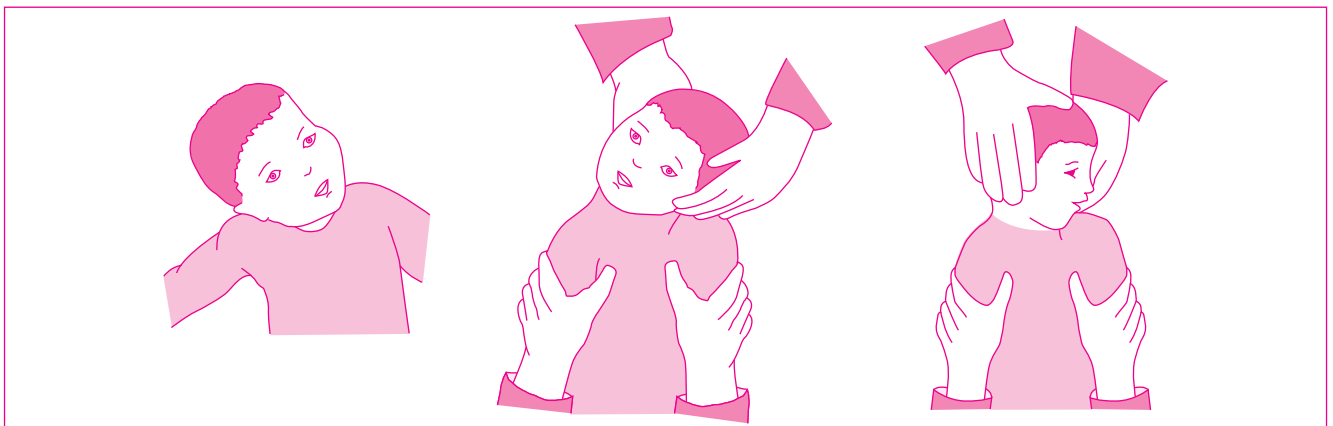
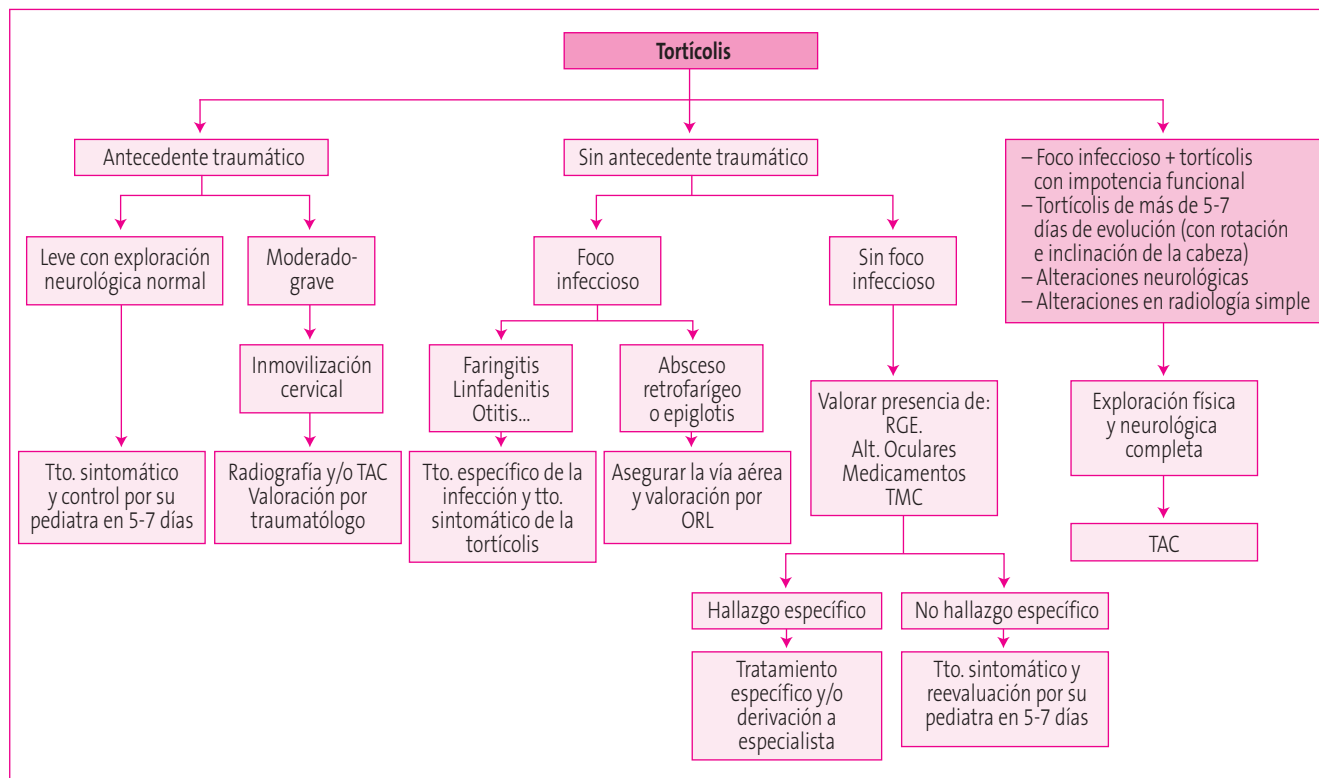


Figura 4. Algoritmo diagnóstico-terapéutico



cuyo uso en niños no está recomendado es el Biperideno (Akineton) (figura 4).

Criterios de derivación

- Traumatología: traumatismo, sospecha de subluxación atloaxoidea, TMC de mala evolución.
- Neurología: sospecha de tortícolis paroxístico benigno.
- ORL: absceso retrofaríngeo, epiglotitis.
- Oftalmología: alteraciones oculares.
- Digestivo: RGE como causa de la tortícolis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Charles G, Macias, MD. Acquired torticollis in children. (Www.uptodate.com acceso 25 de octubre de 2009)
2. Do TT. Congenital muscular torticollis: current concepts and review of treatment. Curr Opin Pediatr. 2006;18:26-9.
3. Mulas Delgado F, Morant Gimeno A, Hernández Muela S. Episodios paroxísticos no epilépticos. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Urgencias Pediátricas (consulta el 1/12/2009. Disponible en www.aeped.es/protocolos/urgencias/21.pdf)
4. Sobolewski BA, Mittiga MR, Reed JL. Atlantoaxial Rotary Subluxation After Minor Trauma. Pediatric Emergency Care (dic 2008) vol 24, num 12.
5. Martinez-Lage J.F, Martinez Perez M., Fernandez Cornejo V., Poza M. Atlanto-axial Rotatory Subluxation in Children: Early Management. Acta Neurochir 2001;143:1223-28.
6. J. Peyrou, D. Moulies. Le torticollis de l'enfant: démarche diagnostique. Archives de pédiatrie 2007;14:1264-70.