

Tortícolis infantil. Nuevas perspectivas en su tratamiento

DR. JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ GIL,¹ DR. OMAR GONZÁLEZ SALGADO² Y DR. LUIS FELIPE BARRANCO MARTÍNEZ²

González Gil JM, González Salgado O, Barranco Martínez LF. Tortícolis infantil. Nuevas perspectivas en su tratamiento. Rev Cubana Ortop Traumatol 2001;15(1-2):65-70

Resumen

El tortícolis infantil es una afección que se caracteriza por lateralización de la cabeza con rotación del cuello, constituye una posición antiestética que requiere tratamiento inmediato, primero conservador basado en ejercicios y si no resuelve, tratamiento quirúrgico. Se analizaron en este estudio 122 pacientes, de los cuales 60,6 % resuelven con tratamiento conservador y 39,4 % lo hacen con tratamiento quirúrgico. Se analizaron las edades en que se realizó el diagnóstico y el tratamiento, el sexo y la forma de presentación. Se utilizó un novedoso método de tratamiento quirúrgico y una inmovilización dinámica. Se estableció una escala de valores para analizar los resultados del tratamiento.

DeCS: TORTICOLIS/congénito; TORTICOLIS/rehabilitación; TORTICOLIS/cirugía; RECIEN NACIDO.

El tortícolis infantil del niño es una afección caracterizada por lateralización de la cabeza con rotación del cuello, de manera que la cara se dirige hacia el lado contrario a donde está lateralizada la cabeza (figura 1). Es conocida desde la antigüedad, con Alejandro Magno como uno de los más famosos afectados.

Algunos autores la denominan tortícolis congénita, y otros tortícolis infantil, debido a que, en ocasiones, se percibe la deformidad en el momento del nacimiento y en otras, algunos días después.

En general, el tortícolis del niño puede tener muy variadas causas, algunas por una lesión orgánica evidente y otra de índole funcional, de ahí que puedan ser de carácter permanente las primeras y transitorias las segundas. Las podemos observar en el absceso retrofaríngeo,¹ en el espasmo muscular postraumático,² asociadas con trastornos psiquiátricos,³ en procesos respiratorios,^{4,5} así como



FIG. 1. Tortícolis infantil.

¹ Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera"

² Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología.

también en afecciones de tipo reumáticas⁶ y en lesiones de la articulación atlanto axoidea.^{7,8}

En la literatura consultada, *Krauss* reporta, y nosotros lo hemos visto también, casos con tortícolis en el curso de un tumor de fosa posterior. *Martínez J.* nos habla de osteocondroma cervical como causa de tortícolis; nosotros hemos atendido 2 casos cuyo primer signo de comienzo de una atrofia muscular progresiva, fue un tortícolis.

Ahora bien, existe una forma de presentación relativamente frecuente, nos referimos al tortícolis cuya causa básica es la afección del músculo esternocleido mastoideo (figura 2). Este puede representar un nódulo o tumor en su trayecto,^{9,10} o simplemente estar acortado, también puede acompañarse o no de asimetría facial. Existen reportes en la literatura acerca de casos con fibromatosis del músculo esternocleido mastoideo como causa de tortícolis.

El tratamiento como es lógico, tiene por común denominador, corregir la deformidad en aquellos casos en que es posible hacerlo, siendo un principio indispensable establecer primero la causa, lo cual no siempre resulta fácil. Cuando observamos la lesión circunscripta al músculo esternocleido mastoideo el camino es menos difícil; cuando no es así, debemos realizar una anamnesis segura y confiable, y auxiliarnos, según el caso, de la ultrasonografía,¹¹ estudios radiográficos simples, tomografía axial o helicoidal computadorizada, y en ocasiones de la electromiografía.

Hemos hecho una revisión de la afección que nos ocupa, pero el objetivo fundamental de este trabajo es determinar y mostrar los resultados obtenidos en nuestra casuística mediante la forma en que realizamos la cirugía y la inmovilización posquirúrgica en todos los casos de tortícolis por afección del esternocleido mastoideo tratados por nosotros.

Métodos

Se analizaron los casos de tortícolis congénita atendidos en el Hospital "William Soler" en el período de tiempo comprendido entre 1986 y 1997 comenzando en el mes de febrero y terminando en el mes de diciembre. El universo abarcó un total de 122 pacientes y el método de tratamiento seguido en el empleado por el autor.

Desde que el paciente nace se realizó el diagnóstico de una lesión del músculo esternocleido

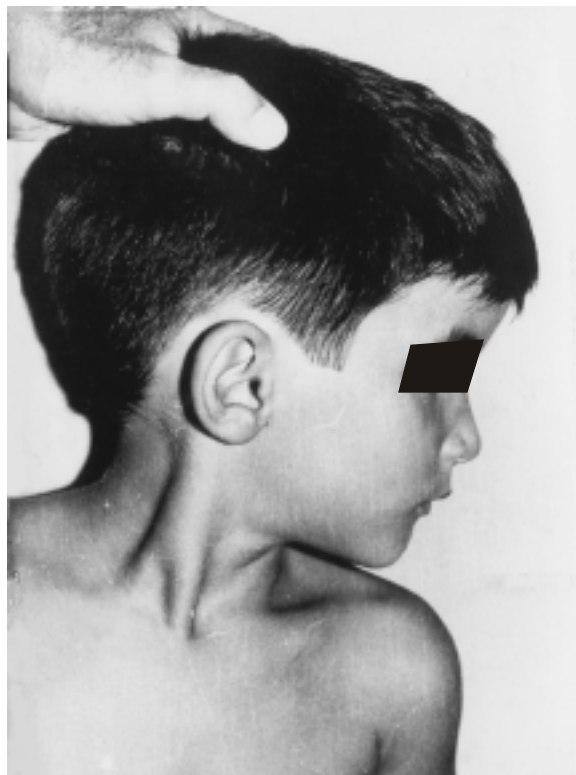


FIG. 2. Muestra de la tortícolis.

mastoideo, se esperó a los 15 días de nacido y dicho músculo se somete a ejercicios de estiramiento, esto se logró llevando suavemente la cabeza hacia el lado contrario a la deformidad, con una frecuencia de 20 veces cada 2 h, si a los 6 m se logra poca o ninguna mejoría, se colocará una capelina correctora, y se realizarán los ejercicios del mismo número de veces pero solo en 4 ocasiones del día. Si a los 2 años de edad persiste la deformidad se hará el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico

Incisión de 3 cm en la parte medial de la clavícula, paralela a esta en su parte superior, se decolaron los planos y se identificaron las inserciones esternal y clavicular del músculo esternocleido mastoideo, por atricción se seccionaron ellas y se suturó la piel intradérmicamente. Se hizo otra incisión de 2 cm sobre la inserción del esternocleido mastoideo en la apófisis mastoide, en el mismo sentido de este músculo, de decolaron los planos y se identificó el músculo haciéndose también su desinserción mediante atricción con una pinza Kelly. Se hace sutura intradérmica.

Al llegar a la sala se realizó tracción cefálica mediante una fronda de tela con 5 lbs de peso; al día siguiente se coloca un chaleco de yeso y una capelina del mismo material, se coloca un punto de anclaje en cada uno de estos aparatos de yeso y se aproximan ambos mediante una banda neumática (figura 3) de manera que la misma ejerza una fuerza de tracción continua en sentido de la corrección de la deformidad; este dispositivo se mantiene durante 8 sem., al cabo de las cuales se retira y se mantienen ejercicios correctores durante 6 m (figuras 4 y 5).



FIG. 3. Tratamiento de la tortícolis.

Para valorar los resultados establecemos una escala de valores que detallamos a continuación:

- Bueno: Corrección total de deformidad
- Regular: Corrección parcial de la deformidad
- Malo: No corrección de la enfermedad

Resultados

En la tabla 1 observamos que de un total de 122 pacientes atendidos, 99 (81,2 %) se diagnosticaron antes de los 2 años de edad, de



FIG. 4. Paciente al que se le retira la fronda de tela.



FIG. 5. Estado actual del paciente.

ellos 13 (10,7 %) entre 2 y 4 años, 8 (6,5 %) entre 5 y 8 años y 2 (1,6 %) con edad superior a los 8 años.

TABLA 1. Edades en que se hizo el diagnóstico

Edades	Cantidad pacientes	%
De 0 a 2	99	81,2
De 2 a 4	13	10,7
De 5 a 8	8	6,5
Total	122	100

Como dato curioso hemos representado el sexo en la tabla 2, siendo la prevalencia en ambos sexos muy parecida.

TABLA 2. Sexo más afectado

Sexo	Cantidad pacientes	%
Masculino	58	47,5
Femenino	64	52,5
Total	122	100

La forma en que se nos presentó el tortícolis en cada caso la observamos en la tabla 3 donde vemos que el 8,1 % de los casos presentaba nódulo o tumor en el trayecto del esternocleidomastoideo, el 21,4 % presentaba asimetría facial, el 3,2 % se acompañaba de ambas cosas y el resto (67,3 %) solo presentó acortamiento del músculo; resulta interesante señalar, que en los casos operados, del total de 48, sólo 7 (14,4 %) presentaron inicialmente nódulo en el músculo y 26 (21,4 %) presentaron asimetría facial, la cual no se modificó con la operación aunque tampoco se incrementó.

TABLA 3. Forma de comportamiento de el tortícolis

Forma	Cantidad pacientes	%
Presencia de nódulos	10	8,1
Presencia de asimetría facial	26	21,4
Presencia de asimetría facial más nódulo	4	3,2
Ausencia de lo anterior	82	67,3
Total	122	100

Si analizamos la tabla 4, veremos que el 39,4 % de los casos fue operado, y si correlacionamos la tabla 1 con la número 5, veremos que los diagnosticados de 2 años en adelante fueron todos

operados, haciendo un total de 23 pacientes para un 18,8 % del total. Ahora bien, el total de pacientes operados fue de 48 (39,3 % del total) luego los otros 25 restantes (20,5 % del total) fueron pacientes diagnosticados entre 0 y 2 años cuyo tratamiento conservador no ofreció los resultados esperados, bien por no haberse llevado en forma adecuada, o por causas no conocidas.

TABLA 4. Método de tratamiento utilizado

Método	Cantidad pacientes	%
Conservador solamente	74	60,6
Conservador más quirúrgico	48	39,4
Total	122	100

TABLA 5. Edades de los operados

Edades	Cantidad pacientes	%
De 2 a 4	38	79,2
De 5 a 8	8	16,6
Más de 8	2	4,2
Total	48	100

Los casos evaluados de regular (2 para un 4,2 % del total) se encontraban dentro del grupo de 5 a 8 años -con edad real de 7 años, uno y de 8 años el otro. El caso evaluado de malo fue un niño con edad de 10 años. Estos niños constantemente se quitaban la capelina y no cooperaron en momento alguno, además su seguimiento en consulta resultó de forma irregular.

TABLA 6. Resultados obtenidos con el método quirúrgico

Resultados	Cantidad pacientes	%
Bueno	45	93,7
Regular	2	4,2
Malo	4	2,1
Total	48	100

Discusión

Al comenzar el estudio de esta interesante afección, lo primero que nos llamó la atención fue la riqueza de datos que pudimos obtener. *Merced Duthie* señala en forma muy clara su punto de vista

en cuanto a la etiología de origen muscular se refiere, haciendo hincapié en la alteración que sufre el músculo esternocleido mastoideo cuando la rama de la arteria tiroidea inferior que lo irriga por alguna causa, sufre alguna alteración. *Baston Absart* hace una buena clasificación de las causas que según él pueden ocasionar un tortícolis, desarrollando en forma exhaustiva su cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. *Apple* plantea haber encontrado casos cuya causa fue la fibromatosis del esternocleido mastoideo, y por todas estas razones *Berguerand* y *Estevez* señalan lo controvertido de la patología. Por otra parte, autores como *Ferguson, Campbell, Max Lange, H. Lloyd* y *Álvarez Cambra*, nos hablan del método de tratamiento quirúrgico, que como hemos observado, si bien convergen en lo relacionado con el objetivo del tratamiento, no es menos cierto que tienen algunas diferencias a la hora de aplicarlos, nosotros, basado en estos mismos métodos introdujimos modificaciones en la técnica quirúrgica y en la forma de la inmovilización. Todo esto, por supuesto, hace que la afección que nos ocupa resulta cada vez más interesante y por tanto motive más a su estudio y análisis, siempre teniendo como único fin tratar de mejorar cada vez más los resultados en aras de ayudar a los pacientes.

Sin omitir a *Tureck* a quien hemos hecho un pequeño aparte, anotamos lo acertado de su aseveración en cuanto a lo peligroso de lesionar el onceno para-craneal, sin embargo, según refieren los otros autores ya mencionados, realizando este proceder con sumo cuidado no debe haber consecuencias fatales, ello queda evidenciado en nuestra serie de casos, donde habiendo operado 48 pacientes no hubo problema alguno en este sentido.

Adams en su manual, aunque en forma escueta, nos muestra los fundamentos de la parte clínica de esta afección los cuales coinciden plenamente con los nuestros.

Tureck plantea que para que haya hematoma local debe haber hemosiderina "in situ" y él no ha encontrado la misma en sus estudios por lo que descarta la presencia de trauma.

Antiguamente se utilizaba con mucha frecuencia la tenotomía subcutánea pero ello se ha desechado por el peligro de lesión neurovascular. *Baston* basa su tratamiento en la eliminación del nódulo, sección de uno de los extremos del tendón o inmovilización rígida pero esto no nos ofrece todas las posibilidades de corrección necesarias por lo que no lo tenemos

en cuenta. *Campbell* plantea también la sección de uno de los extremos del tendón seguido de inmovilización rígida, más recientemente hemos encontrado autores que plantean la tenotomía distal del esternocleido mastoideo después del primer año de vida y dipolar después de los seis años.¹² Otros que realizan la tenotomía en el tercio medio del músculo¹³ y como algo muy novedoso, tratamiento del tortícolis por endoscopia.^{14,15} Como hemos podido observar en la literatura médica consultada no hemos encontrado un solo autor que utilice la tracción continua aplicada por nosotros; y es esta a nuestro juicio la clave del éxito pues como mencionamos anteriormente, al ejercerse una tracción continua sobre el esternocleido mastoideo seccionado estamos obligando al cuello a adoptar una posición contraria a la que tenía, el espacio entre el vientre seccionado y la inserción se rellena de un tejido fibroso que le sirve de anclaje pero que a su vez aumenta la longitud del trayecto muscular. Vale la pena recalcar nuevamente que el porcentaje mayor de nuestra casuística obtuvo evaluación de bueno el cual lo atribuimos a la acción beneficiosa de la tracción continua y por supuesto a la tenotomía bipolar previa, del músculo afectado, que realizado por el método de atricción, evita gran sangramiento y a su vez esto hace que la plastia de piel no peligre.

Podemos establecer como ventajas de nuestro método el hecho de que el acto quirúrgico es rápido, el sangramiento es mínimo, ya que la tenotomía se hace por atricción (pinzamiento), la sutura intradérmica no corre peligro, el tiempo de hospitalización es muy corto y además este método está exento de recidivas.

Summary

Infantile torticollis is an affection characterized by drawing the head to one side and twisting the neck. It is an anataesthetic position requiring immediate treatment. At first, the patient will receive conservative treatment based on exercises, but if he does not improve his condition, surgical treatment will be necessary. 122 patients were included in this study. 60.6 % of them resolved with conservative treatment and 39.4 % did it with surgical treatment. Age at diagnosis and treatment, sex and the form of presentation were analyzed. A novel method of surgical treatment and a dynamic immobilization were used. A scale of values was established to determine the treatment outcomes.

Subject headings: TORTICOLLIS/congenital; TORTICOLLIS/rehabilitation; TORTICOLLIS/surgery; INFANT, NEWBORN.

Résumé

Le torticolis infantile est une affection caractérisée par latéralisation de la tête avec rotation du cou, il constitue une position inesthétique réquerant un traitement immédiat, d'abord conservateur basé sur des exercices, et s'il n'y a pas de succès, chirurgical. Cent vingt-deux patients, dont 60,6% ont reçu un traitement conservateur et 39,4% un traitement chirurgical, ont été analysés dans cette étude. Les tranches d'âge diagnostiquées et traitées, le sexe et la façon de présentation ont été également analysés. Une nouvelle méthode de traitement chirurgical et une immobilisation dynamique ont été utilisées. Une échelle de valeurs a été établie pour analyser les résultats du traitement.

Mots clés: TORTICOLIS/congénital; TORTICOLIS/rééducation; TORTICOLIS/chirurgie; NOUVEAU NÉ.

Referencias bibliográficas

1. Harries PG. Retropharyngeal abscess and acute torticollis. *J Laringol Otol* 1997;111(12):1183-5.
2. Kawasaki MS. Post traumatic spasmodic torticollis. *Arq Neuropsiquiatr* 1998;56(2):300-6.
3. Wenzel T. Psychiatric comorbidity in patients with spasmodic torticollis. *J Psychosom Res* 1998;44(6):687-90.
4. Koot RW. Two children with unusual causes of torticollis: Primitive neuroectodermal tumor and grisells syndrome. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142(18):1030-3.
5. Blankstein A. Acquired torticollis in hospitalized children. *Hare Fuah* 1997;133(12):616-9.
6. Uziel Y. Torticollis as the sole initial presenting sign of systemic onset juvenile rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1998;25(1):166-8.
7. Al-Etani H. Masked rotatory subluxation of the atlas associated with fracture of the clavicle. A clinical and biomechanical analysis.
8. Haasbeek JF, Lessard JA. Isolated atlantoaxial rotatory fixation in a child with seronegative spondyloarthritis presenting with torticollis. *J Rheumatol* 1998;25(1):169-72.
9. Tang S. Sternocleidomastoid pseudotumor of infants and congenital muscular torticollis: Fine structure research. *J Pediatr Orthop* 1998;18(2):214-18.
10. Sorensen A. Sternocleidomastoid tumor. *Ugeskr Laeger* 1998;5 160(41):5943-4.
11. Lin JN, Chou ML. Ultrasonographic study of the sternocleidomastoid muscle in the management of congenital muscular torticollis. *J Pediatr Surg* 1997;32(11):1648-51.
12. Maricevic A. Result of surgical treatment of congenital muscle torticollis. *Lijec Vjesn* 1997;119(4):106-9.
13. Gurpinar A. Surgical correction of muscular torticollis in older children with Peter G. Jones Technique. *J Pediatr Orthop* 1998;18(5):598-601.
14. Burstein FD, Cohen SR. Endoscopic surgical treatment for congenital muscular torticollis. *Plast Reconstr Surg* 1998;101(1):20-4.
15. Burstein FD. Application of endoscopic surgery in pediatric patient. *Plast Reconstr Surg* 1998;102(5):1446-51.

Recibido: 8 de noviembre de 2000. Aprobado: 15 de mayo de 2001.

Dr. José Manuel González Gil. Hospital Pediátrico Docente "William Soler" Doble Vía. San Francisco y Perla. Altahabana, Ciudad de La Habana, Cuba.