

PEDIATRÍA

TORTÍCOLIS INFANTIL: ABORDAJE INICIAL EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Rafael González Cortés*
Natalia Mora Vargas**
Carlos Andrés Álvarez Sánchez***

SUMMARY

Torticollis is a unilateral involuntary contraction of the sternocleidomastoid and posterior neck muscles causing inclination of the head to one side, with rotation and deviation of the chin to the side contrario. Se described multiples causes of it, from trivial processes to pictures very serious.

INTRODUCCIÓN

La inclinación de la cabeza y el cuello hacia un lado, de manera aguda, es motivo de consulta relativamente frecuente en las edades pediátricas y constituye un motivo de preocupación para

los padres y por supuesto, para el médico de asistencia. Puede ser la manifestación que alerta sobre la posibilidad de una enfermedad la cual pone en peligro la vida del paciente, o puede ser uno de los síntomas y signos de un trastorno relativamente benigno⁵. La tortícolis es una contractura involuntaria unilateral del esternocleidomastoideo (ECM) y musculatura posterior del cuello que causa la inclinación de la cabeza hacia un lado, con rotación y desviación del mentón al lado contrario (figura 1,2). En la literatura médica se

han descrito más de 80 posibles causas de tortícolis¹⁰.



Figura 1

* Médico General Área de Salud Puerto Viejo de Sarapiquí. E-mail: rafaelgonzalezc1989@gmail.com

** Médico General Área de Salud Puerto Viejo de Sarapiquí. E-mail: natilopmv@hotmail.com

*** Médico General Área de Salud Puerto Viejo de Sarapiquí. E-mail: caalvarez@ccss.sa.cr



Figura 2

A continuación se presenta una clasificación práctica, con las patologías más frecuentes que pueden ocasionar torticollis. (Tabla 1)

Tabla 1. Clasificación inicial de los pacientes con torticollis.

De origen neurológico

- Aumento de la presión intracraneal (tumor de fosa posterior, hipertensión intracraneal con manifestaciones de herniación de amígdalas cerebelosas, hipertensión intracraneal idiopática).
- Tumor intrarraquídeo cervical.
- Malformación cráneo espinal.
- Distonía cervical (tóxica o no).
- Torticollis episódica benigna (equivalente de migraña).

Partes blandas del cuello y otras estructuras “cercanas”

- Hipoplasia del músculo esternocleidomastoideo.
- Adenitis cervical.
- Procesos infecciosos en el cuello.
- Trastornos infecciosos inflamatorios otorrinolaringológicos.

Vértebras y otras estructuras esqueléticas cervicales

- Osteomielitis.
- Espondilodiscitis.
- Subluxación no traumática de C1 y C2 (atlas-axis).
- Fracturas y luxaciones traumáticas.
- Malformaciones esqueléticas.

Otras

- Síndrome de Sandiffer.
- Torticollis ocular.
- Patología psicosomática.

DISCUSIÓN

De origen neurológico:

Los tumores neurológicos, principalmente en la fosa posterior, constituyen una de las causas, del abordaje inicial ante un paciente con torticollis. Si la torticollis es intermitente y se presenta junto a cefaleas, vómitos, y síntomas o signos de afectación neurológica, debe despertar la sospecha de la posibilidad de un tumor cerebral, fundamentalmente de la fosa craneal posterior⁵. El astrocitoma

pilocítico constituye el 75 % de los tumores del sistema nervioso central, en las dos primeras décadas de la vida. Se trata de un tumor de crecimiento lento y con bajo grado de malignidad, cuya localización más frecuente es el cerebelo. El tratamiento del astrocitoma pilocítico también varía según la localización del mismo. La resección quirúrgica es la terapéutica de elección y generalmente es curativa si es total. La radioterapia y la quimioterapia se reservan para tumores de quiasma óptico o hipotálamo, recurrencias y tumores diseminados. El pronóstico de los pacientes con astrocitoma pilocítico es excelente, con una supervivencia a los 10 años del 94 %³. Las distonías corresponden con alteraciones de los ganglios basales (núcleos del sistema estrío-pálido-subtalámico) y clínicamente presentan, en su conjunto las manifestaciones que conforman el síndrome extrapiramidal (trastornos del tono muscular, de la postura corporal y presencia de movimientos involuntarios que desaparecen o disminuyen de manera muy importante durante el sueño). En ocasiones puede ser aguda y causada por la administración reciente de neurolepticos (Tabla 2), originando manifestaciones reversibles (reacción distónica aguda)⁵.

Tabla 2. Medicamentos de uso relativamente frecuente en Pediatría y que pueden ser causantes de trastornos extrapiramidales

- Metoclopramida clorhidrato.
- Clorpromacina clorhidrato.
- Haloperidol.
- Levomepromacina.
- Tioridazina.
- Trifluoperacina.
- Risperidona.

Ante la sospecha de una reacción distónica aguda se debe realizar un estudio toxicológico acorde a los antecedentes y manifestaciones clínicas que sugieran algún medicamento en especial. Se recomienda la supresión del agente causal y administración de antihistamínicos en la reacción distónica aguda (como la difenhidramina). En caso de sospecha de ingestión con fines suicidas, debe consultarse con Psiquiatría⁵.

Partes blandas del cuello y “estructuras cercanas”:

La hipoplasia del ECM constituye una rara entidad clínica con buena respuesta al tratamiento rehabilitador. Se considera que una derivación adecuada del pediatra a unidades de rehabilitación infantil puede resultar determinante para instaurar un tratamiento precoz y, de este

modo, lograr resultados clínicos satisfactorios en estos pacientes⁸. La edad de presentación más habitual de infecciones profundas del cuello es en menores de 5 años, asociándose en más de la mitad de los casos a infecciones de vías respiratorias altas que se extienden a ganglios linfáticos localizados en el espacio entre la pared posterior faríngea y fascia prevertebral (que se atrofiarán en la pubertad).⁴ La tortícolis secundario a un absceso retrofaríngeo constituye una infección grave por su potencial de extensión y sus serias complicaciones que pueden llegar hasta el 43 % de los casos y alcanzar una mortalidad del 10%⁹. La infección desencadenante de absceso retrofaríngeo más común en niños es la amigdalitis seguida de infecciones en cavidades nasales, senos paranasales, faringe, glándulas salivales, fuentes otológicas y dientes. El traumatismo penetrante en la bucofaríngea con un objeto, es otra causa posible. Pueden existir causas iatrogénicas como maniobras endoscópicas o intubaciones. Clínicamente este proceso se manifiesta, con fiebre elevada, taquicardia, disfonía, onicofagia, tortícolis, dolor al intento de movilizar el cuello y adenopatías cervicales. Cuando aumentan las dimensiones del absceso aparece disfagia, disnea y estridor inspiratorio/espíatorio,

más intenso cuanto más joven es el niño. Entre los gérmenes más frecuentemente encontrados están *Estreptococos*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria*, *Peptostreptococcus*, *Bacterioides* y *Fusobacterium*⁹.

Vértabras y otras estructuras esqueléticas cervicales:

Dentro del diagnóstico diferencial de la tortícolis existen múltiples y variadas enfermedades, se incluye el grupo de tortícolis inflamatorias craneocervicales. Las distintas entidades que forman este grupo (procesos inflamatorios a nivel del área ORL, espondilodiscitis, osteomielitis, celulitis, miositis y meningitis) suelen asociar síntomas como fiebre, odinofagia, otalgia, cefalea o signos meníngeos. En cuanto a la espondilitis atlantoaxoidea en pediatría se hace referencia a enfermedades tales como: tuberculosis, artritis crónica juvenil (ACJ) y osteomielitis¹⁰. La tuberculosis atlantoaxoidea es bastante extraña, y se suele diagnosticar más en adultos (20-69 años), habitualmente secundaria a un foco primario pulmonar, con riesgo de compresión a nivel del bulbo raquídeo y médula espinal, por lo que el diagnóstico y el tratamiento precoz son cruciales. Los pacientes con ACJ raramente presentan afectación exclusiva de la columna cervical,

lo cual sugiere un problema intercurrente, como fractura o infección vertebral¹⁰. Por último, la osteomielitis vertebral se manifiesta habitualmente con fiebre, afectación del estado general y focalidad neurológica junto con alteraciones analíticas. Generalmente se da en niños mayores y las pruebas de imagen como la gammagrafía muestran signos inflamatorios en forma de señal hipercaptante¹⁰. La causa más frecuente de tortícolis traumática en la infancia es la subluxación rotatoria atlanto-axial (SRAA). Se presenta como tortícolis dolorosa asociada a una disminución de la movilidad cervical y rara vez asocia déficit neurológico. En algunos pacientes puede acompañarse de una neuralgia del segundo nervio cervical por irritación a lo largo de su recorrido por la cápsula de la articulación atlantoaxoidea, lo que causa un intenso dolor. En los casos agudos, el niño se resiste a movilizar el cuello adoptando una posición antiálgica lateralizando el cuello. En la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente en días, siendo ésta la forma de presentación más común de la SRAA en la infancia¹. La subluxación atlantoaxoidea C1-C2 se clasifica en cuatro tipos: a) rotación simple sin desviación anterior de C1; b) con desviación anterior de 5 mm; c) desviación de más de 5 mm, y d) con desviación

posterior². José Manuel González Gil et al. Comentan que el 60,6% de estos pacientes resuelven con tratamiento conservador mientras que el 39,4% requieren de tratamiento quirúrgico⁷. El síndrome de Sandifer consiste en la extensión súbita o la torsión del cuello, acompañada habitualmente de movimientos de torsión de la cabeza hacia uno y otro lado y ocurre durante, o inmediatamente después, de la ingestión de alimentos (Tabla 3). Los niños afectados de este trastorno tienen hernia del hiato, reflujo gastroesofágico o dismotilidad esofágica. Sin embargo, a pesar de estas manifestaciones, el tono de los músculos del cuello es normal⁵.

Tabla 3. Criterios para el diagnóstico del síndrome de Sandifer

- Movimientos de torsión y/o extensión súbita del cuello.
- Tono normal de los músculos del cuello.
- Hernia del hiato, reflujo gastroesofágico, trastornos de la motilidad esofágica.

Se sugiere en caso de ser necesario consultar con Gastroenterología para el diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico y/o hernia del hiato⁵. La Tortícolis ocular, es bien conocida la posibilidad de presentación de tortícolis aguda motivada por la

limitación de la motilidad de uno o ambos ojos. La inclinación de la cabeza y el cuello se debe en estos casos al intento de evitar la diplopía originada por la debilidad de alguno de los músculos encargados de la motilidad extrínseca ocular (estrabismo paralítico). La posibilidad de que ocurra tortícolis en presencia de estrabismo no paralítico existe, pero es menos probable y generalmente no se instala de manera aguda. Junto a los trastornos de los músculos, los trastornos de refracción y el nistagmo pueden ser también causa ocular de tortícolis. Se sugiere la consulta con Oftalmología ante la sospecha de dichas patologías⁵. Ante la sospecha de patología psicósomática es recomendable siempre: a) La patología psicósomática es muy frecuente; los médicos deben conocerla y saberla manejar. b) Es fundamental conocer su situación social, sus miedos y preocupaciones, ofreciendo el apoyo de los especialistas en salud durante la pubertad del paciente, un momento de cambios y dudas. c) Ante una historia clínica incongruente se debe sospechar una patología psicósomática e intentar no realizar pruebas complementarias innecesarias que pueden causar iatrogenia e incluso reforzar la sintomatología. d) El objetivo debe ser encontrar ese equilibrio,

aunque hoy en día esto resulta difícil debido a la enorme presión externa, que obliga en ocasiones a ejercer una medicina defensiva⁶.

CONCLUSIONES

La tortícolis aguda en la infancia y la adolescencia es un evento que requiere de cuidados inmediatos por parte del médico, pues entre las posibilidades diagnosticadas se incluyen trastornos que pueden poner en peligro la vida del paciente. La conducta debe dirigirse a diagnosticar aquellas enfermedades que por sus implicaciones o por su incidencia, requieren de una atención y diagnóstico inmediato. Los traumatismos de la columna cervical, la presencia de osteomielitis, espondilodiscitis, o simplemente contracturas de los músculos esternocleidomastoideos, competen a los especialistas de Ortopedia, y estos deben ser consultados en la mayor parte de dichas ocasiones. Las enfermedades sistémicas, otorrinolaringológicas, malignas

e incluso oftalmológicas deben ser determinadas siguiendo los consejos anteriormente mencionados⁵.

RESUMEN

El tortícolis es una contractura involuntaria unilateral del esternocleidomastoideo y musculatura posterior el cuello que causa inclinación de la cabeza hacia un lado, con rotación y desviación del mentón hacia el lado contrario. Se han descrito múltiples causas de la misma, desde procesos banales hasta cuadros muy graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Argemí Renom, S., et al. "Tortícolis secundaria a subluxación rotatoria atlanto-axial." *Anales de Pediatría*. Vol. 66. No. 4. Elsevier Doyma, 2007.
2. Bravo Mata, M., et al. "Tortícolis persistente." *Anales de Pediatría*. Vol. 53. No. 2. Elsevier Doyma, 2000.
3. Casado Picón, R., and J. Lumbreras Fernández. "El tortícolis como manifestación inicial de un tumor de fosa posterior: el caso de una niña con astrocitoma pilocítico." *Anales de Pediatría*. Vol. 68. No. 3. Elsevier Doyma, 2008.
4. Croche Santander, B., et al. "Abscesos retrofaríngeo y parafaríngeo: experiencia en hospital terciario de Sevilla durante la última década." *Anales de Pediatría*. Vol. 75. No. 4. Elsevier Doyma, 2011.
5. GARCÍA, Ramiro Jorge García. Tortícolis aguda en la práctica neuropediátrica. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 2014, vol. 5, no 1.
6. Gavela, T., et al. "Adolescente con tortícolis refractaria" *Anales de Pediatría*. Vol. 66. No. 2. Elsevier Doyma, 2007.
7. González Gil, José Manuel, Omar González Salgado, and Luis Felipe Barranco Martínez. "Tortícolis infantil: Nuevas perspectivas en su tratamiento." *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología* 15.1-2 (2001): 65-70.
8. Jiménez Sarmiento, A. S., et al. "Tortícolis secundario a hipoplasia del esternocleidomastoideo." *Anales de Pediatría*. Vol. 79. No. 2. 2013.
9. López, Vázquez, et al. "Tortícolis secundario a un absceso retrofaríngeo." *Anales de Pediatría*. Vol. 55. No. 3. Elsevier Doyma, 2001.
10. Marín Valencia, I., et al. "Espondilitis atlantoaxoidea. Una causa infrecuente de tortícolis." *Anales de Pediatría*. Vol. 63. No. 3. Elsevier Doyma, 2005.