

S. García Gallego¹
M.C. Hurtado González²
B. Díaz Pulido³
M.D. Apolo Arenas³

¹ Fisioterapeuta. Atención Primaria.
Badajoz. Profesor asociado de la
U.E.X. Área de Fisioterapia.

² Fisioterapeuta. Hospital Infanta
Cristina. Badajoz. Profesor
asociado de la U.E.X. Área de
Fisioterapia.

³ Fisioterapeutas. Profesoras
Ayudantes de la U.E.X. Área de
Fisioterapia.

Correspondencia:

M.^a del Carmen Hurtado
González
Departamento de Enfermería
Área de Fisioterapia
Facultad de Medicina
Universidad de Extremadura
Avda. de Elvas, s/n,
06071 Badajoz
E-mail: churtado@unex.es

Tortícolis congénita: incidencia y actuación fisioterápica en neonatos con contractura en el esternocleidomastoideo

Congenital torticollis: Incidence and physiotherapeutic performance in newborns with contracture of sternocleidomastoid

RESUMEN

Con el objeto de diferenciar casos de Tortícolis congénita por hematoma o por contractura en el ECM, tanto en su evaluación como en su tratamiento, hemos realizado este estudio en una muestra de 45 neonatos de una Zona Básica de Atención Primaria de Badajoz durante el primer año de vida.

Se pretende demostrar la importancia en todos los casos del tratamiento precoz y seguimiento, precedido de una buena evaluación.

Antes de iniciar el método de tratamiento realizamos una evaluación del desarrollo psicomotor del niño teniendo en cuenta la Actividad Refleja y los Hitos en las Etapas del Desarrollo. Destacar además la valoración de la musculatura tónica del cuello, tronco y extremidades para así hacer un tratamiento más diferenciado. La metodología empleada ha sido Tratamiento Neurodesarrollante de Bobath, y Reequilibración Tónica, así como enseñanza a los padres de medidas paleativas durante este primer año de vida.

ABSTRACT

In order to differentiate the cases of congenital Torticollis due to haematoma from those due to contracture of the sternocleidomastoid muscle in their evaluation and treatment, we have carried out this study on a random sample of 22 neonates from a Basic Area of Primary Care in Badajoz during their first year of life.

We intend to show the importance in every case of the early management and follow up, preceded with a good evaluation.

Before starting the treatment method we evaluated the psychomotor development of the child bearing in mind the Reflex Activity and the Milestones on the Development Stages, it is also important to stand out the assessment of the tonic musculature of the neck, and limbs so that a more differentiated treatment can be carried out.

The methodology used has been Bobath Neurodevelopmental Treatment, and Tonic Balance, as well as teaching the parents palliative measures during this first year of life.

Los resultados más significativos han sido una mayor incidencia de contractura que de hematoma, más incidencia en niños que en niñas, mejores resultados obtenidos cuanto antes nos fueron derivados, siendo la edad media de derivación de 2,5 meses, así como mayor presencia de plagiocefalia como patología asociada.

PALABRAS CLAVE

Tortícolis congénita; Esternocleidomastoideo; Neonato; Hematoma; Contractura; Reequilibración tónica; Tratamiento Neurodesarrollante; Atención Primaria.

The most significant results have been a greater incidence of contracture than of haematoma, more in boys than in girls, better results obtained the sooner they were diverted to us, more cases on the left side than on the right side (fetal position), as well as more presence of plagiocephaly and its pathology

7

KEY WORDS

Congenital Torticollis; Sternocleidomastoid muscle; Neonates; Haematoma; Contracture; Tonic Balance; Neurodevelopmental Treatment; Primary Care.

OBJETIVOS

- Diferenciar casos de Tortícolis Congénita por hematoma en ECM o por contractura del ECM, para posteriormente enfocar y dirigir el tratamiento a seguir.
- Derivar a los neonatos afectados que presenten hematoma en el ECM al Centro Especializado, previa evaluación y asesoramiento fisioterápico.
- Tratar y hacer seguimiento en caso de neonatos que presenten contractura en ECM.
- Evitar a posteriori posibles complicaciones derivadas de la patología (plagiocefalia, retraso madurativo psicomotor, escoliosis del lactante...).

METODOLOGÍA

Captación y derivación

Los neonatos que llegan a esta Unidad de Fisioterapia vienen derivados en su totalidad por los Pediatras del mismo Centro de Salud, bajo prescripción de Valoración Fisioterápica de Lateralización del cuello y posible Tratamiento.

En nuestra primera consulta se toma la decisión de seguir el tratamiento de Fisioterapia en Atención Primaria (Centro de Salud) o de derivarlo a Atención Especializada (Servicio de Rehabilitación de Área). Los casos de contractura en ECM son los incluidos en nuestro protocolo de tratamiento.

Como Criterio de Exclusión y consecuente derivación, se considera la gravedad del caso: existencia de hematoma, patologías asociadas (plagiocefalia grave, malformaciones congénitas, neonatos de alto riesgo según Test de Apgar, etc.). A los padres de estos neonatos excluidos se les indica una serie de consejos como medidas paliativas hasta que inicie su tratamiento en Especializada:

- Consejos posturales.
- Manejo del neonato.

La media de sesiones de tratamiento de los neonatos incluidos en el protocolo son 12. La duración de cada sesión es de 15 minutos.

Como seguimiento de los casos se hará una primera revisión entre los 7 y 10 días de la última sesión en la unidad de fisioterapia, utilizando como patrones de Valoración: el Desarrollo Psicomotor, (tono y postura), Amplitud de movimientos cervicales y Actitudes Posturales. Si presentara alguna recidiva comenzaríamos un nuevo ciclo de 10 sesiones.

Las siguientes revisiones de Fisioterapia se realizarán a los 3, 6, 9 y 12 meses del niño, coincidiendo con las revisiones de Pediatría. En las últimas revisiones se valorará la posición bípeda (modificaciones del desarrollo psicomotor) y la actitud postural de la columna (descartando posibles desviaciones ortopédicas).

8 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN NEONATOS CON CONTRACTURA EN ECM

En cuanto a la valoración fisioterápica¹

Observación de la constitución anatómica de cabeza, cuello y cara tanto en decúbito supino como en prono, teniendo en cuenta los arcos de movimiento de la cabeza respecto a la cintura escapular (fig. 1):

- *Actitudes patológicas*
 - Cabeza lateralizada hacia el mismo lado de la contractura del ECM
 - Cara girada hacia el lado contrario.
 - Ligera hiperextensión cervical.
 - Ligera retracción del hombro homolateral.
- *Ligeras asimetrías*
 - Asimetrías faciales
 - Asimetrías craneales
- *Estado de la piel*: coloración, textura, sudoración...
- *Movimientos*: predominio de lateroflexión homolateral y rotación contralateral al ECM contracturado.



Fig. 1. Observación de la constitución anatómica de cabeza, cuello, y cara en sedestación.

Inspección y palpación de la musculatura afecta

- Existencia de hematoma: **criterio de exclusión.**
- Existencia de contractura en ECM.
- Ligero aumento de temperatura con respecto al lado sano.
- Limitación de los Movimientos de Latero-flexión contralateral y rotación homolateral al ECM contracturado.

Valoración de la actitud espontánea del neonato²

Decúbito supino. La preferencia del neonato es mantener la cabeza girada hacia el lado no afecto e inclinada hacia el afecto.

Si oye ruidos o percibe algún estímulo luminoso, el neonato no gira la cabeza hacia el lado afecto.

Decúbito prono. Despegue de la cabeza del plano de la camilla.

Predominio de inclinaciones y giros. El neonato cabecea elevando hacia el mismo lado y girando hacia el lado contrario de la contractura.

Evaluación de la actividad refleja

Actividad que manifiesta el neonato de acuerdo a su edad cronológica (Tabla de Milani-Comparetti).

Reacciones de enderezamiento^{2,3}

Reacción de enderezamiento del cuello. Al realizar cualquier movimiento de la cabeza, sea rotación, lateroflexión o dorsiflexión, manteniendo el cuerpo en la posición original, al cambiar el cuello de posición, el torax sigue la dirección de la cabeza. Este reflejo responde a la estimulación de los propioceptores de la musculatura del cuello. Observamos en la observación de este reflejo que la lateroflexión, rotación y dorsiflexión hacia el lado afecto están inhibidas.

Se valora tanto en decúbito supino, prono, lateral.

Reacción laberíntica sobre la cabeza. Cuando el niño es algo más mayor podemos observar que si intentamos

pasarlo de decúbito supino a sentado desde la posición lateral, la cabeza va enderezándose al mismo tiempo que el cuerpo durante el recorrido. Esto ocurre en el neonato con tortícolis en el decúbito lateral hacia el lado sano, pero sobre el lado afecto no ocurre este enderezamiento.

El neonato no desarrolla en la normalidad esta capacidad de orientar la cabeza en relación con el espacio sobre el lado afecto. En cierto modo lo manifiesta no queriendo estar acostado sobre dicho lado.

En la posición de decúbito supino se puede valorar esta reacción mediante la maniobra de Pull to Sit (tracción de los MMSS para que se siente, desde los hombros, codos y muñecas, observando el comportamiento craneo-cervical). En los niños con tortícolis responden con hiperextensión y lateralización del cuello hacia el lado de la contractura.

Enderezamiento del cuerpo sobre la cabeza. Este reflejo ya existe al nacer. Con el bebé en decúbito supino al volver la cabeza hacia un lado le acompaña una rotación refleja de la columna hacia la misma dirección que la cabeza. Si además mantenemos fija la pelvis, la cintura escapular y el tronco seguirán a la cabeza. Si mantenemos fijo el tronco la pelvis rotará en dirección contraria a la cabeza.

Solamente desarrolla estas reacciones hacia el lado no afecto, manifestándose así de mayor manera la asimetría.

Enderezamiento corporal sobre el cuerpo. El bebé en decúbito supino, al estar un tiempo en esta posición al volver la cabeza hacia un lado, poco después todo el cuerpo seguirá a la cabeza. Con la maduración podrá mantener el cuerpo en posición normal aunque la cabeza no esté alineada con respecto al cuerpo.

En nuestros niños afectados hemos observado que vuelven la cabeza la mayoría de las veces hacia el lado no afecto. Prefiriendo el cambio postural con inicio del volteo hacia este lado no afecto.

Reacción óptica. Esta reacción se torna activa cuando el resto de reacciones de enderezamiento han logrado la posición normal de la cabeza en el espacio y en alineación con respecto al cuerpo. El niño sigue con la mirada un objeto, pero cuando llega al límite que le ofrece su

propia contractura pierde el interés y ya no sigue el estímulo. 9

Con la maduración del niño, hemos observado que no disocia la cabeza de cintura escapular hacia ese lado. En cambio, gira la cabeza junto con los hombros en bloque para seguir el objeto. Se observa sobre todo a partir del 3er mes.

Reflejo tónico cervical asimétrico²

Es el reflejo más significativo de los reflejos tónicos cervicales a partir del primer mes de vida en estos niños afectados de tortícolis. En estos niños se manifiesta claramente el predominio del giro de la cabeza hacia el lado no afecto, así como el aumento del tono extensor del M.S. y M.I. de ese lado.

Reacción de incurvamiento lateral o reflejo de Galant²

Al estar el niño en sedestación y estimulamos aproximadamente entre la 9.^a y 12.^a costilla, su respuesta será lateralizar el tronco, cuello y cabeza hacia el lado que estimulamos. La respuesta dura el tiempo que mantenemos el estímulo. En estos niños apreciamos que tan sólo se obtiene la respuesta al estimular en el hemitruco del lado de la contractura. Si lo realizamos en el hemitruco contrario obtenemos solo lateralización del tronco.

EN CUANTO A SU TRATAMIENTO⁴

Preparación del neonato

Se relaja al niño realizándole movimientos de bamboleo y lateralización (fig. 2).

Aplicación de cinesiterapia y masoterapia (microcinesiterapia, pellizcamiento, golpeteo, vibraciones...)

Estiramientos y amasamiento

Con el niño en decúbito supino y con la cabeza fuera de la camilla se realizan lateralización contralateral, rotación homolateral y ligera flexión del cuello, con un ama-

10



Fig. 2. Preparación del neonato. Bamboleos y lateralizaciones.



Fig. 3. Estiramiento y amasamiento con el niño en decúbito supino y cabeza fuera de la camilla.

samiento en sentido longitudinal de las fibras del ECM para conseguir una elongación del músculo con el menor sufrimiento articular posible. Aumentaremos los parámetros de estiramiento hasta el límite permitido por el niño (fig. 3).

Vibraciones

Con el niño en posición de acortamiento del ECM afecto, se realizan vibraciones de unos 15-20 segundos, con el pulpejo del índice o pulgar del terapeuta. Con ello conseguimos un descenso del tono por inhibición de los husos neuro-musculares.

(Estas maniobras se repiten en ciclos de 2 o 3 veces.)

– En posición en decúbito prono se gira la cabeza del niño hacia el lado afecto y se hace una elongación del trapecio homolateral desde su origen hasta la inserción, manteniéndola durante 1 minuto.

– En la misma posición de decúbito prono con la cabeza en la línea media se realizan pellizcamientos en el cuerpo muscular del trapecio del lado contrario, acompañándolo con estímulos sonoros, visuales y táctiles a ambos lados para desarrollar su simetría.

– Estimulación esteroceptiva de la cintura escapular: el niño en sedestación con una mano en el occipucio llevando la cabeza hacia la línea media y ligeramente la barbilla hacia la zona esternal, se le provocan disequilibrios para que mantenga la postura.

Tratamiento Neuro-Desarrollante^{2,3,5}

Reacciones de enderezamiento

Se trabajarán progresivamente de acuerdo a su desarrollo madurativo y edad cronológica. Se insistirá en la provocación de las mismas en el sentido normalizador de la contractura.

Reacción de enderezamiento del cuello.

Reacción laberíntica sobre la cabeza.

Enderezamiento del cuerpo sobre la cabeza.

Enderezamiento corporal sobre el cuerpo.

Reacción óptica.

(Se utilizará rodillos de goma-espuma para facilitarlas.)

Reflejo tónico cervical asimétrico

Provocarlo hacia los dos lados, manteniéndolo más tiempo con el giro de la cabeza hacia el lado afecto.

Reflejo de incurvamiento lateral el tronco

Se provocará en el hemicuerpo del lado no afecto.

Cambios posturales

Volteos: sensación de volteo hacia el lado no afecto, insistiendo en la rotación que provoca la elongación del ECM.

Paso de acostado a sentado: desde decúbito Supino (Maniobra de Pull to Sit), y desde decúbito lateral.

Tratamiento postural apropiado a la patología

Posición decúbito supino

Colocar almohada u otro apoyo blando en el mismo lado de la contractura para corregir la posición patológica (fig. 4).

Posición decúbito prono

Colocar el apoyo blando en el lado contralateral a la contractura, mirando hacia al lado de la tortícolis.

Posición decúbito lateral

Durante el sueño. Sobre el lado contralateral a la contractura (para distender la musculatura afecta).

Con la espalda contra la cuna.

Apoyo blando debajo del cuello.

Despierto. Sobre el lado homolateral a la contractura (para que eleve la cabeza en relación al entorno).

Con la espalda contra la cuna.

Apoyo blando debajo del cuello.

Consejo a los padres: manejo, aplicaciones en el hogar...

Es muy importante instruir a los padres sobre el Manejo del niño durante las actividades de la vida cotidiana. No solo con los ejercicios sino como una forma de vida, en cuanto a darle de comer, vestirlo, desvestirlo, bañarlo, forma de cogerlo y forma de dormir.



Fig. 4. Tratamiento postural en decúbito supino mediante la colocación de almohadilla o apoyo blando en el mismo lado de la contractura.

Forma de coger al niño en los brazos:

En decúbito lateral con cabeza del niño apoyada en la mano homolateral del padre o la madre, manteniendo separado la cabeza del hombro. Con la mano contraria de los padres, se coge el hombro homolateral pasando el antebrazo entre las piernas para ejercer una ligera tracción en sentido caudal (fig. 5).

Al darle el pecho

Es preferible darle del pecho contralateral de la madre para que el neonato gire la cabeza en el sentido corrector. Cuando le dé de mamar del lado homolateral, la madre deberá adelantar el pezón a la cabeza del niño para que este lo busque de nuevo en dirección correctora.

Consejos posturales definidos anteriormente adaptados a la vida cotidiana

Como Aplicaciones en el hogar:

– Se le realizarán movimientos en el sentido corrector, tanto en decúbito supino, prono y lateral acompa-

12



Fig. 5. Forma de coger al niño en los brazos. Consejo para los padres.

ñados de estímulos plurisensoriales (sonoros, visuales, táctiles...). El baño facilita la relajación del niño y su comunicación con los padres, siendo este el momento ideal para aplicar estos ejercicios.

– También se aconseja aplicar paños calientes húmedos sobre la zona afecta en los casos de contractura severa.

– Otros ejercicios a mostrar a los padres para realizarlos 2 o 3 veces al día (fundamentalmente después del baño y de las comidas):

1. *Pull to sit.*
2. Bamboleos laterales del niño.
3. Inclinações laterales y estiramientos correctores del cuello.

(Tanto para la valoración como para el tratamiento se utilizan ejercicios de reequilibración tónica y el tratamiento neurodesarrollante de Berta Bobath y Köng.)

RESULTADOS

Tras seleccionar los datos necesarios de las Historias Clínicas del Centro de Salud de todos los neonatos que fueron derivados por Lateralización del Cuello, se introdujeron manualmente en una Base de Datos Access 98, en la que a través de una serie de consultas se obtuvieron los siguientes datos:

Casos recibidos

45 neonatos (Mayo de 1997 a Mayo de 2002) (fig. 6).

– 7 con hematoma (15.56 %), tan sólo 2 eran graves y serían derivados a Especializada.

– 38 con contractura (84.44 %).

– 14 niñas (31 %)

– 31 niños (69 %)

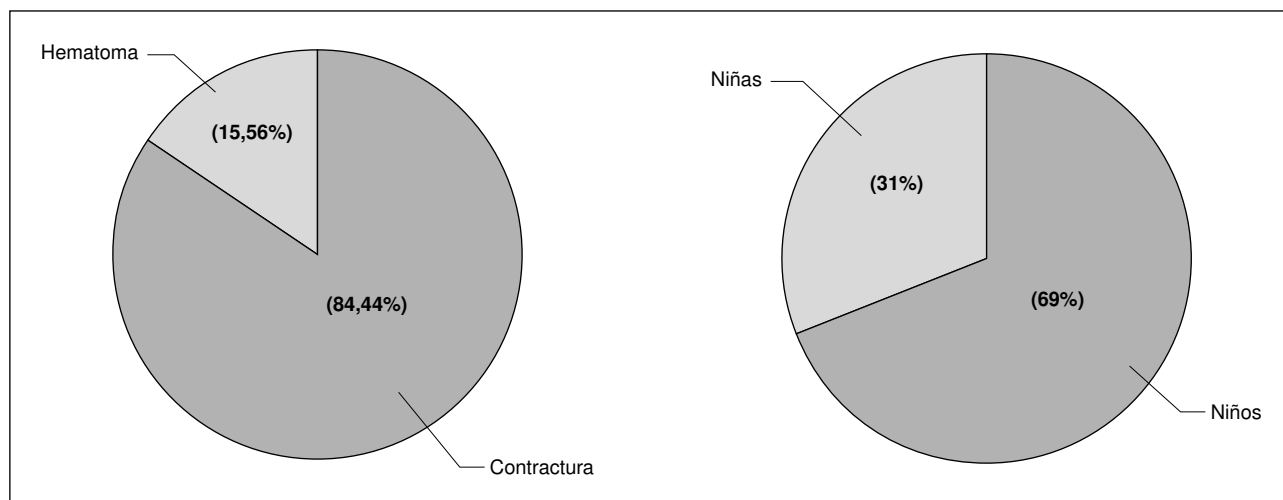


Fig. 6. Representación gráfica del porcentaje de los casos recibidos clasificados por patología y por el sexo de los pacientes.

Casos tratados

45 neonatos (100 %). NOTA: Se trataron incluso los casos derivados a Atención Especializada.

Edad de derivación (fig. 7):

- 1 mes: 0 casos
 - 2 meses: 11 casos
 - 3 meses: 18 casos
 - 4 meses: 4 casos
 - 5 meses: 1 caso
 - > 5 meses: 1 caso
- (La media de derivación es de 2,5 meses.)

Predominio de lado afectado:

- 23 lado derecho (59,1 %).
- 22 lado izquierdo (40,9 %).

Resultados obtenidos (fig. 8)

- 38 consecución de objetivos alto (desaparición de la patología).
- 3 consecución de objetivos Medio (parcialmente recuperado y derivado a At. Especializada).
- 0 consecución de objetivos Bajo.
- 4 abandonaron el tratamiento en la 2.ª revisión por mejoría.

Patologías asociadas (fig. 9)

- 2 fractura de clavícula
- 13 plagiocefalia y/o asimetría facial.
- 1 luxación congénita de caderas
- 2 deformidad de los pies (metatarso varo). Un caso era bilateral.

DISCUSIÓN

– La mayoría de los casos llegados al centro (84,44 %) fueron contracturas, sobre los casos de hematoma, hecho que coincide con todos los datos consultados.

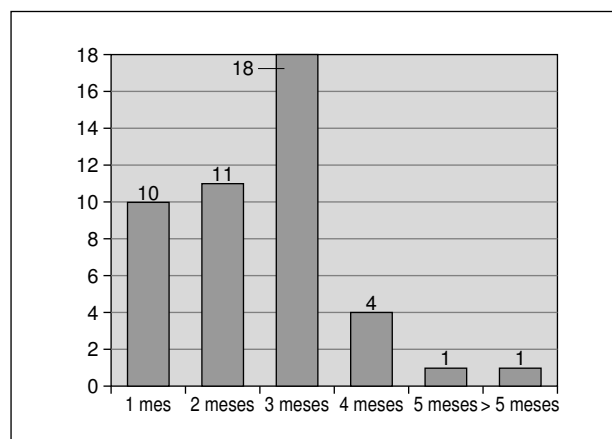


Fig. 7. Representación gráfica de la edad de derivación de los niños/as que presentan tortícolis congénita. Edad media 2,5 meses.

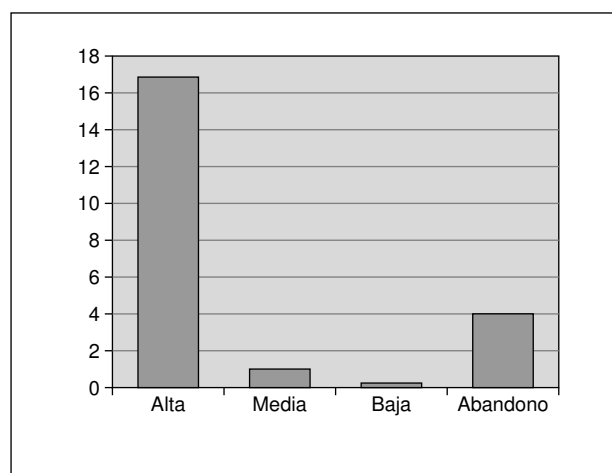


Fig. 8. Representación gráfica de la consecución de los objetivos tras la realización del tratamiento de Fisioterapia.

– Es posible que la mayoría de las contracturas del ECM hayan cursado con hematoma, pero cuando los neonatos son remitidos al Centro de Atención Primaria, este hematoma está en periodo de reabsorción, ya que la edad media de derivación es 2 meses y medio. Los neonatos que nada más nacer presentan hematoma y son diagnosticados por el neonatólogo son remitidos a Atención Especializada, donde son tratados.

14

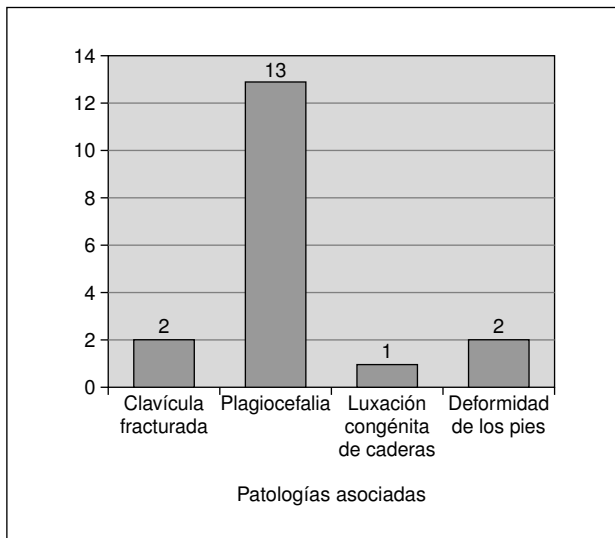


Fig. 9. Representación gráfica de las patologías asociadas a la tortícolis congénita.

– Al igual que en el estudio realizado por Ortiz Orias, la remisión de los signos principales y secundarios comenzaron aun los primeros días de tratamiento siendo ya significativo a las 2 semanas⁴.

– La implicación de los padres se hizo indispensable para la evolución favorable de los niños, como ya afirmaron Zukunft-Huber³ y Bobath K^{3,5}.

– En todos los casos observamos una mejora sustancial en la evolución del desarrollo psicomotor así como en la reequilibración tónica del músculo afecto^{4,2}.

– Todos los casos de plagiocefalia remitieron con el tratamiento, al igual que ocurrió en el trabajo de Rellán Ramos¹.

– Otros análisis estadísticos: se observa un predominio en los Niños (varones).

CONCLUSIONES

– Patología abordable en Atención Primaria con Técnicas Básicas de Fisioterapia con escasos recursos temporales.

– Constatación de la mejora de la patología al insistir en la variabilidad del tratamiento postural.

– Importancia de la implicación de los padres en los tratamientos.

– En los casos de persistencia de contractura pasada la edad de lactante y que no remite con el tratamiento fisioterápico, habrá que plantearse otras patologías (alteraciones visuales, auditivas, alteraciones del tono y/o postura...) y derivarlo a Atención Especializada. Y pensar en otras técnicas de tratamiento fisioterápico (reequilibración tónica y método neurodesarrollante) además de las convencionales, para optimizar el tiempo de tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

A los padres por confiar en nosotros y facilitarnos el acercamiento a sus hijos y poder aprender de ellos. Al INSALUD y a la Universidad de Extremadura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rellán Ramos E, et al. Tortícolis Congénita y Plagiocefalia. Cuestiones de Fisioterapia 1996;2:47-54.
2. Bobath B. Actividad postural refleja normal causada por lesiones cerebrales. Panamericana 1973
3. Zukunft-Huber B. El desarrollo sano durante el primer año de vida. Guía para observar el correcto desarrollo del bebé a través de sus movimientos naturales. Paidós Ibérica; 1997.
4. Ortiz Orias, M. A. Fisioterapia en tortícolis congénita. Método de Equilibración Tónica. Fisioterapia 1996;18:219-229.
5. Bobath K, Köng E. Transtornos cerebromotores en el niño. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1976.