

Tortícolis: protocolo de actuación en urgencias pediátricas

M.^a Pilar Sanz de Miguel, Antonio de Arriba Muñoz, Beatriz Chapi Peña, Sofía Congost Marín, Javier López Pisón, José Luis Peña Segura, Inmaculada García Jiménez

Hospital Materno Infantil «Miguel Servet», Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2008; 38: 86-90]

RESUMEN

El tortícolis consiste en la inclinación lateral de la cabeza y la rotación del mentón hacia el otro lado, no es un diagnóstico específico sino un signo clínico que puede expresar gran variedad de trastornos subyacentes. Estos pueden ser desde causas banales como las traumáticas, posturales y las infecciosas, que son las más frecuentes, hasta patología grave. Desde el punto de vista de urgencias lo más importante es descartar aquellas patologías que pese a ser más infrecuentes son de mayor gravedad o requieran actuación inmediata. Por ello establecemos tres criterios de ingreso: 1. Fondo de ojo alterado o síntomas o signos de hipertensión intracraneal, proceso expansivo/absceso intracraneal o hidrocefalia, que pudiesen requerir medidas terapéuticas urgentes. 2. Tortícolis subaguda (duración >5-7 días) que no responde a tratamiento. 3. Tortícolis recidivante.

PALABRAS CLAVE

Tortícolis, protocolización, neuroimagen.

Torticollis: protocol of action pediatrics emergency

ABSTRACT

Torticollis is the lateral inclination of the head and the rotation of the chin to the other side, it is not a specific diagnostic, but a clinic sign that can show a great variety of underlying disorders, ranging from banal causes, which are the most frequent, to serious pathologies. From the point of view of emergencies, the most important aspect is to rule out as a cause, those pathologies that, even though they are more infrequent, require an immediate action or are of great seriousness. That is why we establish three criteria for hospital admission: 1. Fundus oculi upset or symptoms or signs of intracranial hypertension, expansive process, intracranial abscess or hydrocephalus, that might require urgent therapeutic measures. 2. Torticollis subacute (duration >5-7 days) that does not respond to treatment. 3. A recurrent Torticollis.

KEYWORDS

Torticollis, protocolization, neuroimage.

DEFINICIÓN DE TORTÍCOLIS

El tortícolis es la inclinación lateral de la cabeza hacia un lado, con rotación y desviación del mentón hacia el lado contrario. Generalmente es debido a una contractura

involuntaria unilateral del esternocleidomastoideo y de la musculatura posterior del cuello. El tortícolis no necesariamente es siempre doloroso, ni constituye un diagnós-

Correspondencia: M.^a Pilar Sanz de Miguel
Hospital Infantil Universitario «Miguel Servet». Paseo Isabel La Católica 1-3. 50009 Zaragoza.
E-mail: pilarsdm@hotmail.com
Recibido: octubre de 2008. Aceptado: diciembre de 2008

tico específico en sí mismo, sino que se trata de un signo clínico que puede expresar un trastorno subyacente.

Resulta difícil establecer un límite temporal para hablar de tortícolis «agudo», y aunque algunos autores hablan de 5 días de evolución⁽¹⁾, se considerará como tal a aquella de reciente aparición.

Se han descrito más de 80 posibles causas de tortícolis, tanto congénitas como adquiridas, la mayoría procesos banales y autolimitados, pero a veces expresan cuadros tan graves como los tumores del SNC.

Aunque en sentido estricto el tortícolis es la inclinación lateral de la cabeza, para la realización del protocolo se ha considerado además «cervicalgia» y «limitación de la movilidad cervical».

CAUSAS DE TORTÍCOLIS

Las causas más frecuentes de tortícolis agudo en urgencias son las traumáticas, las posturales y las secundarias a procesos otorrinolaringológicos.

Sin embargo existen causas graves y que puedan precisar tratamiento específico como patología tumoral SNC u ósea, hidrocefalia, discitis, hematoma medular o encefalomiелitis aguda diseminada.

Congénita:

- T. Muscular congénita: acortamiento o fibrosis del esternocleidomastoideo o del trapecio.
- Malformaciones músculo esqueléticas: asociación a síndromes como Klippel-Feil.
- Parálisis obstétricas y fracturas claviculares.

Musculoesquelética:

- *Tortícolis muscular reactiva (Postural Benigno)*: suele aparecer por las mañanas en relación con malas posturas y empeora a lo largo del día. Duración variable, pero no debe sobrepasar la semana.
- Traumática: lesión muscular, articular u ósea.
- Infecciosa: osteomielitis vertebral, espondilodiscitis, neumonía apical, meningitis...
- Inflamatoria: artritis crónica juvenil, polimiositis...
- Tumoral: osteoma osteoide, osteoblastoma, granuloma eosinófilo...
- Malformativa: de la unión craneocervical, de la articulación atlantoaxoidea...

Ocular: estrabismo, ambliopía unilateral, nistagmo, spasmus mutans (nistagmo, balanceo de la cabeza y tortícolis)...

Patología ORL: adenitis, otitis, mastoiditis, absceso latero-retrofaringeo, Síndrome de Grisel (subluxación atlantoaxoidea secundaria a proceso inflamatorio).

Patología medular y fosa posterior:

- Tumoral.
- Infecciosa: meningitis, encefalomiелitis...
- Hematoma epidural.

Miscelánea:

- *Tortícolis paroxística benigna del lactante (TPB)*: episodios recurrentes de tortícolis indoloros que a menudo pueden acompañarse de irritabilidad, palidez, vómitos, ataxia, postura anormal del tronco y/o nistagmo. Proceso benigno autolimitado propio de lactantes y niños pequeños que se resuelve espontáneamente en tres o cuatro años. La edad típica de inicio es entre los 2 meses y los 2 años.
- *Síndrome de Sandifer*: Tortícolis persistente o de presentación brusca tras las comidas, que se asocia reflujo gastroesofágico con o sin hernia hiatal, con movimientos anormales de cuello y a veces también de extremidades superiores y parte superior de tronco. El diagnóstico requiere confirmación del RGE y con su tratamiento cede en días-semanas.
- Distonía cervical o tortícolis espasmódico.
- Distonía medicamentosa: especialmente los causantes de síntomas extrapiramidales (metoclopramida, clebopride...).
- Psiquiátricos: trastornos y reacciones de conversión.
- Calcificación de discos intervertebrales.

ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

Anamnesis

La *edad* del paciente nos puede orientar en ocasiones:

- RN: congénito o malformaciones
- Lactantes: congénito o malformaciones.
- 2-6 años: Postural, infecciosos, ocular.
- > 6 años: Traumático, postural e infeccioso
- * Si recidivante o subaguda pensar en patología grave (en cualquier rango de edad)

Antecedente traumático (mecanismo y grado de energía).

Antecedente de ingesta de fármacos causantes de síntomas extrapiramidales.

Momento de aparición.

Tiempo de evolución.

Recidivante. ¿Siempre del mismo lado o cambia de lado? Si no cambia de lado orienta a lesión estructural, si cambia de lado podría ser un TPB.

¿DOLOR? Duración del dolor, diferenciando si es continuo o intermitente.

Intensidad: interferencia con vida diaria, descanso nocturno, respuesta a analgésicos.

Síntomas-signos asociados (fiebre, cefalea, vértigo, vómitos...).

Problemas oftalmológicos conocidos.

Exploración física

- Debe ser completa.
- *Movilidad* cervical activa y pasiva cuidadosa.
Signos meníngeos (plantearse diagnóstico diferencial en tortícolis con fiebre).
- *Palpación* cuidadosa del cuello y columna cervical (buscar adenopatías, puntos dolorosos vertebrales, contracturas musculares...).
- Exploración *ORL* (buscar flemón orofaríngeo, otitis...).
- Exploración *neurológica* completa: hincapié en la oculomotricidad. Fondo de ojo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El cuadro clínico y la evolución permiten orientar o establecer el diagnóstico en la mayor parte de los tortícolis. La indicación de las exploraciones complementarias debe individualizarse en cada caso.

Rx de columna cervical: en proyección AP-L:

Indicaciones: se realizará si:

- Antecedente traumático.
- Sospecha de absceso retrofaríngeo.
- Ingreso (posibilidad discitis calcificante...)

La Rx tiene baja sensibilidad a la hora de descartar subluxación de la articulación atlantoaxoidea.

Ecografía cervical:

Valorar su realización si tumoración cervical (ver protocolo adenopatía cervical).

En caso del hematoma del esternocleidomastoideo del neonato tampoco estará indicada de entrada salvo duda diagnóstica. Siempre lo deberá controlar su pediatra.

Consulta a traumatología:

- Hallazgo patológico en la radiografía de columna cervical.
- Es habitual la «Rectificación de la lordosis cervical fisiológica» secundaria al dolor.
- Tortícolis agudo traumático con gran limitación movilidad.
- Tortícolis subagudo o recidivante, si antecedente traumático.

CRITERIOS DE INGRESO

1. Hallazgo patológico en la exploración neurológica o fondo de ojo alterado (signos o síntomas de hipertensión intracraneal, proceso expansivo/ absceso intracraneal o hidrocefalia, que pudiesen requerir una actuación terapéutica inmediata).
2. Tortícolis subagudo (> 5-7 días) que no ha experimentado mejoría tras correcto tratamiento.
* En caso de los tortícolis CLARAMENTE traumáticos, consulta previa al servicio de traumatología.
3. Tortícolis recidivante.

En el criterio 1 previo al ingreso se realizará pruebas de neuroimagen urgentes – TAC craneal. NO TAC craneocervical dado que irradia mucho y en caso de normalidad no exime de la realización de RM cervical posterior.

En los criterios 2-3 se ingresará sin la realización de neuroimagen urgente. Se hará Rx AP y Lateral de cuello (posibilidad discitis calcificante). En urgencias se dejará pedida la petición de gammagrafía ósea. Se valorará estudio ORL y oftalmológico durante el ingreso. Al día siguiente, si normalidad de la gammagrafía, se solicitará RM CRANEOCERVICAL PREFERENTE rellenando en el volante los datos del paciente y «*protocolo de Tortícolis*». El servicio de Neurorradiología se compromete a la realización de la RM en el período de 2- 3 semanas (deberá constar la necesidad o no de anestesia del paciente).

TRATAMIENTO

- *Calor seco local.*
- *Reposo.*
- Inmovilización con *collarín* cervical (semirrígido): tortícolis moderado-severo.

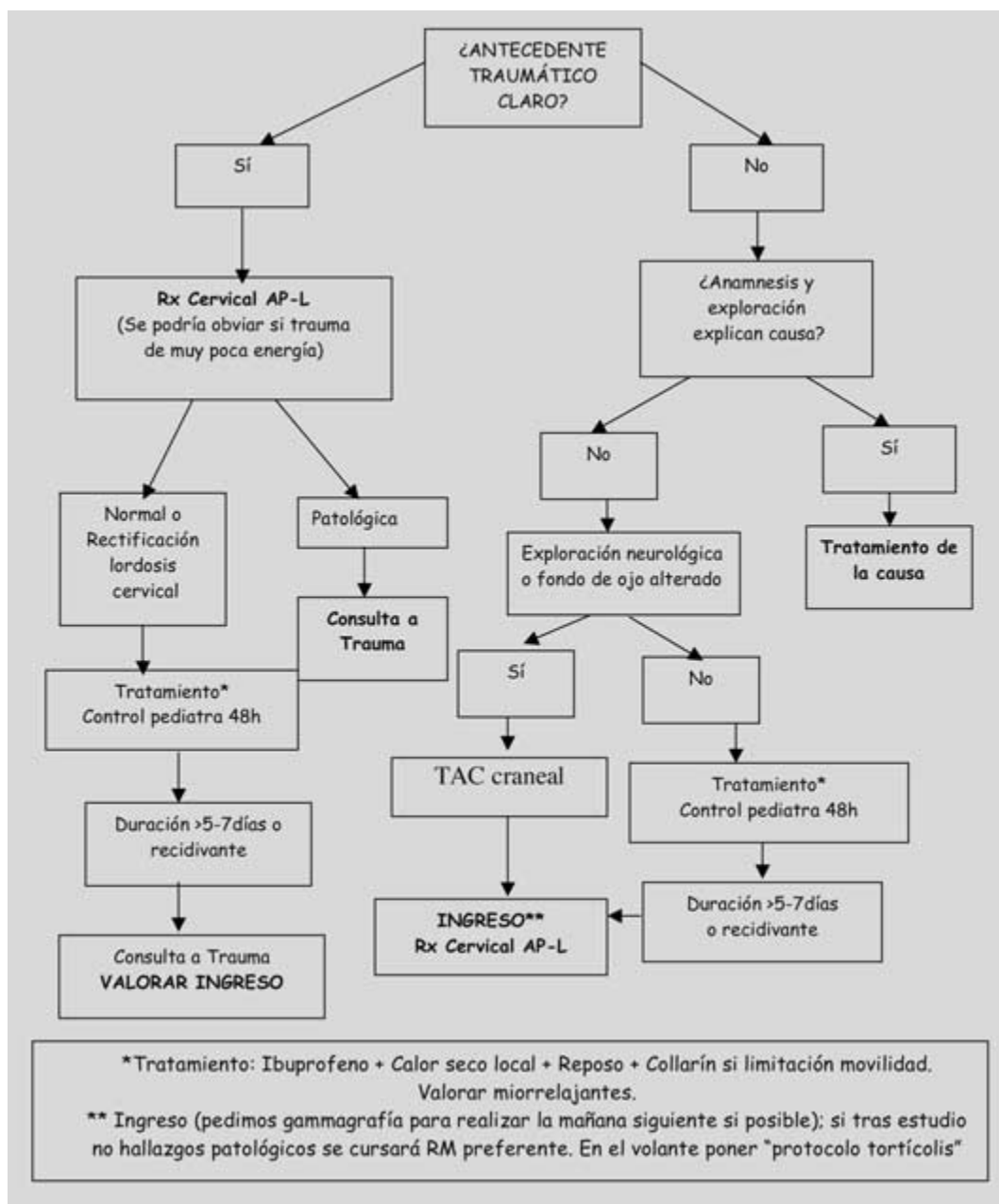
Si muy severo poca utilidad (lo mejor reposo en cama).

- *Ibuprofeno* a dosis antiinflamatorias (30-70 mg/kg/día cada 6-8 horas).
 - *Miorrelajantes*: en función de la edad-intensidad-evolución con antiinflamatorio en terapia combinada: *iniciar siempre con la menor dosis e incrementar según necesidad.*
- Menores de 7 años en formas severas valorar Diazepam (0,1 mg/kg/día cada 8 horas, máximo 2,5 mg dosis). (Diazepam prodes gotas®: 2 mg/ml, Diazepam Prodes supo® 5 y 10 mg). No usar en niños menores de 6 meses.

–Mayores de 7 años en formas moderadas-severas podemos de entrada usar asociación:

–Diazepam : 0,1-0,3 mg/kg/día (comprimidos de 2 - 2,5 - 5 y 10 mg) + ibuprofeno.

–Myolastan 50 mg: incremento gradual de dosis comenzando con 25 mg/día hasta 100 mg/día repartido en 2-3 dosis, sin superar 4 mg/kg/día. (En Vademecum tampoco pone posología niños, pero a partir del año se puede usar).



Algoritmo diagnóstico-terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz JA, Montero R, Hernández N, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Hospital Infantil La Paz. Madrid. 4ª ed. Publimed. Madrid 2003.
2. Loureiro B, Ferrer M, Abenia P, Ferraz S, Rebage V, López J. Tortícolis como motivo de consulta en neuropediatría. *Rev Neurol* 1999; 29: 493-499.
3. Natarajan A, Yassa JG, Burke DP, Fernández JA. Not all cases of neck pain with/without torticollis are benign: unusual presentations in a paediatric accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal* 2005; 22: 646-649.
4. Marín I, García JJ, Fasheh W, Frías JL, Luaces C. Espondilitis atlantoaxoidea. Una causa infrecuente de torticollis. *An Pediatr* 2005; 63: 270-271.
5. García A, Regidor FJ, Pérez J, Martín A, Plaza G, Abdelkader M. Tortícolis no distónico. A propósito de un caso secundario a un absceso retrofaríngeo. *Rev Neurol* 2000; 30: 1157-1160.
6. Fernández C, Manjón G, Pinillos R, García A, Peña JL, López J. Tortícolis paroxístico benigno. Nuestra experiencia de 15 años. *Rev Neurol* 2006; 43: 335-340.
7. García C, Chacón J, Trujillo A, Grande MA. Tortícolis secundario a hematoma intraparenquimatoso. *Rev Neurol* 2000; 30: 697-700.
8. Snyder EM, Coley BD. Limited value of plain radiographs in infant torticollis. *Pediatrics* 2006; 118: 1779-1784.