

Consiste en la **inclinación lateral** de la cabeza hacia un lado, asociada a **rotación** de la cara y el mentón hacia el lado contrario, que puede o no ir acompañada de dolor. En la mayoría de las ocasiones, la tortícolis tiene un causa benigna y autolimitada; sin embargo, a veces puede ser la manifestación de un proceso grave.

## PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO ANTE UN NIÑO CON TORTÍCOLIS

### 1. Anamnesis:

- *Edad de presentación:*
  - Recién nacido: tortícolis congénita o malformación englobada en síndrome.
  - Lactantes: tortícolis paroxística benigna (TPB), síndrome de Sandifer.
  - Niño mayor de 2 años: postraumática, infecciosa, oftalmológica o tumoral.
- *Antecedente traumático:* mecanismo y grado de energía, parto traumático, parálisis braquial.
- *Ingesta de fármacos causantes de síntomas extrapiramidales:* metoclopramida, fenitoína, carbamacepina, haloperidol, risperidona, etcétera.
- *Inicio y tiempo de evolución:*
  - Agudo, subagudo o crónico.
  - Recidivante. Si los episodios de tortícolis no cambian de lado, orienta a lesión estructural; si cambia de lado, podría ser un TPB.
- *Dolor:* continuo o intermitente, duración, intensidad (interferencia con vida diaria, descanso nocturno, respuesta a analgésicos).
- *Síntomas-signos asociados:*
  - Fiebre: descartar patología infecciosa ORL (absceso retro o parafaríngeo), osteomielitis, neumonías de vértice pulmonar.
  - Otros: cefalea, vértigo, vómitos (afectación neurológica), estrabismo, diplopía (patología oftalmológica).

### 2. Exploración física:

- *Inspección:* buscar estigmas de rasgos dismórficos (síndrome de Down, síndrome de Morquio, síndrome de Marfan, síndrome de Larsen), como cuello corto, malformaciones óseas de columna, implantación baja del cabello, etcétera.
- *Rango de movilidad* activa y pasiva, sin forzar nunca movimientos dolorosos. Flexión y extensión, giro 90°.

- *Palpación muscular y ósea del cuello*, buscando puntos dolorosos vertebrales, contracturas, tumoraciones, crepitación.
- *Exploración ORL*: exudados faríngeos, sialorrea, estridor, adenopatías, absceso retrofaríngeo, otitis...
- *Exploración neurológica*: pares craneales y exploración ocular, estrabismo (*cover test*), fondo de ojo (edema de papila), signos de focalidad, déficit neurológico, motor. Signos meníngeos.

En la **tabla 24-1** se especifican los signos de alarma que obligan a realizar un examen exhaustivo ante un niño con tortícolis.

3. **Pruebas complementarias:** en función de la sospecha clínica e individualizando cada caso.
- *Radiografía de columna cervical* (proyección AP-L):
    - Antecedente traumático.
    - Sospecha de absceso retrofaríngeo.
    - Sospecha de anomalías vertebrales.
    - Tortícolis persistente o dolor severo.
  - *TAC cervical*:
    - Alteraciones neurológicas.
    - Alteraciones en la radiología simple (aumento del espacio retrofaríngeo, asimetría de masas laterales de C2, aumento del espacio interespinoso C1-C2).
    - Tortícolis de más de 5-7 días de evolución.
    - Foco infeccioso de vías respiratorias con tortícolis con impotencia funcional (descartar síndrome de Grisel).
  - *Resonancia magnética*:
    - Sospecha de tumor de fosa posterior.
    - Osteomielitis.
  - *Fondo de ojo*:
    - Alteraciones neurológicas.
  - *Ecografía cervical*:
    - Tortícolis muscular congénita sin nódulo palpable.

**TABLA 24-1.** Signos de alarma que obligan a un estudio exhaustivo

- Exploración neurológica anormal: cefalea, vértigo, ataxia
- Signos de hipertensión intracraneal
- Disfagia, dificultad respiratoria
- Fiebre alta, aspecto séptico
- Síntomas constitucionales
- Impotencia funcional marcada
- Duración >7 días. Recurrencia o persistencia, varias consultas sucesivas

## TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA TORTÍCOLIS

- Calor seco local.
- Antiinflamatorios: ibuprofeno (30-40 mg/kg/día, cada 6-8 horas, v.o.).
- Relajantes musculares: en función de la intensidad. Iniciar siempre con la menor dosis e incrementar según necesidad.
  - Diazepam oral (0,1 mg/kg/día cada 8 horas, máx. 2,5 mg dosis). No usar en niños <6 meses.
  - Metocarbamol-paracetamol (Robaxisal compuesto® 380/300 mg), 1-2 comprimidos cada 8 horas v.o. Solo niños >30 kg.

## ENTIDADES QUE CURSAN CON TORTÍCOLIS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Tortícolis congénitas:**
  - Tortícolis muscular congénita (la más frecuente).
  - *Pterigium coli*.
  - Parálisis braquial.
  - Otras: ausencia/hipoplasia unilateral del esternocleidomastoideo, quistes/tumores del esternocleidomastoideo, anomalías esqueléticas (síndrome de Klippel Feil, hemivértebras, subluxación C1-C2).
- **Adquiridas:**
  - *Traumáticas:*
    - Tortícolis muscular benigna. Causa más frecuente de tortícolis adquirida.
    - Subluxación atlantoaxoidea: desplazamiento rotacional de C1 sobre C2 secundario a espasmo muscular o traumatismo, patología inflamatoria-infecciosa (síndrome de Grisel), cirugía cervical (síndrome de Grisel) o alteraciones congénitas. Se diagnostica por la clínica, pero es preciso hacer analítica con reactantes de fase aguda (incluido VSG) y radiografía cervical transoral y en algunos casos TAC. El tratamiento depende de la intensidad y de la causa, pero la mayoría de las veces suele resolverse con antiinflamatorios y collarín cervical. En algunos casos precisa tratamiento ortopédico con reducción cerrada o artrodesis.
  - *Infeciosas:*
    - Absceso retrofaríngeo.
    - Adenitis cervical.
    - Osteomielitis-discitis.
    - Enfermedad de Pott.
    - Neumonía del lóbulo superior derecho.
  - *Neurológicas:*
    - Tumores de fosa posterior.
  - *Farmacológicas.* Distonías secundarias a medicamentos:
    - Carbamacepina.

- Fenitoína.
- Metoclopramida.
- Risperidona.
- Haloperidol.

– *Miscelánea:*

- Síndrome de Sandifer: desviación del cuello en el contexto de reflujo gastroesofágico.
- Tortícolis paroxística benigna: debut en los primeros meses de vida. Ataques intermitentes y alternos de inclinación de la cabeza asociados a vómitos/ataxia/irritabilidad/somnolencia. Mejora con la edad del niño, aunque algunos desarrollan migraña o vértigo paroxístico en la infancia.

### Tortícolis muscular congénita (TMC)

**Etiología:** multifactorial. Se ha relacionado con parto instrumental, presentación de nalgas y con displasia de cadera.

**Epidemiología:** causa más frecuente de tortícolis congénita. Incidencia: 0,3-2 % RN.

**Fisiopatología:** se debe a una isquemia del músculo esternocleidomastoideo (ECM) y fibrosis secundaria, dando lugar en ocasiones a masa palpable o tumor que condiciona una retracción responsable de la tortícolis.

**Clínica:** edad de presentación: 2-4 semanas. Si la clínica aparece antes, es obligado descartar otras causas de tortícolis congénita. Es característica la presencia de un nódulo palpable en 2/3 inferiores del ECM, de consistencia firme y no doloroso. Es más frecuente en el lado derecho (65 %) y suele asociarse con plagiocefalia y asimetría facial (87 %). Se ha descrito la asociación de la TMC con otras anomalías, como la luxación congénita de cadera (7 %) y la asimetría de pabellones auriculares (7 %).

**Diagnóstico:** es clínico, no siendo necesaria la realización de exploraciones complementarias. Deben cumplirse los siguientes criterios:

- Debut a las 2-4 semanas de vida.
- Nódulo a la palpación, de consistencia firme, no dolorosa, en el ECM.
- No corrección de la lateralización del cuello con las maniobras de movilización pasivas.
- Ausencia de enfermedad ósea, neurológica.

En caso de que no se cumplan todos estos criterios, valorar la realización de ecografía del ECM (prueba de elección) o una radiografía lateral y anteroposterior cervical.

**Tratamiento:** debe realizarse lo más precoz posible. Consiste en la combinación de medidas posturales y de estiramiento pasivo.

• **Medidas posturales:**

- *Posición del niño:* evitar el decúbito prono, preferiblemente en supino y colocar debajo de la cabeza del niño una almohada o cojín. En niños más pequeños se puede poner una toalla.
- *Posición de la cuna:* colocar la cuna de manera que tenga que girar el mentón hacia el lado lesionado para mirar el resto de la habitación. Ejemplo: niño con tortícolis izquierda, colocar la cuna para que el lado derecho del niño esté contra la pared. El niño deberá girar la cabeza hacia el lado izquierdo para ver.

– *Estímulos:*

- Animar al niño a que mueva el cuello activamente a través del juego, hablarle y mostrarle objetos por el lado de la lesión.
- Colocar todos los estímulos (juguetes, colores, sonidos) en el campo visual superior del mismo lado de la lesión.

• **Estiramiento pasivo:**

– *Instrucciones generales:*

- Para que sea efectivo, se debe realizar con el niño relajado (después del baño, después del cambio de pañal, etc.).
- Regularidad: 3 veces al día, 4-5 repeticiones de cada ejercicio, manteniendo la postura 1-2 minutos aproximadamente.

– *Componente rotacional (Fig. 24-1):*

- Sentado o en decúbito supino.
- Estabilizar el hombro del lado sano del niño con una mano.
- Con la otra mano: girar ampliamente el mentón del niño hasta que este toque el hombro del lado afectado.

– *Componente de inclinación (Fig. 24-2):*

- Sentado o en decúbito supino.
- Inclinar la cabeza hacia el lado sano hasta que la oreja del niño toque el hombro del mismo lado.

En caso de no mejoría tras 2-4 semanas, se debe remitir al niño a la consulta del especialista (Rehabilitación o Traumatología y Ortopedia Infantil).



**Figura 24-1.** Estiramiento pasivo, componente rotacional.



**Figura 24-2.** Estiramiento pasivo. Componente de inclinación.

### Tortícolis asociada a patología inflamatorio-infecciosa: absceso retrofaríngeo

**Etiología:** los focos más frecuentes son del área ORL (faringoamigdalitis y otitis media). El absceso retrofaríngeo es una de las causas graves más frecuentes de tortícolis adquirida, es típico de niños entre 2 y 4 años y suele ser secundario a una faringoamigdalitis aguda (v. **Cap. 139**).

**Clínica:** inicio brusco. Tortícolis dolorosa, limitación a la extensión del cuello, fiebre alta, odinofagia, disfagia, babeo y estridor.

**Diagnóstico:** abombamiento de pared posterior de la faringe, no siempre presente. Radiografía AP-L cervical y TAC.

**Tratamiento:** hospitalario. Antibioterapia (amoxicilina-clavulánico i.v. 100 mg/kg/día) y corticoterapia i.v. En ocasiones precisa drenaje quirúrgico.

### Tortícolis asociada a patología tumoral

**Etiología:** los tumores de fosa posterior pueden debutar de manera excepcional con tortícolis (v. **Cap. 123**).

**Clínica:** los síntomas pueden incluir vómitos, cefalea, ataxia, papiledema, alteraciones de pares craneales y clínica de hipertensión intracraneal. La tortícolis o el dolor cervical, cuando están presentes, reflejan la compresión o irritación del nervio accesorio por la amígdala cerebelosa, al pasar por el agujero occipital.

**Diagnóstico:** sospecharlo ante toda tortícolis persistente, en ausencia de fiebre o acompañada de clínica neurológica.

**Tratamiento:** específico, según diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Charles G, Vanthaya G. Acquired torticollis in children. En: UpToDate. Rose BD, ed. UpToDate, Waltham, MA, 2014. <http://www.uptodate.com/>.
- Charles G, Vantaya G. Congenital muscular torticollis. En: UpToDate. William Philips MD, ed., 2014.
- Christensen C, Landsettle A, Antoszewski S, Ballard BB, Carey H, Pax L. Conservative Management of Congenital Muscular Torticollis: An Evidence-Based Algorithm and Preliminary Treatment Parameter Recommendations.
- García A, Riquelme OG, Cubillo A, González OL. Tortícolis. Ortopedia y traumatología infantil. Monografía SOMACOT. Ergon, 2015.
- Kaplan S, Coulter C, Fetters L. Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: An Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Guidelines of Muscular Torticollis. Pediatrics Physical Therapy.
- Park HJ, Klim SS, Lee SY, Lee YT, Yoon K, Chung EC, Rho MH, Kwag HJ. Assesment of Follow-up Sonography and Clinical Improvement among infants with Congenital Muscular Torticollis. AJNR Am J Neuroradiol. 2013;34:890-94.