

Tortícolis persistente

M. Bravo Mata, A. Pérez Muñuzuri, F. Martín Torres,
L. Monasterios Corral y A. Alonso Martín*

Departamento de Pediatría. Servicios de Preescolares y *Radiodiagnóstico

(An Esp Pediatr 2000; 53: 161-162)

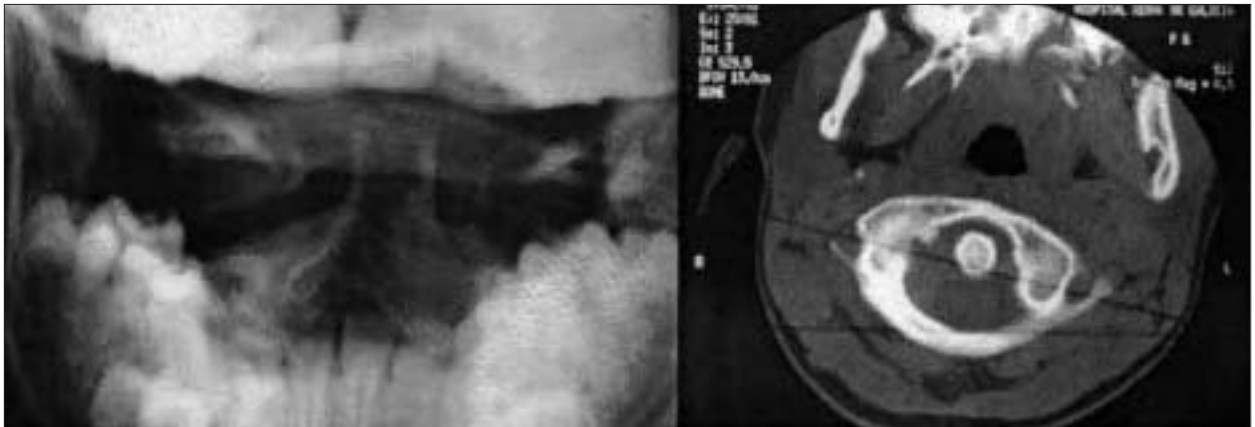


Figura 1. Radiografía transoral y TC cervical.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: niña de 6 años con tortícolis derecho desde hace un mes, sin fiebre ni traumatismo. Su pediatra informó al comienzo del cuadro de la presencia de adenopatías cervicales.

Historia familiar: convivientes sanos; bisabuelo asmático.

Antecedentes personales: rinosinusitis crónica desde hace 2 años. Vómitos alimenticios por reflujo gastroesofágico hacía 3 semanas, siendo necesario suspender un procinético (dosis terapéuticas de domperidona) por la aparición de muecas faciales, movimientos oculogiros, torpeza de lenguaje, retrocolis y moderada rigidez generalizada.

Examen físico: buen estado general. Parámetros somatométricos y constantes vitales normales. Cuello hiperextendido, con inclinación rígida de la cabeza a la derecha y oposición del mentón hacia la izquierda. Adenopatías laterocervicales bilaterales, indoloras, la mayoría menores de 1,5 cm. Contractura de la musculatura cervical paraspinal y del esternomastoideo derecho. Limitación de la movilización pasiva del cuello a los movimientos de flexión, extensión, rotación y lateraliza-

ción. Dolor a la presión sobre la apófisis espinosa de C2. Sensibilidad y reflejos sin signos de síndrome cervicocefálico ni cervicobraquial. Sin evidencia de déficit neurológicos focales, ni temblor, corea, mioclonías, etc. Maniobras de Valsalva y Adson negativas. Examen de la motilidad extraocular, cámara anterior y fondo de ojo, normales. Exploración general por órganos y aparatos dentro de la normalidad.

Pruebas realizadas: hemograma (series, fórmula, frotis) y bioquímica general hemática, normales. VSG 17 mm/primer hora. PC reactiva < 0,40 mg/dl. ASLO 1.000 U Todd. PPD (Mantoux 2UT.PPDRT23), serologías de mononucleosis, herpes simple, citomegalovirus, adenovirus, *Bartonella henselae* y toxoplasma, aglutinaciones a *Brucella* y cultivo faríngeo, negativos. ECO cervical: adenopatías en ambos lados sin signos de abscesificación. La radiografía de cuello anteroposterior (transoral) y el estudio mediante TC (fig. 1) permitieron reconocer una luxación C1-C2 con desplazamiento anterior de más de 5 mm y rotación de 30°.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia: Dr. M. Bravo Mata. G. Pardiñas, 20, 1º. C. 15701 Santiago de Compostela.

Recibido en noviembre de 1999.

Aceptado para su publicación en enero de 2000.

TABLA 1. Etiología del tortícolis infantil

Malformaciones congénitas	Traumáticas	No traumáticas
Musculares Oliva ECM <i>Pterigium colli</i>	Accidente Luxación Fracturas	Infecciosas Infección respiratoria de vías altas Mastoiditis, laberintitis Osteomielitis, discitis, miositis
Displasias óseas	Cirugía ORL	Inflamatorias Artritis reumatoidea Mialgias
Síndrome de Klippel-Feil	Parálisis braquial	Neurológico Neuritis espinal Distonías agudas/paroxísticas Espasmo <i>mutans</i> Siringomielia Miastenia gravis Enfermedad de Wilson
Deformidad de Sprengel	Síndrome de maltrato	Tumoral Fosa posterior Cervical, óseo
Síndrome de Larsen	Laminectomía	Visual: estrabismo, astigmatismo
Enfermedad de Morquio		Síndrome de Sandifer. Neumonía del vértice
Síndrome de Marfan		Espasmódico. Neurosis del cuello
Síndrome de Ehlers-Danlos		
Síndrome de L-Moon-Biedl		
Síndrome de Down		
Anillo vascular (arco aórtico cervical)		
Síndrome de ECT		

ECM: esternocleidomastoideo, ECT: síndrome cervicotorácico, escaleno anterior y costilla cervical.

SÍNDROME DE BOURGEOIS-GRISEL

El tortícolis cervical (*caput obstipum*) o cuello torcido con contracción asimétrica de los músculos del cuello es un síntoma inespecífico provocado en los niños por entidades cervicales y extracervicales¹: congénitas, adquiridas, traumáticas y no traumáticas (tabla 1). En el lactante el tipo más frecuente de tortícolis es el muscular fijo con oliva congénita; en los niños mayores aparecen tortícolis secundarios, como consecuencia de traumatismos e infecciones respiratorias de vías altas (IRVAS), y tortícolis funcionales o móviles, por variaciones morfogenéticas, laxitud ligamentaria e inestabilidad atlantoaxoidea (IAA) y reacciones a fármacos.

Para realizar el estudio etiológico de un tortícolis es necesario recurrir a los siguientes datos orientadores²: historia de desencadenantes y antecedentes familiares, búsqueda de anomalías en la exploración, exámenes generales de laboratorio y en la radiología cervical, que descubre aproximadamente un 70-90% de causas importantes. Además de la proyección lateral (neutra) en ocasiones es preciso realizar, por las dificultades diagnósticas, la proyección anteroposterior (transoral), dinámicas (flexión-extensión) y oblicuas³. Hay que valorar, la integridad ósea, anchura del canal cervical, espesor blando prevertebral, relación del occipucio con el atlas, del borde posterior del arco anterior del atlas con la apófisis odontoides –espacio pre dental, normal en niños inferior a 5 mm– y la alineación de las líneas marginales vertebrales (cervical anterior, posterior y espinolaminares). La subluxación atlantoaxoidea C1-C2 se clasifica en cuatro tipos⁴: 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 posterior. Si hay síntomas de sospecha de un desplazamiento –de una vértebra hipermóvil– la evidencia es el “signo del escalón” (> 1,5 mm en la línea cervical posterior). Para excluir definitivamente lesiones cervicales traumáticas, infecciosas o compuestas, hay que completar el examen con una TC o una gammagrafía ósea.

El conjunto de datos de la paciente aparenta ser un rompecabezas clínico: la historia es la de un tortícolis adquirido persistente con “cuello rígido” y cervicalgia suboccipital, sin signos de trastornos de las raíces nerviosas ni síndrome supra/infrasional; desde el inicio del cuadro presenta marcadores de infección reciente, linfadenomegalias del área digástrica y título elevado de ASLO. Antecedentes próximos de reflujo esofágico y reacción distónica transitoria inducida por un antidopa-

minérgico. El estudio radiográfico y tomográfico nos permitió reconocer una luxación C1-C2 con rotación de 30°.

En resumen, se trata de un tortícolis de causa infecciosa nasofaríngea y subluxación rotatoria del atlas, las características del síndrome de Bourgeois-Grisel descrito en 1930. Es habitual después de una infección del *cavum* o simplemente pequeños traumas y tras amigdaloadenoidectomías. Se atribuye al reblandecimiento inflamatorio de los ligamentos vertebrales transversos y alares⁵. Con tratamiento conservador, tracción permanente con fronda de Glisson, inmovilización en decúbito, miorelajantes y antiinflamatorios la evolución fue favorable a las 2 semanas. Se dio de alta con un collarín cervical y medidas profilácticas en juegos y deportes de contacto. Son indicaciones quirúrgicas, la presencia de afección neurológica, recidivas bajo tratamiento adecuado y/o si la duración es de más de 3 meses.

BIBLIOGRAFÍA

- Bherman RE, editor. Nelson Textbook of pediatrics (14ª. ed.). Filadelfia: WB. Saunders, 1992; 24: 1718.
- Klassen AC, Kiwak KJ. Etiología del tortícolis. *Tiempos Médicos*, 1988; 368: 9-18.
- Perry NM, Lewars MD. ABC of major trauma. *BMJ*, 1991; 1: 41-50.
- Fielding JW, Hawkins RJ. Fixed rotatory subluxation of the atlanto axial joint. *J Bone Joint Surg*, 1977; 59: 37-44.
- Epps HR, Salter RB. Trastornos ortopédicos de la columna cervical y hombro. *Clin Pediatr North Am* (ed. esp.) 1996; 4: 861-862.