



## TORTICOLIS CONGÉNITA. TRATAMIENTO REHABILITADOR.

Dra. Argelia Lourdes Calderín Rodríguez <sup>1</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5369-7302>  
Lic. Sadys Maria Izquierdo Izaguirre. <sup>2</sup> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0965-6842>  
Lic. Mirton Benites Castillo Medina. <sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista de 1er Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Instructor. Policlínico Universitario Cristóbal Labra. Ciudad de la Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Lic. En Tecnología de la Salud, perfil Terapia Física y Rehabilitación. Policlínico Universitario Cristóbal Labra. Ciudad de la Habana, Cuba.

<sup>3</sup>Lic. En Cultura Física. Policlínico Universitario Cristóbal Labra. Ciudad de la Habana, Cuba.

### RESUMEN:

**Objetivo:** demostrar los beneficios del tratamiento rehabilitador como herramienta para mejorar calidad de vida en lactante y transicional, con diagnóstico de TORTICOLIS CONGÉNITA. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo con una muestra de 38 pacientes, remitidos, evaluados y tratados en el servicio de Rehabilitación Integral del Policlínico Universitario Cristóbal Labra del municipio La Lisa. En esta investigación fundamental y orientada se presentan indicadores organizados en serie de tiempo, sexo y otras variables. Los datos provienen del registro primario de nuestro servicio y de la historia clínica. Se trabajó con valor porcentual y se utilizó el método estadístico del modelo lineal test de Chi Cuadrado Múltiple. **Resultados:** Los resultados reflejados en tablas y gráficos demuestran la validez del tratamiento, teniendo mayor positividad mientras es más precoz su inicio. **Conclusiones:** Con éste trabajo contribuimos a conocer aún más la enfermedad y realizar un diagnóstico precoz, que nos permita obtener mayor eficacia con el tratamiento rehabilitador de forma integral. Al intervenir en el desarrollo psicomotor del lactante, mejora su calidad de vida y por ende la de su familia.

**Palabras claves:** Tortícolis Congénita.

### INTRODUCCIÓN:

Dentro de las deformidades congénitas, la patología peri natal Tortícolis Muscular, debido a sus secuelas debe ser tratada precozmente. Existen distintas teorías como la de Strohmeier, la de Pertensen, la de Voelcler, la de causas endógenas que intentan establecer una correlación entre su cuadro clínico y su estudio histopatológico (1, 2,3). Otros autores como Mau, plantean que la génesis de la tortícolis congénita es similar a la del pie equinovaro. Se caracteriza por una postura o actitud anómala de la cabeza y del cuello debido a una retracción o contractura unilateral del esternocleidomastoideo, lo cual condiciona una inclinación de la cabeza hacia el mismo lado de la lesión y rotación hacia el lado opuesto. La experiencia de nuestro servicio en el tratamiento de esta patología por un espacio de tres años y sus resultados, nos motivó a realizar este trabajo con el propósito de mostrar los beneficios de la rehabilitación para mejorar la calidad de vida de los pacientes y su familia. Además, contribuir a realizar promoción de salud y prevención de discapacidades.

### MÉTODO:

Se realizó un estudio retrospectivo; con una muestra de 38 pacientes, de un universo de 51 pacientes que asistieron al servicio de Rehabilitación Integral entre enero del 2005 a enero del 2008 con diagnóstico de Tortícolis Congénita. Se dividieron en dos grupos:

- I – Valoración e inicio de tratamiento antes de los 3 meses de nacido.
- II – Valoración e inicio de tratamiento entre los 3 y 6 meses de nacido.

**Criterios de inclusión:**

- Captados antes de los 6 meses de nacido.
- Con consentimiento confirmado del familiar.
- Participar y asistir al tratamiento y consultas programadas.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes que aún no rebasaban todas las etapas evaluadas.
- Pacientes que abandonaron el tratamiento.
- Pacientes cuyo familiar no estuvo de acuerdo a participar en el estudio.

Valoración Inicial: Aspecto general del niño, valorar su desarrollo. Ladeo de la cabeza: posición de la cabeza con respecto al tronco y a las caderas. Masa tumoral: Palpar textura y tamaño del nódulo; movilidad y grado de limitación. Detectar grado de asimetría cráneo-facial.  
 Parámetros Evaluados al inicio, 6 meses, 12 meses y 18 meses de edad.

**Criterios Evolutivos:**

- Bueno: Cuando todos los parámetros evaluados han desaparecido.
- Favorable: Cuando ha mejorado, pero persiste algún parámetro.
- Malo: Cuando persisten los parámetros evaluados.

**Tratamiento:**

- Tratamiento Postural: Participación activa del familiar que se educa sobre la colocación del bebé, se recomienda evitar el decúbito prono. Indicar el aumento del grosor del cojín y colocarlo debajo del niño para facilitar el estiramiento.
- Masaje transversal sobre la tumoración.
- Ejercicios de estiramientos que deben ser lentos y progresivos. Estimulación de la movilidad activa.
- Fortalecimiento muscular.
- Estimulación del desarrollo psicomotor según edad.

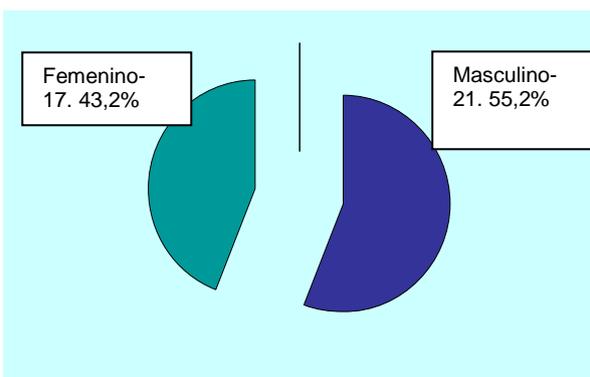
Después de recogidos los datos, se procesaron de forma automatizada, obteniéndose valores absolutos y relativos (porcentajes). Se aplicaron las pruebas de significación estadísticas mediante el modelo lineal test de Chi Cuadrado Múltiple con una confiabilidad de un 95%(p=0.05).

**Resultados:**

Como se observa en la tabla y gráfico No.1 la muestra conformada por 38 pacientes, tuvo un predominio del sexo masculino con 21 pacientes (55,2%), sobre el femenino con 17 pacientes (43,5%).  
 La distribución de la muestra en 2 grupos fue de 18 casos captados antes de los 3 meses y 20 casos captados entre los 3 y 6 meses, lo que observamos en la tabla y gráfico No.2.

**Tabla y Gráfico No. 1. Distribución de los pacientes estudiados según sexo.**

SEXO	TOTAL	(%)
masculino	21	55,2
femenino	17	43,5

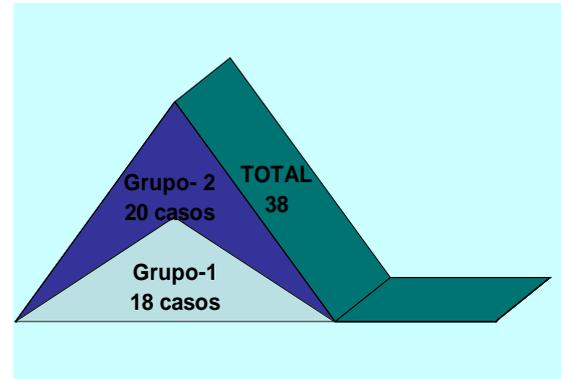


TOTAL	38	100
-------	----	-----

Predominio masculino. Otros estudios no hacen diferencias.

**Tabla y Gráfico No. 2. Distribución de la muestra.**

GRUPO- 1 Captados antes de 3 meses de edad	18
GRUPO-2 Captados entre 3-6 meses de edad	20
TOTAL	38



La tabla No.3 muestra el comportamiento general de los signos evaluados al inicio, 6 meses, 12 meses y 18 meses de edad. Se observa que a la captación antes de los tres meses de edad predomina el ladeo de la cabeza, presente en los 18 casos que conformaron el grupo estudio I. A los 6 meses se incorpora el grupo estudio II por lo que se muestra un número mayor de casos con signos, predominando en ese momento la asimetría craneofacial en 32 pacientes sobre la masa tumoral palpable en 31 pacientes y el ladeo de cabeza en 27 pacientes. Los resultados a los 12 meses y 18 meses muestran los signos que persisten, pero al mismo tiempo demuestra la respuesta positiva al tratamiento rehabilitador.

**Tabla No. 3. Signos presentes al inicio, 6 meses, 12meses y 18 meses del tratamiento.**

SIGNOS	Inicio antes de 3meses	%	6 meses	%	12 meses	%	18meses	%
<b>Masa tumoral palpable</b>	15	39,4	31	81,5	0		0	
<b>Asimetría craneo-facial</b>	12	31,5	32	84,2	2	5,2	1	2
<b>Ladeo de cabeza</b>	18	50	27	71	1	2	1	2

Luego de aplicado el tratamiento, se observa que en el grupo estudio I a los 12 meses desaparecieron todos los parámetros evaluados, teniendo una evolución buena en el 100% de los casos, mientras en el grupo estudio II observamos que a los 12 meses hubo una buena evolución en 17 pacientes(85%) y una evolución favorable 3 pacientes (15%) . A los 18 meses la evolución en este grupo fue buena en

19(95%) pacientes y favorable en 1(5%) paciente, que significa que aún presentaba algún signo de los evaluados (tabla No.4).

El gráfico No.3 complementa la tabla No.4, demostrando la efectividad del tratamiento rehabilitador en la Tortícolis Congénita, siendo más efectivo cuando el diagnóstico e inicio del tratamiento es antes de los tres meses de edad.

**Tabla No. 4. Resultado de la evolución, según persistencia de algún parámetro con la aplicación del tratamiento.**

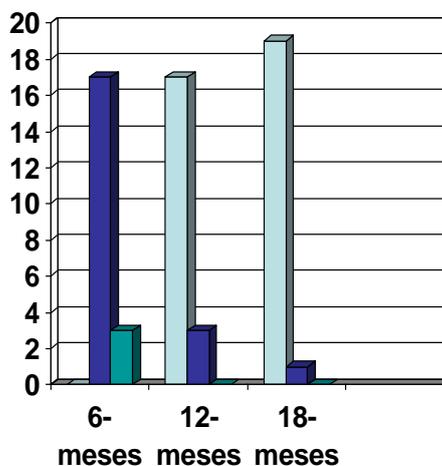
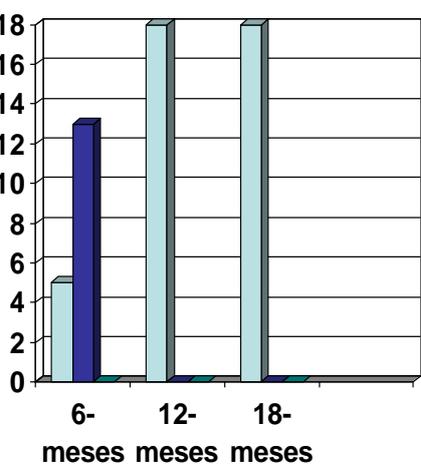
GRUPO- 1			
Evolución	6 meses	12 meses	18 meses
Bueno	5 - 27,7 %	18 - 100%	18 - 100%
Favorable	13- 72,2 %		
Malo	0		

GRUPO- 2			
Evolución	6 meses	12 meses	18 meses
Bueno	0	17 - 85%	19 - 95%
Favorable	17 - 85%	3 - 15%	1 - 5%
Malo	3 - 15%		

**Gráfico No. 3. Evolución de ambos grupos a los 6, 12, 18 meses.**

GRUPO\_ 1

GRUPO\_ 2



### Discusión:

El predominio del sexo masculino en nuestra muestra no difiere de lo planteado por otros autores sobre la incidencia de la Tortícolis Congénita que es mayor en el sexo masculino (1,2, 3,4). Los

parámetros evaluados en el examen físico se corresponden con los encontrados por otros autores (1, 2, 3, 4, 5). El tratamiento conservador con aplicación del tratamiento rehabilitador, es cada vez más aceptado (6, 7, 8,9). Los resultados globales obtenidos nos permiten concluir que mientras más precoz es el diagnóstico e inicio del tratamiento, mejores serán los resultados, demostrando la utilidad del tratamiento rehabilitador y corroborando su efectividad, coincidiendo con lo planteado por otros autores (10, 11, 12, 13,14). Además con este trabajo contribuimos a la promoción de salud y prevención de discapacidades, al conocer aún más la enfermedad para realizar un diagnóstico cada vez más precoz.

## Referencias Bibliográficas:

1. Álvarez C. R. Ortopedia y Traumatología. Editorial Pueblo y Educación 1986.tomo II. p.197-200.
2. Macias Merlo L., Fagoada Mata J. C- 12. McGraw Hill. Interamericana.
3. Bravo A. T. Diagnóstico y Rehabilitación en enfermedades ortopédicas. Editorial Ciencias Médicas 2006, p.26- 32.
4. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Elsevier, España, S.A. 11.a edición, tomo I, 2007.
5. El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Elsevier, España, S.A. 11.a edición, tomo IX, 2007.
6. Consenso de Actuación entre Atención Primaria y Atención Especializada en enfermedades del aparato locomotor, Madrid, 1997.
7. Conejero Casares J A. Tratamiento de los trastornos ortopédicos. Ped. Integr.2000.
8. Celayir.AC. Congenital muscular Torticollis: early and intensive treatment is critical. A prospective study. *Pediatr In.*2000. Oct: 42(5): 5047.
9. Downe AP. Manual de Cash de afecciones médicas para fisioterapeutas. Buenos Aires: Panamericana; 1989.
10. Serra Gabriel M R, Díaz Petit J, De Sande Carril ML. Patologías pediátricas en: Fisioterapia en Traumatología, Ortopedia y Reumatología. Springer. Barcelona, 1997.
11. Comisión de formación e investigación. Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la CM. Madrid. Técnicas de Fisioterapia Manual. Disponible en <http://www.cfisiomad.org>.
12. Emery.C. The determinants of treatment duration for congenital muscular torticollis. *Phys Ther.* 1994
13. Vademécum de Kinesioterapia y de Reeducción Funcional. Tercera reimpresión 1992. Librería "El Ateneo".Editorial e Inmobiliaria, florida340; Buenos Aires
14. Vademécum de Kinesioterapia y de Reeducción Funcional. Técnicas, patologías e indicaciones de tratamiento. Librería "El Ateneo".Editorial Argentina; 1992. p. 194-375.

Dra. Argelia Calderín Rodríguez. Servicio Rehabilitación Integral del Policlínico Universitario "Cristóbal Labra". 208 y 51 S/N. La Lisa. Ciudad de la Habana, Cuba. E mail: [argelia.calderin@infomed.sld.cu](mailto:argelia.calderin@infomed.sld.cu).