

Plagiocefalia posterior frente a aplanamiento occipital: diagnóstico y pautas terapéuticas*

A. Morant Gimeno
Neuropediatra. Consulta de Neuropediatría, Valencia

Resumen

Introducción: Uno de los motivos de consulta relacionados con la morfología del cráneo cada vez más frecuentes en neuropediatría es el aplanamiento occipital unilateral o bilateral de la cabeza del niño. Es importante distinguir entre la plagiocefalia posterior verdadera por el cierre de la sutura lambdoidea y el aplanamiento occipital sin cierre de suturas, a fin de orientar sobre las medidas terapéuticas más adecuadas en cada caso.

Objetivo: Valorar la existencia o no de plagiocefalia posterior verdadera en niños con aplanamiento occipital.

Pacientes y métodos: Durante 4 años acudieron a la consulta un total de 42 niños menores de un año con problemas relacionados con la cabeza, 9 de los cuales presentaron un aplanamiento occipital. En los 9 casos se solicitó una tomografía computarizada craneal, y se recomendó el tratamiento más oportuno en cada paciente.

Resultados: Sólo un caso presentó una plagiocefalia posterior. A todos se les recomendó adoptar medidas posturales y realizar fisioterapia, y a tres niños se les colocó un casco. La remodelación del cráneo fue adecuada y tanto los niños como las familias toleraron el casco.

Conclusiones: La mayoría de los niños con aplanamiento occipital no presentan una plagiocefalia, por lo que las medidas posturales, la fisioterapia y, en algunos casos, la colocación de un casco son suficientes para mejorar e incluso normalizar la morfología craneal de los lactantes.

Palabras clave

Aplanamiento occipital, craneosinostosis, decúbito supino, niños, plagiocefalia posterior, postura, tortícolis, tratamiento

Abstract

Title: Posterior plagiocephaly versus occipital flattening: diagnostic and therapeutic measures

Introduction: One of the most frequent reasons for a visit to the neuropediatrician is related to cranial morphology as regards the uni or bilateral occipital flattening of the child's head. It is important to distinguish between the real posterior plagiocephaly due to the closure of the lambdoidal suture and the occipital flattening without suture closure, with the purpose of guiding on the most appropriate therapeutic measures in each case.

Objective: To assess the existence or not of real posterior plagiocephaly in children with occipital flattening.

Patients and methods: During 4 years, 42 children under a year of age attended the consultation with problems related to the head; nine showed an occipital flattening. All nine cases were requested to undergo a cranial CT scan, recommending the most adequate treatment for each case.

Results: Only one case showed a posterior plagiocephaly. They were all recommended postural measures and physiotherapy, and in three cases the use of helmets. The remodelling of the skull was adequate and both the children as the families tolerated the helmet.

Conclusions: Most of children with occipital flattening do not show a plagiocephaly. In these cases the postural measures, the physiotherapy and in some cases the placement of a helmet is enough to improve and even to normalize the cranial morphology of the unweaned baby.

Keywords

Occipital flattening, craniosynostosis, supine position, children posterior plagiocephaly, posture, torticollis, treatment

Introducción

Durante el primer año de vida del niño las consultas en neuropediatría relacionadas con la cabeza (entendiendo por tal el conjunto del cráneo y la cara) o, mejor dicho, con el cráneo en sí, son relativamente frecuentes. Habitualmente, se trata del tamaño (grande o pequeño), de la posición o de la forma de la

cabeza, aunque por supuesto nos podemos encontrar con otros síntomas o signos también relacionados con ella.

Uno de los motivos de consulta relacionados con la morfología del cráneo cada vez más frecuentes¹, tal y como lo refieren los padres, es «la cabeza aplanada en su parte posterior», unido o no a cierto grado de tortícolis. Este incremento parece que está relacionado con las recomendaciones de la Academia

Fecha de recepción: 14/07/08. Fecha de aceptación: 23/07/08.

Correspondencia: A. Morant Gimeno. Consulta de Neuropediatría, Jesús, 101, 7.º, 46007 Valencia. Correo electrónico: med01241822@saludalia.com

*Este trabajo fue presentado como comunicación en el Congreso de la SENP (Murcia, octubre de 2006)

Americana de Pediatría y del Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría, acerca de que los lactantes duerman en decúbito supino² para disminuir el riesgo de la muerte súbita infantil, hecho sobradamente demostrado.

La plagiocefalia posterior es una anomalía relativamente frecuente de la morfología del cráneo, que consiste en el cierre o sinostosis de la sutura lambdoidea, lo que corresponde a un tipo de craneosinostosis. Por este motivo, se produce un aplanamiento occipital de un lado y un abombamiento del hueso frontal homolateral, lo que provoca que el cráneo adquiera una forma romboidal. Esta anomalía suele carecer de significado patológico y normalmente aparece en niños sin otro tipo de patología asociada. Se relaciona con actitudes de la posición de la cabeza en los lactantes, y es más frecuente en niños hipotónicos o poco estimulados. Generalmente, salvo en casos de síndromes polimalformativos muy concretos, no suele producir ningún tipo de déficit neurológico, pero sí de tipo estético³.

Por otro lado, hay que distinguir la plagiocefalia posterior en sí del aplanamiento occipital unilateral o bilateral sin cierre de las suturas correspondientes, que también puede ocasionar una morfología de cráneo en forma de rombo, aunque no suele ser tan acentuada como en una plagiocefalia posterior verdadera. Este aplanamiento occipital también acostumbra a asociarse a distintas posturas del niño, ya sea intraútero o en los primeros meses de vida, al hecho de dormir en decúbito supino y a la escasa estimulación que reciben muchos niños pequeños, aunque es un problema exclusivamente estético en la mayoría de los casos⁴.

El pediatra debe conocer las diferencias entre la plagiocefalia posterior y el aplanamiento occipital, ya que las pautas terapéuticas varían mucho en uno y otro caso⁵.

Con el fin de valorar la diferencia entre la plagiocefalia posterior verdadera y el aplanamiento occipital, se valoraron todos los niños con aplanamiento occipital que acudieron a una consulta de neuropediatría, haciendo hincapié en la existencia o no de craneosinostosis mediante técnicas de neuroimagen y en las medidas terapéuticas para cada caso.

Pacientes y métodos

Desde marzo de 2002 hasta febrero de 2006, un total de 42 niños menores de un año acudieron a la consulta de neuropediatría por problemas relacionados con la cabeza. El tamaño fue el motivo más habitual de consulta, seguido de la morfología de ésta, su posición y otros problemas menos relevantes.

De los 42 pacientes, 9 consultaron por presentar, según sus padres, la «cabeza plana en su parte posterior», añadiéndose en uno de los pacientes «la cabeza ladeada» (figura 1). A todos ellos se les realizó una historia clínica completa, que incluía información acerca de la postura en la que el niño dormía, en

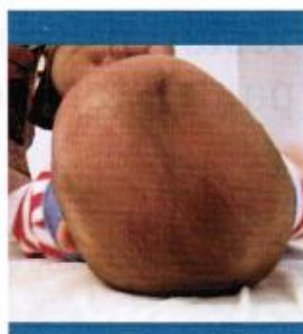


Figura 1. Plagiocefalia posterior frente a aplanamiento occipital: lactante en decúbito supino en el que se aprecia un aplanamiento occipital izquierdo

la que era colocado o se colocaba él mismo, y cómo pasaba la mayor parte del tiempo. También se hizo hincapié en la estimulación que recibía cada niño.

Como prueba complementaria se realizó una tomografía computarizada (TC) orientada según la línea órbito-meatal y en reconstrucción 3D.

Resultados

De los 42 pacientes que acudieron a la consulta por problemas craneales, a 9 se les diagnosticó mediante una exploración física un aplanamiento occipital (5 niños y 4 niñas con edades comprendidas entre los 2 y 8 meses, con una media de edad de 5,5 meses).

Todas las gestaciones fueron a término y todos tuvieron un parto de presentación cefálica. Ningún caso precisó reanimación. Todos, excepto un niño que fue gemelar, presentaron un peso adecuado a la edad gestacional.

En todos los casos se apreció un aplanamiento occipital unilateral, salvo en uno que fue bilateral, junto con una morfología del cráneo de tipo romboidal con distintas intensidades. Un caso tenía asociado una tortícolis muy evidente. El resto de la exploración clínica fue normal, así como el desarrollo psicomotor en todos los casos.

Dos de los niños eran lactantes poco estimulados y el resto recibían una estimulación adecuada según los padres, aunque posteriormente se constató que ésta era insuficiente. En ningún caso se observó la deformidad craneal al nacimiento, pero los padres no supieron indicar a qué edad se había hecho más evidente. No hubo ningún diagnóstico previo de hematoma del músculo esternocleidomastoideo.

Se solicitó una TC craneal con reconstrucción 3D a 8 niños, mediante la que se demostró un caso de sinostosis y otro de hemivértebra cervical (en el niño de la tortícolis)⁶.

Por tanto, en 7 casos el aplanamiento occipital posterior era de origen postural y constituía exclusivamente un problema estético, aunque para algunas familias era importante.

En todos los casos se recomendó colocar al niño en decúbito supino, siempre respetando las horas de las comidas y de sueño, situar la cabeza hacia el lado contrario al aplanamiento



Figura 2. Plagiocefalia posterior frente a aplanamiento occipital: lactante con un casco ortopédico, colocado con el fin de mejorar su morfología craneal

occipital y realizar dos cambios nocturnos de la posición de la cabeza. Además, se aconsejó a los padres que acudieran a un fisioterapeuta, sobre todo si los niños asociaban cierto grado de tortícolis.

En tres niños el aplanamiento occipital posterior era relevante, la edad era inferior a 6 meses y no se observó mejoría con las recomendaciones antes mencionadas, por lo que se les indicó la colocación de un casco ortopédico (figura 2), que llevaron durante una media de 4 meses. La remodelación de la cabeza fue adecuada, siempre junto con las normas y las recomendaciones comentadas. Tanto los niños como las familias toleraron bien el casco.

El seguimiento neurológico mostró una evolución favorable en todos los casos.

Discusión

El aplanamiento occipital es una morfología especial del cráneo de los lactantes que suele preocupar a las familias. Es importante conocer si es el resultado de una craneosinostosis o simplemente es secundario a distintas posturas que adopta el niño, sobre todo tras la recomendación de dormir en decúbito supino para prevenir la muerte súbita infantil^{1,2}.

La inspección y la exploración del niño no suelen ser suficientes para realizar el diagnóstico diferencial entre la plagiocefalia y el aplanamiento posterior del cráneo. Por ello, se recurre a la neuroimagen, y la prueba de elección es la TC craneal con reconstrucción 3D.

Si existe sinostosis de alguna sutura, el tratamiento debe ser quirúrgico, pero no es recomendable, a pesar de lo que opinan algunos autores, emplear la cirugía exclusivamente como tratamiento estético, dados los riesgos y problemas que pueden conllevar las intervenciones quirúrgicas mayores^{7,8}.

Si no existe una sinostosis, la corrección de las posturas inadecuadas de los niños y su colocación el máximo tiempo posible en decúbito prono pueden ser las medidas más eficaces, económicas y efectivas para, al menos, no empeorar el aplanamiento occipital. Al respecto, cabe decir que se debe instruir a los padres para que durante el sueño cambien la cabeza del niño hacia uno y otro lado^{4,9}, ya que en general los

bebés suelen tener más tendencia a girar la cabeza hacia la derecha. Durante la vigilia los lactantes pasan más tiempo en decúbito prono y están más estimulados por los adultos, aunque este hecho cada vez es menos frecuente debido a la situación de las familias actuales.

Otra medida que se puede añadir a todas las recomendaciones mencionadas es la colocación de un casco ortopédico, para que el cráneo del lactante se vaya remodelando progresivamente. Su colocación debe ser precoz, y siempre debe ir acompañada de todas las medidas posturales ya descritas.

Como conclusión, y reconociendo que ésta es una serie muy corta de pacientes, cabe decir que la mayoría de los niños con aplanamiento occipital posterior no presentan una verdadera sinostosis y, por tanto, no precisan tratamiento quirúrgico. Las medidas posturales, tanto durante la vigilia como durante el sueño, deben ser el tratamiento primordial en todos los casos. La colocación de los cascos ortopédicos es una buena solución, siempre y cuando la edad del niño sea inferior a 6 meses, se lleve un buen control neuroevolutivo del lactante y se asocie el casco a las medidas posturales.

Por tanto, en los niños con un aplanamiento occipital posterior hay que recomendar la adopción de medidas posturales, y si en 1-2 meses no se aprecia mejoría, se deben derivar al neuropediatra. ■

Bibliografía

1. Kane AA, Mitchell LE, Craven KP, Marsh JL. Observations on a recent increase in plagiocephaly without synostosis. *Pediatrics*. 1996; 97: 877-885.
2. Camarasa F, Hernández R, López M, et al. Comunicado oficial del Grupo de Trabajo para el Estudio y Prevención de la Muerte Súbita Infantil de la AEP An Esp Pediatr. 1994; 40: 77.
3. Corretger JM. Malformaciones del sistema nervioso central. En: Cruz M, dir. Tratado de pediatría. Barcelona: Espaxs, 1994; 1:757-1.769.
4. González de Dios J, Moya M, Jiménez L, Alcalá-Santaella R, Carratalá F. Incremento de la incidencia de la plagiocefalia posterior. *Rev Neurol*. 1998; 27: 782-784.
5. Huang MH, Gruss JS, Clarren SK, Mouradian WE, Cunningham ML, Roberts TS, et al. The differential diagnosis of posterior plagiocephaly: true lambdoid synostosis versus positional molding. *Plast Reconstr Surg*. 1996; 98(5): 765-774.
6. Morant A. Tortícolis congénito por hemivértebra cervical: escoliosis cervical. *Rev Neurol* (en vías de publicación).
7. Pollack IF, Losken HW, Fasick P. Diagnosis and management of posterior plagiocephaly. *Pediatrics*. 197; 99(2): 180-185.
8. Van Vlimmeren LA, Helders PJ, Van Adrichem LN, Engelbert RH. Tortícolis and plagiocephaly in infancy: therapeutic strategies. *Pediatr Rehabil*. 2006; 9(1): 40-46.
9. Loureiro B, Ferrer-Lozano M, Abenia P, Ferraz S, Rebago V, López-Pisón J. Tortícolis como motivo de consulta en neuropediatría. *Rev Neurol*. 1999; 29(6): 493-499.