

TEMA 9. FISIOTERAPIA EN LA TORTÍCOLIS MUSCULAR CONGÉNITA

La tortícolis muscular congénita (TMC) es una deformidad musculoesquelética que se presenta en el recién nacido, o durante sus primeros meses de vida que se asocia a un acortamiento unilateral del músculo esternocleidomastoideo (ECOM) el cual se encontrará engrosado y fibrosado, limitando el movimiento. De esta manera, el niño presentará una inclinación homolateral del cuello y rotación contralateral. Se puede asociar o no a plagiocefalia, asimetrías y displasia de cadera, entre otras. Es una patología que afecta entre el 3,9 y el 16% de los recién nacidos.

La etiología es desconocida, aunque se ha determinado una forma de clasificarla a nivel teórico que es:

- **TMC con causa muscular.** Es decir, con un origen isquémico, traumático y/o vascular. Y estas se podrán subdividir en:
 - **TMC de origen muscular.** Con engrosamiento y rigidez del ECOM, con tumor palpable.
 - **TMC postural.** Sin tensión muscular o tumor.
- **TMC no muscular.** Representa tan solo el 18% de los casos, pero son de mayor gravedad asociándose a problemas como malformación cervical, subluxación de una vértebra cervical, hernia discal, tumor de fosa posterior, paresia del músculo extraocular, etc. Será necesario descartar estas alteraciones más graves mediante radiografía cervical, craneal, TAC, RNM o ecografía cervical.

Será importante diagnosticarla correctamente y de forma temprana para conseguir un tratamiento eficaz.

9.1. Exploración clínica

A menudo la TMC no se descubre hasta los 2 – 3 primeros días o semanas de vida y clínicamente se expresa con uno o varios de los signos clínicos:

- **Tumoración de consistencia fibrosa a la palpación (oliva).** En el caso de que la hubiese se debería valorar el tamaño, forma y elasticidad del músculo ECOM y adyacentes.
- **Rotación contralateral** de la cabeza o tendencia a girar la cabeza hacia un lado reportada por la madre (por ejemplo, en la lactancia) y actitud casi permanente de la cabeza en **inclinación homolateral**. Esto ocasiona un pliegue cutáneo en la base del cuello del mismo lado de la lesión, bajo el cual, en la superficie de la piel aparece enrojecida.
- **Posible plagiocefalia asociada.** que puede ser tanto el origen como la consecuencia de la TMC. Para lo que deberemos valorar la presencia de posibles asimetrías cráneo-cefálicas.

Para poder llevar a cabo una buena valoración, se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Postura espontánea.** Para ello se colocará al niño en decúbito supino y con la cabeza alineada y se compararán los distintos relieves óseos de cara, cráneo y cintura escapular. Asimismo, será importante identificar posibles compensaciones que haga el niño para compensar estas desigualdades, y realizar el cribado de posible displasia de cadera o asimetría vertebral.
- **Tolerancia al posicionamiento en los distintos decúbitos.** Supino, prono, sedestación y bipedestación con o sin apoyo para valorar la simetría corporal y según corresponda para la edad del niño.
- **Rango pasivo y activo del cuello y extremidades.** Se valorará la rotación cervical pasiva y activa bilateral y flexión lateral, siendo más fiable en bebés la movilidad pasiva. De la misma manera se valorará el movimiento de extremidades superiores e inferiores. Se valorará con goniometría, tomando medidas iniciales y durante el avance para poder cuantificar las mejorías obtenidas en el tratamiento. Se deberán tomar sin provocar dolor.
- **Reflejos.** Como el reflejo tónico asimétrico cervical, reflejo del moro, de grasping, etc.
- **Dolor o incomodidad.** Tanto en reposo como durante el movimiento activo y pasivo.
- **Integridad de la piel, simetría de pliegues cutáneos de cuello y cadera.**

Será muy importante llevar a cabo una evaluación minuciosa ya que cuando no se diagnostica hasta los primeros años de vida, puede ocurrir que la alteración sea irreducible mediante el tratamiento conservador y que derive en una elevación del hombro del lado sano, pudiendo desencadenar en una actitud escoliótica o una asimetría de la cintura escapular. Además, la TMC puede provocar **alteraciones en el desarrollo psicomotor** como son:

- Una disminución de las actividades de un hemicuerpo (p. e. negligencia de la mano homolateral a la lesión).
- Retraso en la postura de prono e incorrecto volteo hacia el lado contralateral a la lesión.
- Distribución asimétrica del peso corporal.
- Por último habrá que cualificar también el grado de participación del niño.

9.2. Estrategias de intervención

La mayoría de los autores destacan la eficacia del tratamiento de fisioterapia en la TMC junto con la participación de los padres en el tratamiento desde el domicilio, concluyendo que entre el 70 y el 97% de los pacientes tratados con cinesiterapia, iniciada precozmente, obtienen resultados óptimos. Los indicadores que advierten de un buen pronóstico serían limitación de la rotación cervical inferior a 30º y plagiocefalia discreta. Una de las posibles secuelas de una recuperación incompleta es la limitación en la inclinación cervical y la persistencia de esta postura en la infancia hace que la visión se adapte a esta situación provocando un estrabismo de acomodación. En cualquier caso, si fracasa, existe la oportunidad del tratamiento quirúrgico.

9.2.1. Tratamiento conservador

Los objetivos de este tratamiento irán dirigidos a la completa recuperación de la extensibilidad del músculo afectado (ECOM), así como de los tejidos y músculos adyacentes, prevenir o corregir actitudes asimétricas que se detecten en el bebé y conseguir un buen desarrollo psicomotor así como la movilidad activa del cuello. Para ello existen diversas técnicas.

9.2.1.1. Protocolo de estiramientos pasivos del ECOM

Desde que se detecta la patología. Lo ideal es repetir los estiramientos cada 3 horas, por ello será fundamental dar pautas a la familia. Aunque algunos autores han reportado que el tratamiento postural ofrece resultados similares y provoca menor llanto en el niño, es cierto que otros estudios defienden que cuanto más se estire el ECOM, mejores rangos de movimiento se obtendrán en inclinación de la cabeza y movimiento pasivo cervical y recomiendan estirarlo unas 100 veces repartidas a lo largo del día. En recién nacidos su cuello es muy corto e hipotónico por lo que solo se podrán hacer estos ejercicios. Para realizarlos se coloca al niño en decúbito supino, la madre se coloca en los pies sujetando los hombros del niño para que no compense con el tronco y el procedimiento será el siguiente:

- Masaje transversal sobre la tumoración u oliva
- El fisioterapeuta sujeta la cabeza del niño colocando los dedos pulgares por debajo del maxilar inferior y se estira el ECOM con inclinaciones cervicales hacia el lado contrario de la tumoración, así como rotaciones hacia el lado de la tumoración mediante movimientos lentos y progresivos. Primero se hará cada movimiento de forma analítica para pasar a hacerse de forma combinada.

9.2.1.2. Estimulación de la movilidad activa del cuello

El desarrollo del control cefálico hará que se puedan realizar este tipo de ejercicios lo que ayudará al fortalecimiento de los músculos del cuello, contribuyendo a la mejora de las posibles deformidades raquídeas. Este momento es el idóneo para introducir juguetes coloreados y sonoros por delante del bebé que le llamen la atención y con ello podamos favorecer los movimientos correctivos. Este entrenamiento se hará una vez se haya conseguido la movilidad pasiva y se podrá hacer desde varias posturas y en función del desarrollo del bebé. Ejemplos de estos ejercicios serían:

- Ejercicios en suspensión lateral o en desplazamiento lateral en sedestación (en inclinación opuesta al lado de la tortícolis) para estimular la contracción del ECOM.
- Ejercicios en decúbito supino que estimulen el giro del cuello.
- Ejercicios para favorecer el control cefálico. Desde colocar al niño en decúbito prono varias veces al día para facilitar la movilidad del cuello mientras observa entornos enriquecidos asistiéndolo con una toalla en el pecho para que no tenga que hacer ejercicio sobre los antebrazos y pueda mantener la cabeza libre. El tiempo dependerá de la tolerancia del niño. En esta posición se podrán llevar a cabo ejercicios activos, por ejemplo, estabilizar encima de un balón grande donde provocamos movilidades activas y desequilibrios o sobre el muslo del fisioterapeuta.

- Estimular y facilitar los cambios de decúbito y volteos (de supino a prono o viceversa), facilitada a través de la pelvis y con una secuencia muy lenta. Además, estimularemos al niño para que levante la cabeza durante todo el giro.
- Cambios posturales activo-asistidos de supino a sedestación y viceversa, para potenciar la musculatura cervical y del tronco.

9.2.1.3. Ultrasonidos y microcorrientes

Si la tumoración es de gran tamaño o si tras dos meses de tratamiento no hay una disminución del tamaño se puede aplicar ultrasonidos a 0,5-1 W/cm² en la zona de la tumoración.

Otra alternativa son las microcorrientes aplicadas sobre el ECOM, al menos 3 veces por semana, 30 minutos cada vez a 8 Hz, 200 µA que han demostrado que pueden reducir el dolor y la inflamación de los músculos del cuello.

9.2.1.4. Almohadas especiales

Tienen forma de herradura y en el agujero del centro se coloca la cabeza del bebé, de forma que, al estar rodeada por los brazos de la herradura, se distribuye el peso del cráneo en la superficie.

9.2.1.5. Pautas para la familia

En estas alteraciones será totalmente necesaria la implicación de la familia para continuar los tratamientos a nivel domiciliario por ello será fundamental explicarle todo a la familia. Esto se hará preferentemente en los CDIAT. Además, esto mejorará la autoeficacia de las familias en el manejo del niño. Todas las estrategias mencionadas anteriormente se deben enseñar a la familia. Destacamos las siguientes:

- Enseñar a los padres la forma de realizar los estiramientos en casa de forma lúdica y sencilla.
- Posicionamiento del bebé. Se recomienda que intenten evitar la asimetría de la cabeza durante los decúbitos ya que la tendencia del niño será siempre a colocar la cabeza en el sentido del acortamiento.
- Recomendar que coloquen al niño en prono de forma paulatina. Primero colocando al niño con cabeza y miembros superiores sobre un rulo pequeño o toalla enrollada para ayudarle a levantar la cabeza y que vaya reforzando musculatura posterior del cuello. Esto se deberá hacer al menos 2-3 veces al día cuando el bebé esté despierto, serán tiempos más cortos en el recién nacido (3 – 5 minutos) aumentando gradualmente el tiempo (hasta 15 – 30 minutos) a las 7 semanas, hasta unos 30 minutos diarios a los 6 meses.
- Animar al niño a que mueva activamente el cuello mientras se juega con él por ejemplo estimulando al niño alrededor de la boca con el dedo, de esta manera el niño busca el estímulo y gira en esa dirección, o mediante estímulos visuales y auditivos.
- Hablar al niño hacia el lado de la lesión y ofrecerle los juguetes desde ese mismo lado para incrementar la rotación del cuello hacia ese lado.

- En la cuna o tumbado, es importante colocar todos los estímulos en el lado de la lesión.

Aunque este abordaje en colaboración con los padres sea muy interesante, no se espera que la TMC se resuelva con 1 o 2 sesiones de capacitación para padres o cuidadores, por lo tanto, se recomienda una derivación inmediata a fisioterapia para conseguir resultados óptimos.

9.2.1.6. Prevención de la plagiocefalia

Ante la existencia de plagiocefalia (aplanamiento occipital unilateral del cráneo), a veces es necesaria la colocación de un casco craneal para corregirlo y evitar deformidades secundarias craneales. Pero otra forma de prevenirlo menos agresiva y que también ha demostrado mejoras es mediante la variación en la colocación de la cabeza, ya sea durante la noche o durante todo el día, supervisando la posición prona. Se ha demostrado que el tratamiento de la plagiocefalia mediante un programa de posicionamiento reduce significativamente la incidencia.

9.2.2. Tratamiento quirúrgico

Si a los 12-24 meses de edad se denota que el tratamiento conservador ha fracasado o el diagnóstico es demasiado tardío (5-7 años) para obtener beneficios con el tratamiento conservador, se puede llevar a cabo el tratamiento quirúrgico también con resultados satisfactorios, mejorando el rango de movimiento de cuello y cabeza, así como las deformidades esqueléticas secundarias. Esta cirugía en general suele consistir en hacer pequeñas incisiones en el tendón del ECOM para mejorar la plasticidad del músculo. En estos casos la rehabilitación también es importante. Tras la cirugía el niño llevará un collarín de tracción durante 3 meses de forma continua y posteriormente solo de noche unos 3 meses más. La fisioterapia se suele iniciar a las 3 semanas de la intervención y se realizan estiramientos, ejercicios pasivos y activos sin collarín para conservar las amplitudes articulares conseguidas mediante la intervención quirúrgica. También se deberá incorporar técnicas más globales como ejercicios simétricos de fortalecimiento de los músculos del cuello y raquis, trabajo de equilibrio de tronco y cabeza y trabajo postural frente al espejo y sin éste de control postural en niños más mayores. El alta del tratamiento se dará, tanto en este caso como el del tratamiento conservador, cuando se haya conseguido la movilidad activa y pasiva cervical libre y la cabeza permanezca en la línea media.

Referencias

Antares JB, Jones MA, Chak NTN, et al. Efficacy of non-surgical, non-pharmacological treatments for congenital muscular torticollis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2025;26(1):178. doi: 10.1186/s12891-025-08407-3.

Desai S, Sharath HV. Effect of Pediatric Physical Therapy Interventions on Congenital Muscular Torticollis: A Systematic Review. *Cureus.* 2024;16(9):e69572. doi: 10.7759/cureus.69572. eCollection 2024 Sep.

Ellwood J, Draper-Rodi J, Carnes D. The effectiveness and safety of conservative interventions for positional plagiocephaly and congenital muscular torticollis: a synthesis of systematic reviews and guidance. *Chiropr Man Therap.* 2020 Jun 11;28(1):31. doi: 10.1186/s12998-020-00321-w.

Jung Kim H, Sik Ahn H, Yim SY. Effectiveness of Surgical Treatment for Neglected Congenital Muscular Torticollis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2015;136(1):67e-77e. doi: 10.1097/PRS.0000000000001373.

Macias Merlo ML; Fogoaga Mata J. *Fisioterapia en Pediatría*. 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1994.

Matijević V, Mikulić D, Rašić Markota D, et al. DIAGNOSIS AND HABILITATION OF CONGENITAL MUSCULAR TORTICOLLIS: A NARRATIVE REVIEW. *Acta Clin Croat*. 2024;63(1):157-164. doi: 10.20471/acc.2024.63.01.19.

Rodríguez-Huguet M, Rodríguez-Almagro D, Rosety-Rodríguez MA. Effectiveness of the Treatment of Physiotherapy in the Congenital Muscular Torticollis: A Systematic Review. *Children (Basel)*. 2023 Dec 20;11(1):8. doi: 10.3390/children11010008.

Sargent B, Coulter C, Cannoy J, Kaplan SL. Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: A 2024 Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the American Physical Therapy Association Academy of Pediatric Physical Therapy. *Pediatr Phys Ther*. 2024;36(4):370-421. doi: 10.1097/PEP.0000000000001114. Epub 2024 Oct 1.