

PLAGIOCEFALIA POSICIONAL, ABORDAJE EN CONTEXTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Residente Autor: Dra. Andreina Roa G. "Residente de Medicina Familiar PUC".

Editora: Dra. Pamela Rojas G. "Docente de Medicina Familiar PUC".

Fecha: diciembre 2022

Portada: Las alteraciones de la forma del cráneo en lactantes se han convertido en un motivo de consulta frecuente en contexto de APS, debido al fomento de la posición supina como posición segura para el sueño. En este artículo abordaremos la presentación clínica de la plagiocefalia y revisaremos la evidencia en cuanto a las alternativas de manejo.

Palabras Clave: cráneo, plagiocefalia, lactante, tratamiento, APS, medicina familiar.

INTRODUCCIÓN

En 1992, la Asociación Estadounidense de Pediatría (AAP) desarrolló una campaña de concientización conocida como "back to sleep" para reducir el número de casos de muerte súbita del lactante. En este contexto, hoy asistimos a un aumento de las deformidades occipitales, siendo en la actualidad, el motivo más frecuente de asistencia a una consulta de neurocirugía pediátrica⁽¹⁾

La plagiocefalia es uno de varios términos utilizados históricamente para describir formas anormales de la cabeza. La deformidad más común de la forma de la cabeza es el aplanamiento occipital unilateral y se denomina en general plagiocefalia ⁽²⁾. Otros términos afines incluyen⁽³⁾:

- escafocefalia, scapho significa "esquife" o "bote"
- dolicocefalia, dolicho significa "largo"
- trigonocefalia, trígono significa "triangular"
- braquicefalia, brachy significa "corto"

La plagiocefalia posicional infantil se produce como resultado de fuerzas mecánicas persistentes sobre los huesos maleables del cráneo neonatal ⁽⁴⁾. Entre estas fuerzas se encuentran:

- la restricción intrauterina prenatal,
- las deformidades posicionales de la cabeza del bebé,
- el moldeado craneal cultural intencional,
- el traumatismo del nacimiento,
- la tortícolis y otras anomalías cervicales
- y la posición para dormir.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de plagiocefalia es clínico. El examen físico del lactante debe incluir una estricta observación de su cabeza desde todos los puntos de vista (anterior, lateral, posterior y superior), y la palpación de cordones óseos.

Es muy importante diferenciar la deformidad posicional del cráneo de la craneosinostosis verdadera, o sea, del cierre precoz de una o más suturas del cráneo. En éstas, el pronóstico, la historia natural y el manejo del paciente son muy diferentes ⁽⁵⁾.

Al respecto es importante considerar:

- La cronología de una plagiocefalia posicional y de una craneosinostosis verdadera es diferente. En el recién nacido la cabeza debe tener una forma redonda simétrica; la deformidad posicional rara vez se observa al nacer y aparece luego del primer mes de vida

⁽⁵⁾

- La palpación del cráneo es diferente en ambas situaciones. En un lactante con plagiocefalia posicional no se palpa un cordón óseo, dado que las suturas del cráneo no están comprometidas. En un paciente con craneosinostosis verdadera, la sutura fusionada es a menudo palpable.
- La deformidad de la cabeza es muy diferente. En un lactante con plagiocefalia posicional lo más frecuente es el aplanamiento occipital unilateral ⁽²⁾, mientras que en las craneosinostosis verdaderas, la forma del cráneo está dada por su crecimiento compensatorio, que va siguiendo el eje de la sutura afectada. Así, por ejemplo;
 - en una craneosinostosis por cierre de la sutura sagital, la cabeza del lactante crecerá en forma alargada y angosta (escafocefalia)
 - en una craneosinostosis por cierre de la sutura lambdoidea unilateral, la cabeza tomará una forma trapezoidal, y la oreja estará desplazada hacia atrás e interiormente en el lado del aplanamiento posterior ⁽⁵⁾

FACTORES DE RIESGO PARA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL

Una revisión sistemática de la literatura que incluyó 22 estudios publicados entre 1985 y 2016 ⁽⁶⁾ identificó los factores de riesgo más comunes en lactantes que presentaron plagiocefalia, los que se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1: Factores de riesgo potenciales de plagiocefalia posicional

FACTORES	VARIABLES	FRECUENCIA
Biológicos	- Sexo masculino	16/22 (72%)
	- Tortícolis, rotación limitada de la cabeza, asimetría rotacional de la cabeza	10/22 (45%)
	- Posición/orientación preferida de la cabeza	8/22 (37%)
	- Mayor peso al nacer	8/22 (37%)
	- Retraso en el desarrollo	5/22 (23%)
	- Perímetro cefálico, macrocefalia	5/22 (23%)
Obstétricos	- Orden de nacimiento (primogénito)	10/22 (45%)
	- Modo de parto: fórceps, ventosa o parto asistido	10/22 (45%)
	- Prematuridad	7/22 (32%)
	- Posición intrauterina/inmovilidad craneal	4/22 (18%)
	- Menor edad gestacional	4/22 (18%)
	- Parto múltiple	3/22 (14%)
	- Embarazos de gestación múltiple	2/22 (9%)
Prácticas de atención al lactante	- Posición supina para dormir	14/22 (63%)
	- Poco tiempo boca abajo ("tummy time")	6/22 (27%)
	- Patrón de alimentación (alimentación con biberón)/posición no variable durante la alimentación	6/22 (27%)
	- Uso de sillas de coche, columpios, portabebés, asientos inflables, balancines.	3/22 (14%)

Fuente: Elaboración propia a partir de referencias citadas

TRATAMIENTOS DISPONIBLES

En el año 2016 se publica la Guía Clínica para Manejo de la Plagiocefalia, avalada por el Comité Conjunto de la Asociación Americana de Neurocirujanos (AANS, el Congreso de Neurocirujanos

(CNS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), con el fin de unificar criterios y ayudar a los profesionales de la salud a tratar esta condición⁽⁷⁾

En relación a **fisioterapia**, la guía indica:

- Sugerir fisioterapia, en lugar de la educación en posicionamiento, para reducir la prevalencia de plagiocefalia posicional infantil en lactantes de 7 semanas de edad. Fuerza de la recomendación: Nivel I (certeza clínica alta).
- La fisioterapia es eficaz para el tratamiento de la plagiocefalia posicional y permite cumplir las recomendaciones de la AAP relacionadas al sueño seguro y el NO uso de almohadas para dormir en lactantes. Fuerza de la recomendación: Nivel I (certeza clínica alta).
- La fisioterapia es efectiva en pacientes con deformidad más significativa y/o en casos de lactantes con tortícolis para acelerar el ritmo de corrección. La tortícolis suele presentarse en los casos más graves de plagiocefalia debido a periodos aún más largos de tiempo en decúbito supino, ejerciendo presión sobre la superficie craneal aplanada. La fisioterapia es efectiva para tratar tanto la tortícolis como la plagiocefalia posicional resultante. ⁽⁷⁾

En relación al uso de órtesis craneal (casco moldeable), la guía indica:

- El uso de una órtesis craneal es más eficaz que la terapia conservadora, especialmente si la asimetría es severa, y siempre que la terapia del casco se aplique durante el período apropiado de la infancia. Fuerza de la Recomendación: Nivel II - certeza clínica incierta. ⁽⁷⁾
- Considerar el uso de órtesis craneal en casos de:
 - lactantes que se presentan a una edad avanzada (generalmente más de 8 meses de edad) con una deformidad muy significativa;
 - lactantes menores de 6 meses que no ha respondido al cambio de posición o a la fisioterapia

RECOMENDACIONES GENERALES EN CONTEXTOS DE APS

Se sugiere fomentar las medidas relacionadas al “Sueño Seguro” del lactante y hacer énfasis en las siguientes recomendaciones para evitar las alteraciones en la forma del cráneo ⁽⁵⁾:

1. Sueño:
 - Posición supina (para prevención del Síndrome de muerte súbita del lactante)
 - Alternar la posición de la cabeza de izquierda a derecha.
 - Disponer estímulos de manera uniforme a ambos lados de la cama. Cambiar el lado de la cama en caso que algo llame la atención del lactante de manera habitual.
2. Alimentación: Alternar la posición mientras se sostiene al bebé durante su alimentación.
3. Tummy time (“acostar de guatita”):
 - Realizar exclusivamente bajo la supervisión de un adulto
 - Desde el primer día de vida desde solo 1 o 2 minutos e incrementar gradualmente el tiempo hasta alcanzar un mínimo de 30-60 minutos al día.
4. Viajes: Minimizar el tiempo en el asiento para el automóvil y en el portabebés y/o alterar la posición de su cabeza.

RESUMEN

- La plagiocefalia posicional infantil se produce como resultado de fuerzas mecánicas persistentes sobre los huesos maleables del cráneo neonatal.
- La plagiocefalia posicional:
 - Debe intentar evitarse: Existen estrategias que pueden sugerirse a padres y cuidadores para reducir el riesgo que estas se desarrollen, en especial en lactantes con factores de riesgo.
 - Debe ser pesquisada precozmente.
 - Debe ser diferenciada de una craneosinostosis verdadera, ya que su historia, pronóstico e intervención requerida son muy diferentes.
- En caso de pesquisar una plagiocefalia posicional se sugiere incentivar el cambio posicional y derivación a fisioterapia.
- El uso de órtesis craneal (casco moldeable) estaría indicado solo en lactantes mayores de 8 meses con una deformidad significativa o en aquellos en edad más temprana que no ha respondido al cambio de posición o a la fisioterapia.

REFERENCIAS

1. Trastornos del tamaño y la forma del cráneo [Internet]. Pediatría integral. 2016 [citado el 11 de diciembre de 2022].
Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-11/trastornos-del-tamano-y-la-forma-del-craneo/>
2. David Moss S. 222 Nonsynostotic Plagiocephaly. En: Youmans and Winn Neurological Surgery. 2a ed. Elsevier; 2023. p. 1692–5.
3. Moss ML. The pathogenesis of premature cranial synostosis in man. Acta Anat (Basel) [Internet]. 1959;37(4):351–70.
Disponible en: <https://www.karger.com/DOI/10.1159/000141479>.
4. Baird LC, Klimo P Jr, Flannery AM, Bauer DF, Beier A, Durham S, et al. Congress of neurological surgeons systematic review and evidence-based guideline for the management of patients with positional plagiocephaly: The role of physical therapy. Neurosurgery [Internet]. 2016 [citado el 11 de diciembre de 2022];79(5):E630–1.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27759674/>
5. Beuriat P-A, Szathmari A, Di Rocco F, Mottolese C. Deformational plagiocephaly: State of the art and review of the literature. Neurochirurgie [Internet]. 2019;65(5):322–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028377019302139>
6. Bock D, Braun F, Renz-Polster V. Deformational plagiocephaly in normal infants: a systematic review of causes and hypotheses. Arch Dis Child. 2017;102: 535–42.
7. Klimo P Jr, Lingo PR, Baird LC, Bauer DF, Beier A, Durham S, et al. Guidelines: Congress of neurological surgeons systematic review and evidence-based guideline on the management of patients with positional plagiocephaly: The role of repositioning. Neurosurgery [Internet]. 2016 [citado el 12 de diciembre de 2022];79(5): E627–9.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27759673/>