

PLAGIOCEFALIA POSICIONAL

Klga. Verónica Bello R.
Servicio de Neonatología
Hospital de Puerto Montt

Plagiocefalia posicional

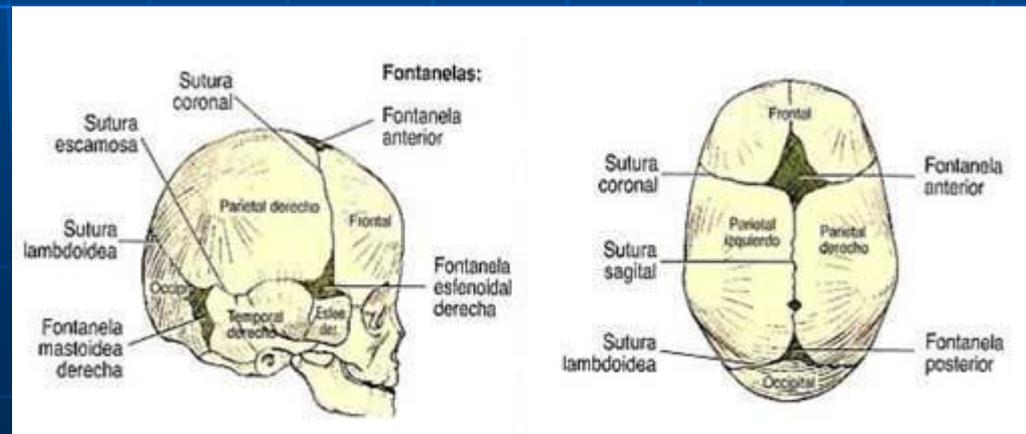
- La plagiocefalia es una patología de actualidad debido a su aumento en los últimos años.
- Su prevalencia se ha incrementado al menos 5 o 6 veces desde “back to sleep”
- Posibles consecuencias clínicas de la plagiocefalia, en particular las que se relacionan con el neurodesarrollo.

Neurocirugía Esparza y col 2007

Rehabilitación (Madr). 2008;42(3):143-52

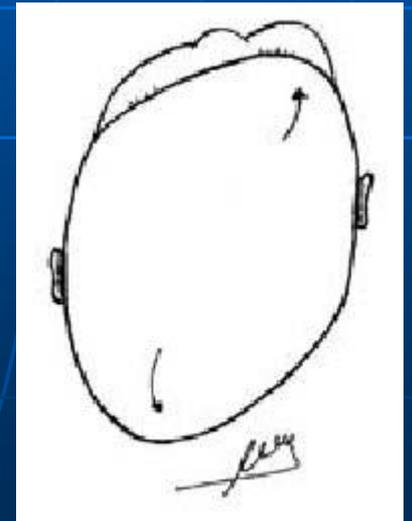
Plagiocefalia posicional (PP)

- De carácter deformacional, producida por fuerzas mecánicas que actúan sobre la sutura lambdoidea o la región posterior del cráneo, bien sea durante la vida uterina o posteriormente.



PP

- Aplanamiento de la región parieto-occipital que hace que el peñasco se desplace anteriormente y hacia abajo y al mismo tiempo la región frontal homolateral se adelanta por crecimiento compensatorio.



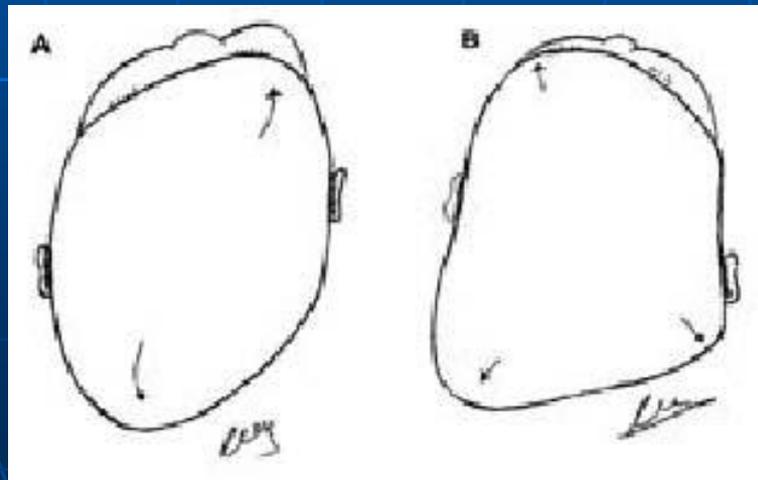
Produce

- Aplanamiento y también alopecia de la región occipital e incluso parietal.
- Abombamiento de la región occipital contralateral. Es posible también un abombamiento parietal.
- Pabellón auricular ipsilateral adelantado y descendido.
- Frontal homolateral abombado
- Raiz nasal centrada
- Torticolis
- Retraso del neurodesarrollo



PP

- Diagnostico diferencial:
Plagiocefalia sinostósica o
craneosinostosis: cierre prematuro
de sutura lamdboidea.



PP Factores intrauterinos

- Varón
- Primogénito
- Lateralidad derecha
- Medioambiente uterino restrictivo/compresiones uterinas
- **Prematurez**
- Otros factores posibles/controvertidos:
presentación de nalgas, parto vaginal asistido
parto prolongado, baja densidad mineral ósea,
predisposición genética, etc.

PP Factores postnatales

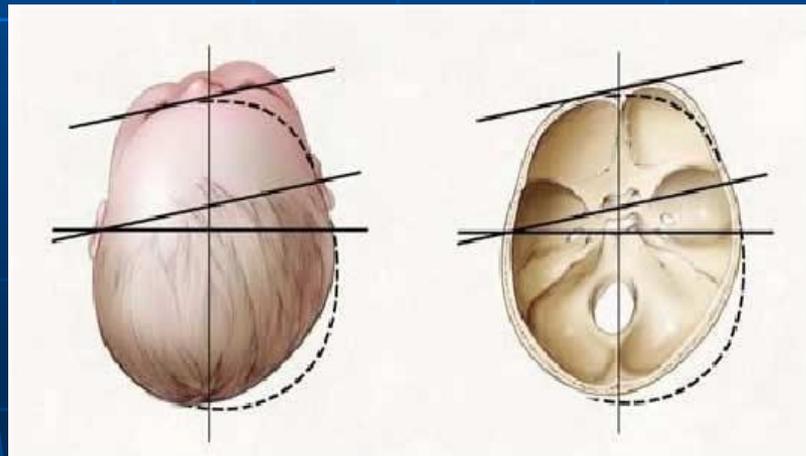
- ***Decúbito supino durante el sueño***
- ***Factores posturales: poco tiempo en prono o incorporado cuando está despierto, ausencia de cambios en el sueño, estímulos unilaterales, etc.***
- ***Preferencia postural del cuello***
- TMC
- Tortícolis de origen ocular: estrabismo o malalineación ocular. La más frecuente por paresia del oblicuo superior
- Tortícolis de origen vertebral: disfunción occípitovertebral, disfunción cervical vertebral
- Tortícolis de origen neurológico: tumores del SNC, malformación de Arnold-Chiari, hidromielia, tortícolis paroxismal
- ***Retraso psicomotor***
- ***Bajo nivel de actividad***
- Otros factores posibles/controvertidos: dormir en superficies duras de forma prolongada como sillitas de coche, etc.

Consecuencias clínicas

- Riesgo elevado de retraso ligero en el neurodesarrollo por debajo del año y de problemas ligeros en el aprendizaje en la edad escolar, aunque se desconoce la importancia real de dicha asociación y sus repercusiones en edades posteriores
- Tres teorías:
 - a) que la plagiocefalia sea causa del retraso psicomotor;
 - b) que la plagiocefalia sea una consecuencia o marcador de una disfunción neurológica central;
 - c) que circunstancias medioambientales sean a su vez causa de la plagiocefalia y del retraso psicomotor, estando ambos problemas correlacionados.

Diagnóstico Clínico

- Examen físico: desde superior
 - Estado de suturas y fontanelas
 - Abombamiento frontal
 - Ubicación de las orejas
 - Aplanamiento occipital
 - Prominencia en arcos cigomáticos
 - Desviación y aplanamiento facial contralateral
 - Cráneo oblicuo

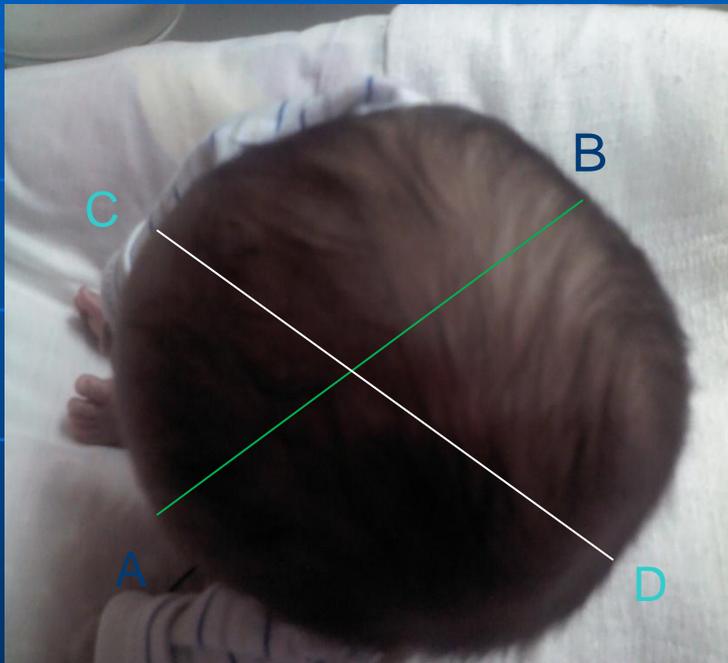


Diagnostico clínico

- Examen físico: desde anterior
 - Asimetría cráneo facial
 - Ubicación de las orejas
 - Orbitas y arcos ciliares
 - Distancia nasoaauricular
 - Desviación y aplanamiento facial contralateral



Índice de asimetría craneal

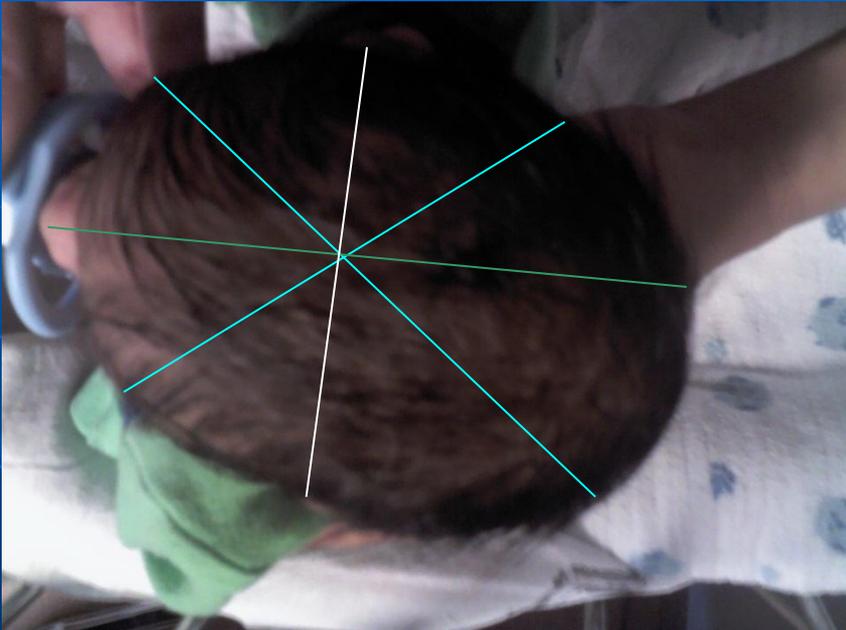


- **Diagonal mayor:** Línea trazada desde el borde externo de la órbita hasta la región occipital abombada, obteniéndose la distancia máxima en mm (CD)
- **Diagonal menor:** Es la distancia mínima desde el borde externo de la órbita hasta el occipital aplanado (AB)
- Se calcula restando la diagonal mayor a la menor $CD - AB$.

IAC Clasificación

- **Leve:** presenta una pequeña asimetría o aplanamiento posterior de la cabeza. No tiene afectación en la cara. Hasta 10mm.
- **Moderada:** La asimetría o aplanamiento del occipucio es evidente de forma inmediata. Puede tener alguna mínima prominencia en la frente o asimetría facial. 11-20mm.
- **Severa:** presenta un importante aplanamiento del occipucio, desalineación de las orejas de, protrusión de la frente en el lado afectado, aparte de asimetría facial. Más de 20mm.

PP Asimetría craneal

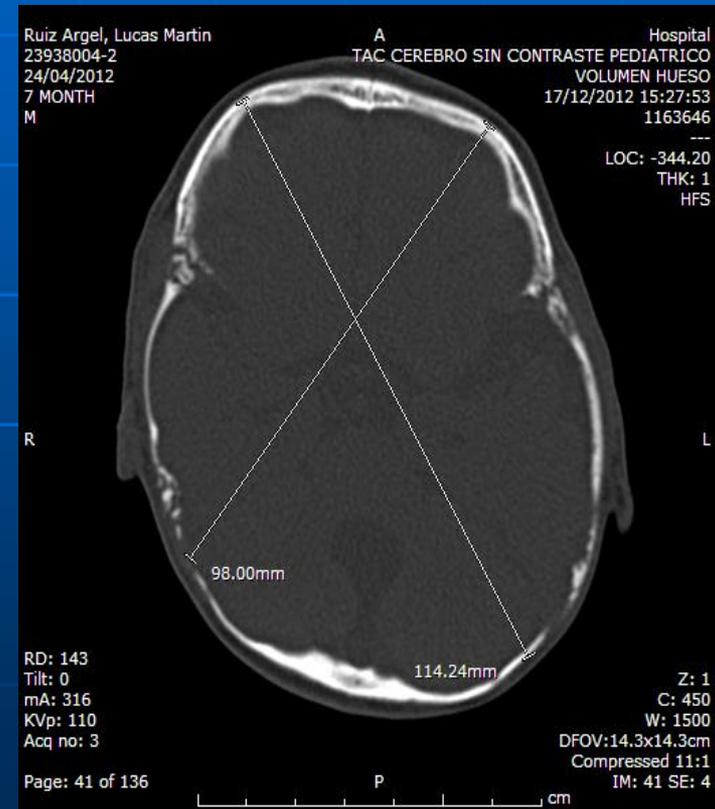


- CD: 70mm
- AB: 58mm

- CD – AB: 12mm
- PP moderada

Índice asimetría craneana IAC

- $CD - AB = 17.06$ Plagiocefalia moderada



Van Vimmeren introdujo un nuevo instrumento llamado “plagiocefalometro”

- Evalúa la simetría de la cabeza.
- Cuantificar las deformidades del cráneo.
- Se localiza alrededor de la cabeza del bebé y mide el perímetro transversal, distancia entre las orejas y centro de la nariz



Cefalómetro

Tratamiento

- Antes de comenzar de hablar de tratamiento, se debe tener en cuenta que la **prevención es la mejor manera de combatir esta patología**, que comenzaría con la **educación de los padres**, indicándoles como colocar al niño mientras esta en el **tiempo de sueño**, que cuando este despierto lo coloquen en **prono** para realizar juegos para fortalecer la musculatura y mantenerla equilibrada (14, 16).

<http://www.efisioterapia.net/articulos/prevencion-plagiocefalia-posicional>

Prevención

- La Dra. Silvia Seoane, Artega-Dominguez y Lynne Hutchison coinciden en la importancia del papel preventivo. Hacen hincapié **en educar a los padres desde la consulta de control alrededor de las 2-4 semanas de vida**, que es cuando el cráneo es máximamente deformable, sobre todo a las presiones externas.
- Baranello G. señala que a los padres se les aconseja que vayan **cambiando la posición de la cabeza del bebé en su periodo de sueño**, con esto se puede evitar o disminuir el riesgo de que aparezca una posición predominante de la cabeza del niño

PP Medidas preventivas

- **Medidas de prevención primaria**, dirigidas al niño sano (en particular con factores de riesgo) y aplicadas por Pediatra. De utilidad en los primeros meses, principalmente en las primeras 6 semanas.
- **Medidas de prevención secundaria**, dirigidas al niño con deformidad craneal, preferencia postural o tortícolis, aplicadas por Pediatría u otras especialidades como Rehabilitación tienen particular eficacia en las primeras 6 semanas. De utilidad en los primeros meses.

Hoja informativa para padres y familiares

Durante las primeras seis semanas de vida, los niños pueden tener una forma anormal de la cabeza debido a su paso por el canal del parto. Pasado este tiempo la cabeza suele recuperar un aspecto normal.

En los niños las deformidades de la cabeza más frecuentes son las llamadas posturales. En estas deformidades, las *suturas* (los huesos que forman el cráneo están unidos por un tejido que forma las suturas y que les permite estar flotando para dejar al cerebro crecer durante los primeros meses de vida) *están abiertas* permitiendo que el cerebro crezca sin que la deformación le produzca ningún daño.

Las causas de estos cambios en la forma de la cabeza del niño son debidas a presiones ejercidas sobre los huesos del cráneo durante el embarazo y en otras ocasiones a partos difíciles, torticollis o en la mayoría de las veces a dormir siempre sobre el mismo lado. Es en estas ocasiones cuando frecuentemente la parte posterior de la cabeza del niño (región occipital) comienza a aplanarse bien en un lado o en los dos. Esta deformación puede también acompañarse de un adelantamiento del pabellón auricular del mismo lado, así como también de la frente e incluso de la mejilla.

¿Qué hacer para evitarlas?

Cambios posturales en la cuna.

¿Y para mejorarlas? Se deben de realizar una serie de sencillas medidas que en la gran mayoría de los casos van a curar al niño:

- Poner juguetes en el lado contrario al "plano" para que gire la cabeza.
- Colocar la cuna de tal forma que al niño se le estimule y hable desde el lado contrario al aplanado.
- Levantar el colchón poniendo una toalla o sábana hecha un rollo entre el propio colchón y el somier para inclinarlo.
- Permitir que el niño juegue sobre su "barriguita" durante los 3-4 meses primeros, siempre en presencia de los padres para fortalecer los músculos cervicales.
- En casos de dudas, consulte siempre con su pediatra.

Tratamiento

- Fase pediátrica (hasta 5 meses)
 - Recomendación de cambio de posición de manera preventiva.
 - Estas medidas se intensificarán ante los primeros signos de plagiocefalia.
 - No es necesaria evaluación radiológica.
 - Valoración mediante fotografía digital.

Tratamiento

- Fase neuroquirúrgica desde los 5 meses y hasta el año y medio de edad.
 - se valorara si ha seguido el tratamiento posicional correcto.
 - TAC para descartar craneosinostosis.
 - Persistencia de tortícolis se evaluara raquis cervical y art C0-C1 y necesidad Qx de musculatura contracturada.

Tratamiento ortopédico

- Solamente se indicará un **tratamiento con ortesis craneal** en los casos de grado grave en los que la plagiocefalia se acompañe de clara deformación craneofacial, **habiéndose ya agotado la posibilidad de tratamiento postural**
- Edad mínima 5-6 meses
- 23 horas de uso diario
- 3 a 5 meses
- Control cada 2 a 3 semanas



Recomendación a padres.

Siestas

- 1/3 parte del tiempo boca arriba
- 1/3 parte hacia el lado derecho
- y la otra 1/3 parte del tiempo hacia la izquierda.
- Pasar tiempo en prono o “Tummy Time” 3 veces al día por 15 min.
- Pasar tiempo incorporado (en brazos)
- Estimular lado contrario

Tratamiento

- Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference: A randomized controlled trial.
- Un programa de fisioterapia junto con las medidas posturales supera a solo la consejería sobre manejo postural

PP

- Ibañez Pradas V, Suwesda A. La fisioterapia es superior a las recomendaciones sobre hábitos posturales para reducir la prevalencia de plagiocefalia postural grave en lactantes, Evid Pediatr 2008; 4: 83
 - **Criterio de inclusión:** RN sanos de 36 o mas SEG, sanos a las 6-8 semanas que presenten preferencia postural de la cabeza con o sin PP asociada.(400 pctes)
 - **PP:** mantenimiento de rotación cervical a der. o izq., durante las tres cuartas partes del tiempo de observación (15 min) con el pcte en supino (elegibles 68/ 65 aceptaron)
 - **Criterio de exclusión:** TCM, dimorfismos y síndromes.
 - **Intervención:** **GI:** recibió 8 sesiones de FT entre 6 sem y 6 meses de edad o hasta corregir hábito postural; **GC:** folleto con medidas preventivas

PP

■ GI

- Ejercicios y estímulos para el desarrollo motor (manejo y cuidados, juegos en prono durante períodos de vigilia)
- Formación a los padres sobre causas de plagiocefalia y como contrarrestarla

Resultados

GI 55%

6 meses: 30%

12 meses: 23%

GC 63

6 meses: 56%

12 meses: 56%

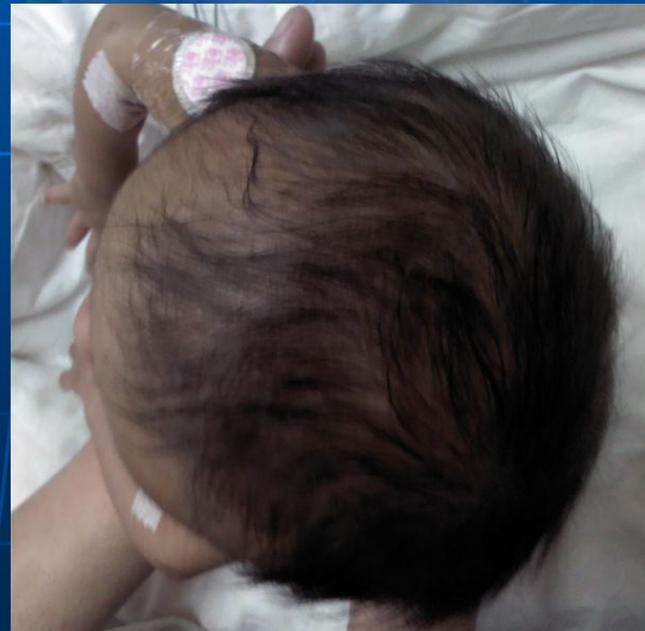
PP



7 de Marzo



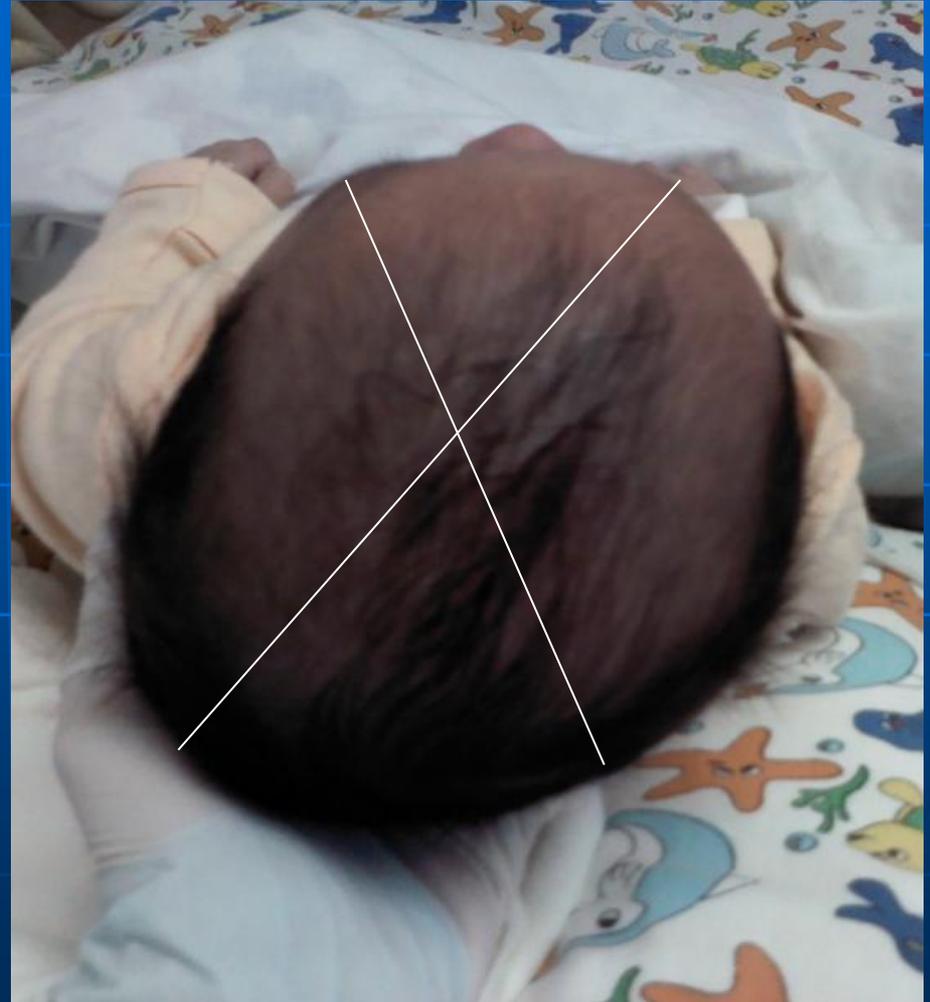
1 de Abril



PP

- 33 SEG
- EC: 3m 18d
- ECC: 2m
- PN: 1750gr

- IAC
- CD – AB
- 19mm
- PP mod





- **Resumen sobre los factores a tener en cuenta sobre la prevención de la plagiocefalia.**

Medidas preventivas en Neonatología

- Cambios de posición.
- Aumentar tiempo en prono.
- Alternar lado de atención al paciente.
- Alternar lado de visita de Mamá/ Papá al niño.
- Aumentar tiempo en decúbito lateral contrario al que presente deformidad o preferencia postural.
- Rotar incubadoras de las esquinas para disminuir tiempo de exposición a estímulo unilateral.
- Rotar incubadoras en relación a exposición a fuentes de luz.
- Indicar a todo niño estable inicio de estimulación sensoriomotriz.
- Evaluar posibilidad de canguro en niños estables.



Gracias