

# **RELACIÓN ENTRE LA POSICIÓN SUPINA PARA DORMIR DE LOS LACTANTES Y LA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL, CONSIDERACIÓN DE OTROS FACTORES ETIOLÓGICOS. RECOMENDACIONES PARA SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO**

**Dr. F. Carceller Benito. S. de Neurocirugía Pediátrica del Hospital Universitario La Paz. Madrid.**

**Dra. Julia Leal de la Rosa. S. de Pediatría del H. Universitario La Paz. Madrid**

**Miembro del Grupo de Trabajo para el estudio y la prevención de la Muerte Súbita del lactante (GEPMSL) de la Asociación Española de Pediatría (AEP).**

## **INTRODUCCIÓN**

Desde que en el año 1992 la Academia Americana de Pediatría <sup>(1, 3)</sup> recomendó la posición en decúbito supino para prevenir el Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL), su incidencia ha disminuido en todos los países en los que se ha realizado el cambio postural en un 50 %, por tanto es la posición recomendada en la actualidad por las Asociaciones de pediatría de todo el mundo. Sin embargo, existe un efecto colateral negativo muy relacionado con dicha posición, que es la plagiocefalia posicional (del griego: plagio = oblicuo y kephale = cabeza), que consiste en una deformidad craneal producida como consecuencia de la aplicación constante de fuerzas de presión sobre la parte posterior del cráneo, que es muy maleable en los recién nacidos y lactantes.

## ETIOLOGÍA DE LA PLAGIOCEFALIA POSTERIOR <sup>(12)</sup>

### 1. CRANEOSINÓSTOSIS DE SUTURA LAMBDOIDEA (Fig.2)

Cierre precoz de la sutura parieto-occipital (Lambdoidea), uni ó bilateral, que origina deformidad craneal posterior . Su presentación es esporádica no conociéndose en el momento actual factores genéticos asociados. Incidencia: 1/300.000 nacidos vivos

En la Fig.1 se ve un esquema del cráneo normal de un recién nacido con las suturas, lo que nos permite comprender lo que sucede cuando se cierra precozmente alguna de ellas.

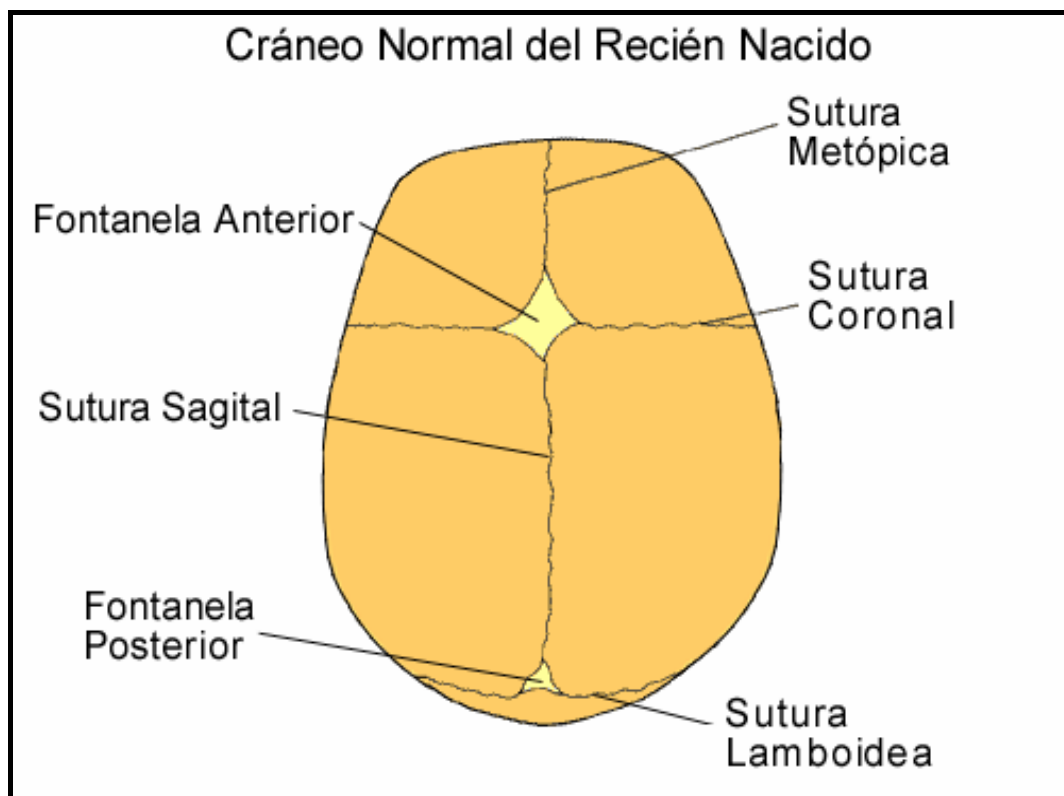


Fig.1



**Fig. 2** Sinóstitosis parcial de sutura lambdoidea. Imagen de TAC tridimensional .

**2. PLAGIOCEFALIA POSICIONAL** Es la causa más común de plagiocefalia. No es provocada por una sinóstitosis de suturas, sino por la presión constante en la parte posterior del cráneo .

**En esta deformidad se consideran una serie de factores causales:**

**A/. Ambiente restrictivo intrauterino**

Debido a niños con cabezas grandes, embarazo múltiple, úteros pequeños o deformados, pelvis pequeñas, exceso o defecto de líquido amniótico, presentaciones de nalgas, incrementos del tono de los músculos de la pared abdominal.

**B/. Tortícolis muscular congénita**

Consiste en un acortamiento asimétrico de los músculos del cuello, principalmente el esternocleidomastoideo, lo que origina una posición lateralizada de la cabeza hacia el lado

del músculo afecto, por lo que el niño se apoya constantemente en la zona occipital ipsilateral,<sup>(9)</sup> produciéndose una plagiocefalia asimétrica.

### **C/. Prematuridad**

La prematuridad por si misma hace que los huesos del cráneo sean más débiles y por lo tanto menos resistentes a las fuerzas moldeadoras externas. Por otra parte son niños que, en ocasiones, permanecen largo tiempo hospitalizados, con un desarrollo psicomotor retardado respecto a los niños de su misma edad cronológica y por tanto con mayor inmovilidad, lo que facilitará la deformidad craneal.

### **D/. Posición supina durante el sueño**

Antes del año 1992 los riesgos principales asociados a la plagiocefalia posicional eran los restrictivos del ambiente uterino y la tortícolis muscular congénita. Después de la recomendación de la Academia Americana de Pediatría<sup>(1)</sup> sobre la posición de decúbito supino durante el sueño, para reducir el síndrome de muerte súbita del lactante, los centros médicos de cirugía craneofacial y Neurocirugía comenzaron a observar un incremento importante de niños con aplanamiento posterior de la cabeza<sup>(4,12)</sup>. Pero este hallazgo debe ser evaluado correctamente, considerando todos los factores que intervienen para tomar las medidas preventivas adecuadas, lo cual minimiza el problema y seguir insistiendo en la posición en decúbito supino para dormir los bebés, que ha permitido disminuir el cuadro de muerte súbita del lactante en torno a un 50% desde el año 1992.

### **E/. OTRAS CAUSAS**

Existen otras hipotéticas causas relacionadas con problemas traumáticos durante el parto, por ejemplo tortícolis secundarias a desgarros de fibras musculares del esternocleidomastoideo u otros músculos del cuello. Igualmente se debe tener en cuenta la posibilidad de traumatismo de los nervios cervicales durante el parto alterando el tono muscular cervical y la motilidad<sup>(9)</sup>.

**Todo ello sin olvidar que los niños mantenidos en la cuna y en la misma posición muchas horas al día, durante los tres primeros meses de vida, suelen desarrollar aplanamientos occipitales muy pronunciados.**

## **DIAGNÓSTICO**

La plagiocefalia posicional puede ser diagnosticada rápida y fácilmente observando la forma de la cabeza. Se debe mirar la cabeza desde el vértex (Fig 2), desde este punto se aprecian bien los aplanamientos occipitales así como la posición de los pabellones auriculares y la asimetría de la facies especialmente la protusión de la región frontal ipsilateral al aplanamiento occipital .

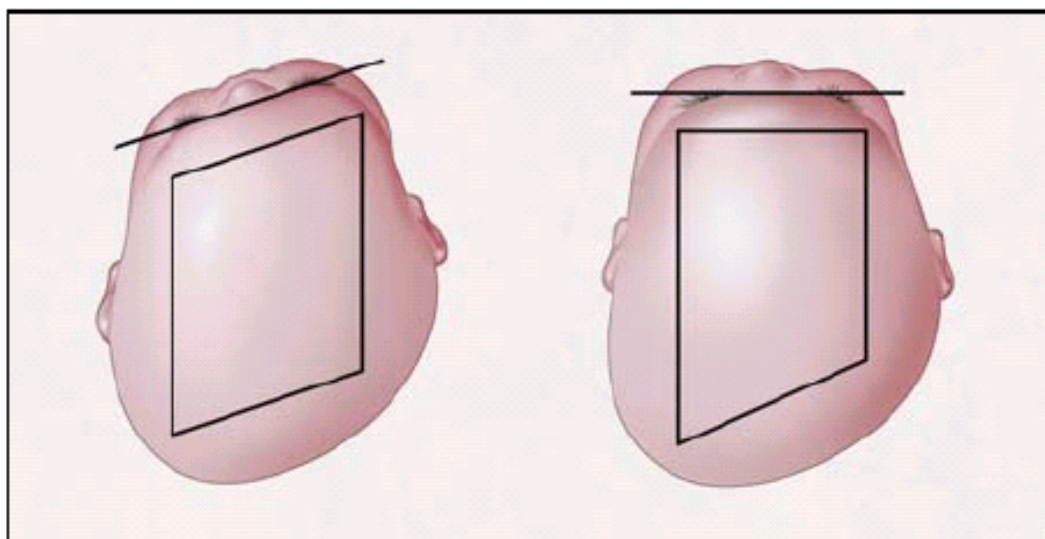


Figura 2. Diferencias de la forma de la cabeza vistas desde el vértex . En la plagiocefalia posicional (Izquierda) se produce una deformidad en forma de paralelogramo. En la sinostosis lambdoidea unilateral (Derecha) se produce una forma trapezoidal de la cabeza.

### **Indicaciones para consultar al S. de Neurocirugía ó cirugía craneofacial:**

1. Si existen dudas en el diagnóstico, en ese caso el neurocirujano será quién indicará, si es necesario, la realización de un estudio con tomografía<sup>(5,7,11)</sup> computarizada tridimensional mediante la cual se comprobará la existencia de una sinóstosis verdadera ó no.
2. Si la deformidad es importante, para que el especialista valore la indicación de alguno de los tratamientos posibles.

### **TRATAMIENTO.**

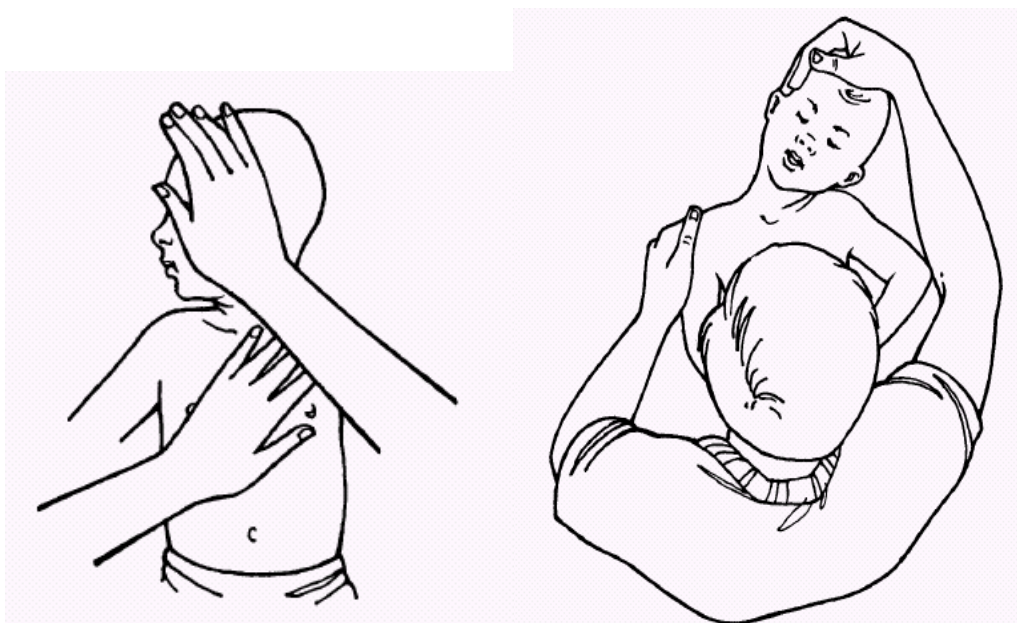
1. Prevención: cambios posturales o posicionales.
2. Ejercicios de estiramiento del cuello (si existe contractura de los músculos).
3. Tratamiento ortésico.
4. Cirugía.

#### **1. CAMBIOS POSTURALES O POSICIONALES:**



- ✓ **5 min. de posición “tummy” varias veces al día durante las primeras 6 semanas de vida**
- ✓ **Cambios frecuentes en la posición de la cabeza en la cuna.**
- ✓ **Posición en decúbito prono, estando despierto, jugando con él y vigilándole.**

## 2. EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO DEL CUELLO:



## 3. TRATAMIENTO ORTÉSICO : craneoplastia ortésica dinámica



#### 4. CIRUGÍA:

No suele ser necesaria si se siguen las recomendaciones anteriores, teniendo su indicación únicamente en los casos de deformidad craneal debida a craneoestenosis por cierre precoz de las suturas craneales o en casos graves no corregidos de plagiocefalia posicional

#### CONCLUSIÓN:

El tratamiento de la plagiocefalia posicional requiere un esfuerzo creciente de los pediatras, orientado a:

- ✚ Realizar diagnósticos precoces
- ✚ Educar a los padres para que tomen parte activa en las medidas de tratamiento conservador.

#### Bibliografía

1. AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS: Positioning and SIDS. **Pediatrics** **89**:1120-1126, 1992
2. Clarren SK, Smith DW, Hanson JW: Helmet treatment for plagiocephaly and congenital muscular torticollis. **J Pediatr** **94**:43-46, 1979
3. Havens DH; Zink RL: The "Back to Sleep" campaign. **J Pediatr Health Care** **8**:240-242, 1994
4. Argenta LC, David LR, Wilson JA, Bell WO. An increase in infant cranial deformity with supine sleeping position. **J Craniofac Surg** **7**:5-11, 1996
5. Huang MHS, Gruss JS, Clarren SK, et al: The different diagnosis of posterior plagiocephaly: true lambdoid synostosis versus positional molding. **Plast Reconstr Surg** **98**:765-774, 1996
6. Pollack IF, Losken HW, Fasick P. Diagnosis and management of posterior plagiocephaly. **Pediatrics** **99**:180-5, 1997



7. Mulliken JB, Vander Woude DL, Hansen M, LaBrie RA, Scott RM. Analysis of posterior plagiocephaly: deformational versus synostotic. **Plast Reconstr Surg** **103**:371-80,1999
8. O'Broin ES, Allcutt D, Earley MJ. Posterior plagiocephaly: proactive conservative management. **Br J Plast Surg**. **52**:18-23,1999
9. Golden KA, Beals SP, Littlefield TR, Pomatto JK. Sternocleidomastoid imbalance versus congenital muscular torticollis: their relationship to positional plagiocephaly. **Cleft Palate Craniofac J** **36**:256-61,1999.
10. Miller RI, Clarren SK. Long-term developmental outcomes in patients with deformational plagiocephaly. **Pediatrics** **105**:E26,2000
11. Teichgraeber JF, Ault JK, Baumgartner J, Waller A, Messersmith M, Gateno J, Bravenec B, Xia J. Deformational posterior plagiocephaly: diagnosis and treatment. **Cleft Palate Craniofac J** **39**:582-6,2002.
12. Peitsch WK, Keefer CH, LaBrie RA, Mulliken JB. Incidence of cranial asymmetry in healthy newborns. **Pediatrics** :110:e72, 2002
13. Persing J, James H, Swanson J, Kattwinkel J;. Prevention and management of positional skull deformities in infants.. **Pediatrics** **112**:199-202, 2003