

Plagiocefalia: todo lo que necesitamos saber. ¿Debemos preocuparnos? Guía rápida para entenderla

Autores: Monjardín Pérez, Lucía (Diplomada en Fisioterapia); Nieto Guerra, Raquel María (Diplomada en Fisioterapia).
Público: Personal sanitario, interés general. **Materia:** Ciencias de la salud. **Idioma:** Español.

Título: Plagiocefalia: todo lo que necesitamos saber. ¿Debemos preocuparnos? Guía rápida para entenderla.

Resumen

Este artículo trata de acercarnos a un tema de gran actualidad, como son las deformidades craneales en los niños pequeños. Pretende ser así una pequeña guía, fácil y accesible para entender qué supone que nuestro bebé padezca alguno de los diferentes tipos existentes y podamos así actuar de forma rápida y segura, para obtener una remisión del problema lo antes posible y, ya de paso, concienciar a todos los que intervienen en el cuidado diario del recién nacido sobre la importancia que tiene un buen manejo postural

Palabras clave: plagiocefalia, ortesis craneal, higiene postural.

Title: Plagiocephaly: all you need to know. Should we worry? A fast guide to understand it.

Abstract

This article deals with a current topic: cranial deformities in young children. Its purpose is to be used as a small, easy and accessible guide to help us understand what it means when our baby suffers from any of the different types. This will enable us to act quickly and safely to get a referral of the problem as soon as possible and thus raise awareness among all those involved in the daily care of the newborn about the importance of good postural management

Keywords: plagiocephaly, cranial orthosis, postural hygiene.

Recibido 2018-05-16; Aceptado 2018-06-06; Publicado 2018-06-25; Código PD: 096076

INTRODUCCIÓN

En el año 1992, la Academia Americana de Pediatría (AAP) implantó la campaña “Back to Sleep” recomendando que los recién nacidos no se colocasen en decúbito prono (boca abajo) para de esta manera evitar el síndrome de muerte súbita, privilegiando así el decúbito supino (boca arriba) durante el sueño. Esto dio lugar a que el número de casos de bebés fallecidos por ese motivo descendiera de manera considerable si bien es cierto que, a raíz de aquello, se produjo un drástico aumento en la aparición de deformidades craneales. En la actualidad, alrededor de un 12% de los nacidos vivos presentará alguno de los diferentes tipos de deformidad que a continuación se detallan.

TIPOS DE DEFORMIDADES CRANEALES

Los principales son:

-Plagiocefalia: aparece un aplanamiento posterolateral. Suele existir un abultamiento como compensación a nivel frontal, homolateral al aplanamiento posterior y la oreja de ese lado puede estar desplazada hacia atrás. Puede observarse una asimetría facial. Es la de mayor incidencia (aproximadamente las tres cuartas partes del total); es por ello que en adelante nos referiremos principalmente a ella.

-Braquicefalia: presenta aplanamiento occipital bilateral o central, marcado abovedamiento craneal y abultamiento frontal.

-Escafocefalia: cabeza estrecha y alargada.

CAUSAS QUE LAS PRODUCEN

Existen diferentes causas, y de muy distinta etiología, que pueden provocar la aparición de plagiocefalia. Entre ellas destacamos las siguientes:

-Causas prenatales:

- Feto demasiado grande y/o espacio intrauterino restrictivo
- Feto encajado en canal pélvico
- Tumoraciones
- Embarazo múltiple
- Bebés prematuros

-Causas postnatales:

- Tortícolis muscular congénita
- Posturas repetidas en el manejo diario del bebé
- Posturales: dormir siempre sobre el mismo lado (plagiocefalia), dormir siempre boca arriba (braquicefalia) o dormir siempre de lado (escafocefalia).

Resulta evidente que estas últimas causas postnatales son perfectamente evitables con una correcta higiene postural del bebé.

QUÉ DEBEMOS HACER SI NUESTRO HIJO ES DIAGNOSTICADO DE PLAGIOCEFALIA

Lo primero que tenemos que hacer es tranquilizarnos. Estamos hablando de una deformidad craneal, sí, pero en principio reversible y fácil de tratar. Además, conviene saber que, aunque pueden existir efectos secundarios o secuelas, lo normal es que éstos remitan o queden como mucho en una pequeña cuestión estética.

Será el pediatra quien nos oriente y nos derive, si lo cree oportuno, al especialista encargado de dirigir nuestros pasos a lo largo del proceso rehabilitador. Seguidamente, será bueno corregir nuestros posibles malos hábitos a la vez que, siempre bajo vigilancia, estimulamos la posición de boca abajo en nuestro bebé.

Sírvanos de muestra una serie de consejos:

Alimentación: evitaremos dar las tomas de biberón cogiendo al bebé siempre del mismo lado; alternaremos pues ambos lados. Cuando el bebé ya realice él solo la toma, debemos asegurarnos de que lo haga con la cabeza centrada. Cuando ya coma por cuchara, le motivaremos acercándosela desde distintos ángulos (izquierda, derecha, centro), alternando también o insistiendo en aquel lado que presente mayor problema.

Hora del sueño: alternar las distintas posturas. Estimular el lado contrario al del aplanamiento, mediante muñecos o juguetes musicales. Si fuera necesario, podemos incluso cambiar la posición de la cuna, por ejemplo, en los casos de tortícolis para que el niño gire la cabeza hacia sus progenitores.

Transporte: en la silla van a pasar mucho tiempo, por ello es recomendable estar siempre pendientes de la postura en la que mantienen su cabeza y buscar siempre la mayor simetría posible ya sea con el uso de cojines, toallas enrolladas, muñecos anti-vuelco, etc.

Tiempo de juego: colocar juguetes que le resulten atractivos a ambos lados o al lado que nos interese si, como dijimos anteriormente, presentara tortícolis. Siempre resulta muy gratificante (para ambos) colocar al recién nacido sobre nuestro pecho, favoreciendo así, de un lado, las rotaciones cervicales y, de otro, el refuerzo de la musculatura espinal. Colocar una almohada o toalla bajo el pecho del bebé, estando éste en decúbito prono para incitarlo a levantar y centrar su cabecita.

Normalmente, en casos no muy graves, los cambios posturales unidos a los ejercicios de fisioterapia son suficientes para corregir la deformidad durante los primeros tres o cuatro meses de vida. Si a pesar de todos nuestros esfuerzos, los parámetros de los distintos diámetros craneales no llegan a encontrarse dentro de los rangos considerados normales, será muy probable que el médico rehabilitador encargado del seguimiento nos recomiende el uso de una ortesis craneal (OC).

ORTESIS CRANEALES

Probablemente, todos hemos visto en algún momento a un bebé en su cochecito llevando lo que parece un casco. Es en realidad, una ortesis craneal. Cada una de ellas, se realiza de manera individualizada, tomando una muestra de la cabeza del bebé para, con ese molde, hacer una ortesis que se adapte perfectamente a sus necesidades. Existen en la actualidad, escáneres capaces de tomar las medidas necesarias en tan sólo un par de segundos. Aun así debemos tener una serie de precauciones. Pueden aparecer irritaciones en la piel que normalmente son debidas a la presión y desaparecen dentro de un tiempo limitado. En cualquier caso, conviene referirlo al técnico ortopédico para el adecuado ajuste del moldeado. También resulta llamativo ver la forma en que la cabecita del bebé comienza a sudar. Nada por lo que alarmarse: conforme vayan pasando los días, su cuerpo conseguirá termorregularse sin problema. Después de un tiempo de adaptación, deberemos conseguir que el casco se mantenga puesto 23 horas diarias y lo llevará al menos durante tres meses pudiendo ser más si el médico lo considera oportuno.

EVIDENCIA CIENTÍFICA

Existen estudios que avalan el buen resultado que el uso de estas ortesis tiene, si bien es cierto, que la no utilización de ellas al final suele representar tan sólo un problema estético. Las asimetrías faciales son más frecuentes en aquellos niños en los que a pesar de presentar una deformidad severa se opta por no utilizar la ortesis craneal con tratamiento principal (1).

En el año 2017, se publicó un estudio con 543 niños menores de 1 año que tenían reeducación postural (RP) o fisioterapia (FT) como primer tratamiento recomendado. De ellos 137, acabaron necesitando ortesis craneal (OC) tras 4-8 semanas sin objetivar mejoría. Al final del tratamiento, las medidas en los diámetros craneales mejoraron en un 36,7%, 33,5% y 15,1% para los pacientes que recibieron OC, RP con FT y con OC y RP con FT, respectivamente. Se comprobó que la edad más temprana en el momento de diagnóstico y el tipo de tratamiento afectan al grado de corrección de la deformidad, si bien es cierto que la mayoría de ellos presentaban plagiocefalia posicional (2).

También es cierto, que la OC ofrece un mejor resultado en plagiocefalias posicionales frente a aquellos que presentan braquicefalia posicional (3).

CONCLUSIÓN:

Aunque la plagiocefalia posicional no es un problema que ponga en peligro la vida del bebé, puede llevar asociada una desfiguración facial y craneal que tal vez llegue a influir negativamente en su bienestar. El resultado de muchos estudios nos lleva a la misma conclusión: se necesita una adecuada educación de los padres o cuidadores para evitar la aparición y progresión de la plagiocefalia. La deformidad leve puede tratarse con protocolos de reeducación postural y fisioterapia. La deformidad severa se corrige, muy posiblemente, de forma más rápida y efectiva con la ortesis craneal (cuando se usa durante el periodo adecuado de la infancia) frente a un tratamiento únicamente postural y de terapia física (4). El elevado coste que aún mantienen las ortesis craneales influye en que, para algunos bebés, esta opción de tratamiento sea rechazada, ya que no en todas las Comunidades Autónomas se percibe una ayuda para su compra.

Bibliografía

- 1.- Head ortesis terapia en posicional plagiocefalia : longitudinal 3D-investigación de resultados a largo plazo, en comparación con los bebés no tratados y con un grupo de control. Kunz F. , Schweitzer T., Große S., Waßmuth N., Stellzig-Eisenhauer A., Böhm H., Meyer-Marcotty P., Linz C. Eur J Orthod. 2018 3 de abril. Doi: 10.1093 / ejo / c jy012.
- 2.- Factores que influyen en los resultados del tratamiento de la plagiocefalia posicional en lactantes: una experiencia de 7 años. Lam S., Pan IW., Strickland BA., Hadley C., Daniels B., Brookshier J., Luerssen TG. J Neurosurg Pediatr. 2017 Mar; 19 (3): 273-281. doi: 10.3171 / 2016.9. PEDS16275. Epub 2017 13 de enero.
- 3.- Terapia de moldeado de casco en el tratamiento de braquicefalia y plagiocefalia. Teichgraeber JF 1 , Seymour-Dempsey K , Baumgartner JE , Xia JJ , Waller AL , Gateño J . J Craniofac Surg. 2004 Jan; 15 (1): 118-23.
- 4.- Diagnóstico y tratamiento de la plagiocefalia deformativa .Robinson S 1 , Proctor M . J Neurosurg Pediatr. 2009 de abril; 3 (4): 284-95. doi: 10.3171 / 2009.1.PEDS08330.