

Importancia de la disposición de las suturas craneales en la rehabilitación de la plagiocefalia infantil

Autor: Sánchez González, Mónica (Fisioterapeuta).

Público: Fisioterapeutas. **Materia:** Área de Investigación. Rehabilitación-Fisioterapia. **Idioma:** Español.

Título: Importancia de la disposición de las suturas craneales en la rehabilitación de la plagiocefalia infantil.

Resumen

La plagiocefalia infantil es la deformación craneal, causada tanto por la fase de expulsivo del parto como por un mal crecimiento del cráneo en el niño. Se suele dar en los seis primeros meses de vida, y con un diagnóstico y tratamiento precoz, en la mayoría de los casos es una patología de buen pronóstico. Para ello es necesario un buen conocimiento de toda la disposición de las suturas craneales.

Palabras clave: Plagiocefalia, Suturas, Patología, Infantil.

Title: Importance of the provision of cranial sutures in the rehabilitation of infantile plagiocephaly.

Abstract

Infantile plagiocephaly is the cranial deformation, caused both by the expulsive phase of childbirth and by a bad growth of the skull in the child. It usually occurs in the first six months of life, and with early diagnosis and treatment, in most cases it is a pathology with good prognosis. This requires a good knowledge of the entire disposition of the cranial sutures. Currently there are many risk factors that can cause this pathology.

Keywords: Plagiocephaly, Sutures, Pathology, Infant.

Recibido 2018-06-08; Aceptado 2018-06-26; Publicado 2018-07-25; Código PD: 097029

INTRODUCCIÓN.

La plagiocefalia infantil es la deformación craneal, causada tanto por la fase de expulsivo del parto como por un mal crecimiento del cráneo en el niño.^{1,2} Se suele dar en los seis primeros meses de vida, y con un diagnóstico y tratamiento precoz, en la mayoría de los casos es una patología de buen pronóstico. Para ello es necesario un buen conocimiento de toda la disposición de las suturas craneales.^{1,3,4}

No obstante, dentro de esta patología encontramos una serie de factores de riesgo que hacen que el bebé sea más propenso a padecerla, como son: sexo masculino, prematuridad, partos instrumentados, disminuidos psíquicos, nacidos de partos múltiples o bebés que se encuentran a cargo de terceras personas.^{1,5,6}

RECUERDO ANATÓMICO DE LAS SUTURAS CRANEALES.

El cráneo de un recién nacido se encuentra formado por 6 piezas craneales (frontal, occipital, dos parietales y dos temporales) que están unidos por tejidos blandos y flexibles denominados suturas. Los espacios entre los huecos permanecen unos meses sin cerrar y son denominados fontanelas o puntos blandos.^{4,6,7}

Por norma general en el cráneo de un recién nacido podemos encontrar dos fontanelas, una superior, en el centro de la cabeza, también denominada fontanela anterior, cuya huesos se fusionan entre los 9 y 18 meses; y otra en la parte posterior de la cabeza, llamada fontanela posterior, que se cierra antes de los dos primeros meses de vida.^{1,8}

La necesidad de la presencia de las suturas y fontanelas es primordial ya que son indispensables para el crecimiento y el desarrollo del cerebro del niño.^{5,9,10,11} Durante el parto estas fibras son flexibles, por lo que permiten que los huesos se superpongan permitiendo pasar la cabeza del bebé a través del canal de parto.^{3,11,12}

Con el paso del tiempo, las fontanelas se van cerrando creando cuatro suturas, las cuales son las siguientes:

- Sutura sagital: es la unión entre los huesos parietales que forma la línea media en el plano sagital del cuerpo.
- Sutura coronal: es la zona de unión del hueso frontal y los parietales izquierdo y derecho.

- Sutura escamosa: es la unión entre el hueso temporal y parietal, tanto en el lado derecho como en el izquierdo. También es conocida como sutura temporo-parietal.
- Sutura lamboidea: es la que forma el occipital con los dos huesos parietales. ^{2,8,10,12}

REHABILITACIÓN EN LA PLAGIOCEFALIA INFANTIL

La exploración debe de realizarse con el bebé en decúbito supino, y se puede dividir en tres fases:

- Palpación de la base del cráneo. Se colocan las manos debajo de la cabeza, sujetándola, y se recorre toda la base craneal de derecha a izquierda y viceversa para apreciar todos los rebordes óseos.
- Palpación de la base de la cabeza y el cuello. Una mano se ubica en el cuello y la otra en la base craneal. A parte de realizar la palpación como en la anterior situación se puede aprovechar para evaluar la movilidad articular del cuello.
- Palpación de las zonas abombadas. Se coloca una mano sobre el abombamiento y otra en el lado contrario. Se puede realizar una escucha para observar si hay algún tipo de movimiento o unas leves presiones controladas. ^{2,4,9,11,12}

Actualmente existen un gran número de técnicas para el tratamiento de la patología pero se ha de determinar la realización de una u otra en función del estado y de la evolución del mismo. ^{1,5,7,11}

Cuando se trata de una plagiocefalia leve, lo mejor es el inicio temprano del tratamiento, con ejercicios de estiramiento de los músculos esternocleidomastoideo y trapecio. Se pueden combinar con cinesiterapia pasiva de la cervical y con ejercicios de estímulos visuales para que el lactante realice movimientos de toda la columna cervical. ^{2,4,5,8,11} Otra técnica con la que se obtienen grandes resultados es el juego con los reflejos posturales del niño, ya que de manera inconsciente e involuntaria va a ejecutar movimientos complejos. ^{1,5,7,8,9,12}

En el caso de la plagiocefalia moderada, a lo anterior cabe sumarle las presiones suaves y mantenidas en las zonas de abombamiento para la corrección de las deformidades. ^{5,8,10} Ésto se puede combinar con la osteopatía craneal infantil, en la que se trata de movilizar los huesos craneales para que se ubiquen en la posición correcta a través de ligeros estímulos manuales. ^{2,6,8,10,12}

Finalmente, se aconseja el uso de cascos en los casos en los que exista una plagiocefalia moderada o grave, cuando previamente el tratamiento de fisioterapia no hubiera surgido efecto alguno. ^{1,4,7}

PAUTAS DE TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

Se debe de instruir a los padres en unas correctas medidas de higiene postural y de profilaxis para la plagiocefalia postural benigna, tanto a modo de prevención como de tratamiento para evitar la progresión de la patología. ^{5,8, 12} Las pautas de tratamiento domiciliario más importantes son las siguientes:

- Cambios posturales cada tres horas, es aconsejable ir modificando la posición del niño para que no realice la presión del apoyo siempre en a misma zona.
- Estiramientos del esternocleidomastoideo, en cada cambio de pañal.
- Estiramientos del trapecio, tres veces al día.
- Cambio de ubicación de la cuna, ya que el niño mira hacia donde escucha ruido.
- Evitar sillas con cabezal muy ajustado para que no ejerza presión sobre el cráneo.
- Coger al niño en brazos el máximo de tiempo posible para que no realice apoyo craneal y aumente la deformidad.
- Colocar al bebe al menos una hora diaria en decúbito prono sobre una superficie rígida, siempre bajo supervisión, y realizar estímulos para un fortalecimiento de la musculatura de la región posterior del cuello
- Alimentar al bebé por el lado hacia el que le resulte más complicado realizar la rotación cervical.

- Realizar actividades o juegos que obliguen al niño a mantener la cabeza girada hacia el lado afecto, o levantada. Para ello se puede emplear juguetes ya conocidos por el niño junto con familiares que el bebé reconozca. ^{1,3,4,7,9,11,12}

Bibliografía

1. Argenta LC, David LR, Wilson JA, Bell WO. An increase in infant cranial deformity with supine sleeping position. *J Craniofac Surg*. 1996; 7: 5-11.
2. Obert M, Schulte-Geers C, Schilling RL, Harth S, Kläver M, Traupe H, Ramsthaler F, Verhoff MA. High-resolution flat-panel volumetric CT images show no correlation between human age and sagittal suture obliteration-Independent of sex. *Forensic Science International*. 2010;180.e1-180e.12
3. Carceller Benito F, Leal de la Rosa J. 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. Grupo de Trabajo para el Estudio y la Prevención de la Muerte Súbita del lactante (GEPMSL) de la Asociación Española de Pediatría (AEP). 2004
4. Teichgraber JF, Ault JK, Baumgartner J, Waller A, Messersmith M, Gateno J, et al. Deformational posterior plagiocephaly: diagnosis and treatment. *Cleft Palate Craniofac J*. 2002; 39: 582-6.
5. Tuna, J., Goldstein, R.: Sonographic Visualization of Neonatal Posterior Fossa Abnormalities Through the Posterolateral Fontanelle. *AJR* 2000; 174: 561-567
6. Howells WW. Cranial variation in man. *Peabody Museum Papers*. 1973; 67, 1-259.
7. Panchal J, Amirsheibany H, Gurwitsch R, Cook V, Francel P, Neas B, Levine N. Neurodevelopment in children with single suture craniosynostosis and plagiocephaly without synostosis. *Plast Reconstr Surg* 2001; 108:1492-99.
8. Testut, L., Latarjet, A.: Cabeza ósea. Desarrollo general del cráneo. En: *Tratado de Anatomía Humana*. Barcelona; Ed. Salvat Editores S.A., 1954; pp. 210-213.
9. Horky, J.K., Chaloupka, J.C., Putman, C.M.: Occult Spontaneous Lateral Temporal Meningo-encephalocele: MR Findings of a Rare Developmental Anomaly. *AJNR* 1997; 18: 744-746
10. Rouvière, H., Delmas, A.: Desarrollo del Cráneo. Fontanelas. En: *Anatomía Humana. Descriptiva, Topográfica y Funcional*. Tomo 1, Esqueleto de la Cabeza y Cuello. Barcelona; Ed. Masson, 2005; pp. 89-90.
11. Viscosky AM, Johnson J, Bingea B, Gurney T, Lalwani AK. Otolaryngological manifestation of cleidocranial dysplasia, concentrating on audio-logical findings. *Laryngoscope*. 2003;113;1508-14.
12. Cohen M. Pfeiffer syndrome update, clinical subtypes, and guidelines for differential diagnosis. *Am J Med Gen* 1993; 45:300-7.