
Plagiocefalia sin sinóstosis y posición durante el sueño

Alberto Panero López*
Ángel Hernández Merino*
M^a Jesús Dorado de Regil*
César García Pérez**

*Pediatras

**Ats/Due

Centro de Salud Dr. Granero Vicedo. Alcorcón, Madrid

Resumen

En los últimos años hemos apreciado un incremento notable en la aparición de deformidades craneales en lactantes sanos, que pueden ser achacables a la posición durante el sueño. Se realiza un estudio prospectivo a lo largo de cuatro años en una consulta pediátrica de Atención Primaria para verificar este hecho. La incidencia fue del 11.8% de los recién nacidos vistos en este período, la edad media al diagnóstico fue de 2.6 meses y la resolución se produjo a los 11.4 meses por término medio.

Concluimos que la plagiocefalia sin sinóstosis es un fenómeno relativamente frecuente si se extrema la atención en su detección precoz en los primeros meses de vida y que sería útil aconsejar cambios posicionales frecuentes en los lactantes que tengan tendencia a desviar la cabeza hacia un determinado lado durante el sueño.

Palabras clave: Plagiocefalia, asimetría craneal, posición durante el sueño.

Abstract

We have noticed an increase in cranial deformities in healthy toddlers the last few years, probably due to sleeping position. A four years prospective study has been made in a consulting room of primary pediatric care. The frequency of plagiocephaly without sinostosis was 11.8% among newborn babies we have seen in this period, mean timing of initial diagnosis was 2.6 months and resolution occurred at 11.4 months.

These findings suggest that this deformitie has a moderate frequency if its detection is carefully attempted and that positional changes should be recommended in babies who tend to rest their head always on one side.

Key Words: Plagiocephaly, cranial asymmetry, sleeping position.

Introducción

La asimetría craneal o plagiocefalia es una deformidad que se detecta en los

primeros meses de vida. Su origen puede deberse a un cierre prematuro de la sutura coronal, en el caso de la plagio-

cefalia anterior, o de la sutura lambdoidea, en la plagiocefalia posterior u occipital. También puede ser de origen exclusivamente posicional, al mantener el lactante la cabeza apoyada en una determinada posición de forma persistente o por compresión intrauterina, en cuyo caso hablaríamos de plagiocefalia sin sinóstosis o moldeamiento craneal¹.

La plagiocefalia sinostótica puede verse en 0.5 a 1 de cada 1.000 lactantes, en tanto que la debida a moldeamiento posicional sin sinóstosis tiene una incidencia de, al menos, 1 de cada 300².

En la plagiocefalia posterior verdadera y en el aplanamiento occipital posicional

se va a producir un desplazamiento adelante y abajo del pabellón auditivo y una protrusión frontal ipsilaterales, aplanamiento frontal contralateral y asimetría facial³ (Figura 1).

Parece que la posición del niño durante el sueño va a determinar este moldeamiento craneal en la mayoría de los casos sin sinóstosis⁴. Incluso se ha descrito el llamado "síndrome del niño moldeado", consistente en plagiocefalia, oblicuidad pélvica, escoliosis, tortícolis y orejas despegadas⁵. Además de la preferencia posicional del lactante, también se asociarán con la aparición de plagiocefalia sin sinóstosis la existencia de tor-

Figura 1. *Plagiocefalia postural occipital en lactante de 4 meses. Se aprecia el aplanamiento occipital unilateral con desplazamiento de pabellón auricular y prominencia frontal ipsilaterales.*



tícolis congénito, la prematuridad y el retraso del crecimiento⁶.

Desde que la Academia Americana de Pediatría recomendó en 1992 la posición en decúbito supino durante el sueño para evitar la muerte súbita del lactante, se ha descrito un aumento en la incidencia de derivaciones por plagiocefalia a centros especializados; aunque se trataría en la mayoría de los casos de moldeamientos craneales posicionales^{2,3,7}.

La finalidad de este estudio es llamar la atención sobre el incremento de este problema, valorar su evolución y resaltar la importancia de la correcta orientación del diagnóstico hacia un origen sinostótico o posicional, puesto que en el primer caso el tratamiento será siempre quirúrgico antes de los seis meses y en el segundo se puede esperar y valorar la evolución con cambios exclusivamente posturales.

Material y métodos

Se realiza un estudio prospectivo de los recién nacidos en una consulta de Atención Primaria a lo largo de 4 años (1995-1998). La detección de la deformidad craneal se produce habitualmente en los controles del niño sano y se realiza su seguimiento hasta que desaparece por completo o, al menos, hasta que la deformidad es inapreciable a simple vista. Se incluyó en el estudio a

aquellos niños que presentaron una asimetría craneal de forma romboidal, con aplanamiento occipital y prominencia frontal ipsilateral, desplazamiento adelante y abajo del pabellón auricular del mismo lado, así como aplanamiento frontal y descenso de la ceja contralateral. Sólo se realizó radiografía de cráneo en tres casos, debido a la magnitud de la deformidad que presentaban, y uno de ellos fue derivado a un Servicio de Neurocirugía en el que se realizó una TAC que confirmó el diagnóstico de plagiocefalia sin sinóstosis (Figura 2).

El estudio estadístico se ha hecho calculando media, desviación típica y error estándar en las variables cuantitativas; mientras en las cualitativas se ha obtenido la frecuencia porcentual absoluta. La comparación de medias se ha hecho mediante la t de Student, con corrección de Welch si la variable no era homogénea. La existencia de relación lineal entre dos variables numéricas se ha confirmado con el coeficiente de correlación. La asociación entre variables cualitativas se determinó mediante la prueba de CHI², o mediante la prueba exacta de Fisher en las tablas de 2x2.

Resultados

Durante el período de estudio se detectaron 22 casos de un total de 186 re-

cién nacidos, lo que da una incidencia de 11.8%. De ellos 10 fueron varones y 12 mujeres. No hubo antecedentes familiares de interés, ni durante el embarazo, y todos fueron recién nacidos a término. Tan sólo en dos casos se produjo una distocia de parto, resuelta con fórceps en uno y cesárea en el otro. En el período neonatal no se produjeron patologías graves; aunque en cuatro casos (18%) se detectó tortícolis congénito y en tres caderas inestables, una de las cuales se asociaba a tortícolis y otra con fractura de clavícula.

La edad media a la que se diagnosticó el problema fue de 2.6 ± 1.2 (M \pm DS)

meses con un rango entre 1 y 6 meses. El 73% dormía en posición de decúbito supino y el 27% en decúbito lateral, ninguno lo hacía en prono. La mitad de los casos, 11 niños, tenía tendencia a desviar la cabeza a la derecha al estar acostado y los demás la desviaban a la izquierda; por esta razón el 50% mostraban un aplanamiento occipital y prominencia frontal derechos y el otro 50% presentaba el moldeamiento en el lado izquierdo. No se detectó escoliosis en ningún caso. La resolución de la deformidad se produjo como promedio a las 11.4 ± 5.4 (M \pm DS) meses, con un rango amplio entre los 4 y los 27 meses.

Figura 2. Radiografía simple de cráneo en la que se aprecian suturas lambdoideas bien definidas y sin signos de sinóstosis, a pesar de la deformidad craneal.



No se ha encontrado asociación significativa entre la presencia de tortícolis y el retraso en la resolución de la deformidad, ni entre ésta última y la posición en decúbito prono o lateral durante el sueño. Tampoco se observa correlación entre la edad de detección de la deformidad y el tiempo que tardó en resolverse, ni entre este último parámetro y el tamaño de la fontanela mayor al diagnóstico.

Discusión

La observación de un incremento en las deformidades craneales de los recién nacidos sanos controlados en una consulta pediátrica de Atención Primaria en los últimos años, fue el inductor para iniciar una búsqueda precoz de dicha alteración y valorar cuidadosamente su seguimiento. Este hecho ha sido comprobado por algunos autores, como ya hemos mencionado^{2,3,7,9}, desde que se aconseja a los lactantes dormir en decúbito supino o lateral.

La plagiocefalia sinostótica verdadera es un proceso de consecuencias graves, no sólo estéticas, sino también neurológicas y oftalmológicas¹⁰, por lo que precisará un tratamiento quirúrgico precoz. Su origen podría estar en una alteración del metabolismo celular de los osteoblastos localizados en la sutura afec-

tada¹¹. Por el contrario, la plagiocefalia postural no sinostótica tiene una clara tendencia a la corrección espontánea durante la infancia, precisando sólo observación o medidas conservadoras¹².

Ninguno de nuestros pacientes presentó una plagiocefalia sinostótica verdadera, pero hemos encontrado una elevada incidencia de moldeamiento craneal (11.8%), comparada con otros autores²; por tanto, una cuidadosa observación evitaría que los casos más leves pasaran desapercibidos. Parece indudable que este proceso está asociado a la posición durante el sueño, llegando a describirse casos en los que, incluso, se producen deformidades torácicas¹³.

Casi tres cuartas partes de estos niños (73%) dormían en decúbito supino, sin predominio de desviación hacia uno u otro lado; aun cuando, algunos autores refieren predominio de desviación a la derecha¹⁴.

El aplanamiento parece comenzar hacia los 2 meses⁷, detectándose alrededor del 6º mes¹⁵; aunque en nuestra serie el diagnóstico es más precoz, produciéndose como promedio a los 2.6 meses, sin diferencias entre ambos sexos. La presencia de tortícolis congénita en sólo el 18% de los casos, sugeriría que hay una tendencia innata en cada individuo a desviar la cabeza hacia uno u otro la-

do de forma permanente, o quizá influya también algún factor externo, como la situación de la cuna en relación a la cama de los padres. En cualquier caso, su presencia no influyó en la evolución del proceso. No se detectaron escoliosis ni otras deformidades torácicas en ningún paciente.

La deformidad se resolvió espontáneamente durante el duodécimo mes de vida como promedio, con un rango amplio entre 4 y 27 meses, sin relacionarse la velocidad de resolución con la edad al diagnóstico, la intensidad de la deformidad, ni con ningún otro parámetro. Si la resolución no se produce espontáneamente o es muy lenta, puede ser precisa la derivación a un centro especializado para realizar una corrección ortopédica mediante un casco corrector^{6,15}.

Clínicamente el diagnóstico diferencial entre ambas formas de plagiocefalia es difícil, pero hay que destacar que en la forma sinostótica se puede palpar un resalte a lo largo de la sutura afectada. La radiografía simple de cráneo es poco útil

en el diagnóstico, aunque cuando hay sinostosis puede verse estrechamiento de la sutura afectada y esclerosis perisutural; por tanto, en algunas ocasiones es imprescindible recurrir a la tomografía computarizada para confirmarlo¹⁴. Ante pequeñas deformidades, será la evolución frente a los cambios posturales la que nos va a diferenciar la forma benigna de la progresiva, que precisaría tratamiento quirúrgico precoz.

Podemos concluir que la plagiocefalia de origen postural es relativamente frecuente desde que se aconseja la posición supina para el sueño del lactante, puede diagnosticarse precozmente en los primeros meses de vida y su evolución hacia la resolución es rápida con cambios posturales frecuentes. Por lo tanto, sería conveniente aconsejar cambios posturales frecuentes a los padres de todos los lactantes sanos y, sobre todo, a los de aquellos que tengan una tendencia marcada a la desviación de la cabeza, aunque sigan durmiendo en decúbito supino o lateral.

Bibliografía

1. Kane A, Mitchell L, Craven K, Marsh J. *Observations on a recent increase in plagiocephaly without synostosis*. Pediatrics 1996; 97: 877-885.
2. Turk A, McCarthy J, Thorne Ch, Wisoff J. *The "back to sleep campaign" and deformational plagiocephaly: is there cause for concern?* J Craniofac Surg 1996; 7: 12-18.
3. Argenta L, David L, Wilson J, Bell W. *An increase in infant cranial deformity with supine sleeping position*. J Craniofac Surg 1996; 7: 5-11.
4. Huang Ch, Cheng H, Lin W, Liou J, Chen Y. *Skull morphology affected by different sleep positions in infancy*. Cleft Palate Craniofac J 1995; 32: 413-419.
5. Good C, Walker G. *Moulded baby syndrome and unilateral "tight" hips*. Br Med J 1983; 287: 1675-1676.
6. Pollack IF, Losken HW, Fasick P. *Diagnosis and management of posterior plagiocephaly*. Pediatrics 1997; 99: 180-185.
7. Hunt CE, Puczynski MS. *¿Provoca cabezas asimétricas dormir en decúbito supino?* Pediatrics (ed. esp.) 1996; 42: 9-10.
8. Denis D, Genitori L, Bolufer A, Lena G, Saracco JB, Choux M. *Refractive error and ocular motility in plagiocephaly*. Child Nerv Syst 1994; 10: 210-216.
9. González de Dios J, Moya M, Jiménez L, Alcalá-Santaella R, Carratalá F. *Incremento en la incidencia de plagiocefalia occipital*. Rev Neurol 1998; 27: 782-784.
10. Diamond GR, Katowitz JA, Whitaker LA et al. *Ocular and adnexal complications of unilateral advancement for plagiocephaly*. Arch Ophthalmol 1987; 105: 381-385
11. Pensler JM, Ledesma DF, Hijjawi J, Radosevich JA. *Plagiocephaly: premature unilateral closure of the coronal suture, a potentially localized disorder of cellular metabolism*. Ann Plastic Surg 1994; 32: 160-165.
12. Hansen M, Mulliken JB. *Frontal plagiocephaly. Diagnosis and treatment*. Clin Plastic Surg 1994; 21: 543-553.
13. Pastor Gómez AM, García-Tornel S. *Posición para dormir y deformidades por compresión. Alerta a los pediatras extrahospitalarios*. An Esp Pediatr 1997, 46: 313-314.
14. Mulliken JB, Van der Woude DL, Hausen M, La Brie RA, Scott RM. *Analysis of posterior plagiocephaly: deformational versus synostotic*. Plast Reconstr Surg 1999; 103: 371-380.
15. Littlefield TR, Beals SP, Manwaring KH, Pomatto JK, Joganic EF, Golden KA, Ripley CE. *Treatment of craniofacial asymmetry with dynamic orthotic cranio-plasty* J Craniofac Surg. 1998; 9: 11-17.