

DEFORMIDADES EN LA CABEZA DEL BEBÉ

SANTIAGO GARCÍA-TORNEL FLORENSA

Sant Joan de Déu. Servicio de Pediatría.

DAVID VERDE SÁNCHEZ

Infocefalia. Think Pipe Line SLU.

El cráneo de un bebé está formado por seis huesos craneales separados (el hueso frontal, el occipital, dos huesos parietales y dos huesos temporales). Estos huesos se mantienen unidos por tejidos elásticos,

fibrosos y fuertes denominados suturas craneales. Durante el crecimiento estas suturas se fusionan hasta cerrarse por completo entre los 12 y 18 meses. Si las suturas y fontanelas se fusionan antes de tiempo, el cráneo no permitiría el crecimiento del cerebro provocando lesiones graves del sistema nervioso central.

En 1992, la Academia Americana de Pediatría lanzó la campaña *Back to Sleep* para la prevención de la muerte súbita del lactante, con la recomendación de poner a los bebés a dormir tumbados boca arriba. Esta recomendación ha resultado eficaz para la prevención de la muerte súbita, que se ha reducido en un 40%. Pero, como consecuencia negativa, ha generado un aumento considerable de los casos de plagiocefalia postural o deformación del cráneo debido a la postura.

La plagiocefalia postural se suele iniciar en el primer trimestre de vida, cuando el bebé aún no ha adquirido el control de la cabeza y permanece colocado continuamente en la misma posición, sin medidas preventivas. A partir del tercer o cuatro mes, el bebé inicia el control de la cabeza, y luego del tronco, con lo que puede cambiar de posición por sí mismo y evitar la presión continuada sobre su cabeza. Luego empieza a ser capaz de ponerse de pie y a caminar (bipedestación y deambulación), de manera que cada vez pasa menos tiempo apoyando la cabeza y la deformidad se detiene o mejora.

CASO CLÍNICO

Lactante de tres meses de edad al que la madre ha observado, desde hace dos semanas, un aplanamiento progresivo de la parte posterior de la cabeza. Desde su nacimiento, se le coloca en posición de decúbito supino en la cuna cuando duerme, siguiendo las recomendaciones para la prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante que recibió la madre en la maternidad y, posteriormente, en la consulta de pediatría al realizar los controles del programa de salud infantil. Ha consultado también a su farmacéutico de confianza, quien le recomienda consultar al pediatra al considerar el hecho una anomalía. El pediatra aclara que esta deformación puede deberse a la presión continuada de esa zona de la cabeza al mantenerse el niño muchas horas en la misma posición. Le recomienda que, al acostarlo, cambie alternativamente la posición de la cabeza y que coloque al niño en decúbito prono cuando esté despierto, varias veces al día. Le insiste en que, con estas medidas, esta deformación suele corregirse al cabo de varias semanas. Sin embargo, la madre se queda intranquila ya que el hijo de una amiga suya presentó el mismo problema y lo derivaron a un especialista que «le colocó un casco» y tiene el temor de que «si no le ponemos ahora el casco, la cabeza no le quedará bien». El pediatra reitera que, dada la corta edad del niño, las medidas que le ha indicado son eficaces en la mayoría de los casos para resolver la deformidad del niño y que sólo en caso de falta de respuesta a éstas tras un período de tratamiento de 6-8 semanas, se contemplaría la opción de la ortesis craneal. Le insiste, de nuevo, en ser persistente en las medidas que le indicó en la primera visita, recomendándole un cojín especial para repartir la presión de la cabeza de forma uniforme cuando esté echado boca arriba. La evolución es satisfactoria con una resolución progresiva de la deformidad.

CONCEPTO

La deformidad craneal es una alteración en el crecimiento de la cabeza del bebé debida a presiones externas y a unos huesos craneales blandos con un rápido crecimiento. Las deformidades craneales posicionales pueden producirse en el útero o durante los primeros meses de vida.

Estas deformidades afectan un 10% de los niños y va en aumento en aquellos países en los que se desaconseja la po-

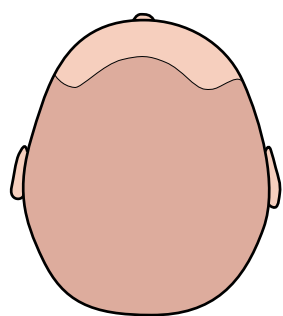


Fig. 1. Normal

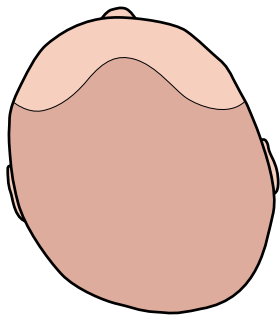


Fig. 2. Plagiocefalia

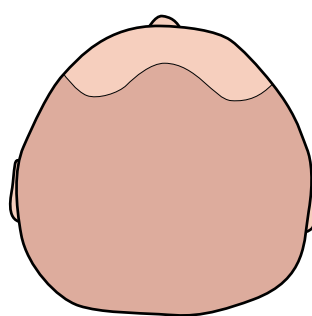


Fig. 3. Braquicefalia

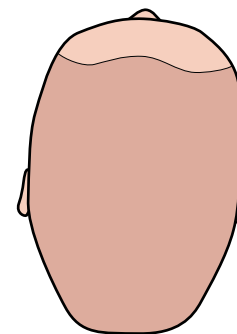


Fig. 4. Dolicocefalia

sición en decúbito prono (es decir, dormir boca abajo) de los lactantes para evitar uno de los factores de riesgo implicados en el síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL). Pueden presentarse varios tipos de deformidades, según la zona donde el bebé prefiera apoyar la cabeza, como se observa en las figuras 1 a 4 y, en muchas ocasiones, la alteración aparece en el lado en que duerme el bebé mirando a su madre duran-

te la noche. De todas las deformidades, la plagiocefalia es la mas común, ya que puede superar el 80% de prevalencia según algunos estudios.

Existe otro tipo de deformidad craneal en la cual la cabeza se modela de manera parecida, pero es mucho menos frecuente (1:33.000). Se llama craneosinostosis y se refiere a una unión precoz de las suturas craneales. Normalmente, esta soldadura precoz empieza a formarse intraútero pero sólo se manifiesta exteriormente durante los primeros meses de vida. Puede causar deformidades craneales similares a la plagiocefalia. La distinción fundamental en la configuración de la deformidad entre ambas, siempre y cuando observemos el cráneo desde la perspectiva cenital (a vista de pájaro) es que en la plagiocefalia se observa una deformación de tipo paralelogramo, con hundimiento en la zona occipital y abultamiento en la zona frontal del mismo lado, arrastrando con ella a la oreja. En el caso de la sinostosis lambdoidea, la deformación es de tipo trapezoidal, el frontal contrario se abulta y la oreja retrocede. Estos casos requieren tratamiento quirúrgico para reabrir la sutura soldada y evitar la compresión del cerebro.

Para evaluar y controlar la evolución de estos pacientes se mide el grado de la deformidad por medio de un compás especial (craneómetro), con el que se puede determinar el índice craneal, que es la distancia biparietal máxima (anchura de la cabeza), dividida entre la distancia anterior posterior (desde la frente al punto occipital máximo). Se acepta un valor de 80% como normal. El índice de plagiocefalia se obtiene midiendo las dos diagonales desde las eminencias frontales hasta la diagonal más larga por un lado, y su diagonal simétrica en el lado aplastado, considerándose una plagiocefalia moderada entre 10 mm y 20 mm, y una grave, a partir de 20 mm (figs. 5 y 6).

PREVENCIÓN

En los últimos meses se están lanzando varias campañas de prevención dirigidas a pediatras y enfermeras pediátricas, que hacen hincapié en la necesidad de informar a los padres

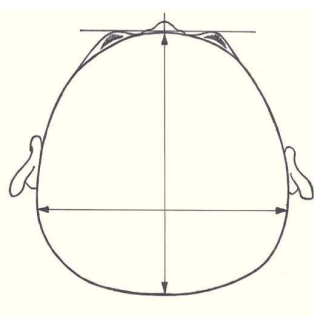


Fig. 5. Medida del índice craneal

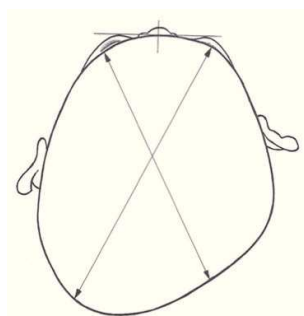


Fig. 6. Índice de plagiocefalia

ÍNDICE CEFALOMÉTRICO

Distancia hiparietal x 100
 Distancia anteo-posterior

Dolicocefalia severa	< 60
Dolicocefalia moderada	60-69
Dolicocefalia leve	70-75
Normal	76-74
Braquiofalia leve	85-90
Braquiofalia moderada	91-100
Braquiofalia severa	> 100

sobre las medidas preventivas posturales necesarias para evitar las deformidades craneales. Estas campañas deberían hacerse extensivas a todas las figuras relacionadas con el bebé y su cuidado, como familiares, cuidadores y personal de las guarderías, y también al farmacéutico.

Estas medidas incluyen:

- A partir del primer mes, mientras esté despierto y vigilado, se deberá colocar al bebé, a ratos, apoyado sobre su abdomen (es lo que en inglés se conoce como *tummy time*). De esta manera se descargará el cráneo de la presión gravitatoria continuada, fortaleciendo además los músculos del cuello y la columna y preparándolos para gatear. Es muy probable que, desde el principio, al niño no le guste y llore, pero poco a poco se acostumbrará y será un buen momento para el juego y la creación de vínculos con padres y cuidadores.
- Resultará muy útil para mejorar el control cefálico colocarle entre el pecho y el suelo una toalla enrollada, una almohada o incluso la pierna de los padres o cuidadores.
- A partir del tercer mes, colocando enfrente un espejo y juguetes sonoros y luminosos se favorecerá el mantenimiento de la posición, estimulando el ejercicio de sus sentidos.
- A cualquier edad, deberán promocionarse los juegos que eviten el decúbito supino. Por ejemplo, poniéndolo en decúbito prono sobre la barriga o las rodillas de los padres, se le puede hacer «volar como en Superman», etc. En síntesis, buscar cualquier recurso, a la libre imaginación de los padres, que consiga que, divirtiéndose con su hijo, libere el cráneo de presiones externas.
- En las sillitas de paseo tendrá que evitar que la cabeza permanezca lateralizada durante períodos prolongados. Los portabebés pueden ser una buena opción. El niño deberá colocarse, como posición preferente, encarado al portador, para que la curvatura vertebral no se vea sometida a posiciones poco anatómicas, y con las rodillas ligeramente más elevadas que la zona glútea, de manera que esté sentado y no colgado, recayendo la máxima presión sobre la zona genital. En esta posición sus piernas quedarán en «libro abierto», postura idónea para la prevención y tratamiento de la displasia de cadera.
- Los cojines de apoyo del cráneo diseñados para reducir la presión pueden ser de utilidad, pero no conocemos ningún estudio comparativo con las medidas posicionales que demuestre su mayor o menor efectividad. Cuando el niño ya haya adquirido un grado de autonomía por el que resulte imposible que mantenga las posiciones adecuadas, persistiendo la deformación craneana, tomando como base la efectividad teórica de su diseño y a la espera de estudios y valoraciones que no procedan de los mismos fabricantes, se considera aconsejable su uso. Pueden estar especialmente indicados cuando, por la circunstancia que sea, el niño no mantenga los posicionamientos preventivos. Su inclusión como complemento en los cochecitos de paseo sería una buena iniciativa, ya que el aumento de los estímulos

auditivos y visuales dificulta muy especialmente el mantenimiento de los posicionamientos. Estos cojines tienen una cavidad en el centro que permite un mejor ajuste de la cabeza, aumentando la superficie de contacto y repartiendo la presión ejercida por la fuerza gravitacional. No todos los cojines comercializados son recomendables. Los de material viscoelástico podrían parecer los más adecuados, al ser un material que se adapta al cuerpo en función de la presión y el calor que éste le transmite, pero al tratarse de un material que no permite la circulación aérea, en caso de que el niño se gire, podría ahogarse. Algunos fabricantes han intentado resolver el problema practicando agujeros en la espuma, pero no nos parece suficiente, ya que la superficie de espuma es todavía muy elevada en los cojines comercializados que hemos podido analizar, y no garantiza la seguridad en caso de que el niño se quede atrapado. Otros modelos, rellenos de fibras de poliéster, ni siquiera resisten el peso de la cabeza y resultan totalmente inútiles. De hecho, sólo se dispone de un cojín relleno de una estructura tridimensional de poliéster que permite la circulación aérea y mantiene la forma repartiendo las presiones de manera adecuada (*Mimos*).

En resumen, para prevenir el desarrollo de una plagiocefalia postural, la clave es reducir al máximo el tiempo que el bebé pasa tumbado en la misma posición. Se explica poco a los padres que no es lo mismo dormir boca arriba que pasar todo el tiempo tumbado boca arriba. Para matizar esto, los especialistas recomiendan que el bebé esté «dormido boca arriba, despierto boca abajo».

TRATAMIENTO DE LA PLAGIOCEFALIA POSTURAL

En primera instancia se aplicaran medidas fisioterapéuticas. El posicionamiento de la cabeza deberá ser activo, es decir; para dormir deberá colocar la cabeza apoyada sobre el lado abultado. Para ello podremos servirnos de una toalla enrollada o cualquier recurso que, colocado como impedimento al giro sobre el lado aplanado, haga posible el mantenimiento de la postura. Si por la edad o el temperamento del niño no se consigue, un recurso útil es el uso de alguna almohada especialmente diseñado para reducir la presión bajo la cabeza del lactante como el cojín (*Mimos*) mencionado anteriormente. Reduciendo y redistribuyendo la presión bajo el cráneo no es necesario colocar al bebé de la posición abultada sino que mientras descansa con la cabeza en la cavidad del cojín el cráneo estará liberado de la presión puntual y podrá empezar a crecer en su dirección natural.

Los juguetes se le deberán ofrecer, con el mismo criterio, siempre desde el lado abombado. Esto facilitará ejercicios de estiramiento naturales en el músculo esternocleidomastoideo que son, en muchos casos, los causantes de primarios de la deformidad. Durante el cambio de pañales, durante el baño o cuando se le dé de comer deberá perse-



Ejercicio oreja-hombro



Ejercicio barbilla-hombro

Fig. 7. Ejercicios para obtener la adecuada rotación del cuello y disminuir la lateralización de la cabeza

verar en situarse siempre del lado que favorezca la rotación pretendida.

En caso de tortícolis los padres deberán realizar las maniobras de estiramiento muscular bajo el control periódico estricto del pediatra, quien los deberá entrenar en la realización correcta, poniendo especial atención en reforzar la confianza en su propia habilidad para aplicarlas correctamente. La aprensión de los padres ante las protestas del niño y sus temores a hacerle daño sólo se podrán vencer con una correcta información sobre la probable evolución de la deformación dejada a su inercia y afianzando su seguridad en la práctica de las maniobras. Se recomiendan dos tipos de ejercicios para obtener la adecuada rotación del cuello y disminuir la lateralización de la cabeza (fig. 7). El primero, denominado ejercicio barbilla-hombro, intenta restablecer el giro normal de la cabeza a derecha e izquierda. Se realiza con el lactante en decúbito supino. Mientras que con la mano situada sobre el pecho del niño se evita que los hombros se separen del plano de apoyo, con el otro, colocada en la parte lateral de la cara, se provoca el giro de la cabeza con la intención de que la barbilla toque el hombro. Cuando el giro llega a un punto de resistencia se mantiene la posición, con delicadeza, pero con firmeza, durante unos diez segundos. Prolongarlo más tiempo no suele ser bien aceptado por los padres que, habitualmente, van relajando la presión hasta perder la efectividad. Aunque la afectación muscular sea unilateral, generalmente del lado contrario al aplanamiento, se aconseja realizar el ejercicio a ambos lados. Esto permite a los padres establecer un referente y no abandonar la rehabilitación demasiado pronto. El segundo, denominado ejercicio oreja-hombro, intenta restablecer la lateralización de la cabeza. Con el niño en decúbito supino, se coloca una mano sobre el hombro contraria al lado hacia el que pretendemos inclinar la cabeza, donde la finalidad de evitar su desplazamiento. Con la otra mano, colocada sobre la parte superior de la cabeza, se provoca su

inclinación con la intención de que la oreja toque el hombro. Llegado al punto de resistencia se mantiene la posición unos diez segundos.

Ambos ejercicios se repetirán de tres a cinco veces al día, en tandas de tres a cinco veces cada uno, hasta conseguir la completa rehabilitación del movimiento del cuello. Un buen momento para su realización puede ser cuando se efectúe el cambio de pañal. Del mismo modo que se aconsejaba como medida preventiva, habrá que dedicar espacios de tiempo para los juegos con el niño tumbado boca abajo.

Es escasa la información sobre la efectividad de las ortesis que no incurra en conflicto de intereses. Mayoritariamente proviene de casas comerciales o de profesionales con franquicia de este tipo de productos («cascos»). Las investigaciones actuales no son concluyentes ya que hay pocos bien diseñados que demuestren una mayor eficacia de las ortesis craneales respecto de los posicionamientos activos y los estiramientos musculares. En los estudios comparativos publicados no se aprecian diferencias significativas a los tres meses del tratamiento. Sin embargo, la eficacia de la ortesis craneal es incuestionable aplicada con las indicaciones adecuadas y por un profesional especializado.

EL ROL DEL FARMACÉUTICO EN LA PREVENCIÓN

La oficina de farmacia puede desempeñar un papel importante en la prevención de esta epidemia que satura los servicios de neurocirugía de los hospitales pediátricos. Al ser un servicio muy próximo y de confianza para los padres del bebé, los consejos que se les puedan facilitar serán muy bien acogidos ya que, en general, están confundidos y no tienen muy claro lo que deben hacer. El farmacéutico puede acelerar la recuperación del paciente si motiva a los padres a hacer los ejercicios prescritos y aclara las dudas que éstos puedan tener. De esta manera se ahorra un tiempo valiosísimo para el tratamiento de estos casos que tienen que corregirse entre los dos y los seis meses de vida del lactante. **Of**

FAVORECE EL CRECIMIENTO NATURAL DEL CABELLO

Para problemas de raleza, descubre la NUEVA

Crescina Re-Crecimiento



La marca Crescina identifica desde 1998 los preparados cosméticos de uso tópico para favorecer el crecimiento natural del cabello en aquellas áreas más ralas, con una eficacia superior a la de los productos anticaída habituales. Crescina se presenta en el mercado en varias formulaciones y la última innovación Stem que incorpora células madre vegetales activas, lo que garantiza una mayor eficacia del producto. No actúa en los folículos pilosos completamente atrofiados. Específicamente formulado para mujer y hombre, y disponible en ampollas (Crescina Re-Crecimiento y Crescina Stem) y en champú (Crescina Re-Crecimiento).

De venta en Farmacias y
Parafarmacias de El Corte Inglés

 **LABO**
Labo Cosrophar Suisse

www.labosuisse.com

Distribuido en España por:



LABORATORIOS KIN S.A.
www.kin.es – e-mail: kin@kin.es