

El mercurio inactiva una enzima que actúa en la regulación de las catecolaminas, de allí que su concentración aumenta y produce un síndrome tipo feocromocitoma.

En resumen, la acrodinia, aunque es poco frecuente, debe ser considerada en aquellos niños que

se presentan con hipertensión, taquicardia, dolor de miembros, cambios de carácter y manifestaciones cutáneas en las extremidades.

**Arch Dis Child 2002;86:453-455**

Traducción: Dra. Patricia Dip

## PEDIATRICS ★

1078

### Prevención y manejo de las deformidades craneanas posicionales en los lactantes

**J. PERSING, H. JAMES, J. SWANSON, J. KATTWINKEL, COMITÉ DE MEDICINA PRÁCTICA Y AMBULATORIA, SECCIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y NEUROCIROLOGÍA**  
(Academia Americana de Pediatría)

*La asimetría craneal puede estar presente desde el nacimiento o puede desarrollarse durante los primeros meses de vida. Durante los últimos años, los pediatras han observado un incremento en el número de niños con asimetría craneal, particularmente en forma de aplanamiento del occipucio. Este incremento puede ser atribuido a las conductas de los padres que siguen las recomendaciones sobre la posición para dormir (“Back to Sleep”) de la Academia Americana de Pediatría (AAP), destinadas a disminuir el riesgo de muerte súbita infantil (SMSI). Aunque esta práctica se asocia con algún riesgo de plagiocefalia posicional, los lactantes sanos deben ser colocados sobre sus espaldas para dormir. Esta práctica se ha asociado con una disminución muy significativa en la incidencia de muerte súbita infantil. Los pediatras deben ser capaces de diagnosticar en forma adecuada deformidades craneales, educar a los padres sobre los métodos activos para disminuir la posibilidad de desarrollo de aplanamiento occipital, iniciar el manejo apropiado y llevar a cabo la derivación cuando sea necesario. Este informe provee guías para la prevención, diagnóstico y manejo de la deformidad craneal posicional en un lactante sano sin otras evidencias de anomalías, síndromes o enfermedades espinales asociadas.*

**E**l aplanamiento del occipucio puede ser causado por factores mecánicos que actúan sobre la cabeza in utero o bien durante la infancia precoz. Esta condición frecuente se ha conocido con varios términos como modelaje posicional benigno, plagiocefalia posterior, plagiocefalia occipital, plagiocefalia sin sinostosis y plagiocefalia deformativa. Las civilizaciones antiguas deformaban los cráneos en forma intencional mediante el uso de posiciones selectivas y placas externas. El término plagiocefalia proviene del idioma griego y significa “cabeza oblicua”.

La mayoría de las deformidades craneales que se presentan en el nacimiento son el resultado del modelaje intrauterino o intraparto. Las condiciones asociadas incluyen constricción uterina, especialmente en casos de partos múlti-

ples y traumatismo del parto asociado con parto asistido con fórceps o vacuum. Los lactantes prematuros tienen también un riesgo aumentado de deformidad craneal atribuible al modelaje después del nacimiento. La mayoría de estas deformidades mejoran espontáneamente durante los primeros meses de vida si la cabeza del lactante no permanece la mayor parte del tiempo sobre el área aplanada del cráneo. Si el lactante continúa apoyando su cabeza sobre el lado aplanado, la deformidad plagiocefálica occipital puede perpetuarse o empeorar debido a las fuerzas gravitacionales. El aplanamiento occipital y la forma atípica del cráneo también puede ser causado por craneosinostosis, particularmente craneosinostosis lambdoidea.

Si la deformidad craneal se desarrolla en el

período postnatal, un cráneo de forma inicialmente redondeada, puede aplanarse debido al aplanamiento occipital resultante de la posición supina estática. Puede estar presente una tortícolis asociada como consecuencia de un sangrado dentro del músculo esternocleidomastoideo y/o fibrosis subsecuente dentro del mismo músculo, o bien debido al acortamiento del músculo secundaria a una posición unidireccional persistente de la cabeza y movilidad cervical reducida. La incidencia de plagiocefalia occipital es variable, y se estima que puede ser tan baja como 1 en 300 nacidos vivos y tan alta como 48% de los lactantes menores de 1 año, dependiendo de los criterios de sensibilidad utilizados para realizar el diagnóstico. En contraste, la incidencia de craneosinostosis lambdoidea aislada es bastante rara, estimándose en 3 en 100.000 nacimientos (0,003%).

A partir de 1992, se ha comprobado un aumento significativo en el diagnóstico de plagiocefalia deformativa, y en un centro médico se ha constatado un aumento en más de 6 veces en la incidencia desde los años 1992-1994. La incidencia creciente de plagiocefalia deformativa probablemente se relaciona con la recomendación de la AAP y otras asociaciones de que los lactantes deben ser colocados de espaldas para dormir. Durante la infancia temprana, la posición prona para dormir, y con menos frecuencia, la posición de costado se ha asociado con el SMSI. Desde que se lanzó la campaña de la AAP en 1992, la frecuencia de posición prona disminuyó marcadamente y los índices de SMSI disminuyeron más del 40%. A pesar del incremento en la plagiocefalia deformativa, es claro que la posición supina para el sueño debe ser seguida por la vasta mayoría de los pacientes.

Es importante destacar la historia natural de la plagiocefalia deformativa, la cual probablemente ha existido durante siglos, aunque con una incidencia menor que en el presente. La mayoría de los lactantes con plagiocefalia deformativa no han sido reconocidos o bien se han tratados de manera expectante. En algunos individuos, la deformidad significativa puede persistir hasta la adolescencia. En un número significativo de adultos puede detectarse una asimetría craneofacial menor, sin embargo actualmente hay pocos casos de plagiocefalia deformativa lo suficientemente severa como para ser reconocidas por los pacientes.

## PREVENCIÓN

Tanto el pediatra como el médico de atención primaria deben educar a los pacientes y también a otros profesionales de la salud, tal como aquellos que trabajan en unidades neonatales, sobre los métodos para disminuir el riesgo de desarrollo de plagiocefalia deformativa. Con la intención de prevenir el desarrollo de aplanamiento occipital y facilitar el desarrollo de la fuerza muscular de la cintura escapular superior (fundamental para la adquisición de algunos hitos motores), se recomienda una cierta cantidad de tiempo en posición prona mientras el lactante está despierto y pueda ser observado. Comenzado desde el nacimiento, la mayoría de los casos de plagiocefalia deformativa pueden también ser prevenidos mediante una rutina de alternar noche a noche la posición de la cabeza en supino (por ejemplo: occipucio izquierdo y derecho), y además cambiar periódicamente la orientación del lactante con respecto a la cama de los padres.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la asimetría craneana en general, y la plagiocefalia deformativa en particular, puede ser determinado mediante el examen físico luego del nacimiento y durante cada consulta de supervisión de salud en el primer año de vida. Es importante que el pediatra examine la cabeza desde arriba (a vuelo de pájaro), vea la posición de las orejas y note la posición de los arcos zigomáticos. Mediante esta técnica, puede observarse la plagiocefalia deformativa típica, la cual dibuja un paralelogramo. Además del aplanamiento occipital unilateral, puede haber un abombamiento frontal y parietal, prominencia de los arcos zigomáticos y desplazamiento anterior de la oreja ipsilateral al occipucio aplanado (*Ver Figura 1*).

El examen de la cara también puede llevar a la detección de anomalías, tales como desviación y aplanamiento facial contralateral. También debe realizarse una valoración de los movimientos cervicales para confirmar o descartar la presencia de tortícolis. Los lactantes con tortícolis tienen cierta limitación para rotar en forma activa su cabeza hacia el lado contrario del occipucio aplanado. El test de la silla o taburete giratorio es un procedimiento que ayuda el diagnóstico de tortícolis asociada con plagiocefalia deformativa. El examinador se sienta en una si-

lla o taburete giratorio y sostiene al lactante de frente a uno de sus padres. Mientras el papá intenta mantener al lactante interesado y con contacto visual, el examinador gira con el lactante en la silla y observa los movimientos de la cabeza del lactante. La diferencia entre el movimiento de la cabeza hacia adelante y atrás en relación al lado afectado es útil para realizar el diagnóstico de tortícolis asociado a plagiocefalia posicional.

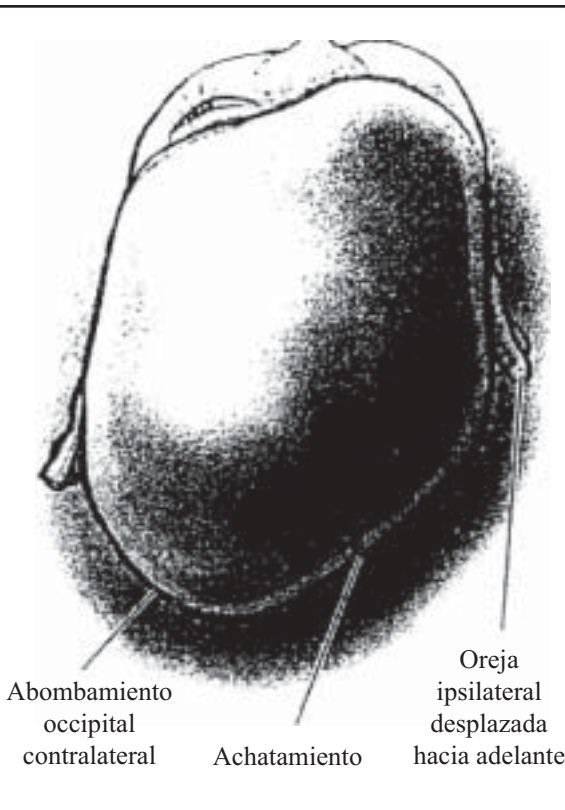
El diagnóstico de plagiocefalia deformativa en el lactante se basa en la historia clínica y se confirma en el examen físico. Si el paciente tiene una cabeza típicamente redondeada al nacimiento y después de varias semanas o meses tiene una deformidad en forma de paralelogramo y aplanamiento occipital, debe hacerse el diagnóstico de plagiocefalia deformativa. Por otro lado, si ya en el momento del nacimiento la cabeza tiene un aplanamiento occipital se debe consi-

derar el diagnóstico de craneosinostosis lambdoidea. Al igual que la plagiocefalia deformativa, la craneosinostosis lambdoidea produce un occipucio plano unilateral y prominencia del lado contralateral; la deformidad puede hacerse más severa con el tiempo. El grado de asimetría frontal es generalmente similar pero menor al de la plagiocefalia deformativa, la prominencia frontal es ipsilateral a la plagiocefalia deformativa. En forma específica, la oreja ipsilateral al occipucio aplanado está de manera característica desplazada en dirección posterior e inferior cuando se la compara con la oreja contralateral. La base del cráneo posterior también está rotada y la apófisis mastoidea ipsilateral es inusualmente prominente. La deformidad facial típicamente es mínima y a veces no está presente. Sin embargo, en situaciones muy raras, las deformidades observadas en la craneosinostosis lambdoidea pueden ser similares a las de la plagiocefalia deformativa.

### Figura 1.

#### Remodelaje posicional.

Adaptado con permiso de Lin KY, Ogle RC, Jane JA, eds. *Craniofacial Surgery: Science and Surgical Technique*. Philadelphia, PA: WB Saunders Company;



#### RX DE CRÁNEO Y TOMOGRAFÍA COMPUTADA

Ya que el diagnóstico de plagiocefalia deformativa se hace en base a la historia clínica y a los hallazgos del examen físico, los estudios por imágenes son innecesarios en la mayoría de las situaciones. Además, una interpretación errónea puede confundir al clínico. En casos de un patrón craneano atípico o una deformidad craneal moderada o severa, pueden usarse radiografías de cráneo para explorar la posibilidad de un diagnóstico distinto a la plagiocefalia deformante, tal como craneosinostosis. Además, una tomografía computada puede ayudar aun más para los casos en los cuales queda la duda después del examen clínico y radiológico. En los casos de craneosinostosis lambdoidea, las radiografías muestran obliteración de la sutura lambdoidea, mientras que la TAC puede demostrar un puente prematuro de hueso que cruza la sutura lambdoidea y una constricción de la fosa craneal posterior ipsilateral a la sutura lambdoidea fusionada.

#### MANEJO

El manejo de la plagiocefalia deformativa incluye asesoramiento preventivo a los padres, ajustes mecánicos y ejercicios. Es esencial una buena adhesión de los padres al plan de tratamiento, en aras de disminuir la probabilidad y

severidad de la deformidad craneal. Los cascos de remodelaje craneal son una opción para los pacientes con deformidad severa o una forma craneal que es refractaria a los ajustes físicos terapéuticos y cambios posicionales. Raramente es necesaria la cirugía pero puede indicarse en casos refractarios severos de plagiocefalia deformativa o en pacientes con craneosinostosis.

### Consejo preventivo

Para prevenir la deformidad, se debe aconsejar a los padres durante el período neonatal (hacia las 2-4 semanas de vida) momento en el cual el cráneo tiene la deformabilidad máxima. Se debe instruir a los padres a colocar al bebé en posición supina para dormir, pero alternando las posiciones (por ejemplo: occipucio derecho y occipucio izquierdo). Cuando el bebé está despierto y puede ser observado, debe pasar un cierto tiempo en posición prona. El lactante debe estar un tiempo mínimo en sillitas para auto (cuando no esté viajando en el auto) u otra silla que mantenga la posición supina. Una vez que se desarrolla la plagiocefalia deformativa, se deben utilizar las mismas estrategias preventivas para minimizar la progresión. Además, es importante monitorizar en forma estrecha la forma de la cabeza hasta tener la seguridad que la mejoría continuará, usualmente cuando el lactante ya es lo suficientemente maduro para sentarse, gatear y cuando ya permanece menos tiempo acostado de espaldas y hasta que la tortícolis asociada se haya corregido completamente.

### Ajustes mecánicos y ejercicios

Una vez que se diagnostica la plagiocefalia deformativa, los padres deben estar alertas de esta condición y se deben instituir ajustes mecánicos. En general, la mayoría de los lactantes mejoran si se llevan a cabo las medidas apropiadas durante un período de 2-3 meses. Estas medidas incluyen posicionar al lactante de manera que el lado redondeado de la cabeza se coloque apoyado contra el colchón. En forma adicional, se debe cambiar la posición de la cuna dentro del dormitorio, de manera que el niño tenga que rotar la cabeza hacia el lado contrario de la parte aplanada de la cabeza cuando intente mirar a los padres dentro de la habitación. El pediatra debe continuar alentando un tiempo de juego en prono, supervisado mientras el paciente está des-

pierto y pueda ser observado.

La presencia de tortícolis perpetúa la posición de la cabeza sobre el lado aplanado y puede provocar mayor deformidad facial. De esta manera, si existe tortícolis, como parte del manejo los padres deben llevar a cabo ejercicios de movilización del cuello. Estos ejercicios deben ser practicados con cada cambio del pañal. Se sugieren 3 repeticiones por cada ejercicio, y se estima que la duración del mismo no es superior a 2 minutos adicionales al tiempo que toma cambiar el pañal. Se coloca una mano sobre el tórax superior del niño y la otra mano rota la cabeza de éste en forma suave de manera que el mentón haga contacto con el hombro. Se mantiene en esta posición durante 10 segundos. Entonces la cabeza se rota hacia el lado opuesto y se mantiene durante el mismo tiempo. Esto permite elongar el músculo esternocleidomastoideo. A continuación, se moviliza la cabeza de manera que la oreja del niño toque su hombro. Nuevamente, se mantiene esta posición durante unos 10 segundos y se repite en el lado opuesto. Este segundo ejercicio elonga el músculo trapecio. En forma adicional, los padres pueden llevar a cabo la técnica de la silla giratoria para aumentar el rango de movimientos cervicales del niño.

### Derivación

Si el cuadro es de tipo progresivo o bien no hay mejoría de la deformidad craneal luego de un tiempo de prueba con ajustes mecánicos, entonces se debe considerar la posibilidad de una derivación a un neurocirujano pediátrico, un neurocirujano general con experiencia en pediatría, un cirujano craneofacial o a un equipo experto en anomalías craneofaciales. El objetivo de la derivación es obtener la opinión experta de un especialista para confirmar el diagnóstico y para sugerir nuevas posibilidades de manejo, que pueden incluir los cascos modeladores o la cirugía. También debe considerarse la derivación a un fisioterapeuta si la tortícolis no mejora con ejercicios de estiramiento cervical durante 2 a 3 meses.

### Cascos de remodelaje craneal

Varias civilizaciones de la antigüedad han utilizado instrumentos para remodelar la cabeza de los lactantes o para cambiar la forma típica del cráneo en otra forma deseada. De la

misma manera, los cascos de remodelaje craneal pueden ser utilizados para corregir formas craneales atípicas y actualmente existen cascos que han sido diseñados con este propósito. Sin embargo, los resultados de un estudio sugieren que, en los casos leves y moderados, la mejoría obtenida con estos instrumentos ortóticos no es superior a la reportada mediante técnicas de reposicionamiento.

Otro estudio ha asociado el uso de cascos con una mejoría aun mayor que con el reposicionamiento solo. La mejor respuesta al tratamiento con cascos ocurre en el rango etario entre 4 y 12 meses, debido a la mayor maleabilidad del hueso craneal del lactante pequeño y el efecto normalizador del rápido crecimiento del cerebro. El uso de cascos y otros aparatos relacionados parece ser beneficioso cuando no ha habido una respuesta inicial a los ajustes mecánicos y los ejercicios. En la mayoría de las situaciones y si las medidas son instituidas tan pronto como se reconoce la condición, luego de un período de 2-3 meses con el uso de cascos se observa una mejoría, en comparación con el uso de reposicionamiento y ejercicios cervicales. Sin embargo debido a su elevado costo, son necesarios más estudios para identificar los resultados con o sin cascos.

### Cirugía

El manejo de las deformidades craneales

puede incluir cirugía. La cirugía casi siempre es indicación en los casos de craneosinostosis, y en raras situaciones ha sido utilizada para casos aislados de plagiocefalia deformativa sin sinostosis, pero con deformidades severas y no resistentes a las medidas no quirúrgicas.

### RESUMEN

En la mayoría de los casos, el diagnóstico y el manejo exitoso de la plagiocefalia deformativa puede ser llevado a cabo por el pediatra o el médico de atención primaria. El manejo adecuado incluye un examen clínico y el consejo para evitar la plagiocefalia deformativa tanto en el período neonatal como en los controles de supervisión de salud durante el primer año de vida; también es importante monitorizar la mejoría clínica o la progresión.

Los métodos mecánicos, si son empleados durante una etapa precoz, pueden ser efectivos en prevenir una mayor deformidad craneal y pueden revertir una deformidad existente. Se debe considerar la derivación a un neurocirujano pediátrico o a un neurocirujano general con experiencia en pediatría o a un cirujano craneofacial cuando se constata progresión o falta de mejoría con un intento de ajustes mecánicos.

**Pediatrics 2003;112:199-202**

Traducción: Dr. Juan Alba

## BRITISH MEDICAL JOURNAL★

1079

### Consumo de marihuana y salud mental en jóvenes: estudio de cohorte

**G. PATTON, C. COFFEY, J. CARLIN, L. DEGENHARDT, M. LYNSKEY, W. HALL**

(Unidad de Epidemiología y Bioestadística y Centro de Salud Adolescente, Murdock Children's Research Institute, Victoria, Australia y Dto. de Psiquiatría, Washington School of Medicine, St. Louis, Estados Unidos)

*El uso de cannabis en los jóvenes continúa siendo un tema de controversia y la ausencia de datos concretos, ha entorpecido el desarrollo de políticas de salud pública racionales. Los resultados de este estudio, contribuyen a la evidencia de los efectos deletéreos que podría tener el uso frecuente de marihuana sobre la salud mental. Las estrategias tendientes a disminuir el uso frecuente de esta droga podrían disminuir los niveles de enfermedad mental en los adultos jóvenes.*

*En este estudio se examinaron los riesgos tardíos de depresión y ansiedad asociados al uso de*