

**TORCICOLO MUSCULAR CONGÊNITO:
AVALIAÇÃO E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO****Congenital muscle torticollis: Evaluation and physiotherapeutic treatment**

Letícia Rodrigues; Lorraina Carvalho Ferreira; Selma Fernandes;
Josinei Leandra Valeretto; Janaina Aparecida Soares Gil Quero

ISSN: 2178-7514

Vol. 13 | Nº. 3 | Ano 2021

RESUMO

O Torcicolo muscular congênito (TCM) é uma deformidade no pescoço podendo ser detectada no nascimento ou após dele, tendo como sinais clínicos uma inclinação homolateral e limitação no movimento de rotação da cabeça para o lado contralateral. Isso ocorre por um encurtamento unilateral do músculo esternocleidomastoídeo (ECM). O tratamento inicial recomendando é a fisioterapia, pois mostra resultados eficazes na grande maioria dos casos. Quanto mais recente o tratamento for iniciado, mais benéficos serão os resultados. Para mostrar a evolução do quadro clínico do paciente e a eficácia da intervenção fisioterapêutica no TCM foi realizada uma revisão integrativa da literatura, buscando artigos em ambiente virtual como SciELO (Scientific Electronic Library Online), Sibradid, Google acadêmico e Pubmed. Após uma avaliação e anamnese detalhada foi feita a intervenção fisioterapêutica em um paciente do sexo masculino com três meses de idade e com Torcicolo Muscular Congênito presente, onde foram aplicadas técnicas de alongamentos muscular. Os resultados do estudo presente mostraram que as técnicas manuais de alongamento são bastante eficazes no tratamento do TCM, portanto, o intuito dessa Intervenção Fisioterapêutica foi priorizar essa técnica. Foi comprovado que o alongamento muscular desempenhou um papel importante na intervenção fisioterapêutica, tendo em vista a alta do paciente citado.

Palavras-chave: Torcicolo Muscular Congênito, fisioterapia, alongamento, tratamento, pediatria.

ABSTRACT

Congenital muscular torticollis (TCM) is a deformity in the neck that can be detected at birth or after birth, with clinical signs of homolateral inclination and limitation in the movement of head rotation to the contralateral side. This occurs due to a unilateral shortening of the sternocleidomastoid muscle (ECM). The recommended initial treatment is physiotherapy, as it shows effective results in most cases. The more recent treatment is started, the more beneficial the results will be. To show the evolution of the patient's clinical condition and the effectiveness of physical therapy intervention in TCM, an integrative literature review was carried out, seeking articles in a virtual environment such as SciELO (Scientific Electronic Library Online), Sibradid, Academic Google and Pubmed. After a detailed evaluation and anamnesis, physical therapy intervention was performed in a three-month-old male patient with present Congenital Muscular Torticollis, where muscle stretching techniques were applied. The results of the present study showed that manual stretching techniques are quite effective in the treatment of MCT, therefore, the purpose of this Physiotherapeutic Intervention was to prioritize this technique. It was proven that muscle stretching played an important role in physical therapy intervention, considering the discharge of the aforementioned patient.

Keywords: Congenital Muscular Torticollis, physiotherapy, stretching, treatment, pediatrics.

INTRODUÇÃO

O termo torcicolo é derivado das palavras tortus, que significa “torcido” e collum, que significa “pescoço”. O torcicolo foi definido como uma deformidade sendo ela congênita ou adquirida, trazendo como consequência a inclinação lateral da cabeça e rotação lateral do pescoço provocando um desvio da face¹.

Torticolo muscular congênito (TCM) é descrito como uma deformidade no pescoço que pode ser detectada no nascimento ou após dele, tendo como características clínicas uma inclinação homolateral e limitação no movimento de rotação da cabeça para o lado contralateral. Isso ocorre por um encurtamento unilateral do músculo esternocleidomastóideo. O músculo ECM é localizado no pescoço, em conjunto dos músculos trapézio e platisma, sendo innervado pelo nervo acessório, ele é desenvolvido por volta da quarta semana de vida juntamente com os arcos branquiais².

Segundo Cheng et al.³ esta deformidade tem uma incidência de 0.3% a 1.9% em lactentes e recém-nascidos, sendo mais comum no sexo masculino.

Encontram-se variadas causas que podem ocasionar o Torcicolo Muscular Congênito, entre elas estão trauma durante o parto, mau posicionamento do bebê no útero e a síndrome compartimental. O trauma durante o parto é devido a uma ruptura traumática do tecido muscular. Já o mau posicionamento no útero

segue uma teoria de que bebês grandes dentro de úteros pequenos correm risco de desenvolver TMC, pois leva a uma má posição desse bebê. No caso da Síndrome Compartimental, acontece em consequência da posição da cabeça do feto, a qual é a acarretada uma torção, esmagamento, edema e prováveis danos neurológicos, consecutivos de uma fibrose⁴.

O autor citado anteriormente também relata que em concordância com esses estudos e teorias, os maiores elementos de riscos no torcicolo são as assimetrias cranianas, partos de riscos, gravidez múltipla e bebês do gênero masculino com peso e medidas superiores que o normal.

O TCM foi dividido em dois grupos, sendo o primeiro aquele que apresentam o inchaço ou nódulo no esternocleidomastóideo que na maioria das vezes é detectado entre 10 e 14 dias de vida, podendo crescer durante duas a quatro semanas, até atingir o tamanho aproximado de uma amêndoa, logo depois começa a diminuir e desaparecer completamente até o oitavo mês de vida, e o segundo é caracterizado pelo encurtamento desse músculo, não apresentando massa palpável⁵.

Pelo fato de haver um encurtamento muscular unilateral, a criança com TC prefere dormir na posição prona, com o lado afetado para baixo, o que consequentemente ocasiona uma certa pressão assimétrica no crânio e nos ossos faciais que estão em desenvolvimento. Esta pressão na cabeça pode levar a um remodelamento

nos ossos da face tendo como resultado uma braquicefalia ou plagiocefalia⁶.

As assimetrias cranianas são variáveis, o tratamento é individualizado, e para cada paciente é feita uma avaliação específica e rica em detalhes. Nos últimos anos, as deformidades cranianas tem aumentado significativamente, levando em consideração que os médicos pediatras, tem recomendado colocar os bebês na posição supina para que fosse evitada a morte súbita do recém-nascido, o que acabou levando ao aumento de casos de assimetrias. As assimetrias mais comuns são a Plagiocefalia e Braquicefalia. A Plagiocefalia é o achatamento da parte de trás da cabeça, em apenas um dos lados, levando muitas vezes ao desalinhamento da testa, face e orelhas. A Braquicefalia é um achatamento de toda região de trás da cabeça⁷.

O torcicolo congênito possui diagnóstico clínico, no qual são observadas as limitações da cervical, elevação do ombro e inclinação ipsilateral da cabeça. Para auxílio de confirmação caso exista alguma lesão muscular associada, são utilizados exames complementares, como tomografia computadorizada, ultrassonografia e a ressonância magnética⁸.

É necessário que o desenvolvimento motor infantil também seja observado, já que pode ser comprometido devido à má postura da cabeça e do pescoço.

Existem muitas formas de abordagem do Torcicolo Congênito, não havendo um padrão de tratamento para essa patologia.

Entretanto, o tratamento inicial recomendando é a fisioterapia. A fisioterapia mostra resultados eficazes na grande maioria dos casos, e 95% dos pacientes demonstram melhoras antes mesmo de completarem o primeiro ano de vida. Quanto mais recente o tratamento for iniciado, mas benéficos serão os resultados. O tratamento fisioterapêutico tardio pode apresentar complicações como escolioses cervicais ou torácicas compensatórias e dores crônicas⁹.

Quando iniciado um programa fisioterapêutico, é importante um complemento do tratamento com cuidados domiciliares, pois a realização diária contribui para a melhora do quadro. Os pais devem ser orientados a participar realizando os exercícios propostos, para que assim o tratamento tenha melhor resolução e menor tempo. Durante os primeiros meses, o tratamento fisioterapêutico usa de alongamentos manuais ativos e passivos do músculo ECM, massagens e outras técnicas de mobilização dos tecidos moles, e em alguns casos, o uso de prótese. Para os casos mais graves, existem os tratamentos cirúrgicos, que são destinados aos pacientes que possuem déficit de rotação e inclinação lateral passiva maior que 15°¹⁰.

O objetivo desse estudo de caso foi mostrar a evolução do quadro clínico do paciente e a eficácia da intervenção fisioterapêutica no torcicolo muscular congênito em Braquicefalia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, buscando artigos em ambiente virtual como SciELO (Scientific Eletronic Library Online), Sibradid, Google acadêmico e Pubmed. No levantamento bibliográfico não houve restrição de data de publicação, pois existem poucas pesquisas/trabalhos sobre o assunto.

Foi realizado um estudo de caso em um paciente do sexo masculino com três meses de idade e com Torcicolo Muscular Congênito presente. A avaliação fisioterapêutica consistiu em avaliar os reflexos primitivos, baseando-se no desenvolvimento neuropsicomotor e uso da Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS), que é uma escala validada específica onde é possível avaliar o desempenho motor do bebê. O paciente já havia passado por sessões de Fisioterapia e Osteopatia.

Durante a anamnese realizada com a mãe da criança foi relatado que a possível causa do TCM teria surgido ainda no útero, devido à má posição intrauterina, mas não há comprovação de que tenha sido este o motivo.

Foram realizadas 12 sessões de fisioterapia, duas vezes por semana e os métodos de tratamentos utilizados foram: alongamentos musculares, manobras de rotação queixo-ombro, inclinação orelha-ombro e exercícios de estiramento muscular ativo.

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual consta informações sobre o estudo de caso com autorização sobre o uso de imagens com preservação do rosto, e a identidade que foi descrita usando as iniciais do nome do paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O início da intervenção fisioterapêutica foi dado após uma avaliação detalhada da postura do bebê, onde é possível observar a assimetria craniofacial e inclinação lateral com rotação para o lado direito como pode ser observado na figura 1.

Observamos os aspectos gerais da criança, principalmente a posição da cabeça em relação ao corpo. O músculo esternocleidomastóideo (ECM) foi palpado, mas não foi identificado nenhum tipo de nódulo. Também foi avaliada a amplitude de movimento do pescoço, sendo a cabeça da criança movimentada passivamente para os dois lados, sempre atraindo a atenção do bebê, a fim de avaliar o grau de correção ativa que pode ser obtido. De acordo com a autora Roberta¹¹, o fisioterapeuta deve se atentar a qualquer sinal de dor ou desconforto ao tocar o nódulo (Fig. 1).

Para avaliar o grau de assimetria entre o rosto e o crânio, a cabeça da criança deve estar em posição neutra com o rosto voltado para cima. O desenvolvimento motor também deve ser avaliado, especialmente qualquer assimetria nos membros ou tronco, quaisquer reflexos anormais ou assimétricos, como os reflexos de Moro ou Galant, tendo em vista os padrões de movimento da criança (Fig. 1).

Em determinados casos o fisioterapeuta também pode encontrar sinais de danos ao sistema nervoso ou certas anomalias musculoesqueléticas¹¹. Se for o caso, é importante informar o médico para prevenir possível paralisia cerebral ou outras doenças no futuro (Fig. 1).

Figura 1 - Paciente antes da intervenção, apresentando encurtamento do lado direito do pescoço com inclinação lateral para o lado oposto



Fonte: Encaminhada pela mãe do paciente.

Os reflexos primitivos foram observados logo nas primeiras sessões, juntamente com a aplicação da Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS) com o objetivo de identificar possíveis atrasos motores.

Em relação às habilidades do desenvolvimento motor infantil, o paciente não apresentou limitações ou atrasos, porém, segundo o autor Ohman et.al.¹², o atraso no desenvolvimento motor e as assimetrias crânio-faciais possuem associação ao TMC.

A intervenção fisioterapêutica foi iniciada logo após o diagnóstico, isso contribuiu para o sucesso do tratamento. Segundo Cheng et. al.³ se o diagnóstico acontecer entre os primeiros três meses de vida, as chances de evolução desse paciente no primeiro ano de vida, são muito grandes. De fato, o tempo foi um fator muito importante neste caso, já que os pais notaram o encurtamento muscular quando o bebê tinha apenas 2 meses e 16 dias.

De acordo com os estudos de Han et. al.¹³ iniciar a fisioterapia imediatamente após o diagnóstico de TCM pode ser considerado um fator muito relevante para o sucesso da intervenção.

O tratamento visa, principalmente, a extensão completa do músculo ECM, assim como os músculos, os tecidos moles adjacentes, e a prevenção das assimetrias de crânio, dos olhos, da face e do tronco. O objetivo foi mobilizar a coluna cervical, alongar o músculo ECM, e principalmente, incentivar a correção ativa por parte da própria criança.

Não foi necessário mobilizar a cabeça da criança, mas em outros casos, há indicação para imobilização mediante gorro e colete, para evitar que a cabeça se desvie para o lado achatado.

Foram realizadas técnicas de alongamentos e correção postural, promovendo a movimentação muscular da cabeça e pescoço,

observando a amplitude de movimento. As técnicas de alongamento não devem ser feitas ao ponto da criança se irritar, por isso, é muito importante a presença de uma figura familiar ou responsável para que o paciente se sinta confortável em colaborar com os exercícios executados.

A mãe do paciente em questão, teve um papel fundamental no tratamento, pois parte da intervenção pôde ser passada para a execução em casa e aplicadas no dia a dia. Isso promove a movimentação natural e anatômica dos músculos.

De acordo com Emery¹⁴, o tempo da cura dessa patologia é considerado breve se os pais forem presentes no tratamento, para ele, o tempo da obtenção da cura vai depender da frequência que a intervenção fisioterapêutica é realizada.

Öhman et. al.¹⁵, citam que os alongamentos quando realizados por fisioterapeutas é mais eficaz comparado quando realizada por pais ou responsáveis. Porém, no estudo presente, a intervenção da família teve um retorno primordial no tratamento.

Os alongamentos devem ser realizados com o bebê em uma posição consideravelmente confortável afim de promover maior mobilidade.

De início o paciente foi colocado em decúbito ventral sobre o rolo de posicionamento. Após o endireitamento postural, foram realizadas técnicas de alongamentos passivos respeitando o limite do movimento e auxiliando na extensão do músculo ECM como mostra a figura 2.

Figura 2 - Início da intervenção, onde foi aplicada técnicas de alongamento passivos, respeitando o limite do movimento



Fonte: Foto tirada durante a intervenção na clínica escola.

Durante o alongamento, a criança foi posicionada em decúbito dorsal com o rosto voltado para o fisioterapeuta. Seguramos os ombros com uma das mãos, fixamos a inserção esternoclavicular do músculo ECM e alongamos os músculos através da flexão lateral da cabeça.

Com a outra mão, seguramos um objeto a fim de atrair a atenção da criança, de forma que não houvesse necessidade de segurar a cabeça da criança, e apenas apoiá-la quando necessário como na figura 3.

Figura 3 - Alongamento do músculo ECM, ao incentivar a criança com o brinquedo



Fonte: Foto tirada durante a intervenção na clínica escola.

Os alongamentos devem ser realizados com a ajuda de um incentivo, evitando um possível desconforto ao realizar o movimento de forma totalmente passiva.

Repetimos os exercícios de alongamento, acompanhados de rotação, que sempre eram incentivados pela mãe, que permanecia ao lado o

tempo todo, conversando e chamando a atenção da criança como pode se observar na figura 4.

O alongamento pode ser feito em conjunto, ou seja, flexão e rotação em um só movimento, conforme mostrado na figura abaixo.

Figura 4 - Alongamento passivo do músculo ECM através da flexão lateral da cabeça



Fonte: Foto tirada durante a intervenção na clínica escola

A eficácia dos alongamentos musculares aplicados foi visivelmente notada tendo uma resposta positiva no tratamento fisioterapêutico, evidenciando a melhora na assimetria, controle

postural e alinhamento do bebê, recuperando assim o movimento anatômico do músculo ECM como mostrado na figura 5.

Figura 5 - Final da intervenção fisioterapêutica, paciente apresenta melhora visível em relação ao encurtamento muscular e inclinação lateral da cabeça



Fonte: Foto tirada durante a intervenção na clínica escola.

Os resultados desse estudo mostraram que a técnica de alongamento é bastante eficaz no tratamento no torcicolo muscular congênito, levando em conta as assimetrias possíveis que a patologia pode vir associada, portanto, o objetivo da Intervenção Fisioterapêutica foi priorizar essa técnica. O tratamento foi concluído, o paciente obteve alta, e continuou as sessões de fisioterapia apenas uma vez por semana com a finalidade de manutenção.

CONCLUSÃO

No estudo de caso presente, foi possível observar que as técnicas de alongamentos musculares, manobras de rotação queixo-ombro, inclinação orelha-ombro e exercícios de estiramento muscular ativo, são de grande eficácia no tratamento do TMC, principalmente quando é diagnosticado e tratado precocemente. Foi comprovado que o alongamento muscular desempenhou um papel importante na intervenção fisioterapêutica, levando em consideração os padrões de postura e o desenvolvimento motor infantil.

Pode se comprovar que a fisioterapia não foi apenas eficaz no torcicolo muscular congênito, mas também na prevenção de outras patologias.

REFERÊNCIAS

1. TUBBY AH. Deformidades e doenças dos ossos e articulações. 2ª ed., Vol. 1. Londres, Inglaterra: MacMillan; 1912. p. 56
2. WEI, J. L., SCHWARTZ, K. M., WEAVER, A. L. e ORVIDAS, L. J. (2001). Pseudotumor of infancy and congenital muscular torticollis: 170 cases. *Laryngoscope*, 111(4), 688-695.
3. CHENG, J. C., WONG, M. W., TANG, S. P., CHEN, T. M., SHUM, S. L. E WONG, E. M. (2001). Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants. A prospective study of eight hundred and twenty-one cases. *J Bone Joint Surg Am*, 83-A (5), 679-87.
4. Lee Y, Yoon K, Kim Y, Chung P, Hwang JH, Park YS, Chung SH, Cho SK, Han BH. Clinical features and outcome of physiotherapy in early presenting congenital muscular torticollis with severe fibrosis on ultrasonography: a prospective study. *J Pediatr Surg*. 2011;46:1526-31.
5. CHENG, J., TANG, S., CHEN, T., WONG, M. E WONG, E. (2000). The clinical presentation and outcome of treatment of congenital muscular torticollis in children- a study of 1086 cases. *Journal of Pediatric Surgery*, 35(7), 1091-1096
6. DAVIDS JR, WENGER DR, MUBARAK SJ. Congenital muscular torticollis: sequela of intrauterine or perinatal compartment syndrome. *J Pediatr Orthop* 1993; 13:141-7.
7. FREITAS RS, ALONSO N, SHIN JH, PERSING J. Assimétrias cranianas em crianças: diagnóstico diferencial e tratamento. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2010;13(1):44-8.
8. KUO A, TRITASAVIT S, GRAHAM JR J. Congenital Muscular Torticollis and Positional Plagiocephaly. *Pediatrics in review*. 2014; 35(2): 79-87.
9. BREDENKAMP JK, HOOVER LA, BERKE GS, SHAW A. Congenital muscular torticollis. A spectrum of disease. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;116:212-6.
10. LEUNG YK, LEUNG PC. The efficacy of manipulative treatment for stemomastoid tumours. *J Bone Joint Surg Br*. 1987; 473-8
11. ROBERTA, B. S. "Fisioterapia em pediatria." São Paulo: Santos (1995).
12. ÖHMAN A, NILSSON S, LAGERKVIST AL, BECKUNG E. Are infants with torticollis at risk of a delay in motor milestones compared with a control group of healthy infant? *Dev Med Child Neurol*. 2009; 51:545-550.
13. HAN SJ, SHIN BM, LEE JM, YOON TS. Factors affecting rehabilitation outcome of congenital muscular torticollis. *J Korean Acad Rehab*. 2010; 34:643-9.
14. EMERY, C. The Determinants of Treatment Duration for Congenital Muscular Torticollis. *Phys Ther*, 74: 921-929, 1994.
15. ÖHMAN, A., NILSSON, S. E BECKUNG, E. (2010). Stretching treatment for infants with congenital muscular torticollis: physiotherapist or parents? A randomized pilot study. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2(12), 1073-1079.

OBSERVAÇÃO: Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.