



Torcicolo adquirido na criança

Joana Regala¹, Joana Martins², Ana Isabel Dias³, Ana Moreira³, Manuel Cassiano Neves⁴

1. Departamento de Pediatria, Hospital Dona Estefânia, Lisboa
2. Departamento de Pediatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora
3. Serviço de Neurologia Pediátrica, Hospital Dona Estefânia, Lisboa
4. Serviço de Ortopedia Infantil, Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Resumo

O torcicolo adquirido na criança é uma manifestação clínica de múltiplas etiologias possíveis, que se podem agrupar em entidades musculoesqueléticas de origem traumática, infecciosa, inflamatória e tumoral, e entidades não musculoesqueléticas de origem neurológica, oftalmológica, otorrinolaringológica, gastroenterológica e tumoral do sistema nervoso central. Assim existe um amplo espectro de gravidade, desde processos benignos e autolimitados tal como o torcicolo traumático até quadros graves e potencialmente fatais como os tumores da fossa posterior.

O torcicolo agudo é uma situação muito frequente no serviço de urgência. A maioria consiste em espasmo muscular, resultante de traumatismo minor e responde bem ao tratamento conservador. No entanto, um torcicolo persistente implica uma anamnese e um exame objectivo completos e minuciosos de forma a se poder colocar as hipóteses diagnósticas mais adequadas, independentemente da sua frequência, e estabelecer um programa de avaliação que nos permita chegar ao diagnóstico definitivo, pedido os exames complementares mais adequados. No torcicolo persistente/recorrente com anormalidades neurológicas devem ser efectuados exames neuro-imagiológicos para excluir patologia tumoral e eventualmente encaminhar para uma consulta de Neurologia ou Oftalmologia. Um torcicolo agudo acompanhado de febre deve orientar para uma etiologia infecciosa ou inflamatória da cabeça e pescoço. Apresenta-se uma revisão das principais causas de torcicolo adquirido com casos clínicos ilustrativos.

Palavras-chave: torcicolo adquirido; subluxação atlóido-axoideia; síndrome de Grisel; torcicolo ocular; torcicolo paroxístico benigno; síndrome de Sandifer.

Acta Pediatr Port 2013;44(2):74-81

Acquired torticollis in children

Abstract

Acquired torticollis in children is a clinical sign that may be due to several underlying causes including musculoskeletal entities such as traumatism, infectious, inflammatory and tumoral and non-musculoskeletal entities such as neurological, ophthalmologic, nervous central system tumors, otolaryngological and gastroenterological.

Acute torticollis is commonly seen in the paediatric emergency department. The majority of cases is of spasmodic etiology, as a consequence of a minor traumatism and resolves with conservative treatment. But a persistent torticollis requires a thorough and methodical workup, because of its broad spectrum of possible diagnosis with some being severe and life threatening, such as posterior fossa tumors. Regardless of how common or rare the disorder is, it must be considered when evaluating a child with acquired torticollis. A wide variety of tests may be necessary, as well as a specialty consultation. In persistent/recurrent torticollis with neurological abnormalities neuroimaging studies should be performed to exclude tumor diseases and eventually a neurology or ophthalmology consultation. Torticollis with fever suggests head/neck infection or inflammatory disease. An outline of the disorders associated with torticollis is presented as well as illustrative case reports.

Key words: acquired torticollis; atlantoaxial subluxation; Grisel syndrome ocular torticollis; paroxystic benign torticollis; Sandifer syndrome.

Acta Pediatr Port 2013;44(2):74-81

Recebido: 10.11.2012
Aceite: 04.02.2010

Correspondência:
Joana Regala
Departamento de Pediatria Médica, Hospital Dona Estefânia
Rua Jacinta Marto, 1169-045 Lisboa
joanaregala@gmail.com

Introdução

Torcicolo (derivado do latim *tortus* que significa “torcido” e *collum* que significa “pescoço”) é o termo utilizado para descrever o achado clínico de inclinação lateral da cabeça e rotação contralateral do mento, frequentemente acompanhado de contractura dos músculos cervicais^{1,2}.

O torcicolo adquirido na criança é uma manifestação clínica de múltiplas etiologias possíveis, que se podem agrupar em entidades musculoesqueléticas de origem traumática, infecciosa, inflamatória e tumoral, e entidades não musculoesqueléticas de origem neurológica, oftalmológica, otorrinolaringológica, gastroenterológica e tumoral do sistema nervoso central (Quadros I e II). As causas mais frequentes são o traumatismo *minor*, a infecção respiratória alta, a linfadenite cervical, a miosite, o abscesso retrofaríngeo e a paralisia do músculo grande oblíquo³. Assim as possíveis etiologias têm um amplo espectro de gravidade, desde processos benignos e autolimitados tal como o torcicolo traumático até quadros progressivos e potencialmente fatais, como os tumores do sistema nervoso central.

Quadro I. Causas músculo-esqueléticas de torcicolo adquirido na criança

Traumáticas	Torcicolo espasmódico Subluxação atlantoaxial Fractura vertebra cervical Lesão ligamentosa
Infecciosas	Espondilodiscite cervical Osteomielite cervical
Inflamatórias	Artrite idiopática juvenil Miosite ou fibromiosite Miosite ossificante progressiva Discopatia calcificante
Tumorais	Tumores da coluna vertebral cervical: osteoma osteóide, osteoblastoma, quisto ósseo aneurismático...

Quadro II. Causas não músculo-esqueléticas de torcicolo adquirido na criança

Tumores do sistema nervosa central	Tumores da fossa posterior Tumores da medula espinhal cervical
Neurológicas	Torcicolo paroxístico benigno Distonia cervical Pseudotumor <i>cerebri</i>
Oftalmológicas	Paralisia do nervo troclear Nistagmo Erros refractários
Otorrinolaringológicas	Síndrome de Grisel Abscesso retrofaríngeo
Gastroenterológicas	Síndrome de Sandifer
Infecciosas	Adenite cervical Síndrome de Lemierre Pneumonia do lobo superior

De seguida, dentro de cada grupo etiológico abordar-se-á de forma simplificada algumas das principais causas de torcicolo

adquirido não muscular, revendo os principais diagnósticos diferenciais a considerar.

A) Causas traumáticas

A etiologia traumática é a mais frequente e resulta da contracção reflexa do músculo esternocleidomastóideu. A subluxação atlóido-axoideia é uma causa clássica, consistindo na deslocação rotacional das vértebras C1-C2, sendo mais frequente nas crianças entre os seis e os 12 anos de idade⁴. Pode ser desencadeado por situações de traumatismo minor ou ocorrer espontaneamente em determinadas patologias com maior risco de instabilidade atlóido-axoideia tais como a síndrome de Down, mucopolissacaridoses, a síndrome de Larsen, a síndrome de Marfan e a artrite da coluna cervical devido à hiperlaxidão ligamentar⁵. A apresentação clínica consiste num torcicolo doloroso e irredutível. Ao exame objectivo salienta-se dor à palpação da apófise espinhosa do eixo, desvio da apófise espinhosa do eixo para o lado do torcicolo, contractura compensatória do músculo esternocleidomastóideu contralateral⁶ e por vezes dor occipital unilateral, por estiramento do segundo nervo raquidiano cervical que percorre a cápsula articular⁷.

Na suspeita de uma subluxação rotatória atlóido-axoideia deve-se proceder a imobilização cervical e efectuar exames de imagem. A radiografia da coluna cervical em perfil antero-posterior com boca aberta evidencia assimetria das massas laterais de C1 sobre C2, traduzindo a rotação do atlas sobre o eixo⁷. Pode ser necessária uma tomografia computadorizada (TC) cervical dinâmica com movimentos activos (nunca passivos) de rotação da cabeça para ambos os lados, para a sua confirmação⁸. O tratamento da subluxação atlóido-axoideia é geralmente conservador, consistindo na imobilização com colar cervical e anti-inflamatórios. A ruptura ligamentosa traumática é difícil de diagnosticar em crianças, pois em flexão, pode-se observar um deslocamento anterior do atlas sobre o eixo superior a 3 mm, na ausência de traumatismo significativo. Se o deslocamento for superior a 5 mm, seguramente terá ocorrido ruptura, implicando tracção cervical em extensão e imobilização durante oito a 12 semanas^{9,10}. Nos doentes que não respondem ao tratamento conservador ou que têm recorrência da luxação pode ser necessária artrodese de C1-C2.

Em situações de traumatismo *major* na história prévia de um torcicolo pode também ocorrer fractura de vértebra cervical ou hematoma epidural cervical.

B) Causas Neurológicas

O torcicolo paroxístico benigno (TPB) consiste em episódios recorrentes de torcicolo, com lateralidade variável, que se podem acompanhar de irritabilidade, palidez, vômitos, ataxia, postura anormal do tronco e nistagmo. Trata-se de um processo benigno, autolimitado, mais frequente no sexo feminino, com início entre os dois meses e os dois anos¹¹. Os episódios podem repetir-se com frequência variável, com tendência para a diminuição progressiva da intensidade e

frequência até desaparecer por completo num prazo variável, que varia entre dois meses a um máximo de cinco anos desde o início dos episódios¹². O TPB tem um prognóstico favorável e o seu correcto diagnóstico evita o pedido de exames complementares e tratamentos desnecessários. Os sintomas acompanhantes podem mimetizar epilepsia ou tumores da fossa posterior, sendo por vezes necessária a realização de electroencefalograma e exames neuroimagingológicos para o diagnóstico diferencial. A família deve ser tranquilizada acerca da benignidade do processo e da resolução espontânea. Alguns casos de TPB evoluem para enxaqueca ou vertigem paroxística benigna¹³.

É importante fazer o diagnóstico diferencial com a distonia cervical, que ocorre com maior frequência em adolescentes e adultos. A distonia cervical pode ser idiopática ou secundária a lesão traumática do sistema nervoso central ou periférico, antagonistas dos receptores de dopamina ou outras condições relacionadas com a alteração funcional dos núcleos da base¹⁴. A distonia iatrogénica secundária aos antagonistas dos receptores dopaminérgicos, caracteriza-se por espasmo agudo e doloroso de diferentes grupos musculares, incluindo os cervicais, olhar fixo, trismo e disartria.

Existem outras situações clínicas mais raras que se podem acompanhar de torcicolo, tais como o pseudotumor *cerebri*, a encefalomielite e as malformações e acidentes vasculares do compartimento supra-tentorial, como a doença de Moyamoya¹⁵⁻¹⁷.

C) Causas Oculares

As causas mais frequentes são a paralisia do músculo grande oblíquo, estrabismos restritivos, nistagmo, ambliopia e defeitos campimétricos¹⁸. O torcicolo de causa oftalmológica resulta de um mecanismo compensatório para evitar a diplopia na visão binocular ou para diminuir a amplitude do nistagmo¹⁵⁻¹⁸. A mobilidade da coluna cervical está preservada e não existe contractura muscular, apesar de quadros de longa evolução por vezes originarem um torcicolo estabelecido. Se com a oclusão de ambos os olhos o desvio da cabeça se atenua de forma espontânea, provavelmente a causa do torcicolo é oftalmológica¹⁸. A sensibilidade destes testes não é muito elevada pelo que perante a suspeita de patologia ocular o doente deve ser encaminhado para uma consulta de oftalmologia.

A exclusão de lesão da via óptica é importante, bem como de outras alterações oftalmológicas.

D) Causas Infeciosas

Os processos inflamatórios da cabeça e pescoço são uma causa de torcicolo adquirido não traumático bastante frequente, sobretudo as infecções respiratórias altas, a linfadenite cervical, a miosite e o abscesso retrofaringeo. A amigdalite, a otite, a adenite cervical, a mastoidite, o abscesso retrofaringeo, a celulite, a meningite, a espondilodiscite e a osteomielite podem levar a uma postura de torcicolo, por inflamação local com irritação dos músculos paravertebrais e

das raízes nervosas que enervam os músculos esternocleidomastóideu e trapézio.

Se após o tratamento adequado do processo inflamatório desencadeante o torcicolo persiste deve-se excluir uma subluxação atlóido-axoideia. A subluxação atlóido-axoideia na ausência de traumatismo é designada de síndrome de Grisel. Esta síndrome pode resultar não só de infecções do ouvido e faringe como também no pós-operatório de cirurgias do foro da otorrinolaringologia tais como a adenoidectomia e a amigdalectomia²⁰. O mecanismo subjacente resulta da extensão do processo inflamatório através dos plexos venosos perifaríngeos e cervicais, com conseqüente hiperémia e hiperlaxidão dos ligamentos transversos e alar e da cápsula articular, facilitando a subluxação rotatória espontânea de C1-C2, sob a acção da contractura irritativa dos músculos suboccipitais e paravertebrais²¹. A síndrome de Grisel é muito rara, no entanto não pode ser esquecida, visto que um diagnóstico tardio pode levar a complicações neurológicas graves.

As infecções osteoarticulares cervicais tais como a espondilodiscite e a osteomielite não devem ser negligenciadas quando há história de febre, cervicalgia, torcicolo e rigidez muscular. Habitualmente na osteomielite há maior repercussão no estado geral e a febre é mais elevada. A idade média de apresentação na osteomielite ocorre aos oito anos de idade, enquanto a da discite é mais frequente abaixo dos três anos de idade. Na espondilodiscite pode não estar presente febre e a radiografia da coluna pode ser normal na primeira semana. O diagnóstico é mais adequadamente corroborado por ressonância magnética (RM) e cintigrafia óssea. Se houver história de infecção tuberculosa, não se pode excluir mal de *Pott* cervical, mesmo na ausência de lesões ósseas.

E) Causas Tumorais

Uma das causas de torcicolo mais preocupantes é a patologia tumoral.

Os tumores da fossa posterior, sobretudo se localizados na linha média, e os tumores da medula cervical podem apresentar-se com torcicolo, podendo mesmo ser o primeiro sinal de apresentação²²⁻²³. Os mecanismos fisiopatológicos propostos para o torcicolo que acompanha os tumores da fossa posterior têm sido a compressão/lesão do vérmis e núcleo fastigial do cerebelo que leva a uma distonia cervical secundária²⁴⁻²⁵ e o estiramento da duramáter invadida pelos ramos ascendentes meníngeos dos primeiros três nervos cervicais^{22,25}. Também nos tumores da medula cervical supõe-se que haja um mecanismo de distonia secundária à compressão das grandes vias motoras descendentes²⁵. Os tumores da fossa posterior frequentemente associam-se a ataxia e sinais de hipertensão intracraniana tais como cefaleias, náuseas, vômitos e papiledema. O tipo histológico mais frequente é o astrocitoma, mas outros tipos se podem encontrar com mais frequência em doenças como o Von Hippel Lindau ou a doença de Rencklinghausen como os ependimomas, hemangioblastomas, neurinomas, schwannomas e tumores embrionários²⁶.

Os tumores ósseos benignos constituem cerca de 70% dos

tumores primários da coluna vertebral em crianças. Neste grupo os mais frequentes são os osteomas osteóides, os osteoblastomas e os quistos ósseos aneurismáticos, sendo os menos frequentes os granulomas eosinofílicos da histiocitose X, os hemangiomas e os osteocondromas.

O osteoma osteóide é um tumor benigno osteogénico, constituindo 6% de todos os tumores da coluna vertebral. Apresenta-se na segunda década de vida, com maior incidência no sexo masculino (3:1). Manifesta-se clinicamente por dor de intensidade crescente, que alivia rapidamente com anti-inflamatórios não esteróides^{27,28}. Deve ser considerado na criança ou adolescente com escoliose de novo, dolorosa.

O osteoblastoma é também um tumor benigno osteogénico lítico, de crescimento lento, constituindo 5% dos tumores da coluna vertebral. Ocorrem na segunda década de vida, com maior incidência no sexo masculino. Cerca de 10% recidivam e podem evoluir para osteossarcoma. A resposta aos anti-inflamatórios não esteróides não é tão eficaz como a que ocorre no osteoma osteóide^{28,29}.

O quisto ósseo aneurismático tem maior incidência entre os dez e 30 anos de idade. Os quistos ósseos aneurismáticos ocorrem de forma relativamente frequente na coluna vertebral constituindo cerca de 10% dos tumores da coluna vertebral. Causam dor lentamente progressiva, que agrava à noite^{28,29}.

Apesar de muito raros os tumores malignos têm um prognóstico muito reservado, pela gravidade da lesão e pelas particularidades da estrutura anatómica em que estão localizados. Os tumores ósseos primitivos malignos mais frequentes são o sarcoma de Ewing e o osteossarcoma. Também podem ocorrer metástases ósseas de tumores como os neuroblastomas.

F) Causas inflamatórias

As artrites idiopáticas juvenis podem ter como apresentação inaugural um quadro de torcicolo em 2% dos casos, por artrite das articulações interapofisárias posteriores e/ou da atloido-odontoideia. Este envolvimento articular causa limitação dolorosa dos movimentos da coluna cervical, com rigidez da nuca e perda dos movimentos de extensão e rotação. A subluxação atloido-axoideia é também comum, porém não tem repercussão neurológica na maior parte dos casos. O torcicolo é a consequência dos fenómenos inflamatórios crónicos das articulações intervertebrais, que cursam com lesão capsular e ligamentar e degradação das superfícies articulares, levando a instabilidade da coluna cervical³⁰. A localização exclusiva da artrite idiopática juvenil à coluna cervical é uma raridade, pelo que uma história clínica e exame objectivo adequados revelam o envolvimento de outras áreas articulares. A limitação da mobilidade cervical pode preceder o aparecimento de alterações radiológicas e a avaliação laboratorial poderá ter um papel auxiliar no diagnóstico.

A discopatia calcificante causa um torcicolo doloroso não antecedido de traumatismo, acompanhado de rigidez e calor local, em crianças entre os cinco e os 10 anos. A radiografia da coluna cervical evidencia a calcificação dos discos intervertebrais, em particular do disco C6-C7 [30].

G) Gastroenterológicas

A síndrome de Sandifer é uma entidade clínica que se manifesta por uma postura anómala da cabeça, mimetizando o torcicolo de origem muscular, não sendo mais que uma atitude anti-álgica, adoptada por crianças com idades compreendidas entre os 18 e os 36 meses, em resposta a episódios de refluxo gastro-esofágico. Os episódios têm a duração de um a três minutos, manifestando-se por rotação do pescoço, com alternância da direcção da rotação entre cada episódio, e postura em opistótono. Esta síndrome pode-se acompanhar de regurgitação, anorexia, hematemesa, irritabilidade, anemia, má progressão ponderal, tosse crónica e disфонia. A pHmetria confirma o diagnóstico.

Relatos de casos

Descrevem-se cinco casos ilustrativos de algumas causas de torcicolo adquirido de etiologia primária não traumática, em crianças com idades compreendidas entre os dez meses e os oito anos, que recorreram ao serviço de urgência por “torcicolo” e que se mostraram resistentes á terapêutica médica instituída, obrigando a uma segunda visita entre os dois dias e as três semanas após a primeira observação.

Caso 1: Tumor da fossa posterior

Rapaz de oito anos recorreu com queixas de cervicgia esquerda na sequência de queda da cama. À observação inicial apresentava mobilidade cervical limitada, sobretudo à flexão e o exame neurológico era normal. A radiografia da coluna cervical não evidenciou sinais de fractura ou de subluxação, tendo-se medicado com anti-inflamatório, admitido torcicolo de origem traumática. Nove dias após o início dos sintomas, regressou por persistência das queixas e diminuição da acuidade visual. Mantinha limitação da mobilidade cervical, apresentando pupilas ligeiramente midriáticas, reflexo fotomotor diminuído com discreto *hippus*. A fundoscopia evidenciou papiledema exuberante. O restante exame neurológico era normal. Os exames neuroimagiológicos confirmaram o diagnóstico de tumor da fossa posterior (Figura 1). O exame anatomo-patológico efectuado após excisão cirúrgica do tumor revelou tratar-se de astrocitoma pilocítico (grau I, Classificação OMS) do cerebello.

Caso 2: Abscesso retrofaríngeo

Criança de dois anos, do sexo masculino, admitida por quadro de febre com quatro dias de evolução, cefaleia occipital, prostração e diminuição da mobilidade cervical. Apresentava história prévia de amigdalite medicada com penicilina intramuscular três semanas antes. À admissão apresentava hiperémia da orofaringe, postura cervical anómala, com limitação dos movimentos activos de extensão e rotação cervical. A avaliação laboratorial revelou leucocitose (18000/ μ L) com neutrofilia (78,8%), proteína C reactiva de 3,3mg/dL e a pesquisa do antigénio do *Streptococcus* do grupo A nas secreções da

orofaringe foi negativa. Foi medicado com anti-inflamatório não esteróide e relaxante muscular com alguma melhoria, no entanto regressou 36 horas depois, por persistência da rigidez cervical. A radiografia de perfil lateral da coluna cervical revelou ligeiro aumento do espaço retrofaríngeo e pseudoluxação C2-C3 (Figura 2A). A TC cervical confirmou a existência de fleimão retrofaríngeo a nível de C2 (Figura 2B). Esteve sob antibioterapia endovenosa (penicilina G cristalina e clindamicina) durante catorze dias, verificando-se melhoria clínica sem necessidade de intervenção cirúrgica.

Caso 3: Tumor da coluna cervical

Criança de três anos, sexo masculino, previamente saudável, foi referenciada por cervicalgia e redução da mobilidade cervical com um mês de evolução, interpretado inicialmente como “torcicolo” mas resistente à terapêutica instituída. À observação apresentava ligeira inclinação lateral esquerda da cabeça, restrição da mobilidade cervical e dor intensa à mobilização passiva do pescoço. A radiografia cervical revelou lesão osteolítica da terceira vértebra cervical. A TC da coluna cervical confirmou lesão com componente lítico a nível da lâmina e apófise transversa de C3 (Figura 3).



Figura 1. Imagens da TC crânio-encefálica (CE) antes da colocação de derivação ventricular (1A) e da RM-CE em ponderação T1 com gadolínio, após colocação da derivação ventricular (1B e 1C). **1A** – Lesão hipodensa na fossa posterior, com calcificações micronodulares periféricas, a condicionar hidrocefalia triventricular. **1B** e **1C** – Lesão reniforme, hipointensa, de contornos bem definidos com marcado reforço de sinal linear periférico, situada na linha média do compartimento infra-tentorial, a condicionar compressão do cerebelo e desvio anterior da protuberância, com obliteração parcial da cisterna pré-pôntica e ligeiro desvio das amígdalas cerebelosas.

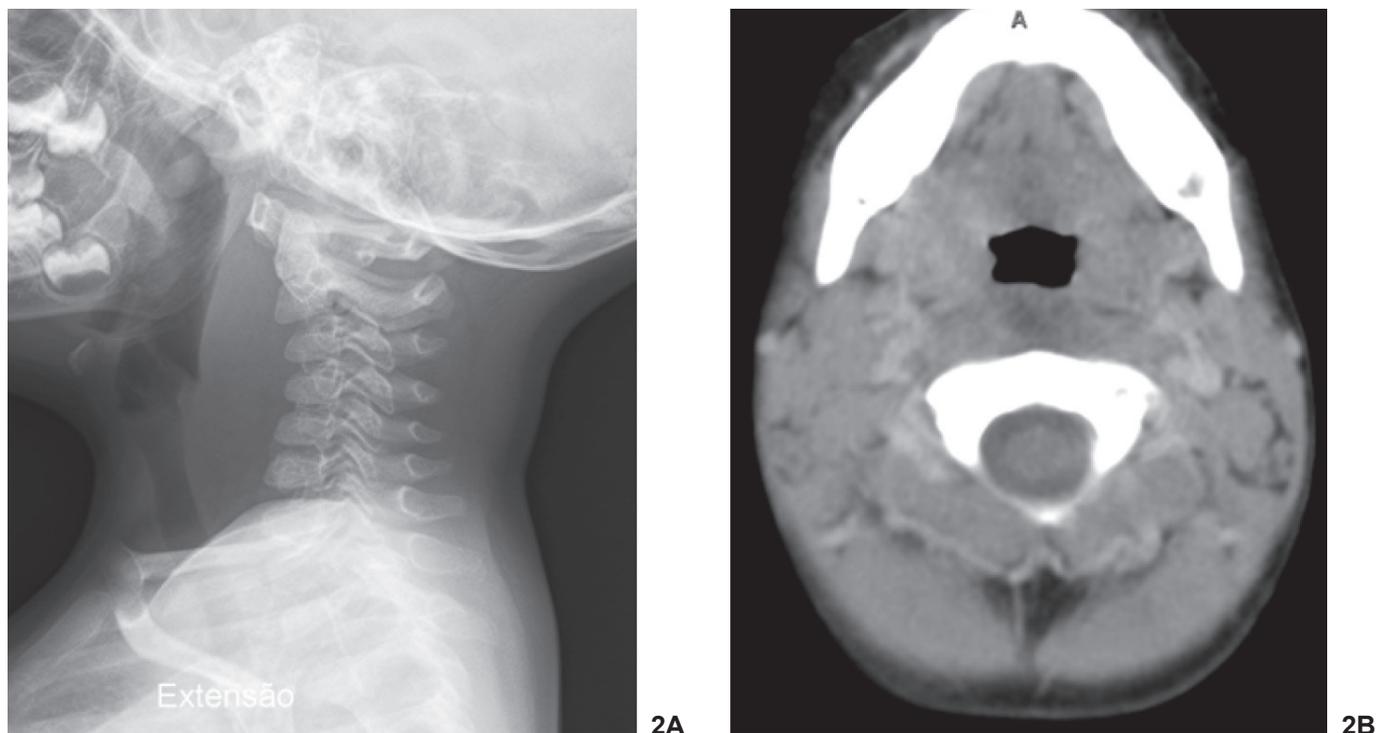
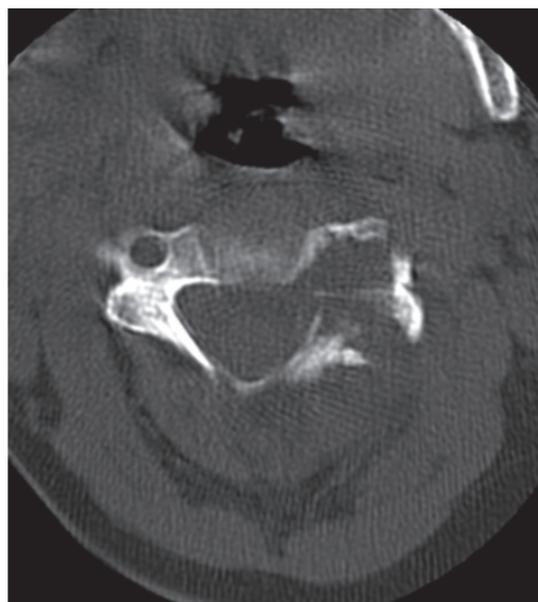


Figura 2. **2A** - Radiografia de perfil lateral da coluna cervical evidenciando ligeiro deslocamento anterior da laringe e pseudoluxação anterior de C2 em C3. A pseudoluxação C2-C3 é um achado radiológico normal em crianças abaixo dos 8 anos, devendo-se a uma relativa laxidão dos ligamentos e facetas articulares rasas. Traçando a linha cervical posterior, do plano espinolaminar de C1 ao plano espinolaminar de C3, a linha espinolaminar de C2 não a ultrapassa mais do que 1 mm, distinguindo-a de uma subluxação verdadeira; **2B** – TC cervical das partes moles evidenciando alargamento e hipodensidade do espaço retrofaríngeo compatível com coleção líquida purulenta, sem condicionar compromisso na via aérea, nem efeito de massa sobre estruturas vasculares.



2A



2B

Figura 3. 3A - Lesão lítica a nível de C3 no perfil esquerdo na radiografia da coluna cervical; 3B – TC da coluna cervical a nível de C3 a evidenciar lesão lítica ao nível da lâmina e apófise transversa esquerda de C3.

A avaliação laboratorial revelou uma velocidade de sedimentação aumentada (45 mm/h), sem outros parâmetros de inflamação. A cintigrafia óssea revelou hiperfixação a nível de C3. Procedeu-se a tratamento conservador com imobilização com colar cervical e terapêutica analgésica adequada. A TC da coluna cervical realizada quatro meses após o tratamento confirmou resolução espontânea e completa da lesão.

Caso 4: Torcicolo paroxístico benigno

Criança do sexo feminino, com desenvolvimento psicomotor adequado, sem antecedentes familiares de enxaqueca, previamente saudável até aos 10 meses de idade, altura em que iniciou episódios recorrentes de inclinação lateral da cabeça com rotação contralateral do mento, alternando de lado entre cada episódio, interpretados como torcicolo. Os episódios tinham uma duração de cerca de 24 a 72 horas, com apresentação matinal, melhoria durante o sono e uma frequência de uma vez por mês. Não se acompanhavam de palidez, vômitos, ataxia, alterações do comportamento ou outros sinais neurológicos. Os exames neuroimagiológicos excluíram lesões do neuroeixo, da coluna cervical ou malformações da charneira

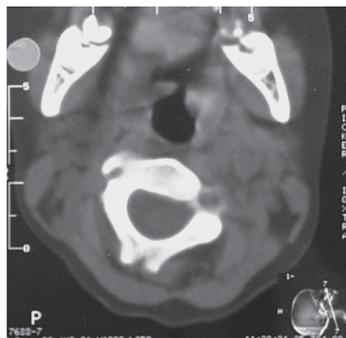
cranio-vertebral. Os episódios de torcicolo foram-se tornando mais espaçados até remitirem por completo aos dois anos de idade. Manteve seguimento na consulta de neurologia pediátrica por síndrome de vômitos cíclicos que surgiu aos três anos e cefaleias sugestivas de enxaqueca.

Caso 5: Torcicolo de causa reumatológica

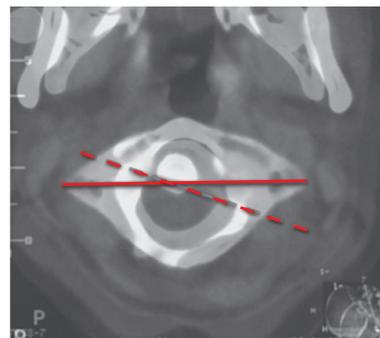
Criança de oito anos de idade, sexo feminino, iniciou quadro de dor cervical de instalação insidiosa, associada a posição anómala da cabeça, caracterizada por inclinação da cabeça para o lado esquerdo e desvio do mento para a direita. Foi medicada com anti-inflamatório não esteróide e miorelaxante sem melhoria clínica, regressando após três semanas. Nessa altura foi associado à medicação imobilização com colar cervical, persistindo no entanto a deformidade fixa da cabeça e pescoço. A TC cervical revelou subluxação rotatória atlanto-axoideia (Figura.4). Na sequência do aparecimento de artrite da articulação interfalângica proximal do terceiro dedo da mão esquerda, levantou-se a hipótese diagnóstica de artrite idiopática juvenil que foi posteriormente confirmada por exames laboratoriais.



4A



4B



4C

Figura 4. Cortes axiais na TC da coluna cervical numa subluxação atlanto-axoideia. 4A - Apófise odontóide desviada para a direita e descentrada em relação ao atlas; 4B - Desvio rotacional do eixo que se encontra rodado para esquerda; 4C - Quando se sobrepõe os cortes de C1 e C2 com os respectivos eixos anatómicos transversais confirma-se a rotação de C2 para a esquerda.

Discussão

Visto que o torcicolo é um sintoma com um grande espectro de possíveis diagnósticos é necessária uma avaliação diagnóstica metódica e meticulosa.

A maioria dos torcicolos agudos, sem outros sintomas acompanhantes, é de origem traumática, podendo haver história de traumatismo minor vários meses antes da sua manifestação²⁷.

A dor deve ser caracterizada quanto à localização, intensidade, início e irradiação. Nos casos de torcicolo espasmódico a dor é unilateral, eventualmente irradiando para o ombro e a rigidez muscular é uma constante. Deve-se fazer uma observação adequada da coluna cervical e da cintura escapular, avaliando a mobilidade activa da coluna, a presença de contractura muscular, pontos dolorosos ou crepitações. A mobilidade passiva deve ser avaliada com precaução devido à possibilidade de subluxação atlanto-axial. A radiografia da coluna cervical é quase sistemática e permite identificar lesões traumáticas, anomalias congénitas ósseas da charneira cranio-vertebral e outras situações tais como tumores ósseos e discopatia calcificante, que poderão ser melhor caracterizadas por TC cervical. Em caso de falência da terapêutica conservadora com anti-inflamatórios e miorelaxantes, poderá ser necessária uma tração cervical e imobilização com colar cervical. A duração da imobilização varia entre 10-15 dias com a devida vigilância clínica.

A presença de febre deve orientar para uma etiologia infecciosa ou inflamatória. É fundamental excluir um foco séptico otorrinolaringológico ou uma infecção osteoarticular. Devem-se procurar adenopatias cervicais, realizar otoscopia, proceder à observação da orofaringe e pedir TC da orofaringe caso haja suspeita de abscesso retrofaríngeo. A presença de pontos dolorosos na coluna cervical sugere osteomielite ou espondilodiscite. A avaliação laboratorial poderá ter um papel auxiliar no diagnóstico e as hemoculturas poderão por em evidência bacteriemia. A RM e cintigrafia corroboram o diagnóstico.

Quando o torcicolo é intermitente aponta para uma causa não ortopédica, como é o caso do torcicolo paroxístico benigno e de causas compensatórias como o torcicolo ocular. É fundamental um exame neurológico minucioso, excluir causas iatrogénicas e se necessário enviar a uma consulta de oftalmologia.

Se o torcicolo é persistente, é importante aferir a existência estrabismo, nistagmo, sinais de hipertensão intracraniana ou outros sinais neurológicos focais. Um torcicolo persistente na presença de vômitos recorrentes constitui um sinal de alerta. Nestes casos é imperativo a realização de exames de neuroimagem, para excluir lesão intracraniana. Se a suspeita de lesão intracraniana for baixa e não for possível efectuar exame neuroimagiológico, mesmo que haja alívio temporário da sintomatologia com a instituição terapêutica, é sempre necessário uma vigilância e seguimento apertado do doente, visto que pequenas alterações inflamatórias que modifiquem o tamanho ou a posição de uma eventual lesão intracraniana, como um hematoma epidural, podem justificar melhoria tran-

sitória ou exacerbação da clínica [15].

No caso de suspeita de tumor da coluna cervical é importante a realização de exames complementares para documentar correctamente o diagnóstico, tais como TC, RM, cintigrafia óssea e eventualmente mielografia. A biopsia óssea constitui o exame complementar mais fiável para distinguir uma etiologia benigna de uma maligna de forma escolher o diagnóstico mais adequado.

Conclusões

O diagnóstico diferencial do torcicolo adquirido na criança não é fácil tendo em conta a multiplicidade de etiologias possíveis. No entanto, a apresentação clínica e a evolução permitem orientar ou estabelecer o diagnóstico na maior parte dos torcicolos. As indicações para exames complementares devem-se individualizar consoante o caso.

A criança com torcicolo pode ser referenciada a várias especialidades tais como Pediatria Geral, ortopedia Infantil, Neuropediatria, Otorrinolaringologia e oOftalmologia, dificultando a elaboração de um esquema diagnóstico.

Perante um caso de “torcicolo” que regressa ao serviço de urgência por manutenção das queixas / deformidade, apesar de uma terapêutica médica correctamente instituída, deve-se pensar noutras possíveis etiologias que não a espasmódica ou traumática, tendo em vista o rastreio de outras situações potencialmente fatais, como os tumores da fossa posterior.

Referências

1. Spaycar M, ed.: *Stedman's medical dictionary*, 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins Press 1995.
2. Ozuah P.: Torticollis. In: *Primary Pediatric Care*. Hoekelman, RA (Ed), St. Louis, Mosby, 2001; 1282.
3. Ballock, RT, Song KM. The prevalence of nonmuscular causes of torticollis in children. *J Pediatr Orthop* 1996; 16:500-4.
4. Tunnessen WW, Roberts KB (Eds), Torticollis. In: *Signs and symptoms in pediatrics*, 3rd ed, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, 1999. p.353.
5. Hall DE, Boydston W. Pediatric neck injuries. *Pediatr Rev* 1999; 20:13-9.
6. Tom LW, Rossiter JL, Sutton LN, Davidson RS, Potsic WP. Torticollis in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 105:1-5.
7. Muniz AE, Belfer RA. Atlantoaxial rotary subluxation in children. *Pediatr Emerg Care* 1999; 15:25-9.
8. Godard J, Jacquet G, Bonneville JF, Tan YS, Guyot J, Czorny A. Torticollis and C1-C2 rotation subluxation. A propos of case. The value of dynamic scanner and of a 3-dimensional scanner. *J Neuroradiol* 1994;21:223-7.
9. Subach BR, McLaughlin MR, Albright AL, Pollack IF. Current management of pediatric atlantoaxial rotatory subluxation. *Spine (Phila Pa 1976)* 1998; 23:2174-9.
10. Canale T, Daugherty DH, Jones L. *Campbell's Operative Orthopaedics*; Pennsylvania; Mosby 2003; 1458.
11. Fernandez-Espuelas C, Manjon-Llorente G, Pinillos-Pison R, Garcia-Oguiza A, Pena-Segura JL, Lopez-Pison J.. Torticollis paroxís-

- tico benign. Nuestra experiencia de 15 años; *Rev Neurol* 2006; 43: 335-40.
12. Drigo P, Carli G, Laverda AM. Benign paroxysmal torticollis in infancy. *Brain Dev* 2000; 22:169-72.
 13. Deonna T, Martin D. Benign paroxysmal torticollis in infancy. *Arch Dis Child* 1981; 56:956-9
 14. Velikovic M, Benabou R, Brin MF. Cervical dystonia pathophysiology and treatment options. *Drugs* 2001; 61; 1921-43.
 15. Loureiro B, Ferrer-Lozano M, Abenita P, Ferraz S, Rebage V, López-Pisón J. Torticolis como motivo de consulta en neuropediatría; *Rev Neurol* 1999; 29:493-9.
 16. Straussberg R, Harrel L, Amir J. Pseudotumor cerebri manifesting as stiff neck and torticollis. *Pediatric Neurology* 2002; 26:225-7.
 17. Yasumoto K, Hashimoto T, Miyasaki M, Kuroda Y. Recurrent torticollis as a presentation of Moyamoya disease. *J Child Neurol* 1993;8: 187-8.
 18. Wright K, Spiegel P. The requisites in Ophthalmology. *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*; 2nd edition, chapter 19; Springer 2003.
 19. Arnoldi KA, Tychsen L. Prevalence of intracranial lesions in children initially diagnosed with disconjugate nystagmus (spasmus nutans). *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1995; 32: 296-301.
 20. Karkosa PD, Bentona J, Leonga SC, Mushia E, Sivajia N, Assimakopoulos DA. Grisel's syndrome in otolaryngology: A systematic review; *Int J Ped Otorhinolaryngol* 2007; 71: 1823-7.
 21. Parke WW, Rothman RH, Brown MD. The pharyngovertebral veins: an anatomical rationale for Grisel's syndrome. *J Bone Joint Surg Am* 1984;66: 568-74.
 22. Turgut M, Akalan N, Bertan V, Erben A, Eeryilmaz M. Acquired torticollis as the only presenting symptom in children with posterior fossa tumors. *Child Nerv Syst* 1995;11:86-8.
 23. Grupta NA, Roy DR, Conlan ER, Crawford AH. Torticollis secondary to posterior fossa tumors. *J Pediatr Orthop* 1996; 16:505-7.
 24. Krauss JK, Seeger W, Jankovic J. Cervical dystonia associated with tumors of the posterior fossa. *Mov Disord* 1997;12:443-7.
 25. Kumandas S, Per H, Gümüs H, Tucer B, Yikilmaz A, Kontas O, Coskun A, Kurtsoy A. Torticollis secondary to posterior fossa and cervical spinal cord tumors: report of five cases and literature review. *Neurosurg Rev* 2006;29:333-8.
 26. Peyrou P, Moulies D. Le torticollis de l'enfant: démarche diagnostique. *Arch Pediatr* 2007; 14:1264-70.
 27. Orłowski JP, Mercer RD. Osteoid osteoma in children and young adults. *Pediatrics* 1977; 59:526-32.
 28. Springfield DS, Gebhardt MC. Bone and soft tissue tumors. In: Lovell and Winter's *Pediatric Orthopaedics*, 6th ed, Morrissy, RT, Weinstein, SL (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2006; 493.
 29. Copley L, Dormans JP. Benign pediatric bone tumors. Evaluation and treatment. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43:949-66.
 30. Wolfson AB, Harwood-Nuss. *Clinical Practice of Emergency Medicine*; 4th edition; Cap 266; Lippincott Williams & Wilkins 2005.