

Torcicolo na Criança – Dois Casos

GORETI LOBARINHAS, ANTÓNIO FONSECA

Hospital Santa Maria Maior – Barcelos
Serviço de Pediatria

Resumo

O torcicolo na criança é uma situação clínica relativamente frequente. É um sinal subestimado, por ser na maior parte das vezes devido a espasmo muscular idiopático.

São consideradas as principais etiologias do torcicolo na criança.

Como o torcicolo é habitualmente uma situação benigna, a sua persistência ou a associação a outros sinais ou sintomas deve determinar uma observação clínica mais cuidada.

Os autores descrevem dois casos clínicos de torcicolo de etiologia relativamente pouco frequente, referentes a duas crianças que recorreram ao Serviço de Urgência do Hospital Santa Maria Maior de Barcelos. Após investigação clínica, foram diagnosticados um abscesso laterofaríngeo e um tumor cerebral da fossa posterior.

Palavras-Chave: Torcicolo; Criança; Abscesso faríngeo; Tumor da fossa posterior.

Summary

Torticollis in Childhood – Two Case Reports

Torticollis is a frequent clinical situation in childhood. As it is, in the majority, due to a idiopathic muscular spasm, is a underestimated signal.

The main etiologies of the torticollis in the childhood are considered.

As the torticollis is normally a benign situation, its persistency, or the association to other signs or symptoms should determine a very careful clinical observation.

The authors describe two clinical cases of torticollis of not very frequent etiology, relative to two children that came to the emergency of Hospital Santa Maria Maior de Barcelos. After the clinical investigation, a lateropharyngeal abscess and a posterior fossa tumors have been diagnosed.

Key-Words: Torticollis; Child; Pharyngeal abscess; Posterior fossa tumors.

Introdução

Designa-se por torcicolo ou torticollis, a deformidade do pescoço em que este se encontra inclinado para um lado, e o queixo rodado para o lado oposto⁽¹⁻⁴⁾. O termo torcicolo deriva do latim, de «tortus» que significa torto e «collum» que significa pescoço^(4, 5).

O torcicolo na criança é frequente e nem sempre pode ser considerada uma situação benigna^(2, 3, 6). É um sinal clínico que abrange situações muito variadas na sua etiologia e gravidade. Conforme a etiologia, podem-se classificar os torcicolos em cinco grandes grupos: torcicolo traumático, congénito, inflamatório, tumoral e por outras causas^(1, 3).

A anamnese, o exame objectivo e os exames complementares imagiológicos são de grande importância no esclarecimento desta entidade clínica.

O torcicolo pode ser uma manifestação duma lesão grave, nomeadamente, da coluna cervical ou do sistema nervoso central. Por isso os autores descrevem dois casos clínicos elucidativos destas duas situações clínicas.

CASO 1

Criança do sexo masculino, de sete anos de idade recorreu ao Serviço de Urgência (S.U.) do Hospital de Barcelos por inclinação mantida do pescoço para a direita, de instalação súbita, associada a tumefacção cervical direita. Três dias antes tinha sido medicado com ibuprofeno mas, sem melhoria clínica. Sem história de infecção ou traumatismo recente.

Correspondência: Goreti Lobarinhas
Serviço de Pediatria
Hospital Santa Maria Maior
4750 Barcelos
Tel. 053-823 80 / Fax 053-81 73 70
Aceite para publicação em 22/12/99.
Entregue para publicação em 23/01/97.

Tratava-se de um primeiro filho de pais jovens, saudáveis e não consanguíneos. A criança tinha o síndrome de Waardenburg assim como tia e primos maternos. Restantes antecedentes pessoais e familiares irrelevantes.

A criança apresentava-se ao exame objectivo, febril (38.0°C), sem aspecto toxinfecioso e com limitação moderada dos movimentos do pescoço com lateroflexão direita. Era palpável uma tumefacção arredondada, dolorosa, com cerca de 2,5 cm de diâmetro, localizada na região cervical direita. Evidenciava prognatismo e a observação da orofaringe revelou úvula mediana, amígdalas normais e parede posterior normal.

O restante exame físico era normal.

A avaliação analítica inicial revelou: hemograma - Hgb 12.0 g/dl, leucócitos 16.700/m³ com 74% de neutrófilos e 22% de linfócitos, sem presença de linfócitos atípicos, plaquetas 367.000/ml, velocidade de sedimentação (V.S.) de 50 mm. A radiografia (Rx) da coluna cervical não mostrou alterações osteoarticulares e revelou presença de massa cervical à direita.

Admitiu-se como provável o diagnóstico de adenite cervical de provável etiologia bacteriana, decidiu-se internar a criança e iniciar tratamento com flucloxacilina endovenosa, após colheita de sangue para hemocultura.

Ao 2.º dia de internamento foi notado atingimento do estado geral da criança, tendo iniciado picos febris (40°C), com agravamento da dificuldade em mobilizar a coluna cervical e concomitantemente surgiu trismo e disfagia. Analiticamente houve aumento do número total de leucócitos: 22.500/mm³, com acentuação da neutrofilia (88%) e a V. S. aumentou para 95 mm.

Considerou-se o diagnóstico de abscesso faríngeo e a criança foi transferida para um hospital central, para observação por otorrinolaringologista (O.R.L.) após contacto telefónico prévio.

Foi sujeito a tomografia axial computadorizada (TAC) cervical que revelou uma imagem sugestiva de abscesso laterofaríngeo direito. Iniciou antibioterapia de amplo espectro, com a associação de vancomicina, cefotaxime e metronidazol.

Após 24 horas é reobservado por O.R.L. e é realizada ecografia cervical, que mostrou «coleção fluída parafaríngea direita com as dimensões de 31 por 23 mm, empurrando para diante os vasos do pescoço e esternocleidomastóideu» (figura 1). Foi submetido a incisão cervical com drenagem de 10 ml de pus cuja microbiologia identificou o staphilococcus aureus.

A evolução clínica foi favorável com alta hospitalar ao fim de uma semana.

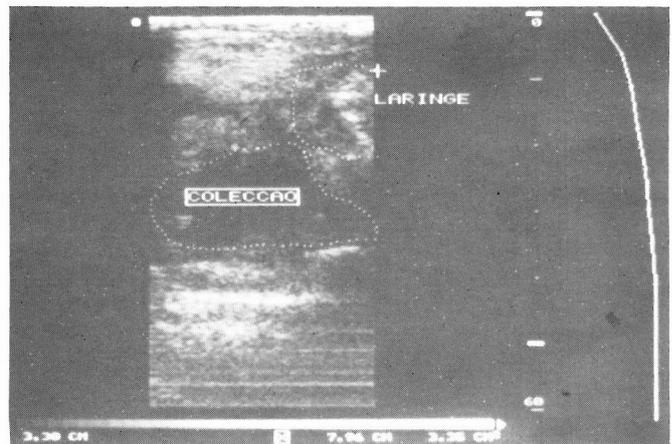


FIG. 1 – Ecografia da região cervical – mostra coleção fluída parafaríngea.

CASO 2

Criança do sexo masculino, de 11 anos de idade recorreu ao S.U. por torcicolo à esquerda.

Oito dias antes da vinda ao S.U., a criança tinha iniciado lateroflexão esquerda do pescoço pelo que foi medicada com miorelaxante, analgésico e anti-inflamatório. Não houve regressão da sintomatologia e no 3.º dia de doença surgiram-lhe parestesias dos membros superiores e inferiores a que se lhe seguiram cervicalgias com irradiação para o tórax e membro superior esquerdo. No dia anterior à vinda ao S.U. foi notada alteração do timbre da voz.

Os antecedentes pessoais e familiares eram irrelevantes.

Ao exame objectivo a criança estava queixosa, com aspecto agudamente doente e sem febre. Apresentava limitação moderada dos movimentos da coluna cervical com postura em lateroflexão esquerda.

O estudo analítico efectuado inicialmente revelou: hemograma – Hgb 14.0 g/dl, leucócitos 8.300/m³ com 60% de neutrófilos e 35% de linfócitos, plaquetas 328.000/ml e V. S. de 6 mm.

O estudo imagiológico mostrou: Rx tórax sem alterações; Rx da coluna cervical com alargamento do espaço intervertebral C1 e C2 e aparente atingimento dos respectivos corpos vertebrais. Para esclarecimento da situação clínica foi efectuada TAC cerebral e cervical que mostrou «lesão que ocupa espaço na linha média da fossa posterior, aparentemente com invasão do canal cervical» (figura 2).

A criança foi transferida para o serviço de Neurocirurgia dum hospital central. Foi submetida a ressonân-



FIG. 2 – Tomografia axial computadorizada cerebral – revela lesão que ocupa espaço na linha média da fossa posterior.

cia magnética nuclear cerebral, para melhor definição dos limites tumorais, que revelou «lesão expansiva centrada no vérmis inferior com 45 por 30 mm de dimensões correspondendo provavelmente a um meduloblastoma do vérmis inferior com metastização através das vias do líquor».

O tumor foi parcialmente removido cirurgicamente e o exame histológico dos fragmentos do tumor mostrou características compatíveis com meduloblastoma.

No pós-operatório imediato apresentou dismetria à esquerda e queixas de cervicobraquialgias. Teve agravamento progressivo (em três semanas) para tetraparesia espástica. Foi sujeito a quimioterapia e radioterapia. Faleceu cerca de um ano após o diagnóstico.

Discussão

Qualquer lesão que afete o sistema musculo-esquelético da região cervical ou que altere o sistema neurovestibular pode conduzir ao posicionamento anômalo da cabeça e pescoço ⁽²⁾, manifestando-se como torcicolo.

Este conceito amplo, abrange situações muito variadas na sua etiologia e gravidade. É por isso importante ter atenção aos diversos factores etiológicos hipoteticamente em causa, uma vez que sendo geralmente benigno, o torcicolo pode contudo constituir um sinal de lesão grave da coluna cervical ^(3, 6).

O 1.º caso clínico é exemplo de que o torcicolo pode surgir como manifestação de um processo inflamatório ou infeccioso. A infecção ao propagar-se aos ligamentos vertebrais anteriores causa uma maior laxidão destes e uma discreta instabilidade que desencadeia uma contractura

muscular de defesa ⁽³⁾. A presença de trismo, como aconteceu no caso apresentado, sugere a localização laterofaríngea do abscesso ⁽⁷⁾.

Na criança, o Rx da coluna cervical para confirmação do diagnóstico de abscesso retrofaríngeo é muitas vezes inconclusivo ⁽²⁾. Para melhor localização do abscesso e definição dos seus limites deverá usar-se a ultra-sonografia ou a TAC ^(2, 8).

Os agentes patogénicos mais frequentemente isolados são: streptococcus hemolítico do grupo A, anaeróbios orais e staph. aureus ⁽⁷⁾. No caso apresentado o staph. aureus foi o agente etiológico do abscesso.

O tratamento consiste em drenagem cirúrgica associada a antibioterapia ⁽⁵⁻⁷⁾. No entanto, há autores que defendem que se o diagnóstico é feito precocemente, o tratamento com antibiótico pode ser suficiente ⁽⁹⁾.

Por vezes o torcicolo pode ser a primeira manifestação dum tumor. Este torcicolo habitualmente de aparecimento recente acompanha-se ou não de sinais neurológicos. Os tumores medulares e da fossa posterior, assim como tumores ósseos são as situações mais frequentes ^(2, 6).

No 2.º caso clínico o torcicolo foi a primeira manifestação clínica de tumor da fossa posterior. As parestesias dos membros permitiram orientar a investigação imagiológica para confirmação do diagnóstico.

O tratamento inicial foi cirúrgico para ressecção do tumor e diagnóstico histológico: meduloblastoma.

A sobrevida dos doentes com meduloblastoma da fossa posterior tem melhorado nas últimas décadas, mas os resultados permanecem insatisfatórios ⁽¹⁰⁾.

Uma história clínica correcta, com uma observação criteriosa do doente, incluindo um exame O.R.L. e neurológico, na maioria das situações, permitem orientar precocemente para o diagnóstico ^(2, 5, 6). Sendo o torcicolo frequentemente uma situação benigna, a sua persistência ou a sua associação a outros sinais ou sintomas deve levar à investigação da etiologia em causa.

Bibliografia

1. Lynn T. S., Bone and Joint Disorders. Orthopedic Problems. The Neck. In: Beharman R. E., Kliegman R. M., Arvin A. M., eds. Nelson-Textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 1949-50.
2. Fernandes A.; Salgado M.; Martins L.; Seabra J., Torcicolo no primeiro ano de vida (A propósito de 4 casos clínicos). *Saúde Infantil* 1995; 17: 59-68.
3. Seabra J., Torcicolo e instabilidade cervical. In: Conceitos Básicos de Ortopedia Infantil. Associação de Saúde Infantil de Coimbra, 1995: 4-10.
4. Couto C.; Flores M. M.; Martins I.; Rodrigues C., Torticolis. *Nascer Crescer* 1995; 4: 92-4.

5. Carlioz H.; Damsin J. P.. Les torticollis de l'enfant. *Ann Pédiatr* 1988; 35: 651-4.
6. Visudhiphan P.; Chiemchanya S.; Somburanasin R.; Dheandhanoo D.. Torticollis as the Presenting Sign in Cervical Infection and Tumor. *Clinical Pediatrics* 1982; 21: 71-6.
7. James, E. A.. Infections of the Upper Respiratory Tract. Retropharyngeal Abscess. In: Beharman R. E., Kliegman R. M., Arvin A. M., eds. Nelson – Textbook of Pediatrics. 15th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1996: 1191-2.
8. Leonard E. S.. Stiff neck with fever. *Pediatr Emergency Care* 1995; 11: 199-200.
9. Ben-Ami T.; Yousefzadeh D. K.; Aramburo M. J.. Pre-suppurative phase of retropharyngeal infection: contribution of ultrasonography in the diagnosis and treatment. *Pediatr Radiol* 1990; 21: 23-6.
10. Costa M. V.. Meduloblastoma avançado na criança: Doença incurável? *Nascer Crescer* 1992; 1: 196-9.