

ilmedicopediatra 2024;33(1):21-25;
doi: 10.36179/2611-5212-2024-5

Torcicollo congenito miogeno

Giovanni Luigi Di Gennaro

Ortopedia Pediatrica, Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

Il termine torcicollo non rappresenta una diagnosi, ma un quadro clinico che può dipendere da svariate condizioni. Le cause possono essere congenite e acquisite.

Il **torcicollo congenito miogeno** (Fig. 1) è la forma più comune di torcicollo nell'infanzia, ed è dovuto alla contrattura o fibrosi del muscolo SternoCleidoMastorideo di un lato, che porta a una inclinazione del capo dal lato affetto e a una rotazione del mento verso il lato opposto. L'alterazione del muscolo SternoCleidoMastoideo (SMC) è causata da un problema a carico del muscolo stesso, una verosimile sindrome compartimentale, che può verificarsi in fase intrauterina per l'anomala posizione del capo durante il terzo trimestre di gravidanza o in epoca perinatale, a causa di un parto laborioso. Ha una incidenza variabile dallo 0,3 all'1,9%. Il lato destro risulta più spesso colpito rispetto al sinistro, mentre il rapporto M/F è leggermente a favore del sesso maschile. L'eziologia è sconosciuta, ma poiché è comunque riferibile a un conflitto di spazio, tutte le condizioni che portano a questo, come una scarsa quantità di liquido amniotico (oligoidramnios), un aumento delle dimensioni fetali, la presenza di malformazioni della parete uterina, sono tutte condizioni che possono predisporre al verificarsi di tale conflitto. Questo spiega anche la frequente associazione con altre condizioni ortopediche presenti alla nascita, come la displasia congenita dell'anca e il piede talo valgo.

Nei primi giorni di vita può essere notato nel contesto del muscolo SCM una formazione duro-elastica, rotondeggiante o fusata ("oliva"), dovuta a un ematoma che tende lentamente a scomparire; a volte una vasta porzione del muscolo appare diffusamente infiltrata e di consistenza aumentata. Con il passare dei mesi si può assistere alla organizzazione della porzione di muscolo interessata in tessuto fibroso-cicatrizziale, con indurimento e retrazione dello stesso, che finiscono per fissare la deformità rendendola permanente. La base istopatologica è una fibrosi a livello dell'endomysio con deposito di fibre collagene e accumulo di fibroblasti attorno alle fibre muscolari, che conduce a una atrofia muscolare. Dal punto di vista clinico, l'ispezione e un'accurata palpazione della regio-

Corrispondenza

Giovanni Luigi Di Gennaro
giovanniluigi.digennaro@ior.it

How to cite this article: Di Gennaro GL. Torcicollo congenito miogeno. *Il Medico Pediatra* 2024;33(1):21-25. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2024-5>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

FIGURA 1.

Torcicollo miogeno destro (disegno di MariaPia Cumani, Laboratorio di Disegno Anatomico, Dipartimento Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna).



ne porteranno alla diagnosi, confermata dall'esame ecografico.

Clinicamente si osserva una inclinazione del capo dallo stesso lato del muscolo interessato, una rotazione del mento verso il lato opposto, una asimmetria facciale con l'occhio omolaterale spesso più piccolo, l'orecchio omolaterale che può essere più piccolo, fino a una asimmetria delle guance (Fig. 2).

Per mettere in tensione lo SCM e riscontrare più agevolmente variazioni di consistenza e tensione, è necessario porre il capo in estensione (eventualmente portandolo fuori dal lettino, sostenuto dalle ginocchia dell'esaminatore o dalla sua mano) e inclinarlo dal lato opposto rispetto a quella della deformità.

L'ecografia comparativa dello SCM può dimostrare differenze di spessore fra i muscoli dei due lati.

Una delle associazioni patologiche più comuni del torcicollo miogeno è la **plagiocefalia** (Fig. 3). Questa può essere legata alla posizione preferenziale del capo e in questo caso essere una conseguenza del torcicollo miogeno oppure essere indipendente da esso.

Naturalmente una plagiocefalia può essere posizionabile, trattabile quindi con manovre osteopatiche, ma impone la diagnosi differenziale con le plagiocefalie da craniostenosi e quindi richiede anche una valutazione neurochirurgica.

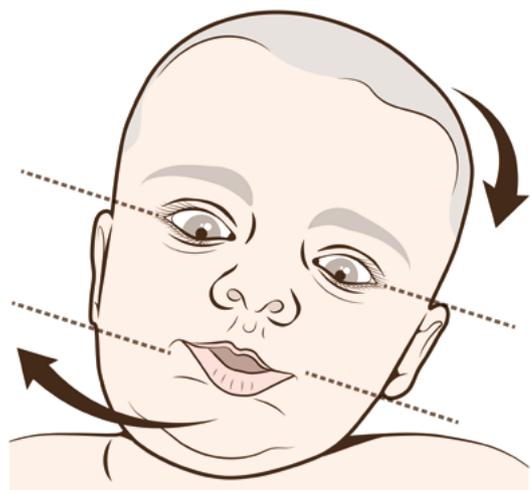
Nel torcicollo miogeno è fondamentale mettere in opera tutti i provvedimenti volti a impedire la retrazione del muscolo interessato. Ma quando è opportuno iniziare il trattamento? È indispensabile iniziare il trattamento prima possibile. Vi è una forte evidenza che vi siano risultati migliori quanto prima si inizi la fisioterapia (con miglioramenti entro 6 mesi nel 98% nei casi in cui si iniziava prima del mese di età).

Occorrerà sin da subito far assumere al lattante una postura che favorisca l'allontanamento dei capi d'inserzione dello SCM interessato, eseguire lenti stiramenti dello stesso con manipolazioni manuali, applicare collari morbidi per mantenere il capo in posizione corretta.

Dal momento che l'inizio precoce del trattamento è uno degli elementi che più di tutti può ridurre le conseguenze del torcicollo miogeno, è necessario un rapido ricono-

FIGURA 2.

Torcicollo miogeno sinistro (disegno di MariaPia Cumani, Laboratorio di Disegno Anatomico, Dipartimento Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna).



scimento da parte del pediatra di libera scelta per minimizzare gli effetti della retrazione fibrosa dello SCM. Il pediatra dovrà sospettarlo nel caso la storia clinica della gravidanza (ridotti movimenti fetali, oligoidramnios, gemellarità) o del parto (macrosomia, presentazione podalica) facciano immaginare un conflitto di spazio. L'asimmetria facciale è molto più evidente rispetto alla riduzione del movimento, in particolare in un neonato con il collo corto e tozzo. Quindi quello che deve insospettire è soprattutto l'inclinazione del capo con il disallineamento degli occhi, delle orecchie e l'appiattimento della mandibola, fino a notare una alterazione delle linee gengivali. La plagiocefalia dovrebbe essere esaminata dall'alto, per verificare se esiste corrispondenza fra posizione obbligata e alterazione della forma del cranio. Il pediatra deve essere anche conscio del fatto che i movimenti del capo di un lattante sono più ampi rispetto a quelli di un bambino più grande. In un bambino con meno di tre anni la rotazione laterale del capo supera di poco i 90°, mentre l'inclinazione laterale supera i 45°, riuscendo la parte alta dell'orecchio a toccare la spalla omolaterale (Fig. 4AB).

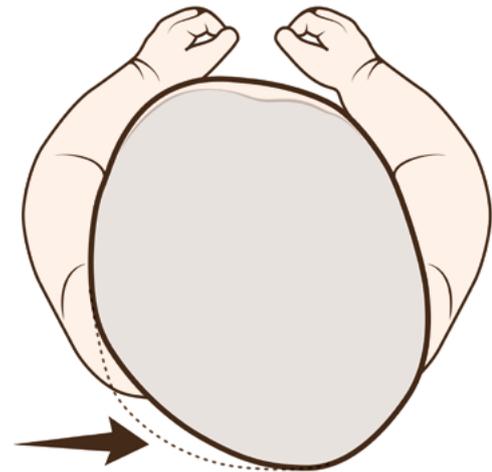
Diagnosi differenziale del torcicollo nel bambino

A volte un atteggiamento di inclinazione laterale del capo è presente, nonostante una assoluta normalità clinica ed ecografica dello SCM. In tal caso bisogna sospettare l'esistenza di alterazioni malformative ossee del tratto cervicale (sinostosi, displasie del tratto atlo-occipitale, S. di Klippel-Feil), che vanno differenziate dal torcicollo miogeno. Trattasi di **torcicollo osseo**, la cui natura sarà chiarita dopo l'esecuzione di indagini radiografiche, completate eventualmente dalla TC e dalla RM. Per i casi di torcicollo osseo non esiste una terapia chirurgica specifica, ma è opportuna invece una valutazione neurochirurgica per escludere disrafismi.

Il **torcicollo oculare**, dovuto a difetti visivi, come la debolezza del muscolo retto laterale o del muscolo obliquo superiore, è sospettabile per la correggibilità passiva, la normale consistenza dei ventri muscolari e per il fatto che l'atteggiamento viziato compare quando il

FIGURA 3.

La plagiocefalia è una delle associazioni più comuni del torcicollo miogeno. La testa del neonato va osservata dall'alto (come in figura) per coglierne l'asimmetria. Il disegno mostra come si presenterebbe il capo in caso di torcicollo miogeno sinistro (disegno di MariaPia Cumani, Laboratorio di Disegno Anatomico, Dipartimento Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna).



bambino osserva gli oggetti e le persone. Può essere associato a nistagmo ed è diagnosticabile con sicurezza dopo i due anni. A volte viene confuso con la forma miogena, per la presenza di una modesta contrattura secondaria del muscolo senza fibrosi ne retrazione. Altre forme di torcicollo riscontrabili nel bambino sono: – il **torcicollo traumatico** che compare a seguito di distorsioni del rachide cervicale; – il **torcicollo infiammatorio**, reazione di tipo antalgico a processi mastoiditici, ascessi retro faringei, linfadenopatie (è bene anche ricordare che l'artrite reumatoide giovanile debutta molto frequentemente con un torcicollo o una limitazione dolorosa del tratto cervicale); il **torcicollo neurogeno**, (da meningite o meningismo, emorragia intracranica, siringomielia, tumori della fossa cranica posteriore, irritazioni o compressioni bulbo-midollari) è poco o per nulla correggibile e ad andamento ingravescente.

FIGURA 4.

Torciccolo miogeno sinistro. A) l'inclinazione del capo verso destra risulta ridotta; B) anche la rotazione del capo risulta asimmetrica (disegno di MariaPia Cumani, Laboratorio di Disegno Anatomico, Dipartimento Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna).

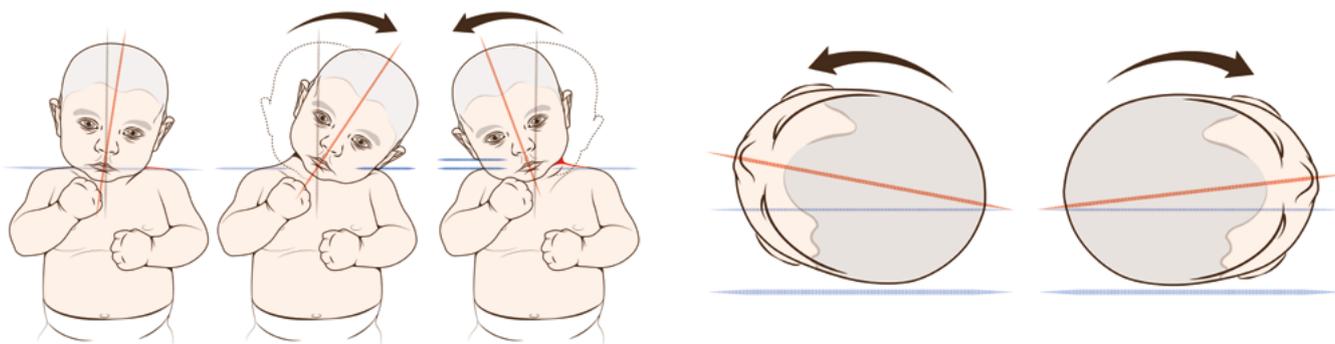


FIGURA 5.

Paziente affetta da torciccolo miogeno destro. Deformità mascellari e orbitarie (disegno di MariaPia Cumani, Laboratorio di Disegno Anatomico, Dipartimento Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna).



Infine, non bisogna dimenticare il **torcicollo parossistico benigno**, una distonia parossistica rara, autolimitante, caratterizzata da episodi ricorrenti di torcicollo da malposizione della testa che dura alcune ore o giorni; si distingue per possibili cambiamenti di posizione del capo, spesso associato a irritabilità e una certa contrattura dei muscoli posteriori. Alcune evidenze cliniche e genetiche suggeriscono che possa trattarsi di un precursore dell'emicrania infantile. Una posizione anomala del capo può anche essere legata a un reflusso gastro-esofageo come nella **Sindrome di Sandifer**. Se malgrado un trattamento fisioterapico precoce il muscolo si fibrotizza e si accorcia, per evitare che l'asimmetria del viso divenga permanente può essere indicato un intervento chirurgico. Consiste nella sezione dei tre capi mio tendinei del muscolo SCM, che si inseriscono prossimalmente a livello della mastoide e distalmente sulla clavicola e lo sterno. L'intervento può essere messo in atto a partire dai 3 anni d'età, poiché difficilmente i piccoli operati potrebbero tollerare l'immobilizzazione post-operatoria necessaria a impedire il riformarsi di una cicatrice retraente. Oltre che per motivi di funzionalità (limitazione della motilità del rachide cervicale) l'operazione viene eseguita per impedire che l'asimmetria facciale associata al torcicollo risulti irreversibile. Dopo i 5 anni si possono infatti osservare

anomalie mandibolari e occlusive e deformità mascel-
lari e orbitarie nei bambini più grandi (Fig. 5).

Bibliografia di riferimento

Gundrathi J, Cunha B, Mendez MD. Congenital torticollis. 2023. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

Kuo A, Tritasavit S, Graham Jr JM. Congenital muscular torticollis and positional plagiocephaly. *Pediatr Rev* 2014;35:79-87; quiz 87.

Ho BC, Lee EH, Singh K. Epidemiology, presentation and management of congenital muscular torticollis. *Singapore Med J* 1999;40:675-679.

Lee IJ, Lim SY, Song HS, et al. Complete tight fibrous band release and resection in congenital muscular torticollis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010;63:947-953.

Petronic I. Congenital muscular torticollis in children: distribution, treatment duration and outcome. *Eur J Phys Rehabil Med* 2010;46:153-157.

Valdiserri L, Di Gennaro GL. Ortopedia. In: Gaburro D, Paolucci G, Salvioli GP, et al. eds. *Pediatria generale e specialistica*. Napoli: Guido Gnocchi Ed. 1997;1071-1085.