



PLAGIOCEFALIA

O QUE É?



Por Dr. Francisco Bianchi Aguiar
Clínica Pediátrica da Casa de Saúde da Boavista

Desde 1991, a incidência da morte súbita no lactente baixou de uma forma muito significativa. Esta tragédia era um evento comum até então. Nessa altura, foi desencadeada uma campanha iniciada em Inglaterra, designada por “Back to Sleep”, que alterou, de uma forma radical, as recomendações que até aí se davam aos pais, quanto à posição em que deveriam colocar os seus bebés para dormir. A habitual posição de “barriga para baixo” foi substituída por “barriga para cima”.

Esta revolução teve no Dr. Peter Fleming, Pediatra de Bristol, o seu mentor. Rapidamente, outros Países, como a Austrália e a Nova Zelândia também adotaram essa recomendação. Em 1992, a Academia Americana de Pediatria, em associação com outras sociedades americanas, também aderiu àquela recomendação e, desde então, milhares de vidas são salvas todos os anos. A recomendação, inquestionável na sua validade, tornou um problema extremamente raro em frequente, como se de um efeito colateral negativo se tratasse.

Plagiocefalia

Entende-se por plagiocefalia (do grego *plagio*:obliquo e *kephale*: cabeça) a assimetria do perímetro craniano, habitualmente com planificação occipital simétrica ou assimétrica, designada por “plagiocefalia posicional ou postural”(PP). A cabeça pode adotar a configuração de paralelogramo ou trapezoidal. O crânio de um lactente tem uma grande plasticidade, é pouco rígido, pelo que não é difícil perceber o quanto é sensível às forças externas de pressão. Durante a travessia do canal de parto, o crânio de recém-nascido sofre deformidades significativas transitórias, tornando, assim, possível a sua travessia. Independentemente disso, outras forças externas, pós-natais ou até pré-natais, podem causar deformação do crânio, não tão transitórias.

Causas de plagiocefalia postural

Um ambiente intra-uterino restritivo, com útero pequeno ou deformado, pelve materna pequena, excesso ou défice de líquido amniótico, apresentação de pelve, ou bebé grande e/ou com cabeça grande são fatores que podem condicionar a sua presença logo ao nascimento. A prematuridade acentua ainda mais a natural plasticidade do crânio, pelo que é muito comum esta situação ocorrer em recém-nascidos prematuros.

O torcicolo muscular congénito também pode resultar destas restrições, ou aparecer em resultado de manobras obstétricas durante o trabalho de parto. Ao limitar a mobilidade de pescoço, ele é uma importante causa de plagiocefalia. O torcicolo congénito só se torna evidente às 2, 3 semanas de vida. Nem sempre assume as características óbvias de contratura muscular, ou mesmo massa palpável, do músculo latero-flexor do pescoço, chamado esternocleidomastoideu, sendo apenas uma postura preferencial, sem contratura, ou até aparente limitação da mobilidade do pescoço. Mas a grande causa para este aumento de incidência reside no facto de estar deitado de costas, o que, repito, inquestionável na sua validade, fez aumentar exponencialmente a sua casuística.

Craniosinostose

Apesar de também causar “plagiocefalia”, o encerramento precoce de uma ou mais suturas cranianas, chamado “craniosinostose”, não deve ser confundido com esta entidade. Esta situação, bem mais grave, para além da questão estética extrema, pode levar ao aparecimento de compli-

cações neurológicas, mais frequentes quando existe envolvimento de mais do que uma sutura.

O crânio cresce no sentido da sutura fechada, pode desaparecer a fontanela anterior (“moleirinha”), palpando-se mesmo um relevo (bordelete) no nível da sutura fechada. Existem vários tipos de “craniosinostose”, dependendo da sutura cranial afectada. A solução é sempre cirúrgica.

Como prevenir?

Parece assim evidente que, sendo a atitude postural a causa mais frequente de “plagiocefalia”, é na prevenção que devemos apostar. Logo na primeira avaliação, o pediatra deve estar atento à eventual existência de uma deformidade já instalada e/ou à presença de uma limitação da mobilidade do pescoço ou posição presencial óbvias. Com ou sem torcicolo congénito. Dormir de “barriga para cima”, sem dúvida, mas brincar de “barriga para baixo”, também. Assim, devemos, desde logo, recomendar, pelo menos, 1 hora por dia nesta posição, repartidas pela manhã e tarde; além da profilaxia da “plagiocefalia”, estimulamos o desenvolvimento neuromuscular do lactente, que é muito importante. Também devemos recomendar que, durante o sono, o bebé alterne o lado de posição da cabeça, ou até mesmo lateralizar um pouco, evitando assim forças de pressão sempre sobre o mesmo lado.

Diagnóstico

O diagnóstico da “plagiocefalia” é fácil e rápido. Basta observar a forma da cabeça. Devemos observar a cabeça do bebé pelo seu topo e atentar na planificação occipital, no posicionamento dos pavilhões auriculares e na assimetria da face, em especial a protusão da face, do mesmo lado da planificação occipital. Se existirem dúvidas sobre a existência de uma “craniosinostose”, podemos ter de realizar um exame de imagem. Uma ecografia ou mesmo uma tomografia axial computadorizada (TAC), ambas com o objetivo de confirmar o encerramento precoce da(s) sutura(s). Nesta altura, é de boa prática médica a orientação para uma consulta de Neurocirurgia Pediátrica.

Tratamento. Opções Posturais

A deteção precoce da deformidade é fundamental para o sucesso de tratamento. As alterações posicionais ou posturais e a correção precoce de um torcicolo congénito são a chave do sucesso. Nesta situação, a referenciação à especialidade de fisioterapia pediátrica é uma decisão sensata, dependendo da severidade e do momento em que se manifesta. Os pais devem ser convidados a colaborar no tratamento, o que, em associação com terapias experimentados torna, possível a sua correção. Devemos evitar que a cabeça se apoie no lado da deformidade, adotando uma postura sobre o lado não afetado. E temos de enfatizar a importância desta aparentemente simples medida, pois é base do tratamento.

Almofada

Comercialmente, está disponível uma almofada para ajuda no correção da “plagiocefalia” postural. A almofada tem uma cavidade no centro, a qual permite um ajuste melhor da cabeça. Consegue-se assim uma melhor distribuição da pressão exercida sobre a região occipital. Tem a sua indicação de excelência na planificação occipital central.

Capacete

Está indicado apenas para casos graves, com deformidades superiores a 20 mm, avaliadas com um craniómetro, instrumento com o qual se medem os diâmetros do crânio. A sua utilização remonta a 1979, mas, após um período de quase esquecimento e não-aceitação, foi de novo adotado. Trata-se de uma ortótese craniana dinâmica. O capacete vai agir com uma contraposição de forças. Realiza um apoio nas áreas proeminentes, contendo o seu crescimento, deixando as áreas achatadas livres para crescerem, direcionando o próprio crescimento do crânio do bebé. O capacete é utilizado entre os 3 e 18 meses, devendo ser utilizado 23 horas por dia durante 3 a 5 meses, com consultas periódicas de reavaliação.

Cirurgia

A sua indicação na “plagiocefalia postural” é praticamente nula. Limita-se aos casos extremos onde todas as outras medidas falharam. Na “craniosinostose”, pelo contrário, é o tratamento de eleição.

Conclusão

Todos devemos estar conscientes do crescente número de casos de “plagiocefalia postural”. É de toda a importância a deteção precoce da sua instalação e dos fatores que a condicionam, como o torcicolo congénito. Os pais devem ter um papel activo no seu tratamento, adotando e cumprindo as recomendações que o pediatra e o fisioterapeuta forem dando. A sua profilaxia é fundamental. Não permitir que o bebé permaneça sempre na mesma posição e, quando em alerta, colocá-lo também de barriga para baixo.

