

Possíveis complicações do Torcicolo muscular congênito não tratado: Uma Revisão da Literatura

Complication of Untreated Congenital Muscular Torticollis: A Review of the Literature

Torcicolo muscular congênito não tratado

Débora Pedrolo Parisi ¹, Giulia Nardes de Oliveira (RA 730DH5) ², Kamila Camara Travalon (RA D83CCJ2) ², Rhayssa Ramos dos Santos (RA N730447)².

Universidade Paulista UNIP

Rua Apeninos, 267. Aclimação, São Paulo – CEP 01533-000

(11) 33471000

giulianardes@gmail.com,ramosrhayssa31@gmail.com,kamilacamara374@gmail.com

1. Doutorado em Patologia Experimental pela Universidade Paulista - UNIP.
Docente do curso de fisioterapia da Universidade Paulista - UNIP
2. Graduandos do Curso de Fisioterapia da Universidade Paulista (UNIP)

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Universidade Paulista

Curso de Fisioterapia – Campus Vergueiro

2025

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

NOME	RA	REGIME*	CAMPUS
Giulia Nardes de Oliveira	N730DH5	Regular	Vergueiro
Kamila Camara Travalon	D83CCJ2	Regular	Vergueiro
Rhayssa Ramos dos Santos	N730447	Regular	Vergueiro

*Regular ou Tutelado

Orientador: Débora Pedrolo Parisi

Título do trabalho: Possíveis complicações do Torcicolo muscular congênito não tratado

Tipo de trabalho: (X) REVISÃO () PESQUISA DE CAMPO

Tipo de apresentação: (X) BANNER () TEMA LIVRE

	Nota Orientador	Nota Apresentação	Nota PTCI	Nota Final
Banner	<i>Debora Pedrolo</i>	10,0	10,0	10,0

Dra Juliana F. Andrade
Fisioterapeuta
CREFIT 03-59774/F

	Nota Orientador	Média Apresentação	Nota PTCI	Nota Final
Tema Livre				

Coordenação do Curso de Fisioterapia

RESUMO

O torcicolo muscular congênito, TMC, é uma condição musculoesquelética pediátrica, sua fisiopatologia é o encurtamento do músculo esternocleidomastoideo que leva ao apoio assimétrico do crânio e uma limitação da mobilidade cervical, essa condição pode ocorrer durante a gravidez ou pós-natal. Após o diagnóstico do TMC, o seu tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, o tratamento conservador se mostra mais eficaz quando há início assim que diagnosticado mostrando um bom prognóstico. O objetivo do estudo foi revisar a literatura através da busca de artigos científicos a ser realizada no período de setembro de 2024 a maio de 2024 em base de dados: SCIELO, LILACS, MEDLINE e PEDRO no período de 2014 a 2024. Os resultados mostraram que a maior incidência do TMC é em pacientes do sexo masculino, e que quanto mais tardio for o diagnóstico e a intervenção, piores são as chances de cura, e podendo até mesmo aumentar a indicação de procedimentos mais invasivos, como a cirurgia. Conclui-se que a ação da fisioterapia foi essencial em todos os estudos, com condutas de alongamento passivo, identificação precoce dos sinais clínicos, encaminhamento rápido aos especialistas e aplicação de protocolos terapêuticos baseados em evidências.

Descritores: Torcicolo Muscular Congênito, Torcicolo, Plagiocefalia

ABSTRACT

Congenital muscular torticollis, CMT, is a pediatric musculoskeletal condition. Its pathophysiology is the shortening of the sternocleidomastoid muscle, which leads to asymmetrical support of the skull and a limitation of cervical mobility; this condition can occur during pregnancy or postnatally. Once CMT has been diagnosed, it can be treated conservatively or surgically. Conservative treatment is more effective when it is started as soon as it is diagnosed, showing a good prognosis. The aim of the study was to review the literature by searching for scientific articles from September 2024 to May 2024 in the following databases: SCIELO, LILACS, MEDLINE and PEDRO from 2014 to 2024. The results showed that the highest incidence of CMD is in male patients, and that the later the diagnosis and intervention, the worse the chances of cure, and may even increase the indication for more invasive procedures, such as surgery. It was concluded that physiotherapy was essential in all the studies, with passive stretching, early identification of clinical signs, rapid referral to specialists and application of evidence-based therapeutic protocols.

Descriptors: *Congenital Muscular Torticollis; Torticollis; Plagiocephaly*

INTRODUÇÃO

O termo torcicolo deriva do latim: torquere (torcido) e collum (pescoço). Uma condição musculoesquelética pediátrica comum.

O torcicolo pode acontecer em qualquer idade, tanto em recém-nascidos como em adultos. Para os bebês pode ser congênito ou pós-natal¹. Caracterizada por uma limitação de mobilidade cervical, causando uma postura "viciosa" de flexão lateral e rotação contralateral, associando a disfunção na coluna cervical superior e às vezes é referido como desequilíbrio cinético funcional por conta de uma tensão suboccipital, levando até complicações em assimetria craniana.²

Essa patologia se apresenta como paroxístico ou não paroxístico. Paroxístico estático/não dinâmico: Torcicolo Muscular Congênito; Torcicolo Ósseo; Torcicolo do SNC/SNP; Torcicolo Ocular; Torcicolo não muscular das partes moles. Não paroxístico dinâmicos/episódicos: Espasmódica; Síndrome de Sandifer; Torcicolo paroxístico benigno; Torcicolo induzido por drogas; Torcicolo devido ao aumento da pressão intracraniana; Torcicolo como distúrbio de conversão.³

O presente trabalho aborda o Torcicolo Muscular Congênito, anormalidade caracterizada pela alteração do músculo esternocleidomastóideo (ECOM), musculatura do pescoço com duas cabeças: cabeça esterno (manúbrio do esterno) e cabeça clavicular (porção média da clavícula), sua inserção acontece no processo mastóide do osso temporal e linha nugal superior do osso occipital. Sua principal função do músculo é rotacionar a cabeça para o lado oposto e flexionar o pescoço. Se houver a tensão ou o encurtamento unilateral no músculo, a cabeça do bebê acaba perdendo o equilíbrio e inclina-se para um lado.³

Artigos apontam que de 0,3 a 2% dos bebês que nascem, apresentam ou desenvolvem o torcicolo congênito, neste estudo demonstra que 82% dos bebês têm o torcicolo de origem muscular, enquanto 18% de origem não muscular. Um dos fatores apresentados foi da posição intrauterina pélvica e/ou em decorrência de partos prolongados.¹

Considerado ligeiramente mais frequente em bebês do sexo masculino, possivelmente por serem considerados maiores que bebês do sexo feminino,

podendo ser classificado como um fator de risco. Nos casos de torcicolo muscular congênito na maioria das vezes os sinais são sutis e por isso passam despercebidos durante os primeiros meses de vida, dificultando o diagnóstico precoce que seria ideal para os bebês. Se não for detectado previamente e nem tratado as consequências se tornam mais evidentes e mais difíceis de serem tratadas, as sequelas durante o crescimento são, assimetria craniofacial, deformação frontal plagiocéfalia, distopia orbitária (o olho do lado não afetado é mais alto) e auricular (deslocamento posterior da orelha do lado afetado), e também um leve desvio da ponta do nariz para esse mesmo lado.⁴

Os bebês com torcicolo muscular congênito geralmente apresentam uma disfunção dos músculos flexores laterais da cabeça, portanto, é importante uma ferramenta confiável para avaliar essa musculatura. Para isso, é utilizado a Escala de Função Muscular (MFS) infantil, uma escala visual original que interpreta a resposta de endireitamento do bebê. Para avaliar, coloca-se o bebê na horizontal e analisa o posicionamento da cabeça dele, sendo 0 = abaixo da linha horizontal, 1 = na linha horizontal, 2 = cabeça fletida lateralmente de 1-15° partindo da linha horizontal; 3 = cabeça fletida lateralmente de 15-45°; 4 = cabeça fletida lateralmente de 45-75°; e 5 = cabeça fletida lateralmente com ângulo acima de 75°. O bebê deve manter a posição da cabeça por, no mínimo, 5 segundos para determinar o nível. O objetivo é identificar se há um desequilíbrio entre a funcionalidade dos flexores laterais de cabeça do lado direito e esquerdo que pode estar colaborando no torcicolo muscular congênito.⁵

O tratamento pode ser conservador e/ou cirúrgico, a fisioterapia se encaixa e é eficaz na abordagem conservadora para os bebês menores de um ano, e cerca de 60-90% dos casos alcançam um bom resultado. Em casos que o tratamento conservador não atingiram um bom prognóstico depois de seis meses, a cirurgia deve ser considerada como uma provável intervenção para o bebê.⁶ Entretanto, nos casos não cirúrgicos, os tratamentos conservadores mais utilizados na fisioterapia são repetidas séries de alongamentos em cada sessão, terapias manuais específicas com o objetivo de diminuir a fibrose e aumentar a mobilização dos tecidos e fortalecimento do músculo esternocleidomastóideo contralateral, entre outras técnicas listadas no guideline de 2024 sobre torcicolo congênito, onde é especificado qual a melhor conduta para cada estrutura, por exemplo, o alongamento passivo foi mais eficaz para melhorar a rotação cervical

passiva do que outros tipos de condutas. Além disso, para que o resultado seja mais eficaz, é de extrema importância que a intervenção fisioterapêutica seja iniciada o mais breve possível.^{7,8.}

O torcicolo congênito ainda pode estar relacionado a outras doenças e complicações, dentre elas estão fratura de clavícula, luxação congênita de quadril, pé torto congênito, anomalias vertebrais como hemivértebras e síndrome de Klippel-Feil, ausência congênita unilateral do músculo esternocleidomastoideo, torcicolo ocular, síndrome de Sandifer, malformação de Arnold Chiari, doenças neurológicas, distúrbios visuais, siringomielia, tumores na coluna cervical e no cérebro, dificuldade respiratória aguda, distúrbio do refluxo gastroesofágico (DRGE), escoliose e assimetria craniofacial.⁷

O objetivo do presente trabalho foi relacionar possíveis complicações secundárias ao torcicolo muscular congênito não tratado.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura através da busca de artigos científicos realizada no período de setembro de 2024 a maio de 2024 nas bases de dados: SCIELO, LILACS, MEDLINE e PEDRO no período de artigos publicados em 2014 a 2024, nos idiomas em português e inglês mediante aos descritores: *congenital muscular torticollis; torticollis; plagiocephaly*. Os critérios de inclusão foram: estudos realizados com pacientes lactentes até o primeiro ano de vida, de ambos os sexos, com diagnóstico de Torcicolo Muscular Congênito; ensaios clínicos controlados e randomizados, estudos transversais e estudo de casos. Como critérios de exclusão foram: estudos de revisão sistemática da literatura com ou sem metanálise, estudos que não obedecem aos critérios supracitados.

RESULTADOS

Mediante as buscas de pesquisas realizadas através das bases de dados supracitados, foram encontrados 261 artigos científicos, nos quais, 10 foram selecionados para este presente estudo conforme a tabela abaixo:

Autor/Ano	Tipo de estudo	Característica da amostra	Varáveis analisadas	Tipo de Intervenção	Resultados
Botelho et al ² (2024)	Relato de caso	2 lactantes de oito meses	Uso de órtese craniana	Fisioterapia combinada com uso de órtese craniana	Iniciar a fisioterapia associada ao uso da órtese craniana precocemente, aumenta o bom prognóstico e minimiza o tempo de tratamento.
Sargent et al ⁷ (2024)	Evidências baseadas em prática clínica.	381 crianças de 1-12 meses	ADM de flexão e rotação de cervical e teste de função muscular cervical	Cinesioterapia, US, posicionamento, terapia manual, aconselhamento	Implementação da educação, prevenção, triagem, exame e avaliação, classificação e prognóstico, intervenções suplementares de primeira escolha, descontinuação da intervenção direta, reavaliação e alta no tratamento de TMC.
Jong Min Choi et al ¹⁶ (2024)	Estudo de caso	210 bebês e crianças, subdivididos pela idade de 0-1, 1-3 e 3-18 anos.	Melhora da escoliose vertebral, após liberação de TMC com cirurgia	A abordagem cirúrgica envolveu principalmente a liberação unipolar. As faixas de músculos tenso foram divididas e as faixas fibrosas foram excisadas	A fisioterapia foi iniciada 2 semanas P.O., continuada por 6 meses para recuperar a ADM passiva total do pescoço, sendo altamente indicado o FM em crianças >4 anos.
Zhao et al. ¹⁴ , (2022)	Retrospectivo, com dados de 2008 a 2018.	89 bebês de até 3 meses que tiveram e que não tiveram MM.	Complicações da miotomia manual.	Alongamento e mobilização do músculo esternocleidomastoideo (ECM) afetado para restaurar a amplitude de movimento do pescoço e corrigir o desalinhamento postural.	Bebês que desenvolveram Manual Myotomy (MM) durante a fisioterapia, tiveram menor tempo até o desaparecimento da massa e precisaram de menos sessões de fisioterapia. A ocorrência de MM não resultou em

					complicações graves e foi associada a bons desfechos clínicos.
Seong Hyeon Song et al ¹² , (2021)	Ensaio clínico randomizado	54 bebês com menos de 3 meses de idade	Que tipo de alongamento traz maiores benefícios e qual melhor Intervenção para menor tempo de duração do tratamento.	Terapia manual, controle postural, posicionamento, termoterapia, adequar marco motores, alongamentos ativo assistidos e passivos, US terapêutico e orientação familiar.	O tratamento de alongamento passivo é um tratamento mais eficaz para melhorar a rotação da cabeça em bebês com TMC <3 meses de idade e a duração do tratamento varia de acordo com a idade e a espessura do músculo ECM afetado.
Hernández-Dinza et al ⁴ (2021)	Ensaio clínico randomizado	112 bebês de idade maior ou igual a 6 meses do sexo masculino	Início tardio do tratamento de reabilitação	Terapias manuais, US terapêutico e alongamentos passivos seguindo um tratamento de 3 vezes na semana.	A intervenção precoce apresentou maior eficácia que intervenção tardia do tratamento conservador e menores complicações associadas ao TMC.
Kathryn C. R. Knudsen et al ¹³ (2020)	Estudo analítico	46 bebês de até 6 meses de idade.	Como a fisioterapia influencia na gravidade do TMC, de acordo com a escala de severidade de 2018	Cinesioterapia associada a escala de severidade do torcicolo muscular congênito.	O estudo concluiu que bebês com maiores gravidades de TMC, utilizaram mais sessões de fisioterapia com maior duração do tratamento. Metade dos bebês alcançou resolução completa da ADM de inclinação lateral da cabeça.
Hernandez Dinza PA et al ¹⁰ (2019)	Relato de caso	Um paciente masculino, com 11 meses de idade.	Intervenção tardia em pacientes com torcicolo muscular congênito.	Tratamento conservador com massagens, alongamento, cinesioterapia e US terapêutico.	Apresentou melhora na mobilidade da cervical, mas não houve melhora na assimetria facial.

Pagnossim LZ, et al (2008) ¹¹	Estudo analítico	47 neonatos e lactentes com torcicolo congênito.	Tratamento intensivo de fisioterapia e o tratamento mínimo.	Alongamento, cinesioterapia, aconselhamento dos pais e posicionamento durante o sono.	O tratamento intensivo propiciou maior índice de cura em menor tempo de tratamento, mostrando que o tempo de cura é dependente da frequência e intensidade da fisioterapia, além de que quanto maior a intensidade no tratamento há menor número de complicações evolutivas.
Stellwagen L, Hubbard E, Chambers C, Jones KL. (2008) ¹⁵	Estudo de caso	102 recém nascidos.	Deformidades posicionais intrauterino e trauma de nascimento.	Avaliações precoces, orientação familiar e prevenção antecipada.	As avaliações precoces em bebês com maiores tendências a ter TMC otimizou o prognóstico dos afetados para haver uma orientação e prevenção antecipada a fim de evitar maiores problemas associados.

Legenda: FMC – função muscular cervical; US - ultrassom; MM - Miotomia manual, TMC - torcicolo muscular congênito, ADM - amplitude de movimento, ECM - esternocleidomastoideo, P.O. - pós-operatório, FM - fortalecimento muscular, RN - recém nascido.

DISCUSSÃO

Botelho et al.² (2024) apresentou uma revisão de literatura combinada com o relato de dois casos clínicos, visando discutir as complicações associadas ao TMC, especialmente sua relação com a plagiocefalia postural. Através da análise de dois lactentes – um do sexo feminino diagnosticado aos cinco meses e outro do sexo masculino com diagnóstico mais precoce – os autores demonstram que o TMC não tratado de forma adequada ou com início terapêutico tardio pode resultar em deformidades cranianas significativas, assimetrias faciais e atrasos no desenvolvimento motor. Destacou que a postura viciosa da cabeça decorrente do encurtamento do músculo esternocleidomastoideo leva ao apoio assimétrico do crânio, contribuindo diretamente para o aparecimento da plagiocefalia, que, se não for tratada precocemente, pode se tornar permanente. Os relatos evidenciaram que, apesar da introdução da fisioterapia em ambos os casos, a ausência de melhora satisfatória levou à necessidade do uso de órtese craniana, demonstrando que a associação entre TMC e plagiocefalia é uma complicação frequente. Concluiu que o reconhecimento precoce do TMC e o tratamento fisioterapêutico direcionado são fundamentais para prevenir complicações estruturais e funcionais duradouras, reforçando a importância da atuação multiprofissional na condução desses casos.

Sargent et al.⁷ (2024), apresentou uma atualização do *Guideline* para o tratamento de torcicolo muscular congênito (TMC), publicado em 2024 a implementação de orientações para fisioterapeutas, famílias, cuidadores, equipe multidisciplinar e pesquisadores, com o intuito de promover prevenção, educação e orientação. Sua principal atualização se deu por determinar que se deve trabalhar amplitude de movimento passivo cervical, se a mesma se apresentar com limitação, abordar amplitude de movimento ativa da cervical e de tronco, manejos simétricos, adaptações ambientais como estímulos contralaterais ao lado com disfunção muscular e, educação dos pais/cuidadores, esses foram os principais enfoques para o tratamento de TMC em bebês, desenhados pelo último *guideline*. Estabeleceu-se com recomendação de grau forte o encaminhamento para médico de cuidados primários e um fisioterapeuta,

através da identificação de preferências posturais, uma vez que o predomínio dito destro ou canhoto se estabelece aproximadamente com 2 anos, ou ainda, devem ser encaminhados quando apresentam diminuição da ADM de cervical, presença de massa no ECM, avaliado através da palpação em toda extensão do músculo bilateralmente e assimetrias craniofaciais.

Jong Min Choi et al¹⁶, mostrou que o TMC causa uma limitação do movimento do pescoço, essa que pode ser melhorada com exercícios de alongamento, por exemplo, mas quando não melhorada, há recomendação cirúrgica do TMC a fim de evitar uma futura escoliose secundária. Avaliou-se a escoliose nos pacientes antes e após a intervenção cirúrgica de acordo com a idade do mesmo. Todos os acompanhamentos se deram dentro de 1 ano com interação da fisioterapia precoce desde o P.O. até o fim do acompanhamento. A fisioterapia teve o papel fundamental durante o tratamento, seja ele pré operatório ou pós operatório, através de exercícios que trabalham a mobilidade cervical e correção da postura.

Zhao et al.¹⁴ (2022) analisou 89 lactentes diagnosticados com TMC submetidos à fisioterapia entre 2008 e 2018, dividindo-os em dois grupos: 41 crianças que desenvolveram miotomia manual (MM) durante o tratamento e 48 que não apresentaram esse fenômeno (NMM). Os resultados indicaram que o grupo MM iniciou a fisioterapia em média aos 30 dias de vida, significativamente mais cedo que o grupo NMM, que começou aos 55 dias. Além disso, o grupo MM necessitou de menos sessões de fisioterapia em comparação ao grupo NMM e apresentou uma resolução mais rápida da massa no músculo esternocleidomastoideo (ECM), com desaparecimento em média após 51 dias, contra 355 dias no grupo NMM. Revelou que a idade ao início da fisioterapia foi o principal fator de risco para a ocorrência de MM, com uma redução de 6,3% no risco a cada dia adicional de idade ao início do tratamento.

Seong Hyeon Song¹² et al. (2021), apresentou um ensaio clínico randomizado, simples-cego, no qual realizou-se a triagem de 66 bebês, com idades <3 meses e com inclinação da cervical >15 graus. A pesquisa dirigiu-se em encontrar a abordagem fisioterapêutica eficaz para o tratamento de TMC, em primeiro buscou-se melhorar a espessura do músculo esternocleidomastoideo, segundo comparando a espessura do músculo afetado e o músculo contralateral, terceiro a avaliação da rotação cervical em pacientes que já haviam

recebido o diagnóstico de TMC. Dentre as abordagens que a fisioterapia concluiu que o alongamento passivo mostrou-se uma abordagem mais eficaz para melhorar a rotação da cabeça, a duração do tratamento varia de acordo com a idade e a espessura do músculo ECM afetado. Song menciona um estudo que aponta que 90% dos déficits de TMC foram tratados por alongamento passivo, enquanto apenas 10% tiveram a necessidade de encaminhamento para a cirurgia.

Hernández-Dinza et al⁴ (2021), apontou que se o diagnóstico de TMC não seja precoce e o seu tratamento demore começar, as consequências tendem a piorar durante o crescimento. O sexo masculino é um grande marcador de risco nos pacientes avaliados, além da variável clínica e demográfica com o diagnóstico do TMC, a idade, esta mostrando ter um mau prognóstico naqueles pacientes de maior ou igual a 6 meses de idade pois está associado ao tratamento de reabilitação tardia e maior probabilidade de sequelas. No tratamento conservador houveram evidências de melhora significativa em pacientes que foi executado condutas como alongamento, ou até mesmo massagens e ultrassom terapêutico, relata-se que estas intervenções mais precoce são mais eficazes do que as intervenções tardias, melhorando a mobilidade do pescoço e até alterações de tônus no músculo esternocleidomastoideo afetado.

Knudsen, Jacobson e Kaplan¹³ (2020) analisaram a relação entre a gravidade do TMC e a utilização de fisioterapia em 81 lactentes atendidos ao longo de três anos. Dentre esses, 46 prontuários completos de crianças com até seis meses de idade foram avaliados para determinar como a gravidade do TMC, conforme a Escala de Gravidade de 2018, influenciava o número de sessões, a duração do episódio de cuidado e os recursos utilizados. Os resultados indicaram que à medida que a gravidade do TMC aumentava, houve um incremento proporcional no número de visitas e na duração do tratamento dos casos estudados. Além disso, restrições na rotação cervical correlacionaram-se positivamente com o total de casos utilizados, sugerindo que limitações funcionais mais severas demandam maior intervenção terapêutica. Apenas metade das crianças com episódios completos de cuidado alcançou resolução total das assimetrias, destacando a importância de intervenções precoces e adaptadas à gravidade do TMC. Esses achados reforçam a necessidade de

estratégias terapêuticas individualizadas e baseadas na gravidade da condição para otimizar os resultados clínicos.

Hernandez Dinza PA¹⁰, et al (2019), abordou a intervenção tardia em paciente com torcicolo muscular congênito. No caso apresentado, paciente de 11 meses com torcicolo e assimetria facial desde o nascimento, que acentuou-se após o terceiro mês de vida, a ultrassonografia cervical deste paciente evidenciou uma hipertrofia e encurtamento do músculo esternocleidomastóideo esquerdo, embora o diagnóstico de TMC seja clínico, o apoio de exames complementares como a ultrassonografia, pode auxiliar no descarte de malformações, luxações e fraturas, além de quantificar com qualidade a fibrose presente na musculatura avaliada em comparativo com a estrutura sem alteração. O tratamento fisioterapêutico realizado foi de massagens, exercícios de alongamento e ultrassom terapêutico. Notou-se melhora do TMC, porém da assimetria de face não houve ganho significativo. Quando o TMC não tem o diagnóstico e intervenção precoce, suas consequências como a assimetria craniofacial associada a deformidade frontal de plagiocefalia com retrusão do zigomático e da testa ipsilateral, redução da altura facial vertical do lado afetado, além de apresentar o olho do lado não afetado mais alto, reforçando que o não tratamento precoce torna os sinais assimétricos na face persistentes e mais evidentes ao longo da evolução do desenvolvimento.

Pagnossim LZ¹¹, et al, indicou que alguns pacientes com TMC apresentaram um nódulo na porção média do músculo, e ao atingir o tamanho de uma amêndoa ele começa então a regredir e pode desaparecer até o oitavo mês de vida com o tratamento. O tratamento de fisioterapia sobre este achado foi mínimo e intensivo, sendo intensivo sessões diárias de fisioterapia e instrução aos pais para a aplicação dos exercícios e dos cuidados domiciliares, o tratamento constituiu de condutas para analgesia com calor superficial, massoterapia e alongamentos no músculo esternocleidomastoideo e foi orientado aos pais realizarem os mesmos exercícios em casa, e corrigir o posicionamento da cabeça do bebê durante o sono, transporte e até amamentação. Já o tratamento mínimo era com sessões semanais ou quinzenais, sem adesão domiciliar diária da família, mas seguindo as mesmas condutas. O tempo de cura do TMC foi menor no grupo de pacientes que aderiram o tratamento intensivo, comparado ao tratamento mínimo.

Stellwagen¹⁶ et al. (2008) investigou a presença de TMC, assimetria facial e plagiocefalia em 102 RN saudáveis durante a internação hospitalar neonatal, utilizando avaliação clínica e análise fotográfica padronizada. Os resultados revelaram que 16% dos recém-nascidos apresentavam TMC, 42% tinham assimetria facial, 61% mostravam assimetria craniana e 13% apresentavam assimetria mandibular, sendo que 10% exibiam múltiplas assimetrias. O estudo demonstrou uma associação significativa entre o TMC e relatos maternos de posição fetal fixa por mais de seis semanas antes do parto, sugerindo que fatores intra uterinos podem influenciar o desenvolvimento dessas alterações. Já as assimetrias faciais estavam mais associadas a fatores obstétricos, como trabalho de parto prolongado, uso de fórceps e maior peso ao nascer. Os autores concluíram que tais assimetrias são comuns mesmo em recém-nascidos considerados normais, e destacaram a importância do reconhecimento precoce dessas condições para prevenir deformidades persistentes, especialmente considerando a tendência atual de posicionamento supino para dormir, que pode agravar a plagiocefalia posicional.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevenção de complicações relacionadas ao TMC depende essencialmente da identificação precoce dos sinais clínicos, do encaminhamento rápido aos profissionais especializados e da aplicação de protocolos terapêuticos baseados em evidências. A atuação integrada entre fisioterapeutas, pediatras, cirurgiões e cuidadores é fundamental para garantir não apenas a resolução da condição, mas também o desenvolvimento saudável e funcional da criança acometida. O tratamento fisioterapêutico atua por meio de técnicas como alongamentos passivos, cinesioterapia, fortalecimento muscular, orientações posturais e acompanhamento familiar, com evidências apontando que a intensidade e a regularidade do tratamento é o melhor procedimento da fisioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Tomczak KK, Rosman NP. Torticollis. *Journal of Child Neurology*. 2013;28(3):365-378. doi:10.1177/0883073812469294.
- 2- Botelho BG, Matos BS, Castro BL, Pires R de F, Clemêncio FMCS. Torcicolo Muscular Congênito Associado a Plagiocefalia Postural: Tratamento Fisioterápico E Ortótico: Revisão De Literatura e Relato de Caso. *Rev. Foco [Internet]*. 22º de julho de 2024 [citado 14º de outubro de 2024];17(7 Edição Especial):e 5570.]
- 3- Casella LB et al. Torcicolo paroxístico benigno da infância: diagnóstico e evolução clínica de seis pacientes. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]*. 2006, v. 64, n. 3b pp. 845-848. Disponível em: . Epub 11 Out 2006. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2006000500025.x>
- 4- Hernández-Dinza, Pablo Antonio, Omar-Martínez Erislandy. Caracterización clínica, radiológica y epidemiológica de niños con secuelas de tortícolis muscular congénita. *Rev. inf. cient. [Internet]*. 2022 Jun [citado 2024 Oct 08] ; 101(3):Disponibileen:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332022000300004&lng=es. Epub 09-Mayo-2022.
- 5- Anna M Ohman. Validity and reliability of the muscle function scale, aimed to assess the lateral flexors of the neck in infants. *Physiotherapy theory and practice*, 25(2):129–137, 2009 copyright, informa healthcare.
- 6- Zhao Z, et al. Factors influencing and long-term effects of manual myotomy phenomenon during physiotherapy for congenital muscular torticollis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022 Oct 1;23(1):892. doi: 10.1186/s12891-022-05788-7. PMID: 36183061; PMCID: PMC9526270.
- 7- Sargent B, Coulter C, Cannoy J, Kaplan SL. Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: A 2024 Evidence-Based Clinical Practice Guideline From the American Physical Therapy Association Academy of Pediatric Physical Therapy. *Pediatr Phys Ther*. 2024 Oct 1;36(4):370-421. doi: 10.1097/PEP.0000000000001114. Epub 2024 Oct 1. PMID: 39356257.
- 8- Hugguet MR, et al. Effectiveness Of The Treatment Of Physiotherapy In The Congenital Muscular Torcicollis: A Systematic Reviw. *Childreen* 2024, 11, 8.
- 9- Casella LB et al. Torcicolo paroxístico benigno da infância: diagnóstico e evolução clínica de seis pacientes. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]*. 2006, v. 64, n. 3b pp. 845-848. Disponível em: . Epub 11 Out 2006. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2006000500025>.
- 10- Hernandez Dinza PA, Diaz Teran D, Sanchez Mancebo K, Macias Leyva EA. Torcicolo muscular congênito associado à assimetria facial e malformação de Chiari I. [Diário on-line]. 2019; 11 (2) . Disponível em: <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/370>

11- Pagnossim LZ, Schmidt AFS, Bustorff-Silva JM, Marba STM, Sbraglia L. Torcicolo congênito: avaliação de dois tratamentos fisioterapêuticos. Rev paul pediatr [Internet]. 2008Sep;26(3):245–50. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822008000300008>,

12- Song S, Hwang W, Lee S. Effect of physical therapy intervention on thickness and ratio of the sternocleidomastoid muscle and head rotation angle in infants with congenital muscular torticollis: A randomized clinical trial (CONSORT). Medicine (Baltimore). 2021 Aug 20;100(33):e26998. doi: 10.1097/MD.00000000000026998. PMID: 34414985; PMCID: PMC8376309.

13- Kathryn CR, Ryan P. Jacobson PCS, Sandra L. Kaplan FAPTA. Associations between Congenital Muscular Torticollis and Severity Physical Therapy Episode. Academy of Pediatría Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. 2020.

14- Zhenhui Zhao, Hansheng Deng, Xin Qiu, Gen Tang, Huijia Zheng , Fang Yang, Futang Gao, Zhengyu Wu , Yuanheng Li et al. Factors influencing and long-term effects of manual myotomy phenomenon during physiotherapy for congenital muscular torticollis. BMC Musculoskeletal Disorders (2022)

15- Stellwagen L, Hubbard E, Chambers C, Jones KL. Torticollis, facial asymmetry and plagiocephaly in normal newborns. Arch Dis Child. 2008 Oct;93(10):827-31. doi: 10.1136/adc.2007.124123. Epub 2008 Apr 1. PMID: 18381343.

16- Choi JM, Seol SH, Kim JH, Chung CM, Park MC. Age Group-Specific Improvement of Vertebral Scoliosis after the Surgical Release of Congenital Muscular Torticollis. Arch Plast Surg. 2024 Feb 7;51(1):72-79. doi: 10.1055/a-2168-4606. PMID: 38425855; PMCID: PMC10901601.

=====

Arquivo 1: TCC top.pdf (3969 termos)

Arquivo 2:

www.msmanuals.com/pt/casa/problemas-de-sa%C3%BAdede-infantil/defeitos-cong%C3%AAnitos-dos-os-sos-articula%C3%A7%C3%B5es-e-m%C3%BAsculos/torcicolo-cong%C3%AAnito (403 termos)

Termos comuns: 9

Índice de similaridade antigo: 0,20%

Novo índice de similaridade: 0,22%

Índice de agrupamento: Baixo

O texto abaixo é o conteúdo do documento **Arquivo 1**. Os termos em vermelho foram encontrados no documento **Arquivo 2**. Id da comparação: 5a351f8671d89dcx0

=====

Possíveis complicações do Torcicolo muscular congênito não tratado: Uma

Revisão da Literatura

Complication of Untreated Congenital Muscular Torticollis: A Review of the Literature

Torcicolo muscular congênito não tratado

Débora Pedrolo Parisi 1, Giulia Nardes de Oliveira (RA 730DH5) 2, Kamila Camara Travalon (RA D83CCJ2) 2, Rhayssa Ramos dos Santos (RA N730447)2.

Universidade Paulista UNIP

Rua Apeninos, 267. Aclimação, São Paulo ? CEP 01533-000

(11) 33471000

giulianardes@gmail.com,ramosrhayssa31@gmail.com,kamilacamara374@gmail.com

1. Doutorado em Patologia Experimental pela Universidade Paulista - UNIP.
Docente do curso de fisioterapia da Universidade Paulista - UNIP
2. Graduandos do Curso de Fisioterapia da Universidade Paulista (UNIP)

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ANEXO 2 - Termo de Responsabilidade de Orientação

CURSO DE FISIOTERAPIA
TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR

São Paulo, 29 de abril de 2025.

Eu, Débora Pedrolo Parisi, profissão: Fisioterapeuta, titulação: Doutora, declaro que o Projeto Técnico Científico Interdisciplinar dos(as) alunos(as):

NOME ALUNO	RA	CAMPUS	ASS
Giulia Nardes de Oliveira	N730DH5	Vergueiro	<i>Giulia Nardes</i>
Kamila Camara Travalon	D83CCJ2	Vergueiro	<i>Kamila Camara</i>
Rhayssa Ramos dos Santos	N730447	Vergueiro	<i>Rhayssa Ramos</i>

regularmente matriculado(a)(s) no curso de Fisioterapia da Universidade Paulista – UNIP, será por mim orientado, no corrente ano letivo e que estou ciente do cronograma e das regras de elaboração do Projeto Técnico Científico Interdisciplinar, comprometendo-me a acompanhar todas as etapas do trabalho sempre que me for previamente solicitado e de acordo com a minha disponibilidade.

Debora

Professor Orientador

ANEXO 1 - Cronograma das Atividades

CURSO DE FISIOTERAPIA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES – PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICO INTERDISCIPLINAR

Fica estabelecido que serão realizadas 2 reuniões a cada bimestre, referentes à realização do trabalho de conclusão de curso intitulado: Possíveis Complicações do Torcicolo Muscular Congênito Não Tratado

Estamos cientes das implicações do não cumprimento deste contrato:

Orientador(a): Débora Pedrolo Parisi

Alunos: Giulia Nardes de Oliveira, Kamila Camara Travalon e Rhayssa Ramos dos Santos

NOME ALUNO	RA	CAMPUS	ASS
Giulia Nardes de Oliveira	N730DH5	Vergueiro	<i>Giulia Nardes</i>
Kamila Camara Travalon	D83CCJ2	Vergueiro	<i>Kamila Camara</i>
Rhayssa Ramos dos Santos	N730447	Vergueiro	<i>Rhayssa Ramos</i>

1º Bimestre:

Data	Ass. Orientador	Ass. Aluno	Atividade Proposta
18/02	<i>D.P.</i>	<i>Giulia Nardes</i>	Orientação dos resultados
25/03	<i>D.P.</i>	<i>Giulia Nardes</i>	Correção e orientação para discussão

2º Bimestre:

Data	Ass. Orientador	Ass. Aluno	Atividade Proposta
15/04	<i>D.P.</i>	<i>Giulia Nardes</i>	Correção e orientação para discussão
22/04	<i>D.P.</i>	<i>Giulia Nardes</i>	Correção final