



Nota clínica

¿Qué hay detrás de la tortícolis?

Júlia Morata Alba

Recibido: 14-marzo-2026

Aceptado: 27-abril-2026

Publicado en Internet:

30-junio-2026

Júlia Morata Alba:
juliamorataalba@gmail.com

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia. España.

Resumen

La tortícolis en Pediatría es un signo clínico (cuello inclinado o rotado) y no un diagnóstico final, por lo que siempre hay que averiguar la causa de su origen. La sospecha diagnóstica varía en función de la edad, la forma de inicio y los síntomas asociados.

Se presenta el caso de un niño de 4 años de edad con tortícolis desde la mañana al levantarse. Manifiesta dolor intenso y rigidez cervical, lo que limita el movimiento de la cabeza, que está inclinada hacia la izquierda, sin otra clínica. La exploración clínica y las pruebas de imagen fueron fundamentales para el diagnóstico.

Palabras clave:

- Cervical
- Contractura

Abstract

Torticollis in pediatrics is a clinical sign (tilted or rotated neck) and not a definitive diagnosis; therefore, the underlying cause must always be investigated. The diagnostic suspicion varies depending on the age, mode of onset, and associated symptoms.

We present the case of a 4-year-old boy with torticollis that began upon waking in the morning. He reported intense pain and cervical stiffness that limited the range of motion of the head, with the head tilted to the left, but no other symptoms. The findings of the examination and imaging tests were key to the diagnosis.

Key words:

- Cervical
- Contracture

What lies behind torticollis?

INTRODUCCIÓN

La tortícolis en Pediatría es un signo clínico (cuello inclinado o rotado) y no un diagnóstico final, por lo que siempre hay que averiguar la causa de su origen. La sospecha diagnóstica varía en función de la edad, la forma de inicio, los antecedentes y los síntomas asociados.

CASO CLÍNICO

Niño de 4 años de edad que llega a urgencias acompañado por sus padres por tortícolis desde la mañana al levantarse. Refería dolor intenso con la movilidad cervical, teniendo limitado el movimiento de la cabeza, que estaba inclinada hacia la izquierda, sin otra clínica. No presentaba hormigueos, alteración de la fuerza ni sensibilidad. No refería fiebre, ni proceso infeccioso reciente, ni

Cómo citar este artículo: Morata Alba J. ¿Qué hay detrás de la tortícolis? Rev Pediatr Aten Primaria. 2026;28:231-5. <https://doi.org/10.60147/e2521b89>

traumatismo conocido. Los padres explicaron que era un niño inquieto y que en ocasiones pasaba la tarde haciendo volteretas y dando saltos.

No había antecedentes personales ni familiares de interés.

En la exploración clínica, salvo la tortícolis descrita, solamente se objetivó una leve hiperemia faríngea sin exudados, sin asimetrías amigdalares ni alteraciones en la úvula, ni trismus.

Ante la clínica de tortícolis con limitación marcada y dolorosa de la movilidad cervical, se completó el estudio con un análisis de sangre (normal, sin elevación de reactantes de fase aguda), un test rápido de estreptococo en exudado faríngeo positivo y una radiografía cervical que objetivó un desplazamiento parcial de las vértebras cervicales 1 y 2 (C1 atlas, C2 axis), pero sin luxación completa (Figura 1). Los estudios de imagen con radiografía cervical lateral hicieron sospechar, por tanto, una subluxación atlo-axoidea.

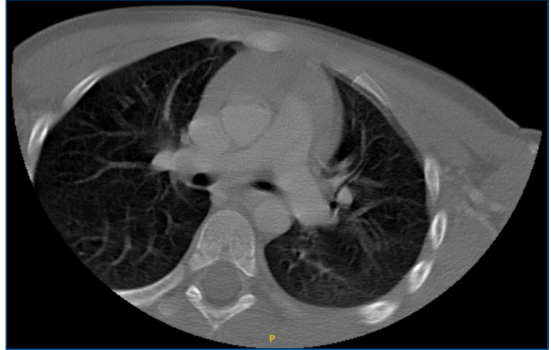
Ante la sospecha diagnóstica se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) cervical. El TC descartó abscesos y otras lesiones, objetivando alteración de la articulación entre la primera y la segunda vértebra cervical, sugestiva de subluxación atlo-axoidea (Figura 2).

El paciente ingresó en el Servicio de Neurocirugía, con collarín cervical, analgesia y tratamiento antiinflamatorio. Se completó el estudio con una

Figura 1. Tortícolis. Radiografía lateral cervical



Figura 2. Tortícolis. Tomografía computarizada cervical (no absceso, alteración de la articulación entre la primera y la segunda vértebra cervical)



resonancia magnética nuclear (RMN) que descartó lesiones ligamentosas y otras alteraciones. La evolución fue satisfactoria y el niño recuperó la posición cervical normal, sin dolor.

DISCUSIÓN

La anamnesis y la exploración clínica son la base del proceso diagnóstico del paciente pero no debemos olvidar que las pruebas complementarias ayudan en el diagnóstico diferencial, como en el caso descrito. En la Tabla 1 se expone el diagnóstico diferencial de tortícolis en Pediatría¹.

Tras estudiar las posibles causas de tortícolis del paciente descrito, la primera sospecha diagnóstica fue la de una tortícolis traumática no grave. La tortícolis muscular aguda (postural/espasmódica) es la causa más común de tortícolis. Clínicamente, se caracteriza por un inicio súbito con dolor cervical, buen aspecto general, afebril y mejoría en 48–72 horas con antiinflamatorios².

En el caso descrito, al no referir un traumatismo claro conocido y la marcada limitación de la movilidad cervical con dolor intenso, se decidió completar el estudio con pruebas de imagen.

Las pruebas complementarias descritas nos hicieron descartar otras posibilidades diagnósticas, como el tumor de fosa posterior o el absceso retrofaríngeo. Los pacientes con absceso retrofaríngeo presentan mal aspecto general, fiebre, odinofagia,

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la tortícolis	
Congénita	<ul style="list-style-type: none"> • Tortícolis muscular congénita: acortamiento o fibrosis del esternocleidomastoideo o del trapecio • Malformaciones músculo-esqueléticas: asociación a síndromes como Klippel-Feil • Parálisis braquial y fracturas claviculares
Musculoesquelética	<ul style="list-style-type: none"> • Tortícolis muscular reactiva (postural benigna): suele aparecer por las mañanas en relación con malas posturas y empeora a lo largo del día. Duración variable, pero no debe sobrepasar la semana • Traumática: lesión muscular, articular u ósea • Infecciosa: osteomielitis vertebral, espondilodiscitis, neumonía apical, meningitis • Inflamatoria: artritis crónica juvenil, polimiositis • Tumoral: osteoma osteoide, osteoblastoma, granuloma eosinófilo. • Malformativa: de la unión craneocervical, de la articulación atlantoaxoidea
Ocular	<ul style="list-style-type: none"> • Estrabismo, ambliopía unilateral, nistagmo, <i>spasmus mutans</i> (nistagmo, balanceo de la cabeza y tortícolis)
Patología ORL	<ul style="list-style-type: none"> • Adenitis, otitis, mastoiditis, absceso latero-retrofaríngeo, Síndrome de Grisel (subluxación atlantoaxoidea secundaria a proceso inflamatorio)
Patología medular y fosa posterior	<ul style="list-style-type: none"> • Tumoral • Infecciosa: meningitis, encefalomielitis • Hematoma epidural
Miscelánea	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Sandifer: tortícolis persistente o de presentación brusca tras las comidas, que se asocia a reflujo gastroesofágico con o sin hernia hiatal, con movimientos anormales de cuello y a veces también de extremidades superiores y parte superior de tronco. El diagnóstico requiere confirmación del reflujo gastroesofágico y con tratamiento cede en días-semanas • Disonía cervical o tortícolis espasmódico. • Disonía medicamentosa: especialmente los causantes de síntomas extrapiramidales (metoclopramida, clobopride...). • Tortícolis paroxística benigna del lactante: episodios recurrentes de tortícolis indolora que a menudo pueden acompañarse de irritabilidad, palidez, vómitos, ataxia, postura anormal del tronco y/o nistagmo. Proceso benigno autolimitado propio de lactantes y niños pequeños que se resuelve espontáneamente en tres o cuatro años. La edad típica de inicio es entre los 2 meses y los 2 años. • Psiquiátricos: trastornos y reacciones de conversión • Calcificación de discos intervertebrales

disfagia, sialorrea y dolor intenso con la movilidad cervical. Requiere TC para el diagnóstico y el tratamiento precisa antibiótico intravenoso urgente y, en ocasiones, drenaje quirúrgico³.

Las pruebas de imagen descartaron también lesión vertebral por trauma cervical. En este caso, no fue referido un antecedente de caída ni golpe importante que pudiese haber ocasionado alguna lesión cervical, pero refirieron que era un niño activo que frecuentemente daba saltos y volteretas, por lo que, a pesar de no detectar puntos óseos dolorosos en la exploración, se inmovilizó con collarín cervical⁴.

Las pruebas de imagen descartaron lesión ósea vertebral pero mostraron imágenes sugestivas de

subluxación atlo-axoidea. Esta entidad cursa con tortícolis dolorosa, rigidez cervical marcada, resistencia a la movilización pasiva con antecedente infeccioso, traumático o quirúrgico. El diagnóstico se realiza con radiografía, TC y RMN cervical, objetivando un desplazamiento parcial de las vértebras cervicales C1 y C2 sin luxación completa. En los niños se diagnostica con una radiografía lateral cervical en flexión, si la distancia es igual o mayor a 5 mm entre atlas (cara posterior de arco anterior) y cara anterior de apófisis odontoides de axis.

Las causas de la subluxación atlantoaxial son diversas e incluyen el traumatismo cervical, la artritis reumatoide, procesos infecciosos e hipermovilidad ligamentosa. Cabe hacer una mención especial

a la subluxación atlantoaxial idiopática asociada al síndrome de Down; en estos pacientes, su búsqueda debe ser sistemática, especialmente si realizan actividades deportivas que conlleven riesgo de hiperflexión cervical.

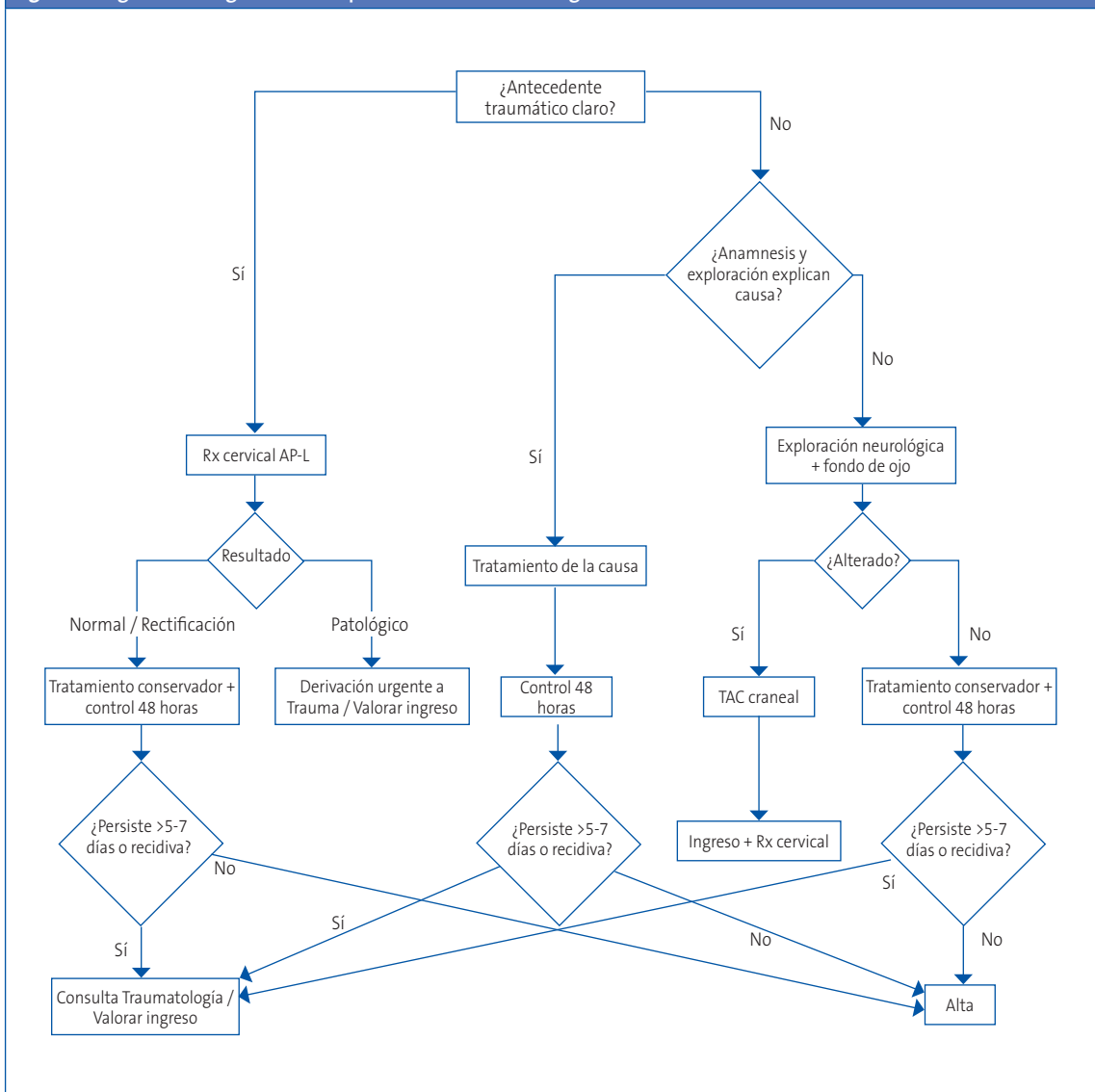
El caso descrito no era grave, no mostraba compresión medular (no hormigueo, ni debilidad, ni alteraciones neurológicas).

El tratamiento depende de la gravedad. En los casos leves, se recomienda collarín cervical, antiinfla-

matorios y reposo (como en el caso descrito). En ocasiones, precisan tracción cervical, y en los casos con inestabilidad cervical es necesaria la cirugía de estabilización⁵.

Tras exponer el diagnóstico diferencial y el tratamiento, se muestra un algoritmo diagnóstico-terapéutico de tortícolis aguda de Sanz de Miguel *et al.*¹ que puede ayudar en el manejo de los pacientes (Figura 3).

Figura 3. Algoritmo diagnóstico-terapéutico de la tortícolis aguda¹



CONCLUSIONES

El caso descrito subraya la relevancia de la anamnesis y la exploración física en la práctica médica. Aunque constituyen el pilar inicial del proceso diagnóstico, las pruebas de imagen representan herramientas complementarias indispensables en determinados escenarios. Dado que las patologías no siempre se presentan de forma habitual, es imperativo plantear un riguroso diagnóstico diferencial.

En Pediatría, las causas más frecuentes de tortícolis aguda son de origen traumático, postural o secundarias a procesos otorrinolaringológicos. No obstante, existen etiologías graves que exigen un diagnóstico precoz y un tratamiento específico, tales como la patología tumoral ósea o del sistema nervioso central, hidrocefalia, discitis, hematoma medular o encefalomielitis aguda diseminada.

Por lo tanto, ante un cuadro de tortícolis, se deben valorar siempre los criterios de alarma que justifican el ingreso hospitalario o la ampliación de los estudios: presencia de déficit neurológico, alteración del nivel de conciencia, fiebre o sospecha de foco infeccioso, dolor intenso persistente, evolución tórpida o deterioro clínico.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

La autora confirma que tiene el consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

ABREVIATURAS

RMN: resonancia magnética nuclear • **TC**: tomografía computarizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz de Miguel MP, De Arriba Muñoz A, Chapi Peña B, Congost Marín S, López Pisón J, Peña Segura JL, *et al.* Tortícolis: protocolo de actuación en urgencias. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor.* 2008;38:86-90.
2. Herman MJ. Torticollis in infants and children: common and unusual causes. *Instr Course Lect.* 2006;55:647-53.
3. Sanz Sánchez CI, Morales Angulo C. Retropharyngeal Abscess. Clinical Review of Twenty-five Years. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed).* 2021;72(2):71-79. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2020.01.005>
4. Ossaba Vélez S, Sanz Canalejas I, Martínez-Checa Guiote J, Díez Tascón A, Martí de Gracia M. Cervical spinetrauma. *Radiologia (Engl Ed).* 2023;65(1):S21-S31. <https://doi.org/10.1016/j.rxeng.2022.10.012>
5. Abou-Madawi AM, Ali SH, Alaswad M, Elkazaz MK, Abdelaziz MA, AlQazzaz MY, *et al.* Feasibility and Safety of Goel-Harms Posterior C1-C2 Fusion in the Management of Pediatric Reducible Atlantoaxial Instability. *World Neurosurg.* 2021;155:e592-e599. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2021.08.103>