

TRATAMIENTO FÍSICO DEL DOLOR

DOLOR. 2012;27:187-91

Cervicalgia: tratamiento físico del dolor cervical. Medicina curativa y preventiva

A. ORTIZ REPÁRAZ

«La minuciosa observación de todos los componentes en juego de la lesión cervical»

OTRAS MANERAS DE ALIVIAR Y TRATAR LA COLUMNA CERVICAL

Introducción

El dolor cervical puede ser debido a distintas causas, lo que condiciona muchas veces una dificultad en el diagnóstico correcto y definitivo, lo cual puede poner en peligro la vida del paciente.

Concepto de cervicalgia

Es el dolor cervical, como un leve malestar hasta un dolor intenso y de quemazón, básicamente en la zona desde la base de la cabeza hasta los trapecios, aunque puede recorrer las extremidades superiores hasta las manos y dedos. Si el dolor es agudo o repentino, se denomina cervicalgia aguda, y si es de más de tres-seis meses, crónico. Este último puede, en un momento dado, aumentar de intensidad.

Síntomas

En general, describe dolor en la nuca, en la parte posterior de la cabeza, asociado o no a cefaleas, dolores de cabeza, con afectación ocular o no y, a veces, con síntomas digestivos. También puede ir asociado a vértigos.

Dirección para correspondencia:

Ana Ortiz Repáraz
Clínica Ana Ortiz Repáraz
Plaça de Catalunya, 9, 1.º 1.ª
08850 Gavà, Barcelona
E-mail: a.ortizreparaz@gmail.com

Las causas del dolor cervical pueden ser por hernias discales, tumores, infecciones, traumatismos, artrosis cervical, espondilitis, estrés y preocupaciones, una mala postura durmiendo y malas posturas en el deporte.

En algunos casos el dolor cervical va asociado con meningitis.

El dolor cervical puede ir acompañado en algunas ocasiones de malestar general; en estos casos, hay que observar atentamente al paciente por la posibilidad de que el dolor cervical esté asociado a una enfermedad grave, en cuyo caso puede ir acompañado de vómitos importantes, cefalea intensa, fiebre (a veces) y dolor ocular.

Por lo tanto, podemos tener una cervicalgia leve o una cervicalgia grave.

En algunos casos, los infartos se manifiestan con dolor cervical que irradia a las mandíbulas y manos, confundiendo con una cervicoartrosis y poniendo con este diagnóstico al paciente en peligro mortal: ¡Cuidado!

Anatomía

Los huesos cervicales, las vértebras, son más pequeñas que las demás vértebras espinales. La función de la columna cervical es mantener, soportar el cráneo, permitir los movimientos de la cabeza: rotación, inclinación, flexión y extensión. Las cervicales hacen de puente entre la cabeza y el resto del cuerpo. Cuando se lesiona algún nervio espinal aparece dolor o adormecimiento, parestesias o temblores.

Exploración

Se realiza un examen de los músculos del cuello, de los músculos que intervienen en las estructuras del cuello y de las articulaciones de la columna alta.

También se llevan a cabo una analítica y exploraciones radiológicas, como radiografías y escáner.

Además, exploración de los músculos y de los pares craneales.

Diagnóstico

Básicamente el diagnóstico es: clínico, radiológico, analítico, por escáner y por resonancia magnética (RM).

Tratamiento

El tratamiento oficial de los dolores cervicales se basa en:

- Fármacos: antiinflamatorios, relajantes musculares, corticoides, antineuríticos...
- Rehabilitación: tandas de 10 sesiones de rehabilitación, con o sin estiramientos cervicales, y entrenamiento muscular intenso. Existe un programa de entrenamiento para reforzar los músculos del cuello.
- Intervención quirúrgica: depende de la lesión, se interviene con o sin materiales de osteosíntesis.
- Alternancia calor/frío.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA MEDICINA OSTEOPÁTICA

Osteopatía cervical

En el tratamiento médico osteopático se observa manualmente el movimiento de las vértebras desde el occipucio hasta la C7 para notar una alteración en el movimiento de estas estructuras, ya sea en extensión, flexión, rotación derecha o izquierda y lateralidad derecha e izquierda. Se observan con gran cuidado los músculos envolventes, así como las articulaciones torácicas, las acromioclaviculares, las articulaciones de los miembros superiores y el estado de toda la musculatura, fijándose si hay edema, dolor o enrojecimiento, y se palpa para encontrar tactos neuromusculares informativos.

La columna vertebral se divide en dos partes distintas:

- La columna cervical alta, desde el occipucio hasta la C1 y C1-C2.
- La columna vertebral baja: formada por las articulaciones entre C2-C3, C3-C4, C4-C5, C6-C7, C7-D1.

La columna vertebral es la parte más móvil de toda la columna cervical, sostiene la cabeza y permite al ser humano la vida social. Es también la parte más expuesta a traumatismos y a malas posiciones. Además, es la parte del cuerpo que desarrolla principalmente la adaptación, ya sea al medio ambiente, al oído, a la vista, a la articulación temporomandibular (ATM), a la parte visceral, y por la parte ascendente, sería lo relacionado con el tobillo, la rodilla, la pelvis y la columna. Y esta zona ascendente también tendría que ver con el apoyo plantar.

En la columna cervical baja, las vértebras cervicales inferiores están unidas por delante por un disco intervertebral, y a cada lado presentan una apófisis unciforme que se articula con la carilla correspondiente a expensas del plato inferior del cuerpo vertebral subyacente.

Por detrás de las apófisis articulares superiores hay carillas rellenas de cartílago que miran hacia arriba y hacia atrás, más o menos inclinadas en el plano sagital según la zona. Cuanto más arriba, estas miran más hacia arriba.

El atlas y el axis están unidos por tres articulaciones.

Entre el occipital y el axis no hay disco intervertebral. Las carillas articulares del atlas se articulan con las carillas de los dos cóndilos del occipital.

Los posibles movimientos y ejes de movilidad son:

- El movimiento más amplio es el de flexión-extensión: de 100-110° para la columna vertebral inferior y de 20-30° para la columna cervical superior.
- La inclinación lateral es de 45°, de los cuales 8° son de la articulación occipitoatlantoidea.
- La rotación global es de 80-90° a cada lado.
- 12° para la articulación occipital C1 y 12° para la C1-C2.
- En C1-C2 la orientación de las carillas articulares y las apófisis odontoides solo permiten movimientos de flexoextensión e inclinación lateral.
- Hay cierto movimiento de tipo menisco entre el occipital y el axis.
- Occipital C1: en flexión, los cóndilos del occipital se deslizan y giran hacia atrás sobre los de C1; se dice que el occipucio se posterioriza. En extensión, los cóndilos del occipital se deslizan y giran hacia delante sobre los de C1; se dice que el occipital se anterioriza siempre respecto a C1.

En cuanto a la rotación del occipital sobre C1 en caso izquierdo, el cóndilo derecho se anterioriza, mientras que el izquierdo se posterioriza.

Cuando el cóndilo derecho del occipital desciende, su cóndilo izquierdo se eleva, por las superficies articulares, entonces la rotación va acompañada por una inclinación lateral de costado y puede haber una mínima traslación del costado opuesto a la inclinación.

Una disfunción en extensión-rotación-sidebending (ERS) de una vértebra cervical baja en relación con la subyacente se puede encontrar en una disfunción fisiológica, adaptativa o traumática. En este caso, los signos palpatorios son: la apófisis transversal derecha más posterior que la izquierda, sobre todo en hiperflexión, lo que explica una rotación derecha disfuncional; y la apófisis transversal izquierda algo más prominente lateralmente.

Al hacer el test de movilidad, encontraremos una mayor libertad de movimiento hacia la extensión, la rotación y la inclinación lateral derecha, así como restricción hacia

la flexión, la rotación y la inclinación lateral izquierda de la vértebra lesionada en relación a la subyacente.

El tratamiento en estos casos puede ser el *thrust* o técnica indirecta de Mitchell.

Si la disfunción es en flexión-rotación-sidebending (FRS) de una vértebra cervical baja en relación con la subyacente, a nivel de los signos palpatorios encontraremos una apófisis transversa derecha más posterior que la izquierda, sobre todo en hiperextensión, lo que indica rotación derecha disfuncional. La apófisis transversa izquierda será algo más prominente lateralmente, ya que hay una ligera traslación opuesta asociada a esta disfunción cervical.

En el test de movilidad encontraremos mayor libertad de movimiento hacia la flexión, la rotación y la inclinación lateral derecha, restricción hacia la extensión, la rotación y la inclinación lateral izquierda de la vértebra lesionada en relación a la subyacente.

El tratamiento corrector será el *thrust* para volver a la adecuada baja movilidad en la extensión, rotación e inclinación lateral opuestas. También se pueden utilizar las técnicas indirectas, efectivas y menos comprometedoras.

Puede ocurrir que exista una doble disfunción de una vértebra cervical baja en relación con la subyacente. El objetivo del *thrust*, en este caso, será devolver la movilidad en la extensión, rotación e inclinación lateral opuestas, separando y recubriendo las carillas articulares en disfunción.

Los signos palpatorios serán una apófisis transversa derecha más posterior, tanto en hiperextensión como en hiperextensión. Una apófisis transversa izquierda algo más prominente lateralmente, debido a una ligera traslación opuesta asociada a este tipo de disfunción cervical.

En el test de movilidad, hay una limitación de la flexoextensión, la rotación y la inclinación lateral izquierda de la vértebra lesionada en relación con la subyacente.

En la columna cervical alta encontramos un occipital anterior *versus* atlas.

En la palpación encontramos espasmo de los músculos suboccipitales hacia la derecha; el ángulo inferolateral derecho del occipital más anterior que el izquierdo, así como una desviación importante entre la rama ascendente derecha de la mandíbula y la apófisis transversa derecha del atlas en relación al otro lado.

En el test de movilidad veremos una restricción de la movilidad en flexión, inclinación lateral izquierda y rotación derecha del occipital en relación al atlas; el cóndilo derecho no puede retroceder sobre el atlas.

El tratamiento sería *thrust* o técnicas de Mitchell, mioeléctricas o energéticas.

Cuando el occipital es posterior respecto al atlas, hay una tensión de los músculos suboccipitales hacia la izquierda. El ángulo inferolateral izquierdo del occipital es más posterior que el derecho, sobre todo en flexión de la cabeza.

En el test de movilidad hay una restricción de la movilidad en extensión, inclinación lateral izquierda y rotación derecha del occipital, por lo que el cóndilo izquierdo no avanza sobre el atlas.

En la lesión de occipital posterior en relación con el atlas, se busca restituir la movilidad del occipital hacia la extensión, la inclinación lateral y la rotación, avanzando el cóndilo en disfunción en posterioridad.

A veces existe una pseudorrotación (doble disfunción) en relación con el atlas. Se trata de una disfunción fisiológica, adaptativa o traumática. Un cóndilo se anterioriza mientras el otro se posterioriza sobre las superficies del atlas.

Hay tensión de los músculos suboccipitales hacia la izquierda y espasmos de los músculos suboccipitales hacia la derecha. El ángulo inferolateral derecho es más anterior. También hay una desviación importante entre la rama ascendente derecha de la mandíbula y la apófisis transversa derecha del atlas, y lo inverso en el lado opuesto.

En el test de movilidad veremos una restricción de la movilidad en la inclinación lateral izquierda y en la rotación derecha del occipital en relación con el atlas, ya que el cóndilo izquierdo no puede avanzar y el derecho no puede retroceder sobre el atlas.

El objetivo del *thrust* será restituir la movilidad del occipital hacia la flexoextensión, la inclinación lateral y la rotación contradisfuncionales, avanzando el cóndilo posterior y retrocediendo el anterior.

En el caso de occipital bilateral anterior o posterior en relación al atlas, se trata de una disfunción fisiológica, sobre todo traumática, aunque por mala postura podría ser adaptativa. Si el occipital bilateral es anterior, este está fijado en extensión y habrá espasmos de los músculos suboccipitales. En el test de movilidad existirá una restricción del movimiento de anteflexión de la cabeza en relación con el atlas.

Si el occipital bilateral es anterior, menos frecuente, los músculos suboccipitales anteriores serán más débiles que los posteriores. Habrá un test de movilidad con restricción del movimiento de posflexión de la cabeza, en relación al atlas.

En el caso de occipital en traslación en relación al atlas, se trata de una disfunción no fisiológica y que suele ser traumática. Se efectúa la traslación en el lado opuesto a la inclinación lateral del occipital.

En los signos palpatorios encontramos la apófisis transversa del atlas más prominente lateralmente del lado opuesto a la traslación. Hay restricción de la movilidad fisiológica entre el occipital y el atlas. Se realizará, como tratamiento corrector, *thrust* con un movimiento de traslación sobre el occipital, en dirección medial, con una tracción cefálica con la ayuda de la mano opuesta.

Descripción del mecanismo de lesión, en rotación atlas en relación al axis: puede ser traumática, fisiológica o adaptativa. El atlas sufre una disfunción en rotación hacia un

lado en relación con el axis. Eso quiere decir que la rotación hacia el otro lado está restringida.

Tendremos la apófisis transversa de C1 en un posición algo más posterior, más cerca de la apófisis espinosa de C2 que de la opuesta. Habrá una restricción unilateral en el movimiento de rotación entre C1 y C2. El tratamiento será restituir a C1 la movilidad de la rotación y realizar *thrust*.

También puede ocurrir una traslación del atlas en relación con el axis. Sobre todo es traumática, no fisiológica, donde el atlas se comporta como un menisco entre occipital y axis. La apófisis transversa de C1 estará más prominente de un lado respecto la apófisis lateral de C2. En el test de movilidad, habrá una restricción completa de la movilidad fisiológica entre C1 y C2.

El tratamiento, al ser una lesión no fisiológica, debe consistir en corregirlo con urgencia. Se realizará la técnica de destraslación por apoyo directo y sujeción mentoniana.

CASO CLÍNICO: CERVICALGIA

Presentación

Paciente de 52 años, mujer, que acude a visitarse por dolor cervical de seis meses de evolución. Peso, normal; analíticas, normales; no padece hipertensión arterial (Hta), no es diabética y no tiene antecedentes de enfermedades de interés.

Motivo de la consulta

Dolor cervical que no le permite dormir toda la noche de un tirón, pues el dolor la despierta por la noche. Está tomando antiinflamatorios y relajantes musculares, pero el dolor no desaparece. Al no descansar por la noche, cada vez se siente más agotada y desanimada.

En el interrogatorio por aparatos, expresa que sufre de estreñimiento y de digestiones lentas. Tiene tendencia a episodios leves de dolor hemorroidal después de defecar. Le pregunto si hay relación con ir estreñida y con el dolor cervical, y la paciente contesta que no se ha fijado en eso.

La paciente responde afirmativamente a la pregunta de si tiene lumbalgias ocasionales.

Resto del interrogatorio normal.

Sintomatología

Dolor cervical, en la base del cráneo, con vértigos, sensación de rodamiento y dolor en trapecios de un mes de evolución. Dolor a la presión de las apófisis mastoides, tensión a la palpación de los músculos paravertebrales cervicales de ambos lados y de los músculos trapecios. Restricción del movimiento en extensión cervical y restricción en los movimientos de flexión lateral derecha e izquierda.

Exploración

Traumatológica

Dolor a la flexoextensión del cuello, más a la extensión. Limitación de la rotación izquierda, dolor en la apófisis transversa derecha. La paciente se queja de dolor en la zona occipital y se pone la mano en dicha región, aguantando la cabeza, sosteniéndola por el occipital. Lateralidad izquierda más restringida que la derecha.

Valoración osteopática

Palpación cervical: C2, C3 y C4 en restricción de movimiento, en rotación derecha.

Palpación y movimiento dorsal: restricción del movimiento en D2, D6 y D7.

Palpación y movimiento de extremidades superiores: normales.

Palpación abdominal: dermalgia refleja a 7 cm por encima del ombligo y a 6 cm de la línea alba a la derecha y correspondiendo al 9.º espacio intercostal, hablamos de la vesícula biliar.

A nivel vertebral: tensión en los espacios intercostales 6-9º.

En el estudio del borde inferior del hígado debe entrar la vesícula biliar. Cuando el borde del hígado es accesible a la palpación, el procedimiento del pulgar es el que nos permite apreciar el estado de la vesícula.

Palpación pubis y pelvis: sin evidencias significativas.

Palpación y movilización de las extremidades inferiores: normal.

Examen hemorroidal: hemorroides de grado II, sobresalían pero se reducían al dejar de defecar.

Diagnóstico

A nivel radiológico de la columna cervical se observa rectificación de esta.

Resonancia cervical: secuencias de T1 y Ts, axial y sagital para estudio de la columna cervical.

Rectificación de la lordosis con inversión de la lordosis cervical fisiológica, con moderada discopatía degenerativa de C4-C5, C5-C6 y C6-C7, donde se observa deshidratación con reducción de la altura discal, con proliferación osteofítica marginales y abombamientos globales discales que, junto a una hipertrofia de las articulaciones unciformes, producen estenosis central leve del canal raquídeo C5-C6 y C6-C7 y una estenosis moderada grave de los agujeros de conjunción predominantemente izquierdo en estos segmentos.

No alteraciones en la médula espinal y ni en la charnela craneocervical.

Tratamiento

Le corregí con técnicas de Mitchell indirectas C2, C3 y C4. Siempre a nivel cervical utilizo las técnicas indirectas por respeto a la arteria vertebral.

A nivel de la segunda vértebra dorsal, estaba bloqueada en extensión derecha, por lo que le hice la técnica de thrust en decúbito prono y pasó bien. Luego abrí los espacios vertebrales hasta llegar a las lumbares. Liberé la dorsal 6 y la dorsal 7, pues estaban produciendo dolor a la presión.

El diagnóstico manual médico osteopático nos permite ver los niveles de lesión cervical. La medicina osteopática es global, parte de la lesión cuando hay restricción del movimiento no solo a nivel local, lo que obliga a observar al paciente a nivel total. Se observan todas las articulaciones, desde las cervicales, las torácicas, las pélvicas, los brazos y las manos, las piernas y los pies, para continuar con la osteopatía abdominal, observando por palpación osteopática, que implica test manuales y exploración de las metámeras de las vísceras abdominales y la exploración y palpación craneal. A continuación, se tratan las lesiones encontradas.

En este caso, las lesiones encontradas y tratadas fueron: le examiné globalmente, y tenía C2 en rotación izquierda, C3 y C4 en rotación derecha en restricción de la reclinación. Le corregí con técnicas de Mitchell indirectas. Siempre a nivel cervical utilicé las técnicas indirectas por respeto a la arteria vertebral.

La vesícula biliar se trató por la técnica del pulgar para su normalización. Después, se hizo manipulación de la vesícula biliar en decúbito lateral y también la variante en supino. A continuación, una técnica de estiramiento en sedestación y una manipulación del colédoco para acabar haciendo bombeo hepático y elastificación de los tejidos abdominales. Tomó también drenaje vía oral de hierbas medicinales para limpiar la vesícula biliar.

El tratamiento comprende corregir las lesiones locales y a distancias de las estructuras, las vísceras y el cráneo.

Discusión

Con el abordaje holístico de todo el organismo del paciente se obtienen mejores resultados que con el tratamiento concreto de la zona del dolor cervical. El paciente mejora más rápidamente, tarda menos tiempo en recuperarse y permanece el estado de bienestar más tiempo. Las cervicales,

además de ser vértebras con ligamentos y músculos, están situadas en una zona también de canales energéticos del cuerpo y también es una zona somatovisceral. Si existe enfermedad en los órganos internos, como en la vesícula biliar o el intestino delgado, esta puede reflejarse en forma de dolor en la base del cráneo y en los trapecios. Los dolores en la zona vertebral dorsal también pueden aumentar el dolor cervical, y estos dolores vertebrodorsales ser origen de trastornos de las vísceras y glándulas. Naturalmente, las tensiones emocionales influyen en muchas ocasiones a nivel cervical.

El tratamiento oficial, con antiinflamatorios y relajantes musculares, combinado con el tratamiento médico osteopático, de medicinas naturales, permite una medicina integrativa donde los pacientes pueden necesitar menos medicamentos e ir más a la causa para evitar las recaídas de un tratamiento tratado muchas veces solo de manera sintomática.

A la vez, es un tratamiento preventivo al corregir las lesiones y disfunciones de los órganos internos no permitiendo al diagnosticarlos a tiempo que estos se lesionen más y acaben enfermos, precisando, además, otras medicaciones y muchas veces teniendo que pasar por una sala de quirófano para ser extraídos o para operar la parte estructural de las cervicales. Podía haberse evitado, ya que en este caso y en otros muchos más el dolor cervical es una señal, un aviso del cuerpo para evitar males mayores. Así pues, ¡vale la pena la minuciosa observación de todos los componentes en juego en la lesión cervical!

Bibliografía recomendada

- De Coux G, Curtil P. Tratado práctico de osteopatía estructural. Editorial Paidotribo; 2001.
Totalmente didáctica y práctica, esta obra constituye una herramienta de trabajo para el estudiante y el terapeuta confirmado. Los temas tratados cubren todas las materias básicas de la osteopatía que implican la pelvis y el raquis, centrándose en la práctica del thrust.
- Fajardo Ruiz F. Osteopatía dorsal, costillas, cervical, ATM. Editorial Dilema; 2007.
Excelentes y completísimos cursos de vídeo en DVD dirigidos a médicos, osteópatas, kinesiólogos, masajistas, fisioterapeutas y estudiantes. Una explicación detallada y amena. Un paso a paso de técnicas de diagnóstico y tratamientos (junto al marco teórico que justifica la aplicación de dichas técnicas).
- Fajardo Ruiz F. Cuadernos de Osteopatía. Editorial Dilema; 2011.
La ATM, el temporal, enfermedad de los pares craneales.