

Hospital Clínico Quirúrgico "10 DE OCTUBRE".  
Servicio Nacional de Reumatología.

# **Síndrome Cervical Doloroso. Aspectos Clínicos- Terapéuticos. ¿ Es La Tracción Cervical una Terapéutica Efectiva ¿**

\* Dr. Javier Porro Novo, \*\* Dr. Gil A Reyes Llerena, \*\*\* Dr. Ricardo Suarez  
Martín, \*\*\*\* Dra. Marlene Guibert Toledano.

- \* Especialista de primer grado en Medicina Física y Rehabilitación. Jefe Servicio de Rehabilitación del Servicio Nacional de Reumatología.
- \*\* Especialista en Medicina Interna. Segundo Grado en Reumatología. Profesor Auxiliar e Investigador del I.S.C.M. Cuba CIMEQ.
- \*\*\* Especialista de primer grado en Medicina Interna en el Servicio Nacional de Reumatología.
- \*\*\*\* Especialista de 2do grado en Reumatología. Profesora Asistente. Servicio Nacional de Reumatología. Especialista de Primer grado en Medicina Interna.

## **INTRODUCCIÓN.**

En esta revisión bibliográfica explicaremos algunos aspectos etiopatogénicos y clínicos del Síndrome cervical doloroso por ser frecuente en las consultas de los que nos dedicamos a mejorar los estados dolorosos del SOMA. En los últimos 10 años se patentiza como enfermedad de la década en las mujeres jóvenes. Hablaremos de la terapéutica más frecuente utilizar y si es la tracción cervical de utilidad o no.

### **SINDROME CERVICAL DOLOROSO, ETIOPATOGENIA**

La osteoartritis cervical se caracteriza por procesos inflamatorios asociados a procesos degenerativos con participación mayor del ele-

mento óseo subcondral.

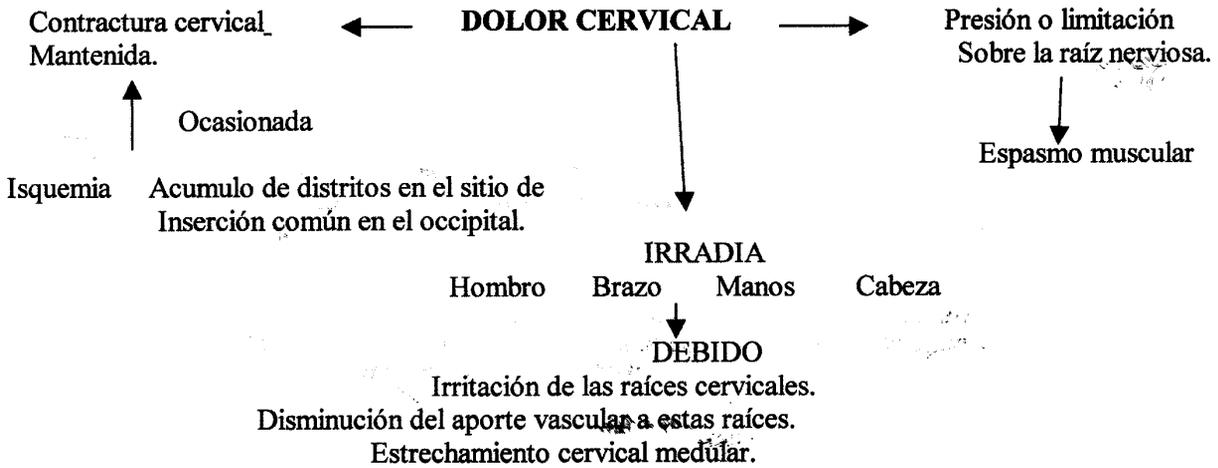
En la artrosis hay destrucción y fenómenos productivos en dichas articulaciones.

Degeneración de los discos cervicales y su herniación.

La condrosis esta en íntima relación entre el disco y la placa condral del cuerpo vertebral.(1)

El dolor e incapacidad de la columna cervical puede deberse a:

- Traumatismos
- Artritis
- Enfermedades profesionales
- Malas posturas
- Tensión crónica



- Lesión en hiperflexión o hiperextensión con traumas de tejidos blandos

La cervicalgia puede constituir índice de:

- Desajustes personales, tensiones, dificultades colectivas
- Periodos de cambio o presión socio-laboral, exceso de responsabilidad.
- Sobrecarga o inadecuación del trabajo, fracaso profesional, soledad, falta de apoyo. (2-3)

**DIAGNOSTICO**

El interrogatorio y el examen físico son de gran utilidad para el diagnóstico.

**INTERROGATORIO(ANAMNESIS).**

Obliga a la minuciosidad para beneficio del diagnóstico y de la terapéutica. Todo el tiempo que dediquemos a cada paciente será bien ganado en el futuro, por que nos permitirá delinear su perfil clínico.

**EDAD.**

Se observa con mayor frecuencia a partir de los 30 años, aunque cada vez es más su presentación en los jóvenes que sufren dificultades familiares o de tipo laboral.

**SEXO**

Se presenta en una proporción 13 a 5 en relación con los hombres, aunque cada vez más

a mujeres jóvenes.

**CARACTERISTICAS DEL DOLOR.**

Se presenta en la columna cervical con diferentes irradiaciones, acompañado por espasmos musculares, una de las zonas más dolorosas es la región occipital.

**LOCALIZACIÓN.**

Fundamentalmente en toda la región cervico-dorsal, región occipital, fibras superiores de los trapecios.

**EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

Fase aguda, fase subaguda, fase crónica, crisis aguda en pacientes crónicos.

**IRRADIACIÓN.**

Las molestias cursan de forma progresiva e irregular, al principio con dolor en zona posterior del cuello, extendiéndose a los hombros y miembros superiores con sensación de tirantes muscular, también irradia a región occipital.

**DESENCADENAMIENTO-ALIVIO**

El dolor cervical puede desencadenarse por malas posturas en el puesto laboral, un esfuerzo físico intenso, también por su estado emocional que constituye en la actualidad un cuadro invalidante frecuente y rebelde a los tratamientos.

El alivio tiene relación con el descanso físico-emocional y corrección de posturas viciosas.

**SINTOMAS ASOCIADOS.**

Puede en ocasiones tener referencia a síntomas neurológicos que seria una orientación.

## TRATAMIENTOS REALIZADOS.

Debemos saber que tratamientos medicamentosos y de fisioterapia a recibido el paciente, si ha sido infiltrado o bloqueado y en cuantas ocasiones; Con cuales a tenido mejoría.

## ESTADO EMOCIONAL

La relación entre el dolor y el estado psicológico del enfermo con cervicalgia es de mucha importancia, ya que influyen en la terapéutica los altos niveles de ansiedad y depresión que han sido utilizados como índices de pronostico de la evolución y respuesta al tratamiento. Sí bien el estado de animo no tiene valor para predecir el dolor, si puede resultar de utilidad para la magnitud-duración-e intensidad de la crisis.(4-5-6)

## CLINICA.

Una vez terminado el interrogatorio comenzamos con el examen físico del paciente.

### INSPECCION:

Proponemos una calificación visual de la estática del raquis cervical- dorsal. La Correcta inspección requiere colocar al paciente de pie, descubriendo totalmente la zona a examinar y valoramos la postura de la cabeza,coloración de la piel del raquis, asimetrías,estado de la curvatura, desviaciones laterales y antero-posterior,atrofias e hipertrofias, dificultades para las actividades de la vida diaria,limitaciones de los movimientos del cuello con o sin irradiación.

### PALPACION.

Es importante la palpación de la columna cervico-dorsal, fibras superiores de los trapecios, y hombros,para definir los puntos dolorosos y zonas de espasmo muscular e hiperalgesia.

Se exploran los movimientos del raquis cervical (flexión – extensión), distancia mentón – manubrio, distancia mentón – acromión, distancia tragus- acromion, inclinación de la cabeza a la derecha e izquierda.

Existe una triada sintomática caracterizada por dolor cervical, rigidez, e irradiación asociada con vértigo inestabilidad, lagrimeo, ruidos en el

oído, trastornos vasomotores nasales, debido a alteraciones simpáticas o compresivas de la arteria vertebral.(6-7-8-9-10)

## ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS.

Siempre debemos empezar con una radiografía simple cervical antero- posterior y lateral, y sí fuera necesario vistas oblicuas. Las mismas continúan siendo de un gran valor en la evolución de los pacientes aquejados por dolencia cervical. Nos demuestran alteraciones que orientan hacia el posible origen de los síntomas.Ejemplo: manifestaciones de procesos inflamatorios, degenerativos, artrosicos, traumáticos, herniación discal, tumorales.

La topografía Axial Computarizada, la TAC con contraste, la Resonancia Magnética Nuclear, tienen su lugar entre las investigaciones a ejecutar.

La Tomografía Axial además de evaluar elementos como los antes citados juega un papel importante en el diagnóstico de hernias de hernias de disco o protusiones causales de fenómenos compresivos espondilopáticos.

Más reciente la Resonancia Magnética Nuclear juega un rol destacado en las lesiones del raquis cervical esclareciendo en muchas ocasiones lesiones del disco o compresivas del canal raquídeo no definidas por la TAC. (11)

## OTRAS INVESTIGACIONES:

En dependencia de la irradiación de la cervicalgia a hombros y miembros superiores, con afectaciones del trofismo sería la electromiografía (velocidad de conducción) quien nos precisa la presencia de lesiones radicales y nerviosas.

## TRATAMIENTO CONSERVADOR

Hemos observado en el Servicio Nacional de Reumatología en la consulta de fisiatria un aumento de cervicalgias remitidas por Reumatólogos, Ortopédicos y Neurólogos, con

el detalle de su incremento en pacientes jóvenes. Muy importante que el paciente acuda a nuestra consulta con el diagnóstico etiológico bien definido y sus estudios radiográficos.

En esta revisión bibliográfica les proponemos un diseño de tratamiento fisioterápico que oriente y ayude a la mejoría de estos pacientes.

La fisioterapia se encuentra dentro del arsenal terapéutico eficaz para el manejo de estos pacientes en unión del tratamiento medicamentoso. También se le brindan orientaciones posturales en el hogar y puesto de trabajo.

### **DIAGNOSTICOS MEDICOS MAS FRECUENTES QUE PRODUCEN CERVICALGIA**

Espondilosis cervical, Torticolis aguda y subaguda  
Esquince cervical, Síndrome psicogeno cervicocraneal

Síndrome cervical, post-traumático, artrosis, EAP, Artritis

Hernia discal, osteoporosis, Post fractura-luxación, posicional.

También cabe destacar si nos encontramos ante un episodio hiperálgico, subagudo o crónico. (6)

### **OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO FISIATRICO.**

Disminuir el dolor y el espasmo muscular

Disminuir la inflamación

Evitar deformidades

Mejorar los arcos de movimientos articulares

Aumentar la fuerza muscular de la región

Orientar y aprender las posturas correctas en su vida diaria

Aprender los programas terapéuticos para el hogar

Orientaciones futuras

Compensación psicológica

### **MEDIDAS GENERALES**

1-Realizar una buena comunicación Fisiatra – Paciente-Fisioterapeuta – Enfermera de rehabilitación.

tación.

2-Conocer causas etiológicas, posturales, esfuerzos, stresses que le produjeron el dolor cervical .

3- Explicarle al paciente los pasos de la terapia fisioterápica.

- Aliviarle el dolor.
- Relajación muscular y auto relajación.
- Enseñarle posturas correctas, sentado, acostado, en su puesto de labor .
- Educación del paciente en la terapia física.
- Aprender bajo estricta vigilancia del terapeuta y enfermera los ejercicios de columna y fortalecedores de musculatura paravertebral.

Encaminarlo a una vida sana y evitar actividades que lo sometan a estrés biomecánico de la columna.

### **MEDICAMENTOS.**

ANALGESICOS-AINE-RELAJANTES MUSCULARES, entre sus efectos tiene aliviar el dolor, reducir la ansiedad, y la relajación muscular.

Aplicación de bloqueos analgésicos o esteroides, con buenos resultados.

Infiltraciones de partes blandas, epidurales. (1-2-7)

### **ORTESIS CORRECTORAS.**

El objetivo fundamental es la reeducación postural de los pacientes, aliviar el dolor, relajación de la musculatura contracturada, evitar posturas viciosas y a la vez protección cervical.

Collarín.

Aditamento creado en el siglo pasado por SHANTZ. De menos fijación que la minerva.

Minerva.

Aditamento ortopédico con mayor fijación, que ajusta en el mentón y en la base del occipital.

## FUNCIONES.

Inmovilizan el cuello, protección de movimientos intempestivos, transmiten el peso de la cabeza y la acción de la gravedad a la base del cráneo y a los hombros; De esta forma se reduce la presión que actúa sobre los discos y articulaciones afectadas así como permite mantener la columna cervical en posición relajante.

## PERIODO DE USO DEL COLLARIN Y MINERVA.

Es controvertido no hay un consenso sobre este aspecto. Nuestra experiencia en el Servicio Nacional de Reumatología es utilizarlo en la fase aguda, hasta que desaparezca el dolor y no retirarlo de manera abrupta.

Se debe retirar poco a poco a medida que mejore el paciente. Se va retirando de manera alterna diariamente, hasta que vayan siendo mayores los periodos de no uso, hasta la eliminación total del aditamento.

## PRINCIPALES INDICACIONES.

### Collarín.

- Ligera a moderada artrosis y cervicalgia
- Luxación o subluxación
- Inmovilización de la región afectada parcialmente
- Contractura intensa

### Minerva

- En los estados PRE Y POST- operatorios de la columna cervical
- Fracturas y luxaciones
- Artrosis marcada
- Cervicalgia intensa
- Para inmovilizar la región afectada (8-13)

## AGENTES FISICOS

Le daremos una relación de los agentes físicos que más se usan en la actualidad.

## TERMOTERAPIA

Calor infrarrojo: Tiene un efecto relajante.

Se usa como tratamiento previo a la cinesiterapia, manoterapia, electroterapia, provocando abarcar la región cervico-dorsal.

Envolturas: Compresas, fomentos, bolsas de agua, parafango, parafina.

Ultrasonido: Combinado con corrientes analgésicas tiene buena efectividad.

Diatermia de onda corta: Puede ser continua o pulsátil, tiene efecto analgésico y espasmolítico.

## ELECTROTHERAPIA.

Corrientes diadinámicas de Bernard: Son antialgias (DF-LP-CP.).

Corrientes interferenciales: Bipolar o tetrapolar.

Que abarque la región cervico-dorsal.

Estimulación eléctrica transcutánea (TENS) Corriente utilizada en esta última década por su buen efecto analgésico en pacientes agudos y crónicos.

## LASERTERAPIA .

El LASER infrarrojo ajustado en tiempo, energía, y frecuencia, se puede aplicar en puntos de acupuntura o dolorosos con buenos resultados analgésicos.

## MAGNETOTERAPIA.

Excelentes resultados analgésicos, antiinflamatorios, estimulante de la formación del callo óseo. (14-15-16)

## MASOTERAPIA.

Masaje terapéutico: Muy útil en los pacientes con cervicalgia actuando como relajante muscular y analgésico.

Incluye las técnicas de roce, fricción, amasamiento y vibración.

Se combina con la termoterapia, electroterapia y cinesioterapia.

También tienen efectividad otras formas de

manotearía:

- Digitopuntura o Shiatzu.
- Reflexoterapia.

Ambas técnicas son utilizadas para alivio del dolor, el estrés.(17)

### **CINESIOTERAPIA.**

Es fundamental ya que ayuda a mantener y mejorar el tono muscular, el tónus y la movilidad de la columna cervical a su vez potencializa la musculatura de la región.

Se comienza con:

Ejercicios de relajación, reeducación postural.

Ejercicios de cuello (lateralización, flexo-extensión), combinado con movilizaciones de los miembros superiores.

Ejercicios de CHARRIERE cervical.

Combinando todos los anteriores con ejercicios respiratorios.

### **MECANOTERAPIA.**

Escalera digital y polea colgante para miembros superiores. (3-6-8-10-15)

### **MANIPULACIONES VERTEBRALES.**

Las posibilidades terapéuticas ofrecidas son numerosas y variadas. Son eficaces en el tratamiento de los síndromes dolorosos secundarios a una disfunción vertebral. Su campo de acción es extremadamente amplio. Se debe lamentar la falta de información y los perjuicios. Se usan en la actualidad estas terapéuticas naturales inofensivas y eficaces en manos expertas y precavidas.

Nada prohíbe su uso aislado u asociado a otras técnicas fisiatricas y medicamentosas. Es necesario tener un estudio radiológico simple y su tomografía.

### **AFECCIONES QUE SE PUEDEN TRATAR CON MANIPULACIÓN CERVICAL**

Cervicalgias crónicas, torticollis, algunas cefaleas, neuralgias cervicobraquiales, algunos vértigos, falsas sinusitis, gran número de

dorsalgias, algún dolor de hombro, codo, puño. para las manipulaciones se divide el raquis cervical anatómica y funcional en 2 partes:

Cervical alto—Co a C1-C2

Cervical bajo —C3-C7.

### **Fases de las manipulaciones.**

Fase aguda: Se caracteriza por irradiación a los miembros superiores, a veces los dolores irradian en la región interescapulo vertebral, con la presencia de un punto doloroso.

El examen clínico en este estadio se caracteriza por pérdida global de la movilidad cervical en todas las direcciones.

En esta fase el tratamiento se limita al uso del collarín, antialgicos, antiinflamatorios. **NO SE HACE MANIPULACIÓN.**

Fase subaguda: Se valora en consulta o de 2 a 3 días después del inicio de la crisis.

El enfermo esta en hiperalgesia.

Realizamos examen de la movilidad cervical. También se preparan los tejidos con masaje y movilizaciones suaves.

Fase Crónica: La manipulación será posible desde la primera sesión, previa la preparación de los tejidos. (18)

### **TRACCIÓN.**

En la década de los años 1940, tuvo gran popularidad para el tratamiento de las algias vertebrales. Los métodos de aplicación propuestos eran numerosos con 2 tendencias.

- Tracción con elevada fuerza pretendiendo separar los cuerpos vertebrales o reducir hernia discal.

- Tracciones con poca fuerza a veces intermitente, simplemente para rectificar y desgravar la columna y generar una estimulación propioceptiva analgésica.

Con el tiempo la practica clínica hizo que predominara la tracción cervical intermitente y en menor grado la lumbar. Pero en los años 1960 al 1970 se perdió el interés de su practica, en

eventos, congresos y publicaciones. En la década actual a recuperado su efectividad acompañada de otras técnicas de fisioterapia, con nuevos conceptos de tracción y estudios experimentales.

En publicaciones recientes hay más interés de la tracción combinada con otros medios terapéuticos teniendo evolución satisfactoria los pacientes atendidos.

La tracción vertebral, facilitada por el utillaje motorizado y automatizado tiene efectos: analgésicos y descontracturante muscular.

Actualmente los equipos difundidos de tracción son los MAGATRAC-101, con control automático de la fuerza con posibilidad de programar las secuencias de tracción intermitente y dotados de dispositivos de seguridad para evitar accidentes.

### Forma de usar la tracción cervical.

#### CONTINUA Y MANUAL-INTERMITENTE.

Es una terapia muy usada, pero con precaución en la cantidad de peso, tiempo y frecuencia de aplicación.

### COLOCACIÓN DEL PACIENTE.

#### PUEDE SER:

- Decúbito supino:

Más aconsejable, consigue mejor relajación muscular.

Orientación más estable del barbiquejo, menos predisposición a la hipotensión y la lipotimia.

- Sentado:

A pesar de las ventajas de la anterior, esta colocación es la más utilizada.

Es la posición más adaptada. Aconsejable con adecuada vigilancia de la tolerancia y el ángulo de tracción.

### OBJETIVOS DE LA TRACCIÓN.

- Desgravar la cabeza.
- Deslordosar la columna cervical.
- Analgesia.
- Descontracturar la musculatura.

### NOTA IMPORTANTE.

Nunca llegar a una separación significativa de las vértebras. La tracción lleva el cuello a discreta flexión que habrá la articulación interapofisaria y ensanche el agujero de conjunción.

### MEDIDAS DE PROTECCIÓN Y MANTENIMIENTO.

- Evitar el movimiento brusco.
- Mantener movilidad del cuello.
- Evitar la misma posición por tiempo prolongado.
- No se pretende una supuesta separación de los espacios vertebrales o reducción de hernia discal.

### INDICACIONES.

- Cervico braquialgias.
- Cervicalgias recientes, sin déficit motor.
- Cuando hay moderado déficit sensitivo, pero con precaución.
- Artrosis, sin irradiación en periodos agudos de dolencia.
- Torticolis, distensiones cervicales leves (descarta la existencia de fracturas, luxación, esquinco de ligamentos.)
- Siempre que no resulte dolorosa o aumente la contractura.
- Artropatías vertebrales.
- Radiculopatías.

### CONTRAINDICACIONES.

- En pacientes mayores de 60 años.
- Osteoporosis moderada a severa.
- Mielopatía espondilótica.
- Síndrome vertebro basilar.
- Fracturas, luxaciones o subluxaciones, tumores.
- Infecciones vertebrales y aplastamiento vertebral.
- Secuelas dolorosas post- traumáticas.
- En pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente de hernia discal es poco

eficaz y con peligro de inestabilidad vertebral.

- Radiculopatías que durante o después de la sesión se agravan los dolores y aparece paresia o hipoestesia.

## MODO DE USAR.

Continúa:

Carga de un 15% del peso del paciente(acostado) 15 a 30 minutos.

Carga de un 10% del peso del paciente (sentado a 30 grados) 5 a 10 minutos.

La carga de la tracción puede ser de 3Kgr a 10Kgr.

Intermitente:

Cambios lentos ( 5seg tracción con 4seg de relajación) O (10 seg. tracción con 5seg de relajación)

Las sesiones son sucesivas, según tolerancia, tiempo de 10 a 15 minutos

AL inicio puede haber un moderado aumento de molestias en las primeras sesiones; Si no hay una franca mejoría antes de las primeras 6 terapias es dudoso el resultado final.(13)

**NUESTRA OPINION DE LAS TRACCIONES DESPUES DE ESTA REVISION Y DE NUESTRA EXPERIENCIA ES UN TRATAMIENTO UTIL Y SEGURO, ASOSIADO A OTRAS MODALIDADES TERAPEUTICAS. EJEMPLO:**

Asosiado a la TERMOTERAPIA (ultrasonido-infrarrojo).

Asosiado a la ELECTROTHERAPIA (Tens-dinamicas).

Asosiado a la MASOTERAPIA.

Asosiado al EJERCICIO.

## **BIBLIOGRAFIA.**

1-Alvarez, Cambra. R. Tratado de cirugía Ortopedia y Traumatología, tomo 11 .Editorial Pueblo

y Educación. 1986. Cap. 9 (188-217).

2- Lombas García, M. Exploración de las enfermedades reumáticas. En Diagnostico Diferencial de las Enfermedades Reumáticas. Editorial Científico Técnico 1979, pag 429-447.

3- Cailliet. R. Columna.: Trastornos y Deformidades. En: Krusen. Medicina Física y Rehabilitación. 3 ed. Buenos Aires. Edc, Medica Panamericana. 1988, pag 768-785.

4- Revista Cubana. Medicina General Integral 1997; 13 (5): 433-460.

5- Revista Cubana.Medicina General Integral 1997;13(4): 330 – 339.

6- Fisioterapia. Asociación Española de fisioterapeutas. Vol. 19. Enero-Marzo 1997. (22-33).

7- Mc Carty, Daniel. J. Artritis y Enfermedades conexas. Tomo 1. Editorial Revolucionaria Cap. 6. (108-109)- Cap. 32. (508-509)- Cap. 38 (596-600).

8- Más González. R. Rehabilitación y Dolor Crónico. En Rehabilitación Medica. Editorial Masson, S. A. Barcelona 1997. Pag.443-453.

9- Gómez. Angulo. J. Tratamiento Quirúrgico del Dolor Crónico. Rev. Iberoamericano. Rehabilitación Medica 1994.; 47: 77-88.

10-Gonzalaz. Más. R. Dolor de Cuello y Laboralgia Femenina. Europa Soc. Biosocial Bull. Abril 1992.

11- Reumatología. Revista Cubana de Reumatología Vol.No111, No 1. 2001.ISSM. pag 65-71.

12- Glantz RH, Haldeman S: Other Diagnostic Studies: Electro dignosis.En Fry Mayer JW (EDS) The Adult Spine. Principles and practices(1d).New York: Raven press, 1991: pag 541-48.

13- Electro Medicarín News. Dic. 1998 No 7. Tema de actualidad por Dr.Juan Plaja. Pag10-11.

14.Trellez V, Scot: Laserterapia. Manual de empleo del láser de baja frecuencia. 1996.

15- Más. González. R. Masson S.A..Rehabilitación medica Cap2 (7-24),Cap5 (49-53), Cap7(69-

95).1997.

16- Lehman F J De Tateur JB. Difteria y terapia de color y frío superficial En: KRUSEN Medicina Física y Rehabilitación 3 Edic Buenos Aires, EDC, Medica panamericana, Pag . 1988 pag(308-389.)

17-Hudson. Maxwell. Clare. En. El Libro Comple-

to del Masaje. Editorial Everest. S.A. 4ta ed 1995 Cap1 (22-38) Cap1 (68-72.)

18-Carre L E. Francois, Rageot Emmanuel. Manual de manipulaciones vertebrales Editorial Masson, S.A. España, Cap 6 . (67-87).1990.