

Problemas del cuello y dolor referido del cuello

El dolor proveniente del cuello es común, pero a menudo erróneamente diagnosticado porque los síntomas son sentidos en otras partes. El dolor que proviene de las partes profundas de su columna **es referido**, así que **el cerebro está dando información errónea acerca del sitio de la lesión**. Fuerzas que tuerquen y aplastan la parte baja el cuello son la causa y éstas repiten la lesión especialmente durante el sueño, retrasando la recuperación. Otros factores pueden incrementar la severidad del dolor, como pueden ser el mal sueño y la pérdida de la condición física. Estas ideas pueden ser confusas, así que las exploraremos en detalle.

Dolor Referido

Usted puede obtener una imagen de su dedo índice, debido a que está abundantemente representado en su cerebro, y forma parte de la "imagen corporal" que, desde su nacimiento, usted tiene programada para aprender. Pero estructuras internas, como los huesos de la columna no están representados en la mente consciente, y no pueden representarse en su imaginación. Cuando se origina un dolor interno, éste debe ser referido – esto es, es erróneamente representado como que se origina en alguna otra estructura que está representada en la "imagen corporal".

A menudo tenemos dificultad en creer en el dolor referido. Los problemas de la espalda son obvios cuando hay una presión directa en un nervio, y una banda continua de dolor se dispersa desde la columna vertebral hasta una mano o un pie. Pero esta situación no es común. Usualmente no hay presión nerviosa. A menudo el dolor varía en localización y calidad, y peor, la región del origen puede no tener ningún síntoma.

Es difícil de creer el concepto de que el área de origen del dolor puede estar asintomática, y sólo remotos sitios normales son sintomáticos, aún así ejemplos son vistos todos los días.

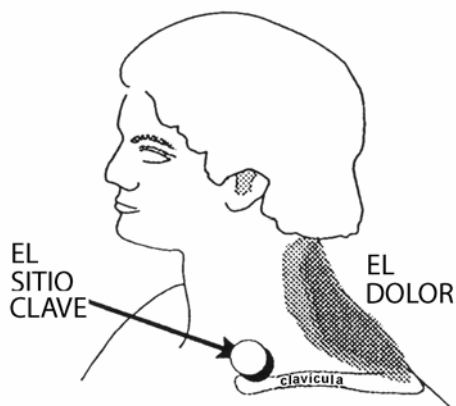


Figura 1. Dolor referido en el síndrome cervical. El **sitio clave**, el área lesionada y la sensibilidad profunda en la parte frontal de la parte baja del cuello, desde la cual el dolor se origina, casi siempre no presenta síntomas. El sitio se encuentra justo arriba del extremo interior de la clavícula.

La Figura 1 muestra el dolor más comúnmente descrito por pacientes que tienen un problema del cuello (cervical) – vista de lado y atrás. Si uno sugiere que el dolor de la parte superior del cuerpo se origina en el cuello, los pacientes aceptarán esta posibilidad.

Pero si se pregunta dónde en el cuello, ellos indicarán que al lado, y atrás, que es donde el dolor es sentido. Pero el masaje en esta área "se siente bien". Lastima si se masajea un hueso roto, y esta característica de alivio con masaje indica que el dolor es referido de algún otro lugar. En el examen, sensibilidad extrema, que no es esperada por el paciente, es encontrada en los cuerpos vertebrales en frente del cuello inferior. Ésta es la primera razón por la que hemos llamado a éste el **sitio clave**.

El paciente puede creer que cualquiera puede estar sensible en esta revisión. Pero la sensibilidad es muy real. Debido a que no es esperada por el paciente, puede medirse objetivamente y comparada a la sensibilidad en cualquier otra parte y en otros individuos.

Frecuencia y localización de los problemas del cuello

Los problemas en el cuello inferior son muy comunes, tan comunes como los problemas de la parte baja de la espalda. Los síntomas vienen mucho antes que los cambios visibles con rayos X. A los 30 años, 30% de una población estudiada había tenido dolor en cuello/hombros/brazos, pero en 90% de estos los rayos X no mostraron cambios. A los 50 años, 50% de estos mostraron cambios en las placas de rayos X. A los 65, 90% mostraron daños. Estos cambios se concentran en la parte baja del cuello (Figura 2) – exactamente donde encontramos la sensibilización, pero la sensibilización aparece con los síntomas décadas antes.

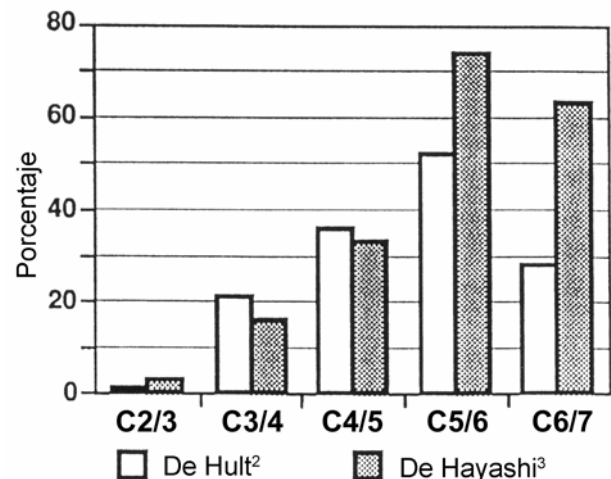


Figura 2. Distribución de cambios en rayos X en el cuello; datos de Suecia² y Japón³. Por razones mecánicas el daño está concentrado en la parte inferior del cuello. Ésta es otra razón por la que le llamamos el **sitio clave**.

Sensibilidad referida

El dolor se origina en la parte baja del cuello, pero es mal interpretado por el cerebro como originado en muchos sitios diferentes. Respuestas reflejas al dolor son también determinadas por el sistema nervioso, entre ellas está el desarrollo de sitios característicos de **sensibilidad profunda referida**. Mientras que el dolor puede variar, los puntos sensibles están los puntos están **prospectivamente localizados en sitios predecibles**. Son generalmente desconocidos por el paciente, debido a que se encuentran en partes profundas, a menudo en áreas que no presentan síntomas. Presionar en estos sitios, o jalar los músculos durante su uso, puede producir más síntomas referidos. La multiplicidad de puntos es importante. Si sólo uno es encontrado, un diagnóstico como "codo del tenista" (epicondialgia externa), "bursitis" o "tendonitis" es razonable y quizás debido a una repetida lesión local. De cualquier manera, cuando el examen revela muchos puntos muy sensibles (como lo muestra la Figura 3), no en áreas de tensión o dolor, la teoría de la tensión repetitiva de la lesión se vuelve irrazonable, o al menos, incompleta.

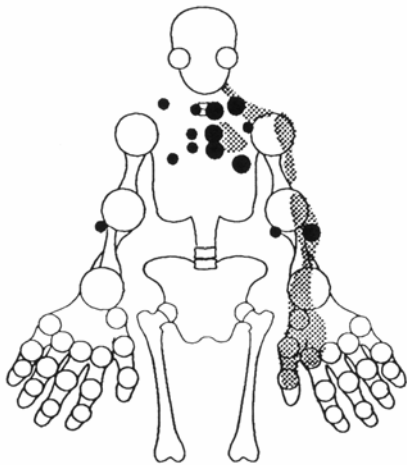


Figura 3. La distribución del dolor (gris) y los puntos sensibles al dolor (negro) asociados con la tensión crónica del cuello. La localización y calidad del dolor son variables, pero la localización de la sensibilización es diferente, constante y predecible. Se han encontrado sitios de control que permanecen no sensibles incluso en áreas que han tenido dolor.

Dolores equivalentes

Cuando la molestia es referida al antebrazo o la mano, a menudo cambia de carácter. El sufrimiento que es sentido como dolor en la región del hombro, puede sentirse como **quemadura** o un **hinchamiento** en otra parte y **entumecimiento** u hormigueo en la mano. Estas sensaciones pueden sugerir presión en un nervio. Esto puede chocarse con una simple prueba. Cuando el entumecimiento está presente, frote los dedos sobre un pedazo de tela. Si el paciente puede reconocer la diferencia entre tela y papel, entonces es extremadamente improbable que un nervio mayor esté dañado.

El dolor de cabeza localizado detrás de los ojos y el dolor de la mandíbula, son comunes y posiblemente mal diagnosticados

como "dolor de cabeza por tensión", migraña o sinusitis. El mareo, una **inestabilidad** en lugar de una sensación de estar girando, es común en pacientes con problemas en el cuello. Para la coordinación de mano-ojos, necesitamos comunicación entre los hombros, brazos y músculos del cuello, los órganos de balance y los músculos de los ojos. Ellos están cercanamente relacionados neurológicamente.

La biomecánica de la distensión cervical

Entender la localización y naturaleza de las fuerzas que actúan en la parte baja del cuello es esencial porque la causa determina el tratamiento. La concentración del daño en la parte baja del cuello y de la parte baja de la espalda son exclusivamente problemas humanos. Tenemos una vulnerabilidad alta en estos sitios y otras especies no, y esto está relacionado a nuestra anatomía única. ¿Qué tiene de especial el cuello humano? Nada. El problema es nuestro hombro, apoyado en una parte elevada y a un lado por nuestra clavícula, y nuestro tórax ancho y plano. Podemos nadar con nuestros brazos a 360° - los perros y los caballos no pueden. Podemos escalar, nadar y lanzar. No podemos respirar mejor que un perro o que un caballo, pero nuestra cavidad torácica mantiene nuestros hombros elevados. Aún más importante, tenemos una clavícula larga, que actúa como puntal.

Los mamíferos cuadrúpedos no tienen clavículas. Esto apareció en la evolución primero en los monos, conforme se adaptaban a escalar. Sólo los humanos tienen tórax plano y una clavícula larga que nos permite una gran versatilidad de tener las extremidades superiores totalmente libres (Figura 4).

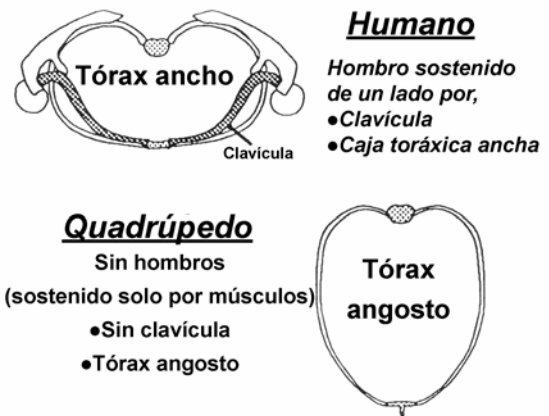


Figura 4. Cambios de la evolución en la forma del tórax y en el desarrollo de la clavícula la cual es puntal que sostiene los hombros elevados y a los lados.

Durante el día podemos hacer cualquier cantidad de cosas que otros animales no pueden. Pero hay una desventaja. No podemos dormir boca abajo o de lado sin tensar nuestro cuello. Usted puede imaginar las fuerzas aplastantes y que tuercen en su hombro si alguien pone su mano detrás de su espalda y la jala hacia arriba y hacia afuera. Esto es lo que pasa en la parte baja de su cuello cuando duerme.

Un soporte confiable del cuello

Hemos mencionado los problemas; indican que la solución es proveer un soporte confiable del cuello que apoye los huesos del cuello que tienden a torcerse. Una solución barata es usar un collarín suave, o aún mejor dos rollos tubulares de algodón de aproximadamente 75cm (30 pulgadas) de largo, rellenos de fibra sintética suave, con un diámetro de 6cm (2.4 pulgadas), dejando los extremos suficientemente largos como para atarse y ajustarse en ambos extremos enfrente.

Estos rollos han sido de uso común por décadas y pueden trabajar bien si son de la talla correcta y son usados correctamente. Permanecen en su lugar a pesar del movimiento durante el sueño. A menudo fracasan como apoyo en la parte inferior del cuello y por lo tanto fracasan para dar un alivio completo. Pueden ser calientes, provocar sudor y ser incómodos, provocando que se remuevan por lo que no ayudan. Para prevenir esa recurrencia, el apoyo en el cuello debe de continuar indefinidamente.

Un tratamiento efectivo requiere soporte confiable para la parte baja del cuello todas las noches. Esto puede aprenderse intelectualmente, debido a que el **sitio clave** permanecerá sin sentirse, y el cerebro seguirá recibiendo mensajes que los problemas están en otra parte. El terapeuta debe hacer un diagnóstico correcto y dar un consejo claramente, como también es necesario para el paciente que persista con un apoyo efectivo para prevenir recurrencias.

Para apoyar el sitio sensible y vulnerable en frente de la parte baja del cuello, la cresta de soporte de la almohada y el cuello deben estar ambos en ángulo (hacia delante), pero la barbilla alta y libre de presión. Debido a que el paciente no tiene presente el sitio clave, debe instruirse claramente. Si usted puede colocar un dedo en medio del **cresta de soporte de la almohada y el extremo interior de la clavícula, entonces ¡no se está proveyendo un soporte adecuado!** (Figura 6)

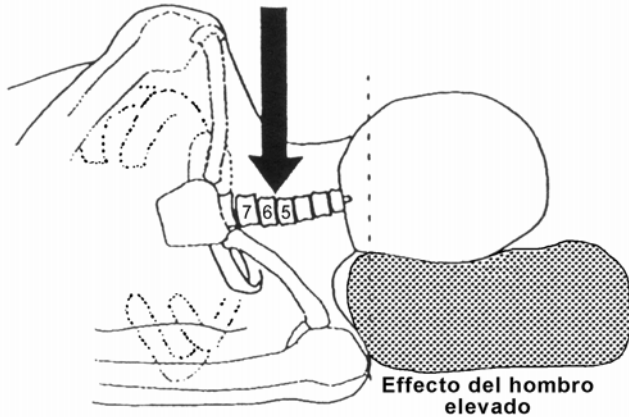


Figura 5. Problemas en la parte inferior del cuello durante el sueño. Las costillas y los huesos de los hombros sirven de soporte a la columna vertebral de la región del tórax. Los huesos de la parte baja del cuello no están apoyados y se tuercen hasta el punto de tensar los ligamentos, entonces se bloquean y tuercen.

La Figura 5 muestra como es difícil apoyar el **sitio clave** en la parte baja del cuello debido a los hombros elevados. Cuando nos recostamos de lado, cambiamos nuestra forma para adaptarnos a una superficie plana de la cama permitiendo que el hombro inferior se eleve al nivel de la barbilla o a mayor elevación. El instinto nos indica jalar la almohada debajo de nuestro cuello, pero el hombro bloquea el apoyo al nivel de la quijada.

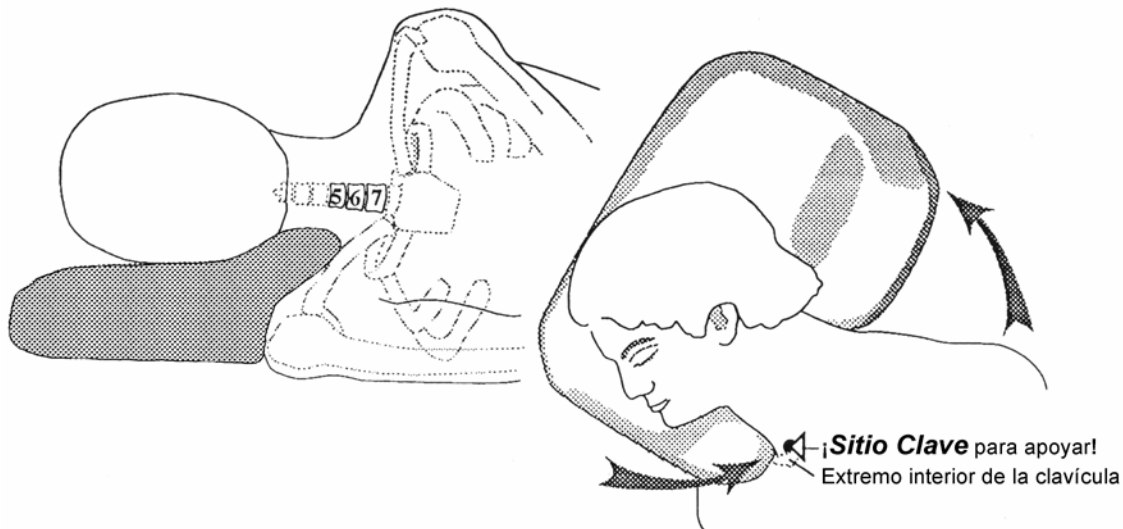


Figura 6. **Uso correcto de la almohada de soporte al cuello.** Es difícil dar soporte al 6º y 7º nivel, en la parte más baja del cuello. La cresta de soporte de la almohada debe de tener un ángulo abierto, debajo de la oreja en la espalda y cerrado en contra de la clavícula. El cuello forma un ángulo con la barbilla sobre la cresta de soporte de la almohada.

* Nota del traductor: La cresta de la almohada de soporte al cuello es la parte sobresaliente y elevada de la almohada; se puede observar en la parte izquierda de la figura 6.

Parece natural para el paciente poner la almohada con la cresta de soporte de forma perpendicular al cuello, o casi, como lo muestra la Figura 7. El espacio entre la cresta de soporte y la parte interior de la clavícula significa que la parte baja del cuello no está recibiendo apoyo y que puede haber presión hacia arriba en la barbilla.



Figura 7. ¡El mal uso de la almohada de soporte del cuello! Hay un espacio entre la cresta de soporte y el extremo interior de la clavícula, el espacio es suficientemente grande como para que dos dedos puedan insertarse. El **sitio clave** de la parte inferior del cuello no está siendo apoyado. Ambos el cuello y el Apoyo deben formar un ángulo hacia enfrente, como lo muestra la Figura 6.

El síndrome de C6-7

Algunos pacientes encuentran las estrategias confortables para apoyar el cuello así que las usan con fe, pero continúan teniendo síntomas en la parte superior del cuerpo. El patrón puede cambiar, con una menor distribución de dolor, cerca o entre los omoplatos en la espalda, de lado o abajo del área del pecho en frente. Si existe adormecimiento en la mano, es posible que afecte el dedo medio, el anular y el meñique, y es menos posible que afecte el pulgar y el dedo índice. Pero los síntomas permanecen, así que el resultado del tratamiento es decepcionante.

El terapeuta puede también decepcionarse, debido a que la sensibilidad anterior en el nivel 5-6 puede haber desaparecido, y la sensibilidad referida en los músculos de los hombros, de la parte superior de las costillas, y el hombro exterior pueden también haber desaparecido. Futuros exámenes pueden mostrar un nuevo patrón de puntos sensibles – ninguno en el estándar médico de lista de sitios para examinarse en pacientes con síndromes de dolor crónico. La parte interior del codo puede estar mucho más sensible que la parte exterior, y una marcada sensibilidad puede encontrarse en el sitio del latido cardiaco, o detrás del pecho anterior (entre otros sitios). El misterio es resuelto encontrando sensibilidad muy marcada aun abajo del cuello al nivel C6-7. Este nivel no ha sido adecuadamente apoyado. Dos dedos pueden insertarse entre la cresta de soporte y la clavícula. La solución es cerciorándose de que los niveles más bajos obtengan el apoyo adecuado como se muestra en el dibujo derecho en la Figura 6.

Mecánica del sueño en general

Los humanos tenemos hombros altos, una cintura angosta y caderas anchas. Nuestras camas son planas. Este contraste entre la figura provoca mucha presión a nuestros huesos prominentes, con un apoyo inadecuado en a la mitad, así como al nivel del cuello. Las camas de agua acomodan los huesos pero se tuercen a la mitad. Un cojín debajo de nuestra cintura y en la parte baja de las costillas puede casi simultáneamente reducir la presión en el cuello, los hombros y las caderas, y prevenir que la columna se tuerza a la mitad. Soluciones más sofisticadas pueden aparecer, pero un colchón con un apoyo firme con un cubre-colchón suave que se ahueque en medio y otra almohada para poner entre las piernas puede ayudar mucho.

Este estudio asume mayormente que usted duerme de lado, como la mayor parte de los adultos. Los jóvenes y flexibles a menudo duermen boca abajo, una posición que ayuda para respirar sin obstrucciones. Claro que su cabeza debe estar de lado, agregando fuerzas de torque a la parte baja del cuello. Una almohada debajo de la cintura puede ayudar para aliviar es estrés que se genera en el cuello y la espalda baja.

Si su cuello está adolorido o rígido, entonces usted debe dormir boca arriba; es por eso que roncar está asociado con la edad. Colocando un apoyo en la parte baja del cuello y una almohada debajo de las rodillas aliviara la columna, aunque un sueño reconstituyente es lo más difícil para la mayoría.

Ciclos viciosos

Si el cuello es estresado durante el sueño dándole dolor, entonces el sueño puede ser no reconstituyente, así que el paciente se despierta con dolor y cansado. Si está adolorido y cansado, entonces puede no desear o no podrá realizar ejercicio y rápidamente perderá su condición física. El sueño no reconstituyente y la falta de condición física incrementan la sensibilidad al dolor y disminuyen la energía.

Un programa de tratamiento completo comenzará por corregir el problema mecánico del cuello (y de la parte baja de la espalda si esta involucrada), pero debe completarse por un programa gradual y persistente para regresar a un alto nivel de acondicionamiento físico. Solo entonces regresará la energía, mejor sueño y una mayor tolerancia al dolor.

HUGH SMYTHE, MD

Director del Programa de Reumatología,
Wellesley Hospital,
Universidad de Toronto,
Toronto, Canada, M4Y 1J3

Referencias:

1. Lawrence JS. Disc degeneration: its frequency and relation to symptoms. *Ann Rheum Dis*, 1969, 28:121-138.
2. Hult L. The Munkfors investigation. *Acta Orthop Scand (suppl)*, 1954,16:1-76.
3. Hayashi H, et al. Etiological factors in myelopathy: a radiological evaluation of the aging changes in the cervical spine. *Clin Orthop*, 1987, 214:200-209.