Región cervical

Es la primera región de la columna vertebral.

Columna cervical.

Las estructuras que incluye son:

arteria carótida externa

vena yugular externa

vena yugular interna

arteria cervical transversa

arteria escapular dorsal

arteria supraescapular

arteria subclavia

vena subclavia

vena braquiocefálica

vena yugular anterior

vena tiroidea inferior

arteria carótida interna.

Exploración

Se han de explorar movilidad del cuello y hombro y hacer un examen neurológico completo.

Debe ir encaminada a diferenciar la afectación musculoesquelética de los daños secundarios a afectación medular, radicular, del plexo o de los nervios periféricos.

El cuello se palpa en busca de puntos gatillo y zonas hipersensibles y se comprueba su movilidad en flexión, extensión, lateralización y rotación derecha e izquierda.

Existen una serie de maniobras que, aunque poco sensibles son bastante específicas de afectación de la raíz. Si inclinamos la cabeza hacia el lado doloroso y aplicamos presión hacia abajo se reproduce el dolor agudo irradiado del daño radicular.

Cuando el paciente coloca la mano del lado afectado sobre la cabeza, se disminuye la presión sobre la raíz y el dolor cede. Estirar la cabeza con el paciente tumbado también mejora el dolor radicular.

Además de palpar el hombro se debe comprobar su movilidad en abducción y rotación interna y externa. La tendinitis o la patología del manguito de los rotadores desencadenan dolor en alguna de

estas maniobras que se acompaña de hipersensibilidad a la palpación en un punto lateral del hombro. Si el dolor es más difuso en la zona anterior indica bursitis.

En la patología del codo se aprecia dolor al palpar sobre epitróclea y epicóndilo.

La percusión sobre un nervio periférico reproduce las parestesias en su territorio de inervación sensitiva distal. Puede ser positiva en la fosa supraclavicular en la patología del plexo braquial, en la neuropatía cubital en el codo y en la neuropatía del mediano en la superficie flexora de la muñeca.

La exploración neurológica ha de ser detallada buscando afectación motora, sensitiva, de los reflejos y de la marcha.

SIGNOS MOTORES Hay que inspeccionar el brazo en busca de atrofias y fasciculaciones. Estás sugieren siempre enfermedad del asta anterior pero pueden aparecer de manera más limitada en las radiculopatías cervicales. Después se realiza un balance muscular por grupos, con la extremidad contralateral como control y gradación de la fuerza de 1 a 5 según la escala del Medical Research Council (MRC). La distribución de la debilidad difiere según el problema se localice en asta anterior, raíz, plexo o nervios periféricos aislados. Hay que explorar la marcha del paciente y la fuerza, sensibilidad y reflejos también en las extremidades inferiores. Una combinación de signos de segunda motoneurona (debilidad, atrofia, ausencia de reflejos en extremidades superiores) junto con sígnos de primera motoneurona en las piernas que se acompañan de disfunción sensitiva orienta a patología en columna cervical habitualmente por mielopatía cervicoartrósica en personas mayores.

SIGNOS SENSITIVOS Se debe explorar la extremidad superior teniendo en cuenta los dermatomas sensitivos y las áreas específicas que corresponden a la distribución de los nervios periféricos. Han de explorarse también con aguja la parte posterior de la cabeza (C2) y los dermatomas cervicales.

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS Un reflejo bicipital ausente o disminuido respecto al contralateral se aprecia en la radiculopatía C5, el tricipital localiza el problema en C6-C7 y el cúbito pronador en C8. Si la mielopatía cervical es alta estos reflejos no solo no están abolidos sino que pueden salir reforzados.

From:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/ - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:
http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=region_cervical

Last update: **2019/09/26 22:12**