

sofmmoo.com 2003

# Esternocleidomastoideo en las cefaleas cervicales. Tratamiento

Didier BESSE, Jean CONDOURET  
Rééducation Fonctionnelle, Toulouse

Traducción : F. Colell (GBMOIM)



## Recuerdo Anatómico

**Descripción:** el ECM se inserta por arriba en el borde anterior de la cara externa de la mastoide y en a parte externa de la línea curva occipital superior. En la parte distal se divide en dos: ETERNAL, interno y superficial, se inserta en la cara anterior del manubrio; Clavicular, lateral y más profundo, llega al borde superior de la superficie anterior de la clavícula en su tercio interno.

**Inervación:** recibe la inervación motora del nervio espinal y de los 2º y 3º nervios cervicales. Con la posible asociación de un DIM C2-C3.

**Acciones:** la contracción de los dos ECM flexiona el cuello, lo «encierra» en hiperextensión cuando se mira en alto, y tiene una acción respiratoria accesoria si la cabeza y el cuello están en hiperextensión (en sinergia con los escalenos). De esta manera los ECM resisten con fuerza en los movimientos de hiperextensión durante un choque por detrás en automóvil. En caso de contracción unilateral, gira la cabeza hacia el lado opuesto; actuando junto al trapecio superior del mismo lado, inclina el raquis cervical al hombro. Durante un choque en automóvil, el ECM puede lesionarse unilateralmente por un golpe

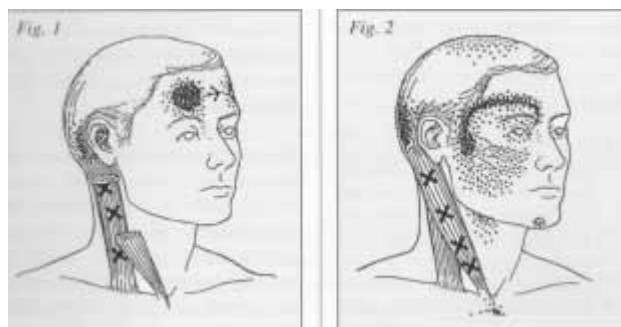
por detrás con la cabeza en rotación; o por un choque lateral, por traumatismo directo.

## Sintomatología

El examen palpatorio permite definir en el seno del músculo las zonas más dolorosas, más tensas, llamadas «puntos gatillo» (o triggers point) en las que la presión interdigital revela un dolor local y a distancia (cráneo-facial) “referido”. Las partes esternal y clavicular tienen su propio territorio de dolores referidos en la cara y/o el cráneo, pero, aspecto importante, ninguno provoca cervicalgias si la sintomatología es aislada.

**Parte esternal:** En su zona media, la presencia de puntos gatillo provoca dolores referidos homolaterales en la mejilla, en la región supra y látero orbitaria; a veces en la faringe, la base de la lengua y el mentón (Fig. 2).

En la parte alta, los puntos gatillo provocan un dolor occipital, y en el vértex en «gorro» con sensibilidad de scalp a la palpación. Se pueden asociar trastornos neurovegetativos en el ojo (lagrimeo) o en la nariz (congestión nasal).



**Parte clavicular:** En su zona media, los puntos gatillo provocan dolores frontales homolaterales, a veces bilaterales (Fig. 1). En su parte superior la presencia de puntos gatillo induce un dolor referido retroauricular, a veces en el conducto auditivo externo. Se asocian sensaciones vertiginosas durante los movimientos súbitos de la cabeza, o en ciertas posturas; más raramente náuseas.

## Elementos diagnósticos

**Características del dolor:** Si la patología del ECM es aislada, no existe dolor cervical verdadero, solo una sensación de dolorimiento en la cara lateral del cuello. El dolor a distancia (referido) es lancinante, sordo, profundo, a veces con sensación de quemadura. La sintomatología se agrava con la presión muscular, el estiramiento rápido, las contracciones musculares repetidas, la posición de acortamiento, o incluso la exposición al frío. Se alivia con el reposo y el calor.

Si la patología del ECM se asocia a un desarreglo intervertebral menor (DIM) C2-C3, los signos cervicales predominan en el cuadro, los dolores musculares solo constituyen uno de los elementos del síndrome célula-teno-miálgico.

**Datos del examen clínico:** la movilidad activa puede estar limitada al final de la amplitud sobre la rotación opuesta (por el dolor).

La palpación muscular encuentra los cordones miálgicos, a veces la irradiación dolorosa a distancia <sup>(Foto 1)</sup>. Los pacientes que aquejan sensaciones vertiginosas jamás tienen el signo de Romberg pero pueden presentar una desviación lateral durante la maniobra de los índices o durante el test de pisoteo de Fukuda. El examen segmentario del raquis cervical y la búsqueda de zonas de celulalgia C2-C3 será sistemático.

## Tratamiento

El tratamiento no se concibe más que tras haber eliminado cualquier etiología neurológica, ORL, o vascular (en particular en el eje vértebro-basilar).

### Tratamiento vertebral

Si existen signos de DIM C2-C3, convendrá primero tratar la zona cervical:

- Con manipulación vertebral selectiva, respetando la clásica regla del no dolor y del movimiento contrario <sup>(Foto 2)</sup>.
- Con técnicas manuales sin manipulación: contracción-relajación, miotensivas, tracciones.
- Incluso con infiltración de cortisona del macizo articular posterior C2-C3 con amplificador de imagen.



### Tratamiento del músculo ECM

Se basa sobretodo en técnicas de estiramiento sobre las dos partes del ECM, con el paciente sentado o en decúbito supino:

- La parte clavicular se estira progresivamente inclinando la cabeza y el cuello hacia atrás con movimiento de rotación de la cabeza al lado opuesto <sup>(Foto 3)</sup>.

- La parte esternal se estira pasivamente girando primero la cabeza hacia el mismo lado, al final de la rotación el movimiento lleva el mentón hacia adelante y hacia el hombro, elevando también el occipucio y la mastoides, permitiendo el máximo estiramiento. La posición de rotación forzada, agresiva para la arteria vertebral, no debe exceder más que algunos segundos.

Estas técnicas de estiramientos pueden sensibilizarse con una contracción previa del paciente (tratamiento de tipo miotensivo). En este caso el paciente contrae débil e isométricamente el ECM durante la inspiración; el terapeuta estira pasivamente en la fase espiratoria postisométrica acentuando esencialmente el componente de inflexión lateral.

El estiramiento puede sobredimensionarse sujetando el EMC con el pulgar en su parte inferior <sup>(Foto 4)</sup>. En esta zona es posible efectuar técnicas de «resorte» tipo Moneyron (pero son dolorosas). En las formas crónicas es frecuente encontrar zonas miálgicas en el seno del ECM contra-lateral, y los escalenos y trapecios homo-laterales. Éstos deberán beneficiarse de tratamiento específico (estiramientos, inyecciones locales).



## La fisioterapia

Pueden efectuarse aplicaciones de frío, en forma de cryospray (Cryofluorane\*) preconizadas por Travell; el spray se aplica lentamente en líneas paralelas a la inserción inferior, esterno-clavicular; en la inserción craneal, y después en la zona de dolor referido. Previa y durante el estiramiento.

Fuentes de calor (hot-pack, parafango, moxas) se aplican sobre los músculos tratados al fin de la sesión.

## **Inyecciones locales**

Las inyecciones en los puntos gatillo no se deben utilizar más que en caso de fracaso o contraindicación de las otras técnicas. Utilizamos la procaína al 2% diluida a  $\frac{1}{4}$  en suero fisiológico; o xilocaina al 0,5% o al 1%. Con el paciente en decúbito supino, se despega el músculo del plano subyacente con los dedos del operador, se inyectan 1 a 2 ml en los puntos dolorosos cuidando no lesionar la vena yugular <sup>(Foto 5)</sup>. Tras unos minutos de reposo se estira el músculo de nuevo.

## **Reglas de higiene ortopédica**

Evitar cualquier movimiento de rotación forzada y/o hiperextensión.

Proscribir cualquier actividad mientras persista el dolor.

Realizar ejercicios de estiramiento bilateral en domicilio (llevar la oreja al hombro), aplicar compresas calientes.

No dormir en decúbito prono o sin cojín.

Utilizar un cojín que solo produzca una ligera lordosis cervical para dormir en decúbito supino; compensando la altura escapular en caso de dormir en decúbito lateral.

## **Conclusión**

Las algias cráneo-faciales de origen en el ECM son poco frecuentes pero han de ser reconocidas clínicamente ya que provocan numerosas pruebas complementarias, a menudo negativas, haciendo dudar de su autenticidad.

El tratamiento manual es remarcablemente eficaz, las inyecciones locales raramente son necesarias.

---