

Las manipulaciones vertebrales en el tratamiento de las neuralgias cérvico-braquiales (NCB) y las irritaciones radiculares cervicales

R. Maigne

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

Resumen: la manipulación es un interesante tratamiento en las neuralgias cérvico-braquiales, dirigida sobretudo a las formas de intensidad media. La selección de los casos susceptibles de tratamiento con manipulación se hace en función de los criterios que se exponen. Pero la acción favorable de las manipulaciones cervicales abarca a algunos síndromes de irritación cervical que se describen aquí como “Síndrome Célulo-Téndino-Miálgico” que implica, en el territorio de la raíz afecta:

- Placas de celulalgia muy sensibles al pinzado-rodado.
- Cordones musculares indurados y sensibles.
- Dolores teno-periósticos (epicondilitis, epitrocleitis, estiloiditis radial) susceptibles de provocar dolores rebeldes que pueden ser aliviados con manipulaciones cervicales.

El autor llama también la atención sobre la presencia casi constante en las NCB (neuralgias cérvico braquiales) de un punto dorsal doloroso muy preciso en T5 o T6; verdadero “punto cervical de la espalda”. Lo encuentra en las dorsalgias comunes del adulto en las que confirma el origen cervical habitual. Subraya las relaciones que pueden existir entre ciertos síndromes del canal carpiano y el raquis cervical.

Descrita durante mucho tiempo, y a menudo mal practicada, la manipulación es, no obstante, un tratamiento muy eficaz en la mayoría de los dolores vertebrales comunes y las irritaciones radiculares. Cuando está indicada y se hace bien, permite resultados rápidos (a veces instantáneos) allí en donde otras terapias actúan mal o muy lentamente. En el caso de las Neuralgias Cérvico Braquiales (NCB) no sucede lo mismo; aunque no es raro aliviar rápido al paciente que sufre, los buenos resultados son netamente menos frecuentes que en otros dolores vertebrales. Por otra parte, la NCB es la única indicación en la que la tracción vertebral da resultados análogos (en frecuencia) a los de la manipulación. Pero ésta última tiene la ventaja de actuar más rápidamente cuando es eficaz, y actuar mejor en las algias de las neuralgias cérvico-braquiales residuales.

Excusado decir que no todas las NCB son tratables con manipulación, incluso cuando estamos seguros de que se trata de una NCB de naturaleza benigna.

Más adelante trataremos los criterios de selección.

● GENERALIDADES DE LOS TRATAMIENTOS CON MANIPULACIÓN

1) ¿Cómo se practica una manipulación?

Imaginemos al paciente en decúbito supino. El médico le sujeta la cabeza entre las dos manos. Es el posicionamiento. El médico imprime al cuello una rotación a la derecha hasta que tiene la impresión de que ha llegado al límite del movimiento posible. Insiste ligeramente, es la puesta en tensión. Si, a partir de este punto regresa al punto inicial, decimos que hace una serie de movilizaciones en rotación derecha.

Pero si, una vez alcanzada la puesta en tensión imprime bruscamente un pequeño impulso seco y muy breve con la muñeca izquierda, un pequeño movimiento de rotación suplementario, tiene la impresión que ha cedido una resistencia y que la columna ha ganado algunos grados adicionales de movimiento. Esto se acompaña de un ruido “crujido” característico. Este movimiento forzado, breve, único, ejecutado a partir de la puesta en tensión, es la manipulación (Fig. 1).

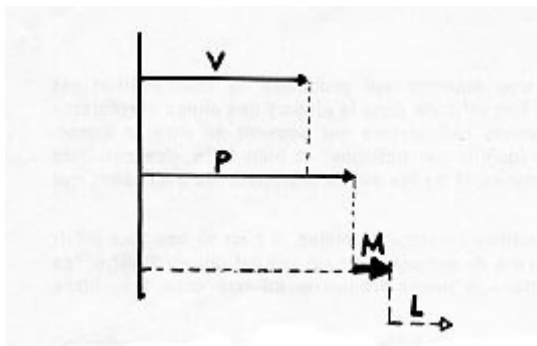


Fig. 1: Se pueden esquematizar los grados de los movimientos de un sistema articular de la manera siguiente:

- 1) Movimiento activo, voluntario con una amplitud V.
- 2) Movimiento pasivo, involuntario, con amplitud mayor que V, será V+P (Movilización).
- 3) Por fin, la manipulación, movimiento forzado que va más allá del fisiológico, sin sobrepasar el límite anatómico M.
- 4) Si se sobrepasa el límite anatómico obtenemos la luxación L.

La manipulación debe efectuarse siempre a partir de la puesta en tensión. Ha de ser un pequeño movimiento. Un movimiento grande, lanzado, es violento, no medible, doloroso, y peligroso.

La manipulación es una movilización forzada, que lleva los elementos articulares más allá de su movimiento voluntario y habitual, sin, por supuesto, sobrepasar los límites anatómicos de la articulación.

Este movimiento debe estar perfectamente controlado por el ejecutor, y para ser ejecutado correctamente precisa una cierta experiencia. La manipulación ha de ser completamente indolora.

Un operador entrenado puede ejecutarla en todos los niveles del raquis de un paciente normal, sin que ninguno de los movimientos forzados sea doloroso o desagradable.

El crujido que acompaña la manipulación no es más que el testimonio de la separación brusca de las superficies articulares; de la misma naturaleza que el que se obtiene con la tracción brusca de los dedos; en absoluto significa que algo se haya recolocado en su lugar. Se pueden hacer crujir todos los segmentos vertebrales de un sujeto con la columna vertebral normal. Este ruido se debe, como lo han demostrado UNWORTH y cols., al fenómeno de la cavitación que se produce en el líquido sinovial tras la separación brusca de las superficies articulares.

2) Regla de aplicación de las manipulaciones

Las manipulaciones no han de ser movimientos forzados ejecutados sistemáticamente en un segmento vertebral, sea cual sea el aspecto del caso clínico considerado. Es ilógico tratar todas las lumbalgias agudas o crónicas, o todas las ciáticas, con dos o tres maniobras estándar repetidas sistemáticamente a derecha e izquierda (como se hace a menudo) sean cuales sean las particularidades propias de cada caso.

Cada caso reclama una maniobra particular que ha de ser rigurosamente adaptada.

La experiencia nos ha mostrado que si que si forzamos un movimiento raquídeo doloroso a veces se obtiene una mejoría a cambio de provocar un dolor vivo al enfermo; pero muy a menudo agrava las cosas. Esto es lógico, si un movimiento es doloroso o está bloqueado, es que está limitado por un conflicto; querer forzar este conflicto permitirá vencerlo «romper las adherencias» (como se dice vulgarmente), pero lo va a irritar y agravar.

Los años de experiencia nos han probado que cuando un movimiento de la columna está limitado, por ejemplo la rotación izquierda, mientras está libre en rotación derecha, no es forzando la irritación izquierda con lo que conseguiremos la mejoría, sino haciendo un movimiento forzado en rotación derecha.

De esta forma, un enfermo que presenta un tortícolis traumático que le impide girar libremente la cabeza a la derecha y que gira el cuello libremente a la izquierda, no se aliviará con una rotación forzada a la derecha, incluso bajo tracción, sino con una rotación forzada del cuello a la izquierda.

Este punto es extremadamente importante ya que esta manera de proceder permite siempre actuar sin dolor para el paciente, y la práctica diaria muestra que este proceder es completamente fisiológico ya que regularmente aporta la liberación del movimiento bloqueado.

A esta regla de proceder la hemos llamado «Regla del no-dolor y del movimiento contrario». Consiste en hacer la manipulación en el sentido contrario al que es doloroso y limitado, a condición de que éste sea por sí mismo libre e indoloro.

Al estar relacionados los movimientos vertebrales entre sí, es raro que esté bloqueado un solo movimiento. La manipulación deberá hacerse según cada

una de las orientaciones libres, sucesivamente o con técnicas multi-direccionales.

3) Test pre-manipulación

Una vez hecho el diagnóstico y la indicación del tratamiento con manipulación hay que proceder al «test pre-manipulación» destinado a analizar los movimientos libres por un lado y los bloqueados por otro.

Sucesivamente se hace el test de:

- rotación derecha.
- rotación izquierda.
- lateralización derecha.
- lateralización izquierda.
- extensión.
- flexión.

Este análisis correcto no es siempre fácil, sobretodo si se pretende relacionarlo con exactitud a la articulación que se desea tratar. Aunque generalmente la limitación es evidente, a veces es discreta y hay que buscarla con cuidado. Las técnicas de manipulación indirecta ofrecen en estos casos toda su ventaja, ya que permiten ejecutarlas parcialmente. Basta llegar a la puesta en tensión para comprobar con precisión que direcciones o maniobras están limitadas o son dolorosas. Se practican según las seis direcciones mencionadas anteriormente.

Para registrar con claridad los resultados de este examen dibujamos los seis movimientos del raquis con una estrella de seis puntas.

Los resultados del test se anotan poniendo 1, 2, o 3 barras en la barra correspondiente según el grado de limitación o de dolor.

En el ejemplo escogido tenemos: mucha limitación en rotación izquierda (3 barras), importante limitación en lateralización izquierda (2 barras), y ligera limitación a la flexión (1 barra) ^(Fig. 2).

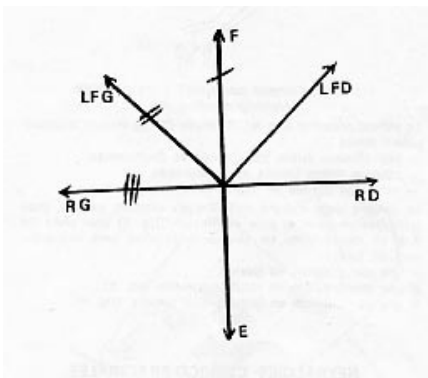


Fig. 2

Se harán las maniobras en rotación derecha, lateralización derecha, y en extensión.

En el caso de que todos los movimientos estén limitados o sean dolorosos no hay posibilidad de aplicación de la regla del no-dolor y del movimiento contrario, no debiendo manipular.

Es decir, en los casos de neuralgias cervico-braquiales hiperálgicas no puede usarse la manipulación, ya que en estos casos las seis orientaciones generalmente son dolorosas.

La indicación de la manipulación es razonable cuando tres orientaciones del esquema en estrella están libres.

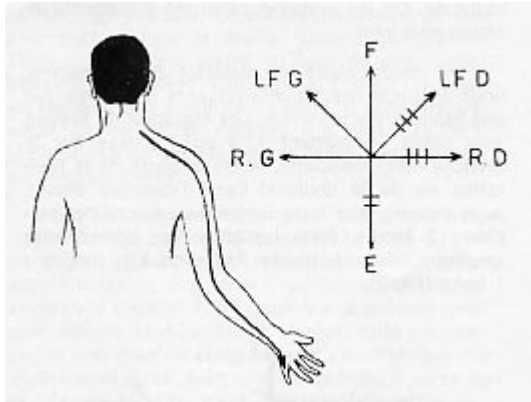
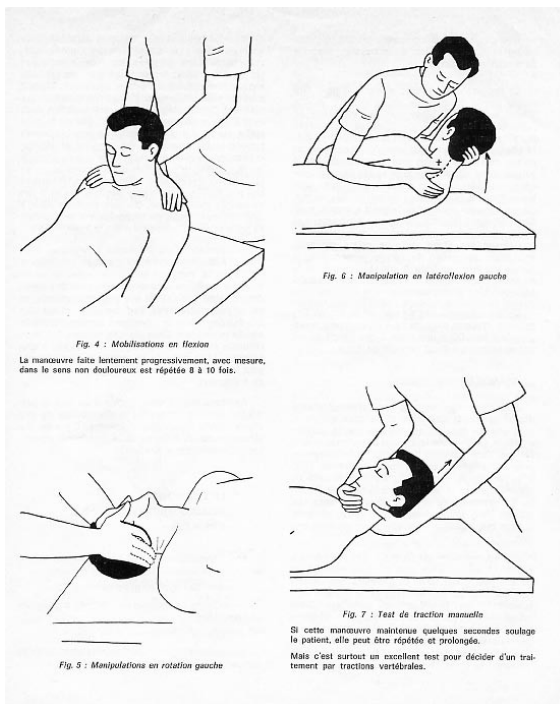


Fig. 3: Tratamiento con manipulación de una neuralgia cervico-braquial derecha.

El paciente presenta una NCB derecha C8. El test pre-manipulación presenta: lateralización derecha muy limitada y dolorosa, rotación derecha limitada y dolorosa, extensión limitada y dolorosa.

Se movilizará en una serie de 8 a 10 movimientos para cada orientación primero en rotación izquierda, luego en lateralización izquierda, y finalmente en flexión (Fig. 4).

Luego se efectuará una 1ª manipulación en flexión, una 2ª manipulación en rotación izquierda (Fig. 5), y una 3ª manipulación en lateralización izquierda (Fig. 6).



● NEURALGIAS CÉRVICO-BRAQUIALES Y MANIPULACIONES

Aunque las manipulaciones no son la mejor indicación para las NCB, en bastantes casos pueden aportar un alivio rápido al paciente.

1) Selección de los casos para manipulación

La primera fase para la selección es el diagnóstico. Es evidente que el tratamiento con manipulaciones solo puede contemplarse si se está seguro de estar en presencia de una NCB de naturaleza benigna de la que se ha comprobado el origen mecánico.

La segunda fase será el eliminar los casos en los que la manipulación podría presentar un riesgo: raquis porótico, mal estado vascular, malformación de la charnela cérvico-occipital, test de posturas desfavorables, etc.

La tercera fase es técnica: debe poder aplicarse la Regla del no-dolor.

Al final la manipulación debe ser factible. Es el caso en el que el último tiempo de la manipulación, aunque no sea doloroso, no permite la relajación rápida deseada.

En la práctica, la mejor indicación para las NCB es la NCB subaguda, en particular la subaguda cronificada.

No obstante ello, algunos casos agudos pueden aliviarse de forma espectacular, cuando el tratamiento con manipulación se aplica si hay tres orientaciones libres y las movilizaciones provocan en el paciente la impresión de distensión y alivio.

En las formas hiperálgicas en las que no hay ningún movimiento libre del cuello no se debe manipular. Se escoge como tratamiento la inmovilización del cuello con un collarín rígido tipo minerva.

Los antiinflamatorios, los gangliopléjicos dan resultados excelentes, a veces también la infiltración del ganglio estrellado.

En algunos casos pueden resultar útiles las maniobras de estiramiento-relajación efectuadas muy suavemente con maniobras de movilización estudiadas según las orientaciones que ofrecen los movimientos que permanecen libres de dolor.

2) Examen pre-manipulación del cuello

Primero los **movimientos** se estudian cuidadosamente con el paciente sentado, después con el paciente tumbado con la cabeza fuera de la camilla y en máxima relajación. Se anota el resultado de este examen sobre el esquema en estrella.

Test de tracción manual: con el paciente en decúbito supino el médico atrapa el mentón y el occipital y mantiene la tracción durante aproximadamente 1 minuto; se pregunta al paciente si esta maniobra alivia el dolor del hombro o del brazo. No hace falta decir que si esta maniobra exacerba las molestias, habrá que evitar cualquier tracción manual o mecánica ^(Fig. 7).

Búsqueda del nivel afectado: puede conocerse por la topografía del dolor cuando afecta a los dedos. Si no se busca con los signos de “desarreglo intervertebral menor”, y sobretodo con la sensibilidad aumentada del macizo articular posterior afecto; este último signo (con el paciente en decúbito supino) es de una constancia notable en los desarreglos intervertebrales menores, sea o no la causa de origen discal.

También puede buscarse el punto « timbre » anterior (Maigne) ^(Fig. 10). Se apoya ligeramente el pulgar horizontal en la parte antero-lateral del cuello nivel a nivel. En el nivel responsable la emergencia de la raíz es muy sensible y la ligera presión reproduce el dolor que siente el paciente habitualmente.

No olvidaremos examinar la espalda donde casi siempre encontraremos del “Punto inter-escápulo vertebral-para-T6” anteriormente descrito y que es un «verdadero punto cervical de la espalda».

3) Sesión de tratamiento

Siempre se empieza con el atento examen de los movimientos que son posibles y los que no lo son. El resultado se anota en el esquema en estrella.

Lentamente se efectúan algunas movilizaciones en cada uno de los sentidos no-dolorosos, posteriormente se efectúan dos o tres manipulaciones. La primera con dominio de la rotación, la segunda dominando la lateralización, y la tercera combinando la flexión o la extensión según la orientación libre.

Se practica un nuevo test tras cada movilización y cada manipulación.

Con frecuencia se obtiene un alivio desde la primera sesión. Pero en un caso de cada tres (aproximadamente) el paciente puede tener una reacción más o menos desagradable la noche siguiente a la primera sesión. Hay que prevenir al paciente de esta eventualidad que no afecta al posible buen resultado. Esta reacción dura unas 6-8 horas, a veces un poco más. Generalmente es moderada, pero puede ser importante. Cuando acaba esta reacción, aparece normalmente una muy neta mejoría.

A veces hay reacciones más duraderas. Son raras si se han tomado todas las precauciones pre-manipulación y si las maniobras han sido correctas. Pueden ser casos en los que el elemento inflamatorio es muy importante.

Pero lo más frecuente es que se trate de una imprudencia por parte del paciente, que ante el alivio obtenido tras la manipulación efectúe ejercicios que no habría podido hacer la víspera, o que mantenga una mala postura la noche siguiente al tratamiento, lo que amplifica y alarga la reacción normal. Siempre es bueno aconsejar al paciente el uso de un collarín cervical (excelente tratamiento complementario en las NCB) por lo menos tras las 48 horas posteriores a la manipulación.

Se harán de 2 a 5 sesiones, no más si no se ha conseguido ningún progreso.

4) Resultados

Hecha de esta forma, la manipulación ofrece resultados satisfactorios. Cuando se puede utilizar, siguiendo nuestras directrices, representa alrededor de los 2/3 de los casos totales de neuralgias cérvico-braquiales agudas comunes.

En nuestra estadística los buenos resultados son del orden del 70% de entre 1 a 5 sesiones. Pero más de la mitad de estos pacientes obtienen una franca mejoría tras la primera sesión de tratamiento.

Añadir que la manipulación tiene un especial interés en las secuelas de los dolores cérvico-braquiales cronificados. Es el caso ante la persistencia de un elemento del «Síndrome célula-teno-miálgico» (Maigne).

● EL SÍNDROME CÉLULO-TENO-MIALGICO EN LAS N.C.B.

Los clásicos signos de sufrimiento radicular son:

- Sensitivos. Hipo o Hiperestésias.
- Motores. Hipotonía o disminución de la fuerza muscular.
- Reflejos. Abolición o disminución.
- Simpáticos. A veces con ciertas alteraciones.

Pero si se examinan sistemáticamente los planos cutáneos con la maniobra del pinzado-rodado, y se practican sistemáticamente los test musculares palpando músculos y tendones, a menudo encontramos que lo que hemos llamado «Síndrome célula-teno-miálgico» de los dolores radicales, consiste en:

- Una banda de celulalgia en una parte del territorio cutáneo del nervio irritado, descubierta por la viva sensibilidad al pinzado-rodado.
- La induración de algunos fascículos musculares extremadamente sensibles a la palpación de algunos músculos tributarios a la raíz afecta.
- La sensibilidad de algunas zonas de inserción teno-perióstica o de algunos tendones cuya inervación depende de la raíz concerniente. De esta forma, una hipersensibilidad del trocánter (glúteo medio) es frecuente en las ciáticas de L5. Pero solo la pondremos en evidencia con el examen sistemático, ya que el paciente a menudo la ignora incluso si es responsable de un dolor permanente, como lo demuestra la infiltración local al hacerla desaparecer.

En muchos casos de neuralgias cérvico-braquiales encontraremos uno o varios de estos elementos, «banda celulálgica», «sensibilidad de un fascículo muscular indurado; o de un tendón. Cada uno de ellos puede ser responsable de dolores rebeldes, y aumentar o perpetuar el dolor radicular. Pero también pueden provocar dolores de hombro, de codo, o de muñeca, distintos al dolor radicular primitivo.

Podemos pues encontrarnos en presencia de ^(Fig. 8):

1° De Dolores de Hombro

Al examen aparecen como dolores tendinosos. El análisis contra-resistencia estática de cada uno de los músculos del hombro revelará también un sufrimiento ya sea del supraespinoso, del infraespinoso, del subescapular, o del bíceps; la palpación simultánea del músculo lo evidenciará con mejor precisión.

En algunos casos la manipulación cervical logrará la desaparición instantánea del sufrimiento del nivel cervical revelado por la palpación del macizo articular posterior del mismo lado, del dolor espontáneo del hombro, y del dolor contra-resistencia. Algunos hombros con limitación de movimientos (supra e infra espinosos sobretodo) se liberan al instante.

Generalmente se precisan de tres a cuatro sesiones, pero el resultado se obtiene sin otras medidas terapéuticas adicionales.

2° De Dolores de Codo

Normalmente son epicondilalgias, más raramente epitrocleitis. En caso de epicondilitis está afecto el nivel C5-C6 o el C6-C7. En caso de epitrocleitis encontraremos sensible el segmento C7-T1 del mismo lado.

Sin extendernos en ello diremos que consideramos que el 60% de las epicondilitis son de origen cervical. La mitad de ellas se aliviará con 1-4 sesiones de manipulaciones exclusivamente cervicales. La otra mitad se aliviará considerablemente con el tratamiento cervical, pero precisará tratamiento local para la curación completa, tratamiento local manual (movilización lateral del codo cuando hay un cierto grado de periartrosis asociada), con infiltración de corticoides en la zona del tendón doloroso, o con infiltración intra-articular si la periartrosis del codo está muy avanzada. Ésta se manifiesta por la desaparición de los movimientos de bamboleo lateral del codo durante el examen.

3° De Dolores de Muñeca

Es el caso de un dolor de la estiloides radial acompaña a la irritación radicular de C6 y desaparece cuando se consigue la manipulación correcta del nivel comprometido.

Estas manifestaciones pueden encontrarse durante una NCB aguda, y sobretodo como secuela de una NCB más o menos severa.

Pueden aparecer también tras una fase discreta de dolor cérvico-braquial, que se ha olvidado pronto. Pero sobretodo, podemos encontrarlas en los pacientes que nunca han tenido una crisis cérvico-braquial. A pesar de ello hay que pensar siempre en el origen cervical si al examen se encuentra la palpación del macizo articular posterior con la sensibilidad aumentada del nivel correspondiente al mismo lado.

El tratamiento cervical (tomando todas las precauciones) podrá aliviar espectacularmente al paciente.

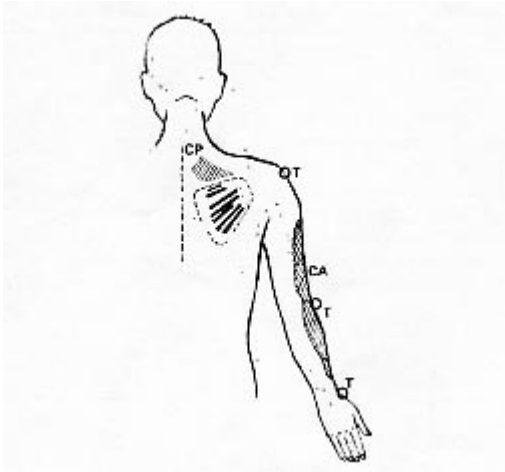


Fig. 8: Síndrome célula-teno-miálgico de la irritación de la raíz C6.

- Cordones miálgicos supra, y sobretodo infraespinosos, a veces bicipitales.
- Celulalgia: CP, relacionada a la irritación de la rama posterior de C6; CA, en relación a la irritación de la rama anterior.
- Dolor tenoperiostico: supraespinoso (inserción humeral), bíceps (porción larga), estiloides radial.

● RAQUIS CERVICAL Y DOLOR INTERESCAPULAR

1) El dolor dorsal de las NCB

Hemos llamado la atención en el hecho de que en la casi totalidad de las NCB el examen atento evidenciará la existencia de un punto selectivo en T5-T6 del mismo lado que la radiculalgia muy sensible a la presión: es el “punto interescápulo-vertebral”, verdadero “punto cervical de la espalda” (MAIGNE). Este punto tan sensible a la presión puede ser desconocido por el paciente, pero con frecuencia unos días antes de la aparición del dolor radicular habrá precedido a éste siendo un dolor muy agudo y transfixiante. Puede desaparecer o atenuarse al aparecer el dolor en el brazo, pero también puede acompañarlo o sobrevivirlo.

En algunos casos persistirá causando mucha molestia. Es interesante señalar que la presión sobre este punto para-T6, muy localizado, muy preciso, siempre constante en su topografía sea cual sea el nivel afecto (C5-C6, C6-C7, C7-D1), reproduce o exagera con exactitud el dolor dorsal del paciente, incluso si cree sentirlo más abajo, más arriba, o más lateral. A veces reproduce el dolor braquial.

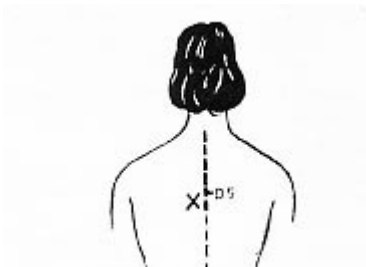


Fig. 9: El «punto interescápulo-vertebral» o «punto cervical de la espalda» (MAIGNE). La presión sobre este punto reproduce el dolor dorsal habitual, incluso si el paciente lo siente más externo o difuso. Es un punto muy particular, verdadero «punto cervical de la espalda», ya que casi siempre es reflejo de un sufrimiento cervical bajo, como normalmente lo permite demostrar la maniobra del « punto timbre anterior».

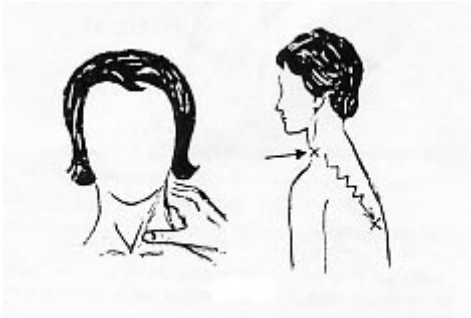


Fig. 10: el punto timbre anterior. Se ejerce una moderada presión nivel a nivel en la parte antero-lateral interna del raquis cervical. En un determinado nivel, provoca la dorsalgia habitual del paciente.

Como hemos mostrado, en el 70% de los casos la presión suave con el pulgar en la región antero-lateral del cuello reproduce el dolor dorsal habitual en el nivel afecto, señalando el origen cervical. No podemos afirmar sobre que estructura actúa esta presión (Fig. 10), pero nuestra impresión es que se trata del disco.

Lo más interesante es que la manipulación estrictamente cervical sobre el nivel sensible, puede hacer desaparecer instantánea y definitivamente el dolor dorsal espontáneo y el punto interescapular, que deja de aparecer a la palpación. En los casos antiguos puede encontrarse una zona de celulalgia, a veces muy espesa, ocupando un triángulo de base externa y vértice en el punto interescapular. La maniobra del pinzado-rodado es muy sensible en este territorio, mientras que es insensible en el otro lado.

Verdadera contramaniobra: la aparición de un dolor dorsal interescapular que presenta los mismos caracteres cuando se hace una manipulación cervical incorrecta; complicación benigna pero frecuente ante los procedimientos técnicos al ejecutados.

2) La dorsalgia común del adulto. Frecuente origen cervical

Es interesante señalar que este PIV (Punto Interescápulo Vertebral) se halla de forma casi constante en las dorsalgias del adulto, de manera notable en las llamadas “de las jóvenes”, con los mismos signos de examen. Pensamos que la casi totalidad de los dolores dorsales comunes son expresión de un sufrimiento cervical, incluso ante la inexistencia de dolor cervical o cérvico-braquialgia. El examen atento siempre evidencia la particular sensibilidad de un nivel cervical inferior en el macizo articular posterior C5-C6 o C7-T1 en el mismo lado que el PIV que se palpa en el paciente en decúbito supino. Si con la manipulación desaparece la sensibilidad de la articular, también desaparece el PIV. A la inversa, cualquier maniobra que aumenta la sensibilidad articular posterior, aumenta la dorsalgia.

El examen radiológico puede mostrar un cuello normal, un disco delgado, una artrosis banal. Ello no tiene mucha importancia para el tratamiento. Lo que es importante es desconocer o ignorar un origen cervical maligno. Hemos visto estas dorsalgias con punto inter-escápulo-vertebral típico inicialmente aisladas durante un tiempo como primer testimonio de una metástasis o de un tumor cervical.

En los casos habituales y benignos, el tratamiento más eficaz de estas dorsalgias es la manipulación cervical, cuando técnicamente es posible.

3) Naturaleza del punto inter-escápulo-vertebral T6

Este punto interescapular corresponde (como hemos mostrado) con la emergencia superficial de la rama posterior de T2, y el territorio celulítico se corresponde exactamente con el territorio cutáneo de este nervio. La infiltración de la rama posterior de T2 en donde rodea el macizo articular T2-T3 suprime también el dolor espontáneo y el punto interescapular para-T6, volviendo completamente insensible la zona celulálgica a la maniobra del pinzado rodado (Fig. 11 y 12).

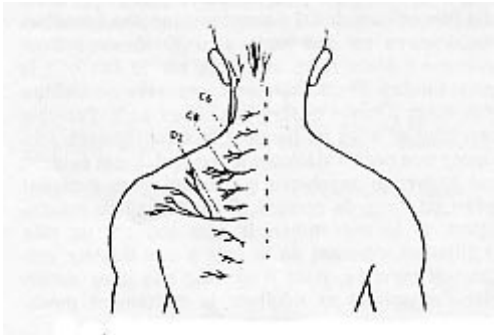


Fig. 11: Los nervios superficiales dorsales. Señalar que la rama posterior de T2 es más gruesa y con un territorio más extenso que sus vecinas. Características que hemos podido verificar en múltiples disecciones.

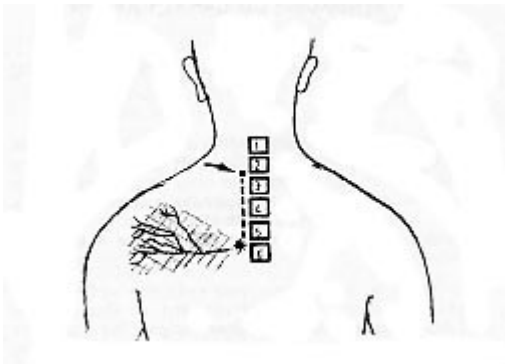


Fig. 12: La rama posterior del 2º nervio raquídeo. Nace entre T2 y T3, se vuelve superficial perforando los músculos paravertebrales cuya inervación es cervical. Su lugar de emergencia superficial corresponde con el "Punto inter-escápulo-vertebral". Su territorio se corresponde con la zona hiperestésica y a la de infiltración celulálgica que frecuentemente acompañan a la dorsalgia.

La infiltración anestésica en su origen entre T2 y T3 cura la dorsalgia y hace desaparecer el punto interescapular. La relación entre el raquis cervical inferior y esta rama posterior no es clara: ¿anastomosis entre las ramas posteriores o las simpáticas?

El problema es más complejo en lo que concierne a la relación entre el raquis cervical y la rama posterior de T2: ¿anastomosis de las ramas posteriores, de los nervios sinu-vertebrales, del simpático?

Insistimos en el hecho de casi la totalidad de las dorsalgias comunes del adulto responden a esta descripción: son de origen cervical y solo pueden curar rápidamente con el tratamiento cervical.

Es evidente que el terreno psíquico en el que evolucionan a de tenerse en cuenta. No hay que subestimarlos ni olvidarlos; a menudo tienen un papel

facilitador ante un dolor mecánico menor, por lo que no se debe despreciar la organicidad y olvidar el tratamiento mecánico.

● NEURALGIA CÉRVICO-BRAQUIAL Y SÍNDROME DEL CANAL CARPIANO

Relataremos un caso tomado de entre algunas decenas de ellos:

Caso — Sra. C., 35 años: Tras un episodio de tortícolis presenta una neuralgia cérvico-braquial C6. Nos visita en el 15 día de evolución de este dolor que persiste a pesar de los antiinflamatorios. Aliviada desde la primera tracción ve como desaparece su dolor braquial tras cuatro sesiones. Permanece en el brazo una vaga sensibilidad episódica muy poco molesta. La vemos tres meses más tarde cuando regresa de provincias. Ha tenido que consultar a un Reumatólogo por acroparestesias molestas en los tres primeros dedos. Aliviada con dos infiltraciones en el canal carpiano, nos consulta al cabo de un mes de calma al reaparecer las molestias nuevamente.

Se trata de un síndrome del canal carpiano con la topografía típica, signo de Tinel, reproducción de las acroparestesias con la dorsiflexión forzada de la muñeca, etc. Practicamos una infiltración de corticoides. La paciente vuelve al mes con 15 días de alivio. Entonces examinamos atentamente el cuello encontrando sensibilidad en C5-C6; manipulamos el cuello sin infiltrar el canal carpiano. La paciente cura. Dos manipulaciones posteriores completan el resultado que se mantiene al cabo de un año.

Esta observación no representa una excepción para nosotros. Hemos visto muchos casos en los que se podía diagnosticar como irritación del mediano en el canal carpiano en los que la presencia de signos cervicales (viva sensibilidad de una articular interapofisaria) nos llevaban a manipular el cuello (sin infiltrar el canal); y en los que el alivio era excelente, mejor, y más duradero que el obtenido con la infiltración del canal carpiano.

Se trataba de pacientes que habían presentado una típica NCB más o menos severa, o pacientes que no habían presentado la NCB pero el examen cervical revelaba la viva sensibilidad del nivel C5-C6.

Un signo interesante: la maniobra del punto timbre anterior que permite reproducir la acroparestesia habitual y es un argumento a favor del origen cervical de la misma. Esto muestra que quizás hay que enfocar con menor frecuencia de la actual la responsabilidad del canal del carpo en el mecanismo de las acroparestesias. A menudo es así, pero a veces es indirecto.

● LOS ACCIDENTES DE LAS MANIPULACIONES CERVICALES – PREVENCIÓN

Cuando la manipulación está bien indicada y se ejecuta correctamente, no presenta mayores riesgos que la mayoría de las terapias médicas. Es el mal uso el que le ha creado una mala reputación. Mal uso por parte de no-médicos que hacen de ello una panacea (los quiroprácticos especialmente) con teorías infantiles y técnicas limitadas; pero también por médicos inexpertos en la técnica que precisa de un largo aprendizaje y una cierta destreza. No obstante ello se debe conocer bien una rarísima complicación: el riesgo vascular.

Los accidentes de insuficiencia vértebro-basilar aguda, de los que el síndrome de Wallenberg es lo más frecuente, pueden ser (tal como sabemos) provocados por las manipulaciones cervicales. De hecho, en la mayoría de los accidentes publicados (muy poco numerosos) se trata casi exclusivamente de manipulaciones quiroprácticas (bruscas), hechas por no-médicos, y a menudo bajo indicaciones aberrantes.

Se ha exagerado mucho la frecuencia de estos accidentes si se tiene en cuenta su reducida cantidad comparada con los millones de manipulaciones que se hacen cada día en el mundo, bajo asombrosas indicaciones, con técnicas aproximativas, y en manos de no-médicos o de inexpertos.

Tests de Postura

Pero por más excepcional que sea hay que conocer la prevención de este riesgo. Hemos propuesto utilizar previo a la manipulación lo que llamamos «test de postura»:

Con el paciente en decúbito supino en la camilla el médico coloca su cabeza en hiperextensión y rotación derecha, después izquierda, manteniendo la posición de cada una durante 10-15 segundos; esperando un nistagmus o una impresión de vértigo que harían descartar cualquier manipulación cervical (por lo menos en el sentido que provoca el vértigo) de forma absoluta. Sabemos que la rotación en hiperextensión detiene la circulación en la arteria vertebral opuesta al sentido de la rotación. Con estas maniobras se detecta cualquier amenaza que haría reconsiderar la manipulación cervical.

Bibliografía

- **MAIGNE (R.)**. — Douleurs d'origine vertébrale et traitements par manipulations. 1 vol. 1968, Exp. Scien. Fr. édit., 480 pages.
- **MAIGNE (R.)**. — Epicondylalgies, rachis cervical et articulation radio-humérale, Ann. Méd. Phys., 1960, 3, 290.
- **MAIGNE (R.)**. — Les infiltrats cellulitiques conséquences d'algies radiculaires et causes de douleurs rebelles. La Vie Médicale, 1971, 4.
- **MAIGNE (R.)**. — Les cordons musculaires douloureux dans certaines sciatiques et cruralgies rebelles. Cinésiologie, n° 37, 1970, p. 231.
- **UNSWORTH (A.)**, **DOWSON (D.)**, **WRIGHT (VJ.)**. — Cracking joints. Ann. Rhum. Dis., 1971, 30, 348.

*** Chargé du Centre de Rééducation de l'Hôtel-Dieu (Paris). Chef de service Institut National de Réadaptation (St-Maurice 94).**
