



Annales Médecine Physique 1976;19:416-34


Un signo evocador e infrautilizado de la cefalea cervical

El dolor al Pinzado-Rodado de la Ceja

R. Maigne

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

Resumen. El autor afirma el origen cervical frecuente de las cefaleas comunes. A menudo son supra-orbitarias y unilaterales, siempre en el mismo lado para el mismo paciente. Pueden convertirse en bilaterales con la evolución. Describe un signo que le parece muy sugestivo de las cefaleas cervicales: la maniobra del « pinzado rodado de la ceja», doloroso en el lado de la cefalea habitual. También existe una exquisita sensibilidad a la palpación de la articulación inter-apofisaria de C2-C3 del mismo lado que la cefalea. La infiltración anestésica de esta articulación hace desaparecer rápidamente el signo del « pinzado-rodado doloroso de la ceja». Este signo es inexistente en las cefaleas de otro origen. El inicio de las cefaleas puede ser postural o debido a un factor sobreañadido digestivo, ginecológico, psíquico, etc. al que se atribuye erróneamente el origen de la cefalea. El único tratamiento eficaz es el cervical: manipulación o infiltraciones con corticoides de la articulación C2-C3 (sensible y responsable de la cefalea).

 **A new and unexpected sign of headaches of cervical origin: tenderness to skin rolling of the eyebrow.** Common headaches are very often of cervical origin. The headaches of cervical origin have always the same topography for a given patient. They are more often localized in the supra-orbital region, generally on one side. The author describes the sign of the Painful skin rolling test of the eyebrow which is tender on the side of the headache, even between the attacks. Palpation of the cervical spine reveals precise tenderness over the C2-C3 posterior facets on the same side. There are no specific positive X-Ray findings. After Procaine block of this facet, the skin rolling test of the eyebrow becomes painless. For the author this sign is typical of headaches of cervical origin. Certain positions of the neck during the night or at work may cause these headaches, or they may be triggered off by additional factors of physical or psychological origin. The treatment involves manipulation of the spine, when it can be performed or cortisone injection in the cervical facet C2-C3.

Las cefaleas cervicales no son unas desconocidas, pero clásicamente se consideran raras. Estudiando 2350 casos de cefaleas vistas en consulta externa (« pacientes que acuden por su propio pie ») en un servicio de neurología, Nick señala esta etiología en 50 casos y piensa no poderla certificar con seguridad más que en 12 de ellos. Por el contrario, 1220 casos se clasifican como sintomáticos de una afección psíquica. Wolf atribuye un origen psíquico al 80% de las cefaleas comunes. Nosotros pensamos lo contrario, que las cefaleas cervicales tienen una frecuencia extraordinaria y que puede ofrecerse un tratamiento rápidamente eficaz.

La razón de esta divergencia de opinión se debe al desconocimiento de la causa esencial de los dolores vertebrales comunes, « el Desarreglo Intervertebral Menor ». No haremos más que recordar que llamamos así al sufrimiento aislado de un segmento vertebral, normalmente reversible con el tratamiento apropiado. Este “desarreglo intervertebral” es independiente del estado radiológico del segmento considerado, que puede ser normal o artrósico. Forma parte de una especie de esguince agudo o crónico de un segmento vertebral de origen traumático, estático, o postural. El sufrimiento de una articulación inter-apofisaria es uno de los signos más habituales. Hemos descrito los signos en un artículo precedente ⁽⁷⁾.

La mayoría de las cefaleas cervicales son consecuencia de un desarreglo intervertebral de C2-C3, y presentan un cuadro clínico estereotipado. Siempre se encuentran los mismos signos al examen, especialmente el que nos proponemos describir aquí: « el dolor al pinzado-rodado de la ceja ». Es necesario retomar las nociones clásicas, aunque falsas.

- No es cierto que las cefaleas cervicales son raras.
- No es cierto que una cefalea cervical tenga solamente una topografía occipital. La mayoría son supra-orbitarias.
- No es cierto que deban existir lesiones radiológicas importantes o una franca limitación dolorosa del cuello para tener derecho a considerar el posible origen cervical de una cefalea.

Por el contrario, hay que saber:

- Que el examen clínico y radiológico clásico del raquis cervical es generalmente normal. El diagnóstico se hace por medio de una semiología más afinada.
- Que aunque a menudo el inicio de la cefalea cervical es postural, ello puede ser debido a un factor complementario (digestivo, ginecológico, psíquico, etc.).
- Que la cefalea cervical sigue siempre el mismo esquema, y a veces toma carácter vascular e incluso migrañoso.

De todas formas el único tratamiento efectivo es el tratamiento cervical. No obstante no hay que dejarse llevar a solo considerar el componente cervical de una cefalea incluso si se encuentran los signos aquí descritos. Cualquier cefalea, sobretodo si es reciente, requiere un examen profundo y completo, y tener en cuenta que una cefalea sintomática de una enfermedad grave puede aparecer en un paciente que sufre cefaleas antiguas y benignas.

I) Características de la cefalea cervical

Solo recordaremos brevemente las características esenciales de estas cefaleas cervicales. Los hemos descrito anteriormente a excepción del « pinzado-rodado doloroso de la ceja », en un anterior artículo publicado en esta misma revista ⁽⁶⁾.

1) Topografía

La cefalea cervical tiene preferentemente una topografía suprarbitaria, es más rara en la zona occipital. Unilateral al inicio, puede hacerse bilateral con el tiempo; pero generalmente hay un lado dominante. Es una topografía fija durante toda la evolución de las crisis, el paciente siempre presenta la cefalea en la izquierda o en la derecha, y no las alterna de izquierda a derecha. ^(Fig. 1).

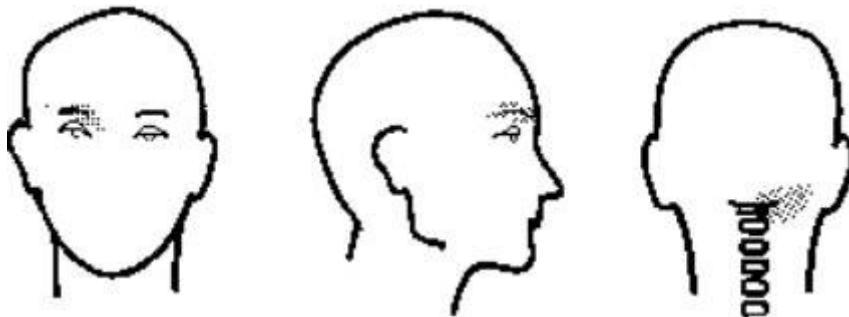


Figura 1: La cefalea occípito-supra-orbitaria de origen cervical. Generalmente solo supra-orbitaria, unilateral al inicio, siempre en el mismo lado durante las distintas crisis, puede hacerse bilateral con el tiempo.

2) Examen

El examen clínico evidencia los signos clínicos esenciales:

- Sensibilidad de la articulación C2-C3 en el lado de la cefalea.
- Sensibilidad al pinzado-rodado de la ceja en el mismo lado. Hay que añadir un test-prueba:
- La desaparición inmediata de la sensibilidad del pinzado-rodado de la ceja si desaparece la sensibilidad de la articulación de C2-C3 con una infiltración o una manipulación.

Si persiste la desaparición del dolor, lo que es frecuente tras algunos tratamientos, a veces tras el primero, el paciente está curado de sus cefaleas. Cefaleas que podía venir sufriendo durante diez o veinte años, quizás con molestias serias.

a) **Búsqueda de la sensibilidad de la articulación interapofisaria C2-C3.**

Paciente en decúbito supino, cuello relajado. El pulpejo del dedo medio del operador se desliza lentamente a lo largo del canal paravertebral (Fig. 2). El dedo izquierdo explora el lado izquierdo y el derecho el lado derecho. El examen se hace de abajo a arriba, de C7 a la zona sub-occipital. Cada centímetro el dedo se detiene y ejecuta un pequeño movimiento longitudinal de fricción profunda para palpar mejor las articulaciones posteriores (Fig. 2). Esta maniobra revelará una sensibilidad viva en un punto preciso de la región sub-occipital en la articulación C2-C3. Es la articulación más alta que se puede palpar en esta posición. En los casos antiguos, los planos cutáneos sub-occipitales del mismo lado pueden ser sensibles o incluso dolorosos, e infiltrados en la maniobra del pinzado-rodado. La maniobra es indolora en el lado contrario, salvo si la cefalea es bilateral.



Figura 2: Búsqueda del punto articular posterior. El pulpejo del dedo medio explora la región sub-occipital. Es fácil palpar la articulación C2-C3. Muy sensible en el lado de la cefalea habitual. Además, se puede palpar a veces una infiltración celulálgica en los planos sub-occipitales y la tensión unilateral de los músculos para-vertebrales y sub-occipitales en los casos antiguos.

b) **Maniobra del pinzado-rodado de la ceja**

Describimos aquí, por primera vez, este signo que buscábamos tras muchos años, del cual hemos podido constatar la fidelidad en centenares de casos.

Entre el pulgar y el índice pellizcamos ligeramente la piel de la ceja y la hacemos rodar como se haría al liar un cigarrillo.

La maniobra es muy sensible en el lado de la cefalea habitual, y no lo es en el otro lado.

Es dolorosa en los dos lados si a cefalea es bilateral, pero entonces también lo es la sensibilidad de la articulación posterior.

La sensibilidad articular posterior de C2-C3 y el pinzado-rodado de la ceja son permanentes. Persisten fuera de las crisis incluso si éstas son espaciadas.

Además la piel de la ceja del lado doloroso es más espesa y menos dúctil.



Figura 3: La piel de la ceja es espesa y muy sensible en el lado de la cefalea. Este signo es característico de un origen cervical (Maigne).

II) Prueba del origen cervical

La infiltración anestésica o con corticoide que hace desaparecer el dolor a la presión en la articulación C2-C3, también hace desaparecer al poco rato la sensibilidad al pinzado-rodado de la ceja: la maniobra se vuelve indolora (Fig. 4). La piel que parecía espesa se vuelve dúctil. A la inversa, la infiltración de algunas gotas de una solución hipersalina en la articulación, tras la anestesia de la piel, provoca el dolor supra-orbitario y aumenta la sensibilidad del pinzado-rodado de la ceja. Se puede obtener el mismo efecto con la manipulación cervical. Hace desaparecer la sensibilidad articular en C2-C3 (puede ser inmediato), pero sobretodo hace desaparecer la sensibilidad al pinzado-rodado de la ceja (Fig. 5). La manipulación mal efectuada, o hecha en el sentido incorrecto, aumenta la sensibilidad articular posterior C2-C3, aumenta la sensibilidad al pinzado-rodado de la ceja, y puede desencadenar una cefalea violenta.

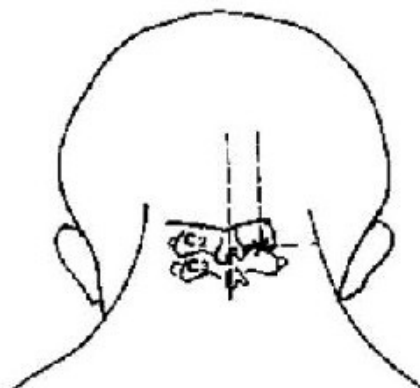


Figura 4: La infiltración de la articulación C2-C3. Se introduce la aguja perpendicularmente a 1 cm por fuera de la espinosa de C2. Se busca el contacto óseo. Se infiltra estrictamente en contacto óseo tras haber verificado la ausencia de sangre o líquido por aspiración.



Figura 5: Manipulación cervical superior en rotación (una de las maniobras más utilizadas). La manipulación solo se ha de practicar tras tomar todas la precauciones de su inocuidad (test de posturas). Ha de ejecutarse según la regla del No-Dolor.

III) Experimentación

1) Material y método

Hemos estudiado una muestra randomizado de 50 casos de cefaleas de más de dos años de duración en las que el paciente presentaba:

- Un pinzado-rodado doloroso de la ceja de un lado;
- Una sensibilidad selectiva en la articulación C2-C3 del mismo lado.

Hemos efectuado una infiltración anestésica de la articulación sensible C2-C3 en los primeros casos, luego de cortisona, para obtener la ausencia de dolor de esta articulación.

ADVERTENCIA: las inyecciones de anestésicos locales en contacto en el raquis cervical sin control radiológico están formalmente contraindicadas en la actualidad por el riesgo del paso del anestésico al líquido céfalo-raquídeo (SOFMMOO).

2) Resultados

- En 43 casos obtuvimos la desaparición del dolor en C2-C3 con la infiltración. La sensibilidad al pinzado-rodado de la ceja desapareció instantáneamente o en algunos minutos. Señalar que en algunos casos (10), el efecto fue definitivo, y la cefalea habitual se curó desde le primer tratamiento.
- En 4 casos la infiltración hizo desaparecer la sensibilidad C2-C3 pero solo disminuyó la sensibilidad al pinzado-rodado de la ceja, sin hacerlo desaparecer.

- En 3 casos la infiltración no modificó mucho la sensibilidad C2-C3 y el efecto sobre el pinzado-rodado de la ceja fue nulo.

Simultáneamente buscamos en 50 pacientes que no sufrían cefaleas o signos cervicales (pseudo-vértigos, acúfenos, etc.) la existencia de una sensibilidad clara C2-C3 aislada.

La encontramos en 8 casos de 50, pero moderada. En 6 casos era unilateral. En 2 casos era bilateral.

En los 42 casos en los que no había sensibilidad en C2-C3 no encontramos sensibilidad al pinzado-rodado de la ceja. De los 6 restantes, en 4 existía una leve o mediana sensibilidad en la maniobra de la ceja. Es interesante señalar que dos de estos pacientes habían sufrido cefaleas en el pasado, cefaleas que desaparecieron al cabo de varios años. En estos 4 casos hicimos una infiltración anestésica de la articulación sensible C2-C3 y en 3 de ellos obtuvimos la desaparición completa del signo de la ceja, sin ningún cambio en el paciente restante.

Experimental y clínicamente existe una estrecha relación entre el raquis cervical superior y la zona de las cejas. La sensibilidad de la articulación C2-C3 se acompaña casi siempre de una sensibilidad más o menos mayor al pinzado-rodado de la ceja del mismo lado. A la inversa, no hemos encontrado sensibilidad al pinzado-rodado de la ceja cuando no existe tal sensibilidad en C2-C3 del mismo lado. En todos los casos, la desaparición de esta sensibilidad por medio de la infiltración o de la manipulación comporta una importante disminución de la sensibilidad de la ceja al pinzado rodado. Dependiendo del caso el resultado que se obtiene es transitorio o definitivo. Lo importante es saber buscar esta sensibilidad C2-C3 por medio de una metódica palpación, lenta comparativa, y minuciosa.

3) ¿Es patonogmónica de la cefalea cervical esta sensibilidad al pinzado-rodado de la ceja?

Este signo nos parece que es el testimonio habitual de la cefalea cervical común. Pero no podemos afirmar su especificidad. La irritación por otros factores intra o extra craneales de las mismas vías de transmisión puede evidentemente tener las mismas consecuencias. Pero, en la práctica, en casi la totalidad de los casos, el origen es cervical. Excepcionalmente puede no ser benigno: una afección inflamatoria, infecciosa, malformación, tumoral, del raquis cervical superior, puede provocar una irritación que siga el mismo esquema. Ello subraya la necesidad de un examen atento y completo ante cualquier cefalea sin apresurarse en calificarla de psíquica ni mecánica.

Hemos buscado estos signos en los casos de cefaleas de origen distinto al cervical. Como el caso de la verdadera migraña, con crisis a veces derechas, a veces izquierdas; o en las cefaleas de la sinusitis; o las cefaleas de la hipertensión. No hemos encontrado el signo de la ceja en estos casos en los que no había sensibilidad articular C2-C3.

Puede coexistir la cefalea cervical banal con otra cefalea; la primera se acompaña del signo de la ceja, la otra no. Esto es frecuente en algunos migrañosos que diferencian muy bien los dos tipos de crisis, su « migraña » y

su « dolor de cabeza ». En estos casos encontramos el signo de la ceja y la sensibilidad de C2-C3, el tratamiento cervical puede hacer desaparecer « el dolor de cabeza » así como el signo del pinzado-rodado doloroso de la ceja; pero no modifica las migrañas.

Lo mismo sucede con los pacientes afectados de sinusitis. El pinzado-rodado doloroso de la ceja parece evocar con fuerza el origen cervical que será preciso buscar.

IV) Manifestaciones que a veces acompañan a las cefaleas cervicales

La cefalea cervical, tal y como la hemos descrito, puede acompañarse con sensaciones vertiginosas, acúfenos, problemas laríngeos, o fatiga visual. Barré llamó la atención sobre esta asociación; actualmente es objeto de discusiones patogénicas interesantes, pero que no enmascaran mucho el mérito de este autor que reconoció perfectamente el origen cervical benigno de estas manifestaciones (el síndrome de Barré Liéou).

Responderán favorablemente al mismo tratamiento cervical que las cefaleas, a excepción de los acúfenos que se ven poco influenciados. No podemos pues apartarlos completamente de la discusión.

Algunos autores atribuyen todas estas manifestaciones a una insuficiencia vértebro-basilar frustré. Sabemos que pueden ser los primeros signos, pero en estos casos el cuadro clínico se completa con la evolución y la aparición de manifestaciones más importantes y significativas.

¿Cómo invocar este mecanismo cuando los signos durante ras 20 años o más sin haber cambiado las características?

¿Cómo explicar el éxito regular (los fracasos son raros) ante el tratamiento cervical adecuado? ¿Sucedería lo mismo si se tratara de una insuficiencia vértebro-basilar frustré?

Hay que sumar los casos cada vez más numerosos de pacientes en los que hemos podido reconocer y tratar el origen cervical de la cefalea y que tenían arteriografías perfectamente normales. Algunos habían sufrido dos accesos. El “Tipo nº 3” es un ejemplo de ello, y está lejos de ser un caso aislado.

Y a la inversa, no hace falta decir que debido al argumento de la frecuencia podría atribuirse con mucha facilidad y con exclusividad a un desarreglo cervical menor, con el riesgo que supondría entonces el tratamiento con manipulación.

V) Mecanismo

¿Qué explicación podemos adelantar para explicar la relación entre el raquis cervical y la región supraorbitaria?

La zona supraorbitaria es la zona de proyección de muchas estructuras del endocráneo. Penfield propuso la sección del contingente oftálmico del V en lo que llamó «cefalea dural». Pero nosotros nos encontramos en el caso de las cefaleas cervicales ante un cuadro muy particular en el que la clínica cotidiana y los test simples muestran la relación directa entre el raquis cervical y el dolor supraorbitario objetivado por el signo de «pinzado-rodado doloroso de la ceja».

Podemos establecer dos hipótesis:

- El nódulo gelatinoso del trigémino desciende muy abajo y se continúa con los cordones posteriores medulares. De esta forma filetes de C1-C2 e incluso de C3 participan del contingente oftálmico del trigémino. Generalmente se admite que las fibras que vehiculan las sensaciones dolorosas tienen una proyección baja en la parte inferior del nódulo gelatinoso en los dos primeros segmentos medulares. Además, la opinión más extendida es que las fibras oftálmicas se proyectan en la parte más inferior del nódulo. Esta explicación es seductora, pero no tiene en cuenta el carácter netamente vascular de algunas cefaleas que presentan exactamente los mismos signos: «pinzado-rodado doloroso de la ceja» y sensibilidad articular posterior de C2-C3 en el mismo lado de la cefalea habitual. En estos casos el tratamiento cervical hace desaparecer el signo de la ceja y la cefalea.
- Hay que valorar el mecanismo vásculo-simpático. Sabemos que la carótida interna, en su trayecto intra-craneal, recibe (del polo superior del ganglio cervical superior) dos nervios que se anastomosan en forma de plexo y se distribuyen por las colaterales y las terminales de esta arteria, es decir, a la arteria supraorbitaria que emerge por el agujero supraorbitario. Así pues el ganglio cervical superior está relacionado con los nervios raquídeos C1, C2, y C3, por los ramos comunicantes.

Es posible que los dos mecanismos, trigémino y vásculo-simpático coexistan. La explicación pudiera ser otra, pero el hecho es real: la relación entre el raquis cervical superior y la zona de la ceja.

VI) Otras cefaleas cervicales

Asociadas o aisladas a una cefalea supraorbitaria podemos, más raramente, encontrar dos otros tipos de cefalea cervical.

1) La neuralgia de Arnold

En su antigua y rara forma clásica, o más a menudo en una forma menos espectacular y más crónica (occipital, unilateral, ocupando el hemi-cráneo posterior hasta el vértex). También aquí encontramos un sufrimiento articular C2-C3 y una infiltración celulálgica sub-occipital del mismo lado ^(Fig. 6a).

Nosotros añadimos otro signo: el « plegamiento doloroso del cuero cabelludo » del lado del hemi-cráneo. Este signo, como el del pinzado-rodado de la ceja, existe en ausencia de las crisis.

2) La neuralgia C3 (neuralgia aurículo-temporal)

La cefalea es occipital, irradia al lóbulo de la oreja y al ángulo de la mandíbula. Aislada o acompañando a una cefalea supra-orbitaria. Ha de diferenciarse del síndrome de Costen (dolores provocados por una alteración de la articulación dentaria que hace sufrir a la articulación temporomaxilar).

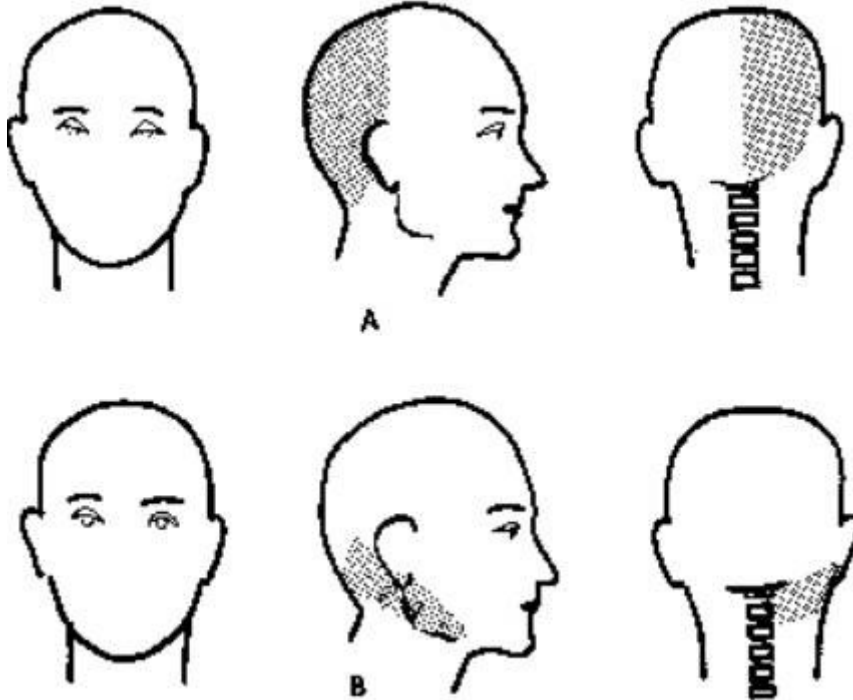


Figura 6: Otros dos tipos de cefaleas de origen cervical mucho menos frecuentes.
A) Neuralgia de Arnold.
B) Neuralgia aurículo-temporal (C3).

Puede tratarse de una forma aguda, pero la crónica es la más frecuente. Hemos hallado en estos casos un signo que nos parece es específico: la sensibilidad al pinzado-rodado de los planos cutáneos del ángulo de la mandíbula (Fig. 7).

El examen cervical revela la sensibilidad articular posterior de C2-C3 o de C3-C4. La radiografía, a menudo normal, puede mostrar artrosis articular posterior. Aquí también desaparecen el dolor habitual y los signos de examen con el tratamiento cervical.



Figure 7: Pinzado-rodado del ángulo de la mandíbula. Este territorio cutáneo corresponde a la inervación de C3.

VII) Desencadenamiento de las crisis

En un paciente con cefalea habitual, el factor cervical es permanente. Se encuentra incluso entre crisis, al igual que el pinzado-rodado de la ceja. Las crisis pueden ser frecuentes o raras; severas o ligeras. A veces son un hándicap serio para el paciente, otras no son más que una molestia.

- El factor desencadenante acostumbra a ser postural. Puede ser por la mala posición del cuello con la almohada (personas que duermen boca abajo), o por algunas posiciones de trabajo que aumentan el desarreglo intervertebral.
- Un enfriamiento en la nuca, una corriente de aire en el cuello pueden también desencadenar la crisis.
- Puede tratarse de un factor ginecológico, digestivo, psíquico, u otro al que se le atribuye equivocadamente la responsabilidad total de la cefalea. El tratamiento cervical será el único eficazmente duradero.
- Puede tratarse de sujetos en los que el umbral de tolerancia al dolor es mínima. Teniendo un buen estado psíquico percibe la mínima disfunción articular como importante. Es el caso de las pequeñas depresiones, ansiosos, espasmofílicos, etc.

No nos extenderemos en los tres primeros factores, pero hemos de ser un poco más explícitos en el último: **el factor psíquico**. Y ello porque es evidente que el mayor número de cefaleas que clasificamos como de origen cervical y tratamos con eficacia, son clasificadas por la mayoría de autores como psicogénicas. El factor psíquico es la « vedette » para la mayoría de los autores

que fijan en un 80% o incluso en un 90% el número de cefaleas de origen psíquico (80 % según Wolf y Wolf, 52 % según Nick).

Nos parece que estos autores le atribuyen el origen psíquico a las cefaleas verdaderamente psicógenas; otras, numerosas, que son cervicales pero desencadenadas por factores psíquicos, y otras que son puramente cervicales pero dada la ineficacia de los tratamientos y la persistencia de las crisis, inquietan al paciente.

Es fácil convencernos de este punto de vista considerando la cantidad de pacientes que hemos podido examinar y que habían sido cuidadosamente investigados en los servicios de neurología. Con frecuencia estaban etiquetados de cefalea "psicógena » o « vascular ». Los tratamientos utilizados habían fracasado. Además estas cefaleas respondían a los criterios anteriormente descritos, y curaban rápida y definitivamente con el tratamiento cervical. No todas las tensiones musculares de la nuca son de origen psíquico. Y si el «Síndrome del Atlas» de Alajouanine y Nick se encuentra corrientemente en los servicios de psiquiatría, no es frecuente en la consulta ambulatoria.

La contractura, sobretodo si es unilateral es la regla en el origen mecánico. Pero puede agravarse con un estado ansioso o depresivo.

El atento examen del raquis cervical y la búsqueda del signo del pinzado-rodado de la ceja nos hacen ser muy escépticos respecto al origen psíquico como habitual en las cefaleas comunes. Este diagnóstico oculta, la mayoría de las veces, la ignorancia del médico en cuanto a los problemas de la patología mecánica menor del raquis. Solo verá el estado psíquico de una pequeña ansiedad y le atribuirá la responsabilidad de la cefalea.

Pero también sería un grave error no tener en cuenta el efecto potenciador de estos estados psíquicos y no tratarlos como merecen. No crean el síntoma. Permiten su aparición y amplifican las consecuencias.

Por otra parte, estos pacientes han encontrado en su andadura a neurólogos o a psiquiatras que no han conseguido la mayoría de las veces más que beneficios ligeros, nulos o transitorios con sus cuidados. Sucede al contrario con el tratamiento cervical cuando está indicado. El alivio es rápido y duradero. Los resultados se repiten con regularidad. Además, lo hemos visto, el factor psíquico no es el único desencadenante posible; las reglas, o un episodio digestivo también lo pueden ser. Por lo tanto, generalmente es suficiente suprimir el factor cervical para hacer desaparecer las crisis, incluso si se mantienen las mismas perturbaciones ginecológicas o digestivas.

Existen fracasos, ya que no podemos pretender, habiendo hecho el diagnóstico correcto, hacer desaparecer de golpe cualquier sufrimiento articular, incluso menor. A menudo están favorecidas estas cefaleas por hábitos posturales defectuosos (sujetos que duermen boca abajo, o cojines mal adaptados); o por condiciones de trabajo que no permiten grandes modificaciones; o por un estado articular vulnerable (artrosis, esguince, etc.).

Algunos estarán tentados en decirnos que tratando el raquis cervical estamos haciendo simplemente psicoterapia. Sin señalar cuanto nos satisfaría ser en

este terreno tan regularmente eficaces como lo son los psicoterapeutas en su propio dominio, hemos de añadir que desgraciadamente si la manipulación se hace en el sentido incorrecto (cosa que el paciente no puede saber), se agrava considerablemente la cefalea, o se produce de forma casi experimental con todas sus características.

Cuando la parte del elemento psíquico es evidente, se ha de determinar su participación en cada caso. Si la desaparición del punto cervical alivia completamente al paciente de su cefalea, es que el estado psíquico no es el dominante. No siempre será igual y a veces solo el tratamiento de dos factores asociados conducirá a la desaparición del síntoma. Además será en vano el tratamiento cervical si el estado psíquico parece ser el factor dominante. No hay que subestimar las verdaderas cefaleas de tensión.

No obstante, afirmar que el 80% de las cefaleas son de naturaleza psíquica es tan cierto como afirmar que el helado de vainilla o el sorbete son responsables del 80% de los dolores de los dientes.

VIII) Casos Tipo

Muy a menudo los pacientes que hemos tratado no venían a vernos por sus cefaleas. Habían acudido a otras consultas en el pasado, pero ante los fracasos terapéuticos, aprendieron a vivir con ellas. Los menos molestos se calmaban con los antiálgicos. Otros sabían que su cefalea se desencadenaba con un exceso alimentario o con las preocupaciones. Otros estaban en tratamiento desde hacía mucho tiempo y además habían sufrido numerosas exploraciones. Estos pacientes acudían a nosotros para consultar un dolor de hombro, una lumbalgia, o una dorsalgia; y el examen sistemático y completo del raquis nos mostraba una sensibilidad articular posterior C2-C3 y un signo de « pinzado-rodado de la ceja » que nos hacía preguntarles si tenían cefaleas. «Sí, claro, desde hace 20 años, estoy envenenado por eso, pero no hay nada que hacer, lo he probado todo». «Sí, tras un accidente de coche, pero después se ha ido haciendo soportable». «Sí, de vez en cuando», etc. Todos se sorprendían de que les pudiéramos decir que las crisis eran del lado derecho o del izquierdo, o bilaterales...y mucho más sorprendidos cuando además de tratar su otro problema, se veían liberados de sus dolores de cabeza en tres o cuatro tratamientos.

Describiremos tres observaciones, cada una de ellas se corresponde con una variedad (Tipo) de cefalea supraorbitaria.

- El Tipo 1 corresponde a la mayoría de nuestros casos, es la forma habitual.
- El Tipo 2 tiene un neto carácter vascular pero no se ha de confundir con una migraña. Son menos frecuentes y representan alrededor del 10% del total.
- El Tipo 3 tiene unas características francamente migrañosas, y recibiría la etiqueta de verdadera migraña en los distintos servicios

especializados. Son los casos más raros y representan el 5% de los que hemos tratado. Hay constantes en la topografía del dolor y los signos de examen. Cualquier migraña que aparece siempre en el mismo lado tiene una posibilidad de ser cervical. Es casi una certeza si se encuentra la sensibilidad selectiva en C2-C3 y el signo del pinzado-rodado de la ceja. Se trata sin duda de un caso aparecido en un terreno particular.

Tipo 1 (Habitual)

Sr. P... F., 48 años, padece cefaleas desde hace mucho tiempo. Raras y poco molestas al principio, con el tiempo se volvieron penosas desde hace dos años. La cefalea siempre es supraorbitaria y occipital derecha. Nada parece ser específicamente desencadenante. Pero debuta a menudo por la mañana en la cama, la crisis dura uno o dos días. Solo el Pyramidón lo calma un poco. Tiene 3 o 4 crisis al mes. Las exploraciones hechas en distintos servicios o consultas son siempre negativas en el aspecto general y más particularmente neurológico, ORL y oftalmológico.

El pinzado-rodado de la ceja es muy doloroso, no a la izquierda. Sensibilidad viva a la palpación de la articular posterior de C2-C3 derecha. Las radiografías cervicales son normales. Algunos minutos tras la primera manipulación, se nota la disminución de la sensibilidad al pinzado-rodado de la ceja. Tras tres sesiones hechas con un intervalo de 8 días entre ellas, se constata la desaparición total del dolor al pinzado-rodado y a la presión en la articular de C2-C3; y el paciente no ha tenido más cefaleas. Aparece un ligero brote cuatro meses más tarde. Una sola manipulación pone las cosas en su lugar. Visto al año, no ha vuelto a padecer.

Este caso es típico de lo que vemos todos los días con algunas variantes. En los casos antiguos pueden precisar una sesión de manipulación o una infiltración de recuerdo dos o tres veces al año, durante uno o dos años.

Tipo 2 (Vasomotriz)

Sra. F. C. 38 años, secretaria, con cefaleas supraorbitarias derechas desde la infancia. La primera crisis que recuerda la tuvo con 7 años de edad. Las crisis se fueron volviendo frecuentes, se le practicaron diferentes investigaciones en servicios de neurología y de medicina general. La crisis se acompaña de náuseas y a veces de vómitos cuando es violenta. El vómito no finaliza la crisis que dura entre 21 y 48 horas limitándole considerablemente su vida cotidiana. Si se inyecta dihidroergotamina al inicio de una crisis fuerte, consigue un claro alivio.

Pero la dihidroergotamina no actúa sobre el fondo doloroso cotidiano. Desde hace 20 años consume una cantidad espantosa de Pyramidón (2 a 4 supositorios al día), por suerte no tiene alteraciones en su fórmula sanguínea.

A examen, sensibilidad exquisita en la articulación C2-C3 derecha y signo de pinzado-rodado de la ceja derecha elevadamente positivo. Radiografías cervicales normales. El test de infiltración articular posterior C2-C3 aporta una importante disminución de la sensibilidad de la ceja al pinzado-rodado.

Tras la segunda sesión de tratamiento (infiltración de corticoide C2-C3 y manipulación), claro alivio de las cefaleas. Tras la tercera sesión, desaparición

de los signos de examen y desaparición de las cefaleas. El resultado se mantiene excelente a los ocho meses.

Esta segunda observación tiene un matiz vaso-motriz neto, pero menos intenso que el de la tercera observación.

Tipo 3 (Migrañoso)

En este caso tipo, las características son netamente migrañosas. Son casos bastante raros pero merecen ser conocidos. Todos los neurólogos y alergólogos consultados habían hecho el diagnóstico de « migraña verdadera ».

Sra. G. A., 41 años. Cefaleas rebeldes de halo migrañoso durante hace 10 años. Hace 18 años, accidente automovilístico con ligero traumatismo cervical. Presentó cervicalgias acompañadas de cefalea frontal durante un año, que calmaron progresivamente al transcurrir éste.

Hace diez años, sin causa aparente, presentó de nuevo las crisis de cefalea frontal, siempre en la izquierda, con sensación de tracción retro-orbitaria. Se acompañaban de obstrucción nasal en el mismo lado y abundante rinorrea y lagrimeo cuando la crisis era importante. Busca la calma, la oscuridad, a veces tiene vómitos. Las crisis se vuelven cotidianas con rapidez. Se ensayan en vano distintos calmantes. Tras un examen ORL y oftalmológico negativo se le prescribe Niamida durante un año sin ningún efecto. Dirigida al dentista, se le extrae un cordal incluido en la izquierda. La avulsión no surte efecto en las cefaleas. Consulta con un neurólogo que diagnostica una migraña verdadera. Las diferentes terapias (Dihidroergotamina, Ginergeno con cafeína, Dimetotiazina, etc.), no surten efecto. Tan solo el Ginergeno a dosis elevadas, y tomado durante la amenaza de la crisis, asociado con Piramidón, tiene efecto atenuador a veces. Finalmente es hospitalizada en un servicio de Neurología donde entre otros exámenes se la practica una arteriografía, que resulta normal. Se prescribe dihidroergotamina sin resultado. Las crisis se intensifican y limitan considerablemente su profesión de comerciante, la hospitalizan en un segundo servicio de neurología. Se le practica una encefalografía gaseosa que resulta normal. Un tercer neurólogo visto en consulta, eminente especialista en cefaleas, solicita un estudio alérgico. Los test son positivos al moho y al polvo. Tras un año de desensibilización, la cefalea mantiene todas sus características. Acude entonces a un curandero que aconseja baños de manos con plantas y baños de asiento; también sin efecto. Consulta de nuevo en otro servicio de neurología que confirma el diagnóstico de migraña. Se instaura un tratamiento con Metisergida con el que se obtiene una ligera mejoría, se hace una urografía de control cada seis meses. La tercera muestra el inicio de fibrosis retroperitoneal que obliga a la suspensión del tratamiento.

Se va de vacaciones y su médico de cabecera le receta Piramidón a altas dosis, lo que la alivia un poco. A su regreso consulta al mismo Servicio de Neurología. Ante todos los fracasos terapéuticos le explican que sus molestias son, sin duda, psíquicas. Se le sugiere que son a causa de la presencia de su madre en casa, a pesar de que ella piensa que no tiene con su madre ningún problema importante. Una serie de circunstancias hace que su madre se vea obligada a trasladarse. Ello no tiene ninguna influencia en los dolores de

cabeza. Es entonces cuando un nuevo médico del sud-oeste al que consulta en vacaciones nos la remite.

Se trata de una mujer que no puede dejar su trabajo (comercio) bajo ningún concepto, y que se encuentra muy limitada por las crisis casi diarias.

La topografía fija, siempre en la izquierda, y la negatividad de los exámenes, no llevan a examinar atentamente la columna cervical. Con las radiografías normales, se eliminó anteriormente esa etiología. La palpación de la región sub-occipital con la paciente en decúbito supino revela una sensibilidad muy viva de la articulación interapofisaria C2-C3 izquierda. Su presión incluso reproduce la irradiación retro-orbitaria que siente entre las crisis. En la derecha y por debajo, todo es normal. La palpación de los planos cutáneos sub-occipitales izquierdos los muestra espesos, infiltrados, y muy sensibles al esbozar la maniobra del pinzado-rodado. La maniobra del pinzado-rodado en la ceja derecha es indolora, mientras que en la izquierda el pliegue es espeso, infiltrado, y muy doloroso.

Inmediatamente practicamos un test terapéutico; la infiltración de la articulación interapofisaria de C2-c3 izquierda hace que disminuya considerablemente en pocos minutos la sensibilidad al pinzado-rodado de la ceja izquierda. Se practica un tratamiento con manipulación asociando la infiltración de un derivado de cortisona en C2-C3 izquierda. Tras las tercera sesión, las crisis son más raras y de menor intensidad. El pinzado-rodado casi no es sensible. A partir de la quinta sesión desaparecen las cefaleas y los signos de examen positivos. Aparece un brote a los cuatro meses tras el transporte de unas maletas. Volvemos a encontrar el signo del pinzado-rodado y la sensibilidad en C2-C3 izquierda. Una sola sesión pone las cosas en su lugar.

Se trata de una cefalea cervical con halo migrañoso.

Estos tres casos que hemos escogido no son más que algunos ejemplos de entre centenares, unos benignos, otros severos; unos recientes (generalmente postraumáticos), otros antiguos (a veces con 25-30 años de evolución).

IX) Tratamiento

Variará en función del estado del raquis cervical. Si, a tenor de éste y del estado vascular del paciente, la **manipulación** es posible, puede ser el tratamiento de elección, interesante por la rapidez y calidad de los resultados que se obtienen. Se hace en un solo sentido, en rotación, y luego en lateralización. La dirección se obtiene con la Regla del No-Dolor y del Movimiento Contrario ⁽⁵⁾. Se precisarán de 2 a 5 sesiones dependiendo de la dificultad y de la antigüedad de la sintomatología. Recordemos que la manipulación solo es interesante e inocua si está bien hecha.

Infiltración articular posterior de C2-C3. Aconsejable si la manipulación está contra-indicada o es de ejecución imposible. También la emplearemos para completar un tratamiento con manipulación si éste no hace desaparecer completamente la sensibilidad posterior de C2-C3, incluso si el efecto es bueno respecto a la cefalea y la sensibilidad de la ceja. Por supuesto, será el tratamiento usado por aquellos que no saben manipular. El paciente se sienta en un taburete y apoya su cabeza en una camilla frente a él. Se inyecta en el

punto articular doloroso posterior de C2-C3, aproximadamente a 1cm por fuera de la espinosa de C2, que es de fácil localización (Fig. 4).

Se inyecta ¼ de ml de un derivado corticoide. La inyección se hace a estricto contacto óseo tras verificar por aspiración la ausencia de sangre o líquido. Si se respetan estas condiciones, el riesgo es nulo.

Otros tratamientos

El masaje de los planos cutáneos (si están infiltrados) puede ser de utilidad complementaria.

La reeducación cervical es inútil, salvo excepciones.

Hay que enseñar al paciente a evitar las rotaciones extremas del cuello (marcha atrás prolongada en automóvil, por ejemplo).

En los casos de cefaleas matinales, elevar la cabecera de la cama, modificar la almohada.

Si el paciente duerme en decúbito prono, implica una extrema rotación del cuello generadora de la cefalea al despertar.

El uso de un collarín cervical por la noche durante algunas semanas puede ayudar a estos pacientes después del tratamiento con manipulación y/o infiltración.

BIBLIOGRAFIA

1. **ALAJOUANINE** Th. et Nick J. L'algie occipitale d'origine psychique ou Syndrome d'Atlas. Sem. Hôp. Paris, 25, K52-854, 1949.
2. **FRIEDMAN** A.P., **DESOLAPOOL** et **VON STORCIL** Tension Headache. J. Ain. Med. Ass., 151-174, 1953.
3. **LANCE** J.W. Muscle contraction headache in the mechanism and management of headache. 2nd Ed. Butterworths London 1973.
4. **LAZORTHES** G. Le système nerveux central, I vol. Masson Ed., Paris, 1967.
5. **MARINE** R. Douleurs d'origine vertébrale et traitements par manipulations. I vol. (3e Ed.). Expansion Scientifique Paris, 6dit. Paris, 1972.
6. **MAIGNE** R. La céphalée sus-orbitaire. Sa fréquente origine cervicale. Son traitement par manipulations. Ann. Med. Phys., XI~ 3, 241-246, 1968,
7. **MAIGNE** R. La séméiologie clinique des DIM. Anti. Med. Phys., XV, 1972, 2, 275-293.
8. **NICK** J. Classification, étiologie et fréquence relative des céphalées. A propos d'une série de 2.350 cas. Presse Med., 76, 8, 359-362, 1968.
9. **PENFIELD** M.D., **FINDEL** W. et **Me NAUGHTON** F. The tentorial nerves and localisation of intracranial pain in man. Neurology, 10, 1960, 6, .555-563.
10. **WOLFF** H.G. Headache and other head pain. 2nd Ed. New York, Oxford University Press, 1963.