

Patología cervical

Guía de Fisioterapia

Patología cervical

Guía de Fisioterapia

Asepeyo, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 151

Autores

Mercè Palau Fàbrega
José F. Calvo Cebrón
Cristina Sanz Márquez
Margarita Suñer Bañeras

Diseño y compaginación

Dirección de Comunicación de Asepeyo

Actualización julio de 2016

Juan A. Gómez Trenor García del Moral
Manuel A. García Sánchez
Fco. José Morera Lledó.
Dirección de Asistencia Sanitaria de Asepeyo.

www.asepeyo.es

Índice

1. Presentación	4
2. Tipo I - Cervicalgia mecánica o postural	4
3. Tipo II - Cervicalgia discógena/osteoarticular	6
4. Tipo III - Cervicobraquialgia. Radicular/mielopatía	8
5. Tipo IV:- Latigazo cervical	11
6. Bibliografía	15
7. Anexos	16

Presentación

La prevalencia del dolor cervical a nivel mundial se sitúa en el 48,5%. Entre un 40 y un 70% de la población ha padecido en algún momento dolor cervical, suponiendo el origen mecánico o postural el 90% de los casos. En nuestro medio a nivel nacional, durante el año 2014, el diagnóstico de Latigazo cervical fue la primera causa de solicitudes de tratamiento de fisioterapia y de sesiones realizadas con 2.652 casos y 38.804 sesiones y el segundo diagnóstico, fue el de cervicalgia con 1.346 solicitudes y 17.781 sesiones.

Tipo I - Cervicalgia mecánica o postural

La cervicalgia mecánica o postural se asocia con factores musculares y ligamentosos asociados a malas posturas, posturas inadecuadas prolongadas, tensión cervical, ansiedad, depresión, etc. Normalmente este tipo de cervicalgia se resuelve en pocos días con tratamiento farmacológico, consejos ergonómicos y fisioterapia.

Fase I: aguda (días 2 a 5)

1. Analgesia

Termoterapia superficial en región cérvico-escapular.
Electroterapia antiálgica (aplicar una técnica).
Masoterapia de relajación en región cérvico-escapular.
TENS (de 15 a 20 minutos) en puntos gatillo.

2. Movilidad articular

Técnicas funcionales indirectas (Jones, equilibrio-sostén, dinámicas, liberación por posicionamiento).

3. Relajación y tratamiento muscular

Tratamiento de puntos gatillo (PG) con presión isquémica o liberación por presión (Trapezio, ECM, angular escápula...).

Tratamiento manual musculatura suboccipital (en decúbito supino).

Técnica de estiramiento con frío para PG.

Vendaje neuromuscular*.

* Ver anexo II

4. Corrección postural

Reconocimiento esquema corporal columna cervical.
Evitar actitudes antiálgicas columna cervical.
Ergonomía e higiene postural.

Fase II: de recuperación (días 6 a 15)

1. Analgesia

Termoterapia superficial y profunda.
Electroterapia antiálgica (aplicar una técnica).
Masoterapia descontracturante región cérvico-escapular.
Vendaje neuromuscular*.
Masaje de tejido conjuntivo (MTC).

2. Corrección postural

Higiene postural de columna

3. Movilidad articular

Movilizaciones pasivas (en el sector de la movilidad espontánea y no dolorosa).
Movilizaciones activas asistidas manuales.
Técnicas de reprogramación óculo-cervical y cérvico-escapular.
Técnicas de energía muscular.

4. Trabajo muscular

Estiramientos suaves y progresivos sin dolor.
Técnicas de reprogramación óculo-cervical y cérvico-escapular.
Ejercicios de contracciones isométricas (técnica contracción-relajación).
Técnicas de energía muscular.
Entrenamiento muscular dinámico progresivo musculatura cérvicoescapular.

5. Programa de fisioterapia activa

Higiene en las actividades de la vida diaria/ergonomía laboral.
Ejercicios en domicilio.
Entrega de folleto explicativo con pautas de ejercicios y normas de higiene postural.

Tipo II - Cervicalgia discógena/osteoarticular

La cervicalgia discógena u osteoarticular es aquella que se produce como consecuencia de una disrupción discal interna, es decir, la fisura del anillo fibroso sin migración externa del material nuclear. Las causas más frecuentes de este tipo de cervicalgia son micro-traumatismos o un traumatismo agudo (como pueda ser un latigazo cervical), siendo estos últimos los que suelen dar mayor sintomatología. Se clasifican en concéntricas, radiales y marginales. La sintomatología que se acompaña a este tipo de patología es dolor profundo, difuso y de difícil localización, con área de dolor medialmente a la escápula, sin irradiación.

Fase I: aguda (días 2-5)

1. Analgesia

Reposo relativo.

Termoterapia superficial en región cervico-dorso-escapular.

Electroterapia analgésica**.

Masoterapia de relajación en región cervico-escapular y extremidad afecta.

Laserpuntura (trayecto dermatoma afectado).

Técnicas respiratorias y miorrelajantes. Estiramiento diafragmático.

Magneto analgésica.

** No seleccionar más de 2 técnicas por sesión

2. Corrección postural

Control collarín en sus funciones de descarga e inmovilización.

Normas de reposo.

Retirada del collarín.

Fase II: subaguda (días 6 a 15)

1. Analgesia

Termoterapia superficial y profunda.

Electroterapia antiálgica TENS y descontracturante (radiculopatía) TRABERT*** (se recomienda aplicar una técnica).

Masoterapia descontracturante de la musculatura cervico-escapular.

Vendaje neuromuscular*.

*** Ver anexo IA

2. Corrección postural

Ejercicios frente al espejo.

Toma de conciencia de las correcciones indoloras. RPG, SGA.

3. Tracciones cervicales (previamente, tracción manual como test de tolerancia)

Tracciones manuales, no mecánicas. Acompañadas de estiramientos de fascia pectoral y descenso de tórax.

4. Movilidad articular

Movilidad pasiva (en el sector de la movilidad espontánea y no dolorosa).

Movilidad activa: reprogramación óculo-cervical y cérvico-escapular.

Movilización activa asistida manual.

Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (FNP) (KABAT).

5. Reeducación muscular

Ejercicios isométricos de la musculatura superficial de la columna cervical.

Solicitud muscular indirecta.

Solicitud por difusión de energía.

Fase III: de curación (días 16-21)

1. Analgesia

Termoterapia profunda MO.

Electroterapia antiálgica IF o TENS (seleccionar una técnica).

Vendaje neuromuscular*.

2. Corrección postural

Ajuste postural propioceptivo, estiramientos globales (RPG, SGA).

3. Terapia manual, movilidad articular

Movilidad articular de la columna cervical normalizada.

Tratamiento puntos gatillo zona cervical y dorsal.

FNP (Kabat).

Masoterapia descontracturante.

4. Reeducación muscular

Contracciones isométricas de la musculatura profunda de la columna cervical.

Técnicas miotensivas analíticas.

Tonificación dinámica de la musculatura de la columna cervical.

5. Higiene postural y actividades de la vida diaria

Enseñanza actividades de la vida diaria.

Ergonomía.

Entrega de folleto explicativo con ejercicios y pautas de higiene postural.

Tipo III - Cervicobraquialgia. Radicular/mielopatía

Se entiende por cervicobraquialgia al dolor proveniente del cuello que irradia a escápula, brazo y en ocasiones a la región anterior del tórax. Puede estar provocada por una compresión de las raíces nerviosas que parten de la columna cervical e inervan al miembro superior.

Dependiendo del nivel vertebral afecto, la sintomatología varía en cuanto a su localización. Lo que es común en todas ellas es un dolor intenso en cuello, nuca y trapecio irradiado a miembro superior y acompañado, en ocasiones de parestesias (hormigueos) por el brazo hasta la mano.

Fase I: aguda (días 5 a 10)

Reposo e inmovilización con collarín. Si no existe inestabilidad articular-ligamentosa o compromiso radicular agudo, valorar la retirada del collarín en la mayor brevedad posible.

1. Analgesia

Termoterapia superficial IR en región cérvico-dorso-escapular.

Electroterapia descontracturante y antiálgica (TRABERT*** -radiculopatía-, TENS, US,)*US (seleccionar una técnica de electroterapia).

Magnetoterapia analgésica.

Vendaje neuromuscular *.

*** Ver anexo IB

2. Terapia manual

Masoterapia de relajación en región cérvico-dorso-escapular y extremidad afectada (miofascial).

Tratamiento de puntos gatillo existentes en musculatura cervical, dorsal y extremidad afectada.

3. Corrección postural

Control collarín en sus funciones de descarga e inmovilización.

Normas de reposo.

Recomendaciones

Evitar presiones vasculares y nerviosas en columna cervical. Ergonomía e higiene postural. No realizar esfuerzos intensos, evitar coger pesos.

Fase II: subaguda (días 11 a 15)

1. Analgesia

Termoterapia profunda MO y OC.

Electroterapia antiálgica IF y Trabert (si persiste Braquialgia). Seleccionar una técnica.

2. Terapia manual

Masoterapia descontracturante de la musculatura cérvico-escapular.

Tratamiento de puntos gatillo existentes en musculatura cervical, dorsal y extremidad afecta.

Facilitación Neuromuscular Propioceptiva FNP (Kabat).

3. Tracciones cervicales manuales (previamente, tracción manual como test de tolerancia)

Tracciones manuales, aunque contraindicadas en osteoporosis y mala tolerancia.

4. Movilidad articular

Movilizaciones pasivas (en el sector de la movilidad espontánea y no dolorosa).

Movilizaciones activo-asistidas manuales.

Movilidad activa: reprogramación óculo-cervical y cérvico-escapula.

Estiramientos activos suaves y progresivos musculatura cérvico-dorsal.

5. Reeducación muscular

Contracciones isométricas de la musculatura superficial de la columna cervical.

Solicitación muscular indirecta.

Solicitación por difusión de energía.

Vendaje neuromuscular (técnica muscular)*.

6. Corrección postural

Retirada progresiva de collarín.

Reconocimiento del esquema corporal columna cervical (ejercicios frente al espejo).

Evitar actitudes antiálgicas.

Higiene postural.

7. Programa de fisioterapia activa

Enseñanza actividades de vida diaria.
Ergonomía e higiene personal.

Fase III: de curación (días 16 a 21)

1. Analgesia

Termoterapia profunda MO u OC.
Electroterapia antiálgica IF o Träbert (si persiste Braquialgia). Seleccionar una técnica.

2. Terapia manual

Masoterapia descontracturante de la musculatura cérvico-escapular.
Tratamiento de puntos gatillo existentes en musculatura cervical, dorsal y extremidad afecta.
Facilitación neuromuscular propioceptiva FNP.

3. Tracciones cervicales manuales

Si persiste irradiación.
Se pueden seguir realizando para el tratamiento de la musculatura suboccipital y cervical.

4. Movilidad articular

Normalizada en región cervical y extremidad superior afecta.

5. Reeducción muscular

Contracciones isométricas musculatura profunda cervical (técnica co-contracción).
Técnicas miotensivas analíticas.
Tonificación progresiva musculatura cervical, cintura escapular y extremidad superior afecta.
Vendaje neuromuscular (técnica muscular)*.

6. Corrección postural

Ajuste postural propioceptivo columna cervical y extremidad superior afecta.

7. Programa de fisioterapia activa

Enseñanza actividades vida diaria.
Ergonomía.

Recomendaciones al paciente

Enseñanza de los ejercicios de mantenimiento tanto en la movilidad integrada como en el tono muscular.
Entrega del folleto explicativo con ejercicios y pautas de higiene postural.

Tipo IV - Latigazo cervical

Cuadro clínico que resulta de un traumatismo de la columna cervical, pero que también puede resultar de una conmoción cerebral o de la concurrencia de ambos.

Son las consecuencias de un movimiento brusco de aceleración o parada del tronco, que da lugar a una inclinación de la cabeza en sentido contrario, con la correspondiente flexión de la columna cervical, lesionándose los tejidos blandos del cuello puesto que el movimiento tensiona los músculos y los ligamentos del cuello más allá de su rango normal de movimiento.

Las manifestaciones más comunes son el dolor del cuello, la cefalea y la restricción de movimientos de la columna cervical, pero también pueden apreciarse disestesias, debilidad, dolor de espalda, cansancio, disfasia, trastornos visuales y dolor temporomandibular

Fase I: aguda (días 6 a 10)

Informar al paciente y explicarle el tratamiento y las consecuencias de la lesión de esguince cervical.

1. Analgesia

Termoterapia superficial en región cérvico-escapular.
Electroterapia antiálgica (seleccionar una técnica).
Masoterapia de relajación en región cérvico-escapular.
Masaje de tejido conjuntivo(MTC).
Tratamiento de puntos gatillo. Presión isquémica, liberación por presión. TENS en PG.
Tratamiento manual musculatura suboccipital (en decúbito supino).
Vendaje neuromuscular*.

2. Corrección postural

Retirada progresiva collarín (si está indicado).
Concienciación del esquema corporal.
Normas de reposo.

Recomendaciones

Aliviar el dolor.
Normas de higiene postural.

Fase II: subaguda (días 11 a 15)

1. Analgesia

Termoterapia superficial.
Electroterapia antiálgica (seleccionar una técnica).

Masoterapia descontracturante región cérvico-escapular.
Masaje de tejido conjuntivo(MTC).
Ejercicios activos de respiración y relajación.
Tratamiento de puntos gatillo. Presión isquémica, liberación por presión. TENS en PG.
Tratamiento manual musculatura suboccipital (en decúbito supino).
Vendaje neuromuscular*.

2. Corrección postural

Retirada progresiva del collarín.
Reequilibrio de la estática cervical y corporal.
Ajuste postural propioceptivo.

Técnicas propioceptivas específicas

FNP (Facilitación Neuromuscular propioceptiva)(Kabat).
RPG (Reeducación Postural Global).
SGA (Stretching Global Activo).

3. Ejercicios específicos

Técnicas de reprogramación óculo-cervical y cérvico-escapular.

4. Trabajo muscular

Solicitación muscular indirecta.
Solicitación muscular por difusión de energía. Técnicas de energía muscular, relajación postisométrica antagonista y agonista.
Estiramientos activos axiales no agresivos.

5. Programa de fisioterapia activa

Ergonomía e higiene postural.
Ejercicios en domicilio.

Fase III: de curación (días 16 a 30, con visita médica día 20)

1. Analgesia

Electroterapia antiálgica (seleccionar una técnica).
Masoterapia descontracturante región cérvico-escapular.
Masaje de tejido conjuntivo(MTC).
Ejercicios activos de respiración y relajación.
Vendaje neuromuscular*.

2. Corrección postural

Integración funcional del raquis cervical.
Ejercicios propioceptivos de estabilidad cervical.

Técnicas propioceptivas específicas

FNP (Kabat)
RPG (Reeducación Postural Global)
SGA (Stretching Global Activo)

3. Movilidad articular

Técnicas de reprogramación óculo-cérvico-cinética y laberíntica.
Cinesiterapia pasiva de mantenimiento de recorrido articular en los tres ejes y sin dolor
Movilizaciones activas y pasivas raquis dorsal.

4. Trabajo muscular

Ejercicios isométricos de erección vertebral progresivos y sin dolor.
Técnicas de energía muscular.
Ejercicios de estabilización rítmica.
Entrenamiento muscular dinámico de forma progresiva.

5. Programa de fisioterapia activa

Enseñanza de actividades vida diaria.
Consejos ergonómicos.
Entrega del folleto explicativo con ejercicios y pautas de higiene postural.

Recomendaciones al paciente

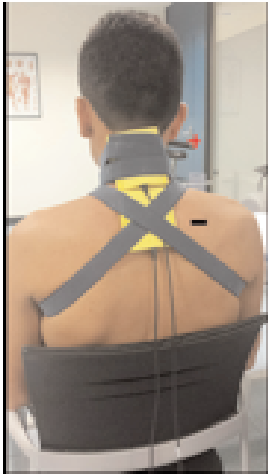
Es importante comentar al paciente:
El daño permanente es muy raro.
A largo plazo el pronóstico es muy bueno.
Los síntomas se reducen con el tiempo en frecuencia e intensidad.
Aconsejarle que realice ejercicio de columna cervical.
El ejercicio no disminuirá el dolor pero mejorará la función.
Realizar ejercicio de acondicionamiento cardiovascular general (natación, caminar, etc.).

Bibliografía

- . Greenman. Principios y Práctica de la Medicina Manual. Ed. Panamericana, 2005.
- . Kenzo Kase, Jim Wallis, Tsuyoshi Kase. Clinical Applications of the Kinesio Taping Method. 2003.
- . Apsit, E. Reeducción de las cervicalgias. Enciclopedia Médico-quirúrgica. Ed. Praxis Médica, Madrid.
- . Asociación Española de Fisioterapeutas. Revista Fisioterapia. Cervicalgia, volumen 22, monográfico2, 2000. Ed. Garsi, Madrid.
- . Charrière, L. La Kinesiterapia en el tratamiento de las algias vertebrales. Ed. Toray-Masson, Barcelona. Diversas ediciones.
- . Mars-Pryszko, J. Tratamiento de las cervicales. Ed. Masson, 1999.
- . Peterson, L. Lesión Deportivas Barrebra. Ed. Jims.
- . Albornoz Cabello, Manuel y Maya Martín, Julián. Estimulación eléctrica transcutánea y neuromuscular. Elsevier España, 2010.

Anexos

Anexo I



A. Trabert en cervicalgia discógena (Tipo II)

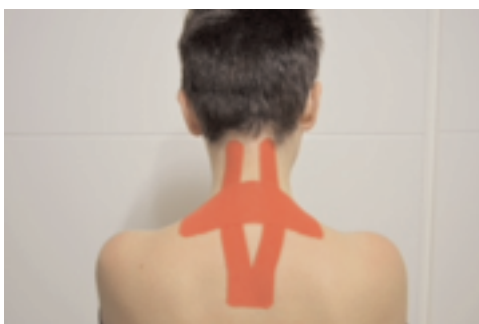


B. Trabert en cervicobraquialgia (tipo III)

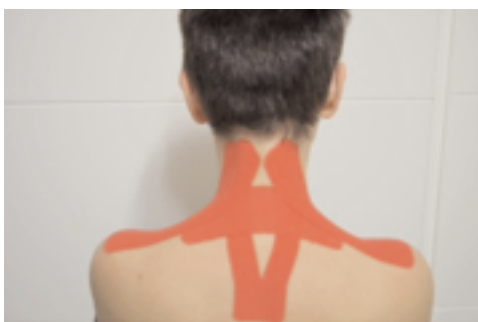
Anexo II



Contractura trapecio superior medio para cervicalgia (I, II, III y IV) que curse con hipertonía muscular.



Charnela cervico-dorsal para cervicalgia (II y III). Predominio sobre musculatura paravertebral y aumento de espacio a nivel vertebral.



Combinación (II , III y IV)



Contractura de trapecio superior para cervicalgia (I y IV). Aplicable en cualquier músculo con hipertonía.



Contractura de trapecio superior para cervicalgia (I y IV) Aplicable en cualquier músculo con hipertonía.



Contractura de ECOM (I y IV)



Radiculopatía nervio radial. Para cervicalgia III. Aplicar en territorio afectado.



Drenaje/fascial. Para cervicalgia IV en fase aguda.



ASEPEYO

MUTUA COLABORADORA CON
LA SEGURIDAD SOCIAL N° 151

Urgencias 24 h

900 151 000

Servicio de Atención
al Usuario

902 151 002

www.asepeyo.es