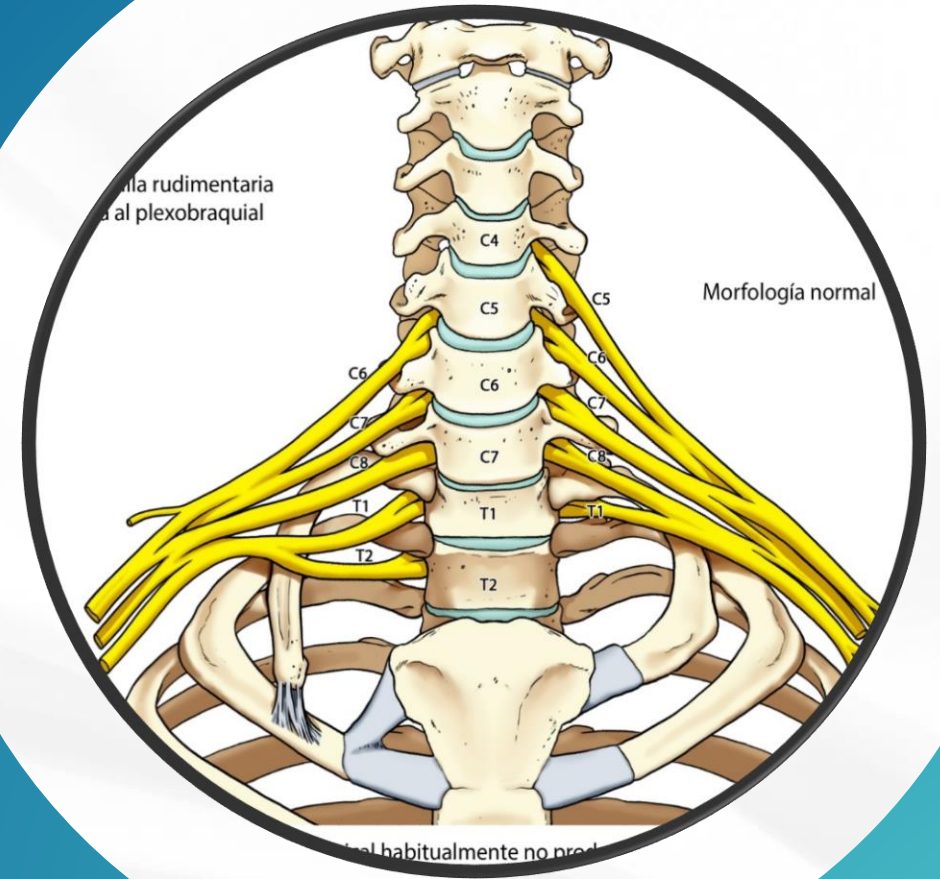


DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CÉRVICO- TORÁCICO



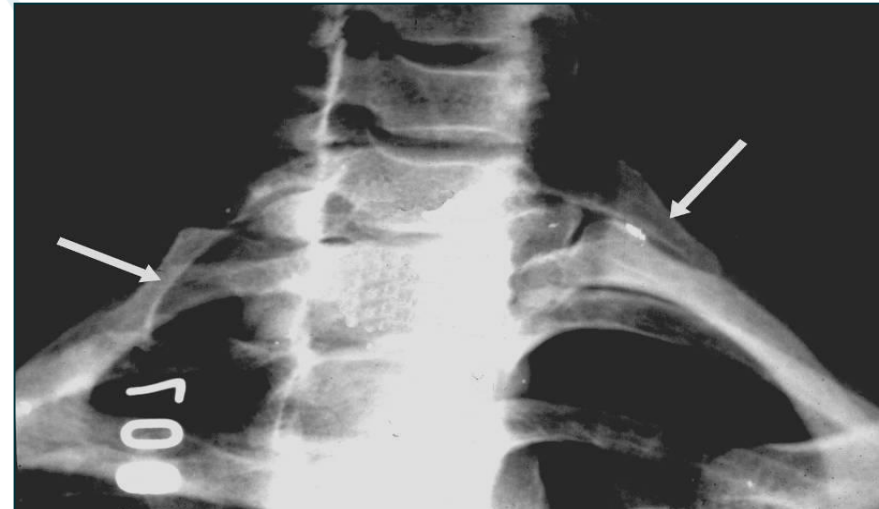
EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

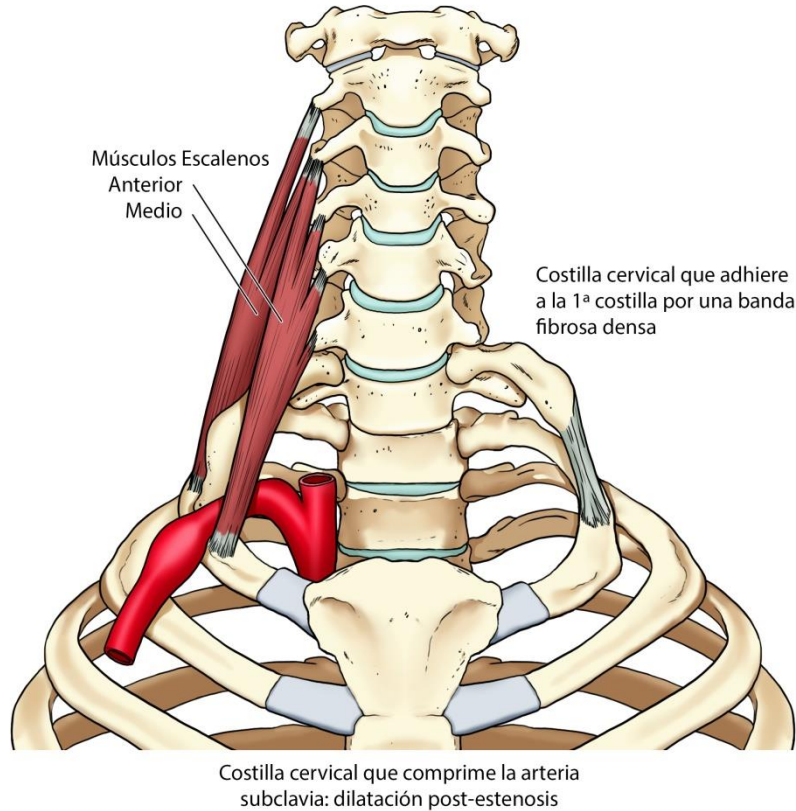
- I - NEURALGIAS CERVICO-BRAQUIALES Y COSTILLAS CERVICALES:

Esta malformación es frecuente, pero sólo un número reducido de casos se acompañan de trastornos vasculares y/o nerviosos.

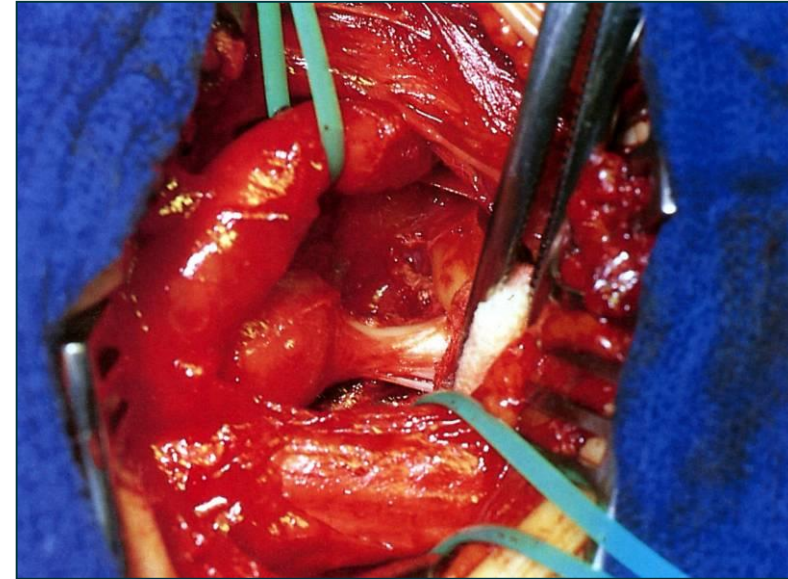


COSTILLA CERVICAL



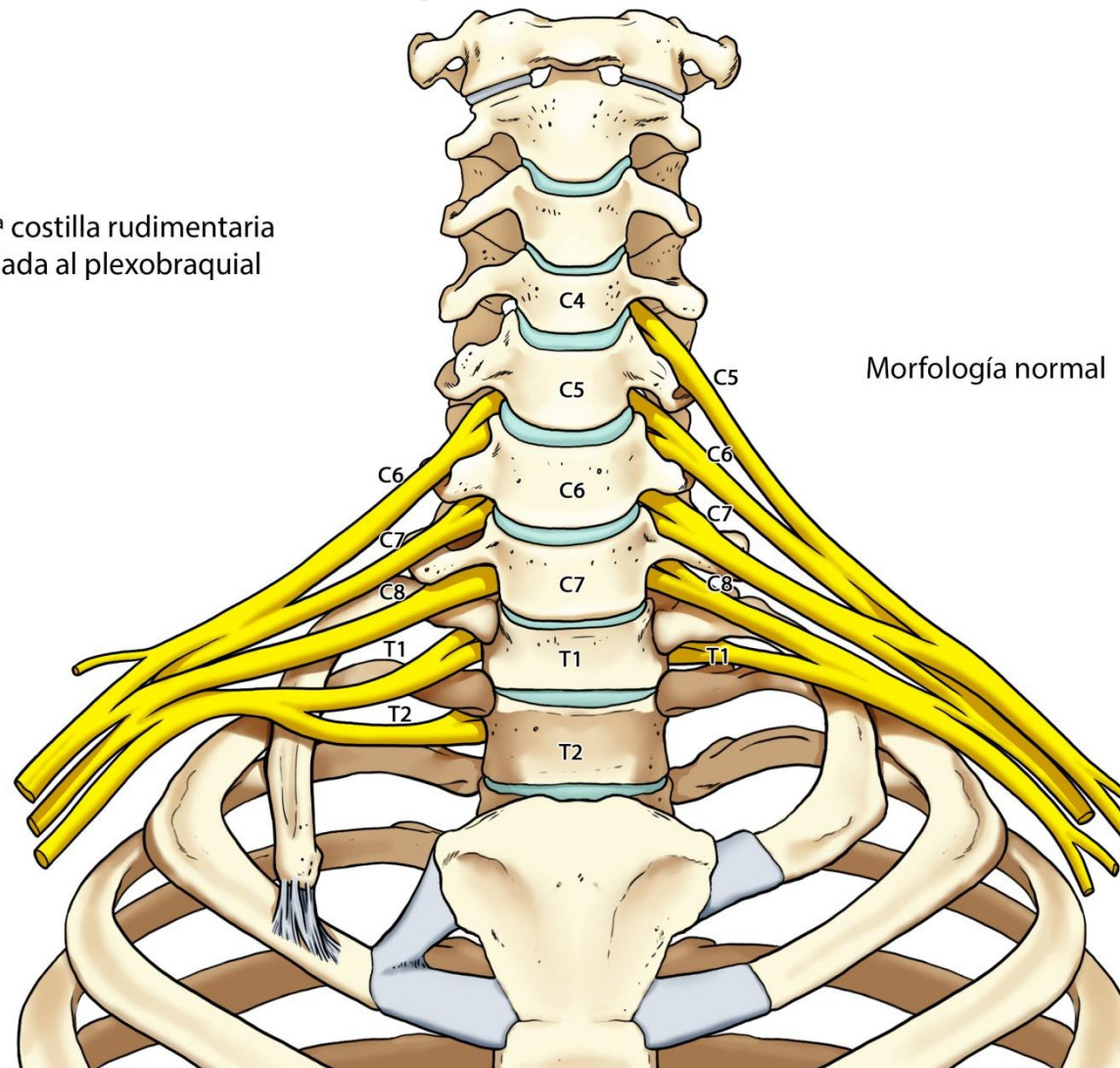


Costilla C7 que comprime la arteria subclavia: se produce una dilatación post-estenosis.



Compresión de la arteria subclavia por costilla cervical y banda fibrosa.

1ª costilla rudimentaria
fijada al plexobraquial

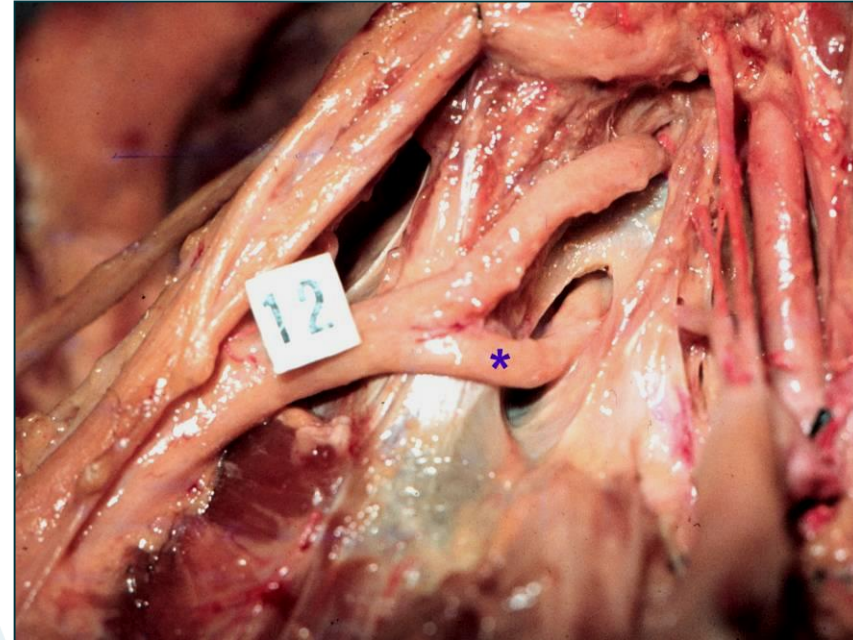
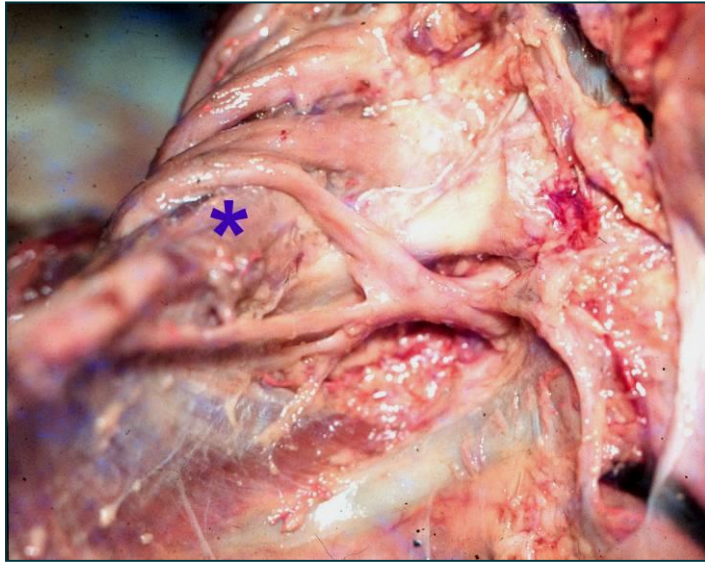


Morfología normal

La costilla cervical habitualmente no produce síntomas

Costilla C7 comprimiendo el plexo braquial

RELACIONES T1 / 1ª. COSTILLA

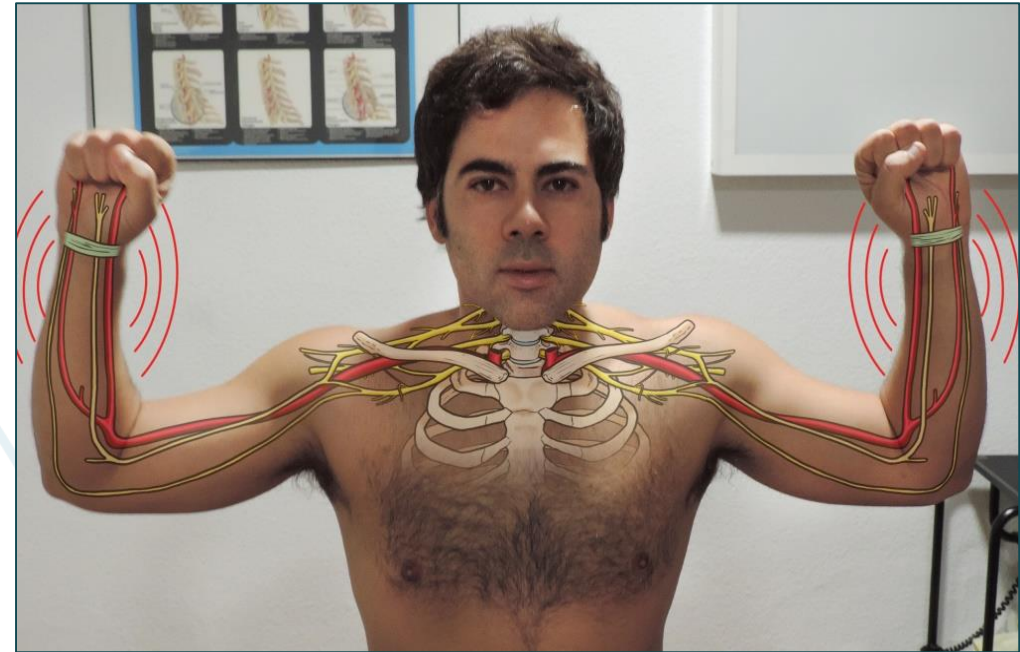
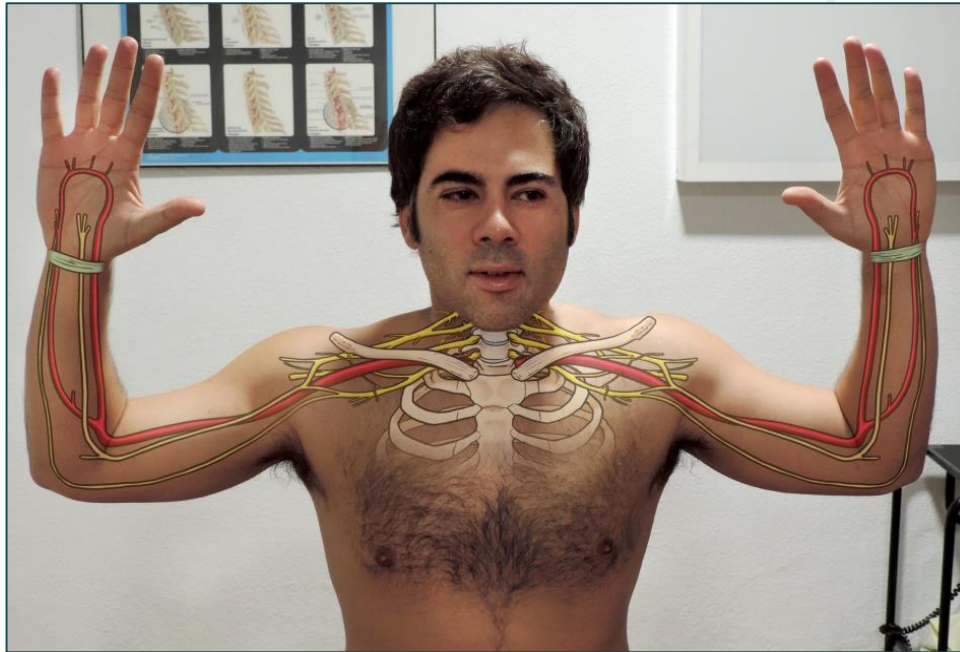


- La raíz T1 describe un bucle en “S” alrededor de la 1ª costilla. La raíz proviene de abajo, de atrás y de adentro; asciende oblicuamente hacia la cara superior de la 1ª Costilla, y luego se dirige oblicuamente hacia abajo y afuera.

- Los trastornos neurológicos son raros: los dolores afectarían al territorio C8 y se acompañan de hormigueos que aumentan con la posición del brazo a lo largo del cuerpo o por el porte de cargas pesadas.
- El diagnóstico es radiológico.
- El tratamiento es exclusivamente quirúrgico.



DIAGNÓSTICO ORTOPEDICO



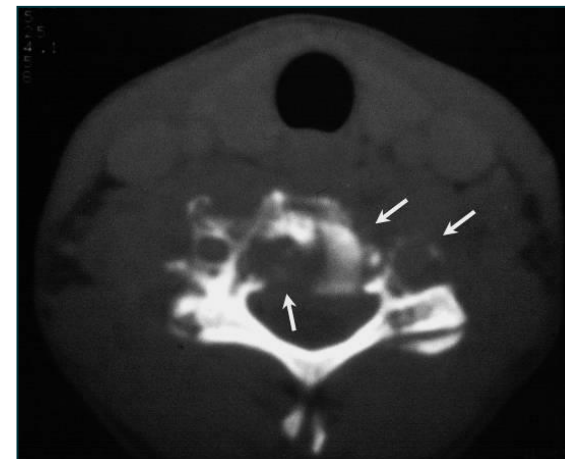
Test de Ross

II - NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y CÁNCER VERTEBRAL:

- Aunque los cánceres óseos no son frecuentes a este nivel cérvico-torácico, pueden existir metástasis óseas.
- El dolor es muy intenso.
- El dolor es rebelde a cualquier tratamiento.



ENFERMEDAD DE HODGKIN



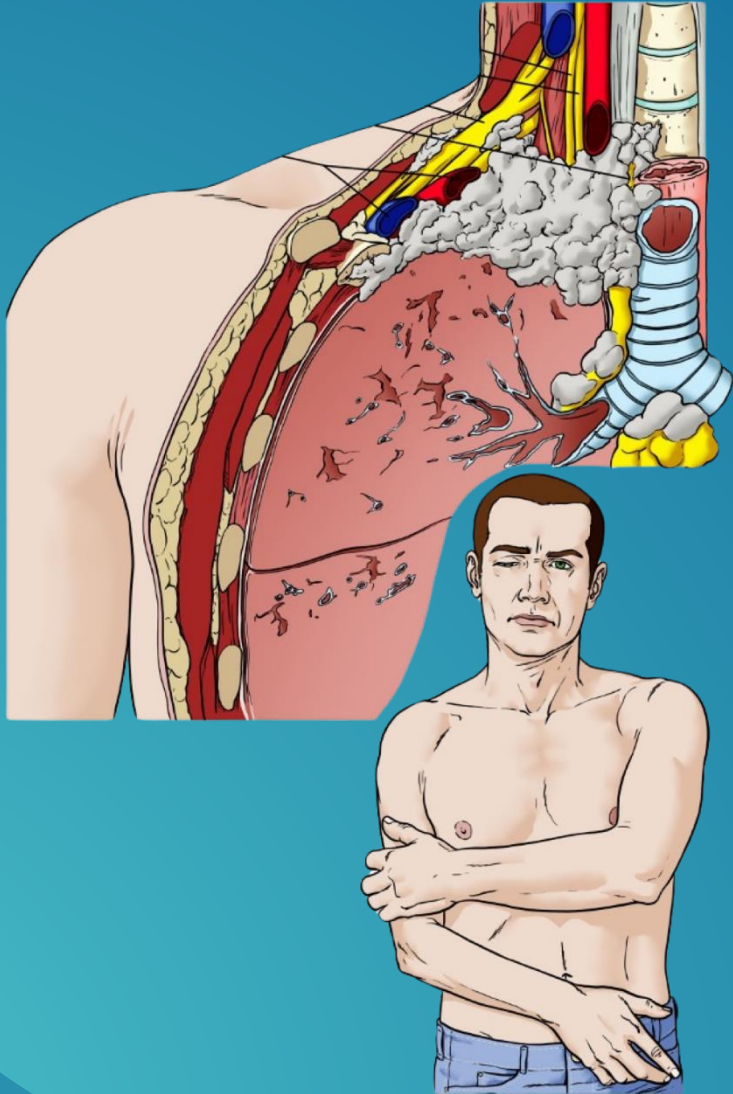
- La radiculalgia se acompaña a veces de signos motores. El interrogatorio pone en evidencia un cáncer primitivo.
- El diagnóstico es radiológico (imágenes de osteolisis con discos intactos, imágenes de condensación).



A - SÍNDROME DE PANCOAST-TOBIAS:

- Provocado normalmente por un cáncer del ápex pulmonar (la etiología tumoral sin embargo no es sistemática).
- Se le asocian los signos clínicos siguientes:
- Un síndrome radicular C8-T1 con signos neurológicos y dolores.
- Un síndrome motor de tipo ARAN-DUCHENNE con abolición del reflejo cúbito-pronador.





SÍNDROME DE PANCOAST-TOBIAS

- Un síndrome de Claude Bernard Horner (miossis, enoftalmia, estrechamiento de la hendidura palpebral).
- La presión del hueso supraclavicular engendra un dolor y revela una masa dura.
- La radiología muestra opacidad apical.



B - NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y NEURINOMA:

Cualquier tumor intrarraquídeo en el segmento cervical puede provocar una N.C.B. que se caracteriza por:

- Un dolor nocturno.
- Una exacerbación de los dolores en posición acostada.
- Una rigidez cervical.
- Un síndrome piramidal homolateral.
- Una amiotrofia del miembro superior.
- La radiografía muestra un agujero de conjunción más grande.



III - NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y MIELOPATÍA CERVICAL:

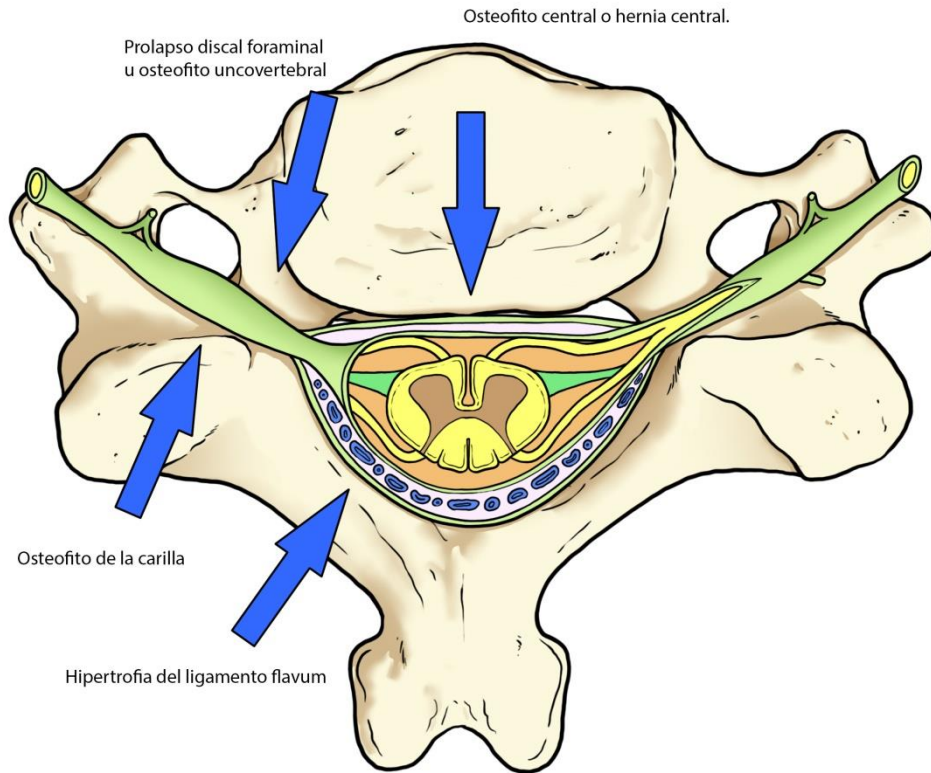
La etiología es múltiple, se asocia generalmente con una cervicoartrosis y una estenosis del canal raquídeo.

Signos clínicos:

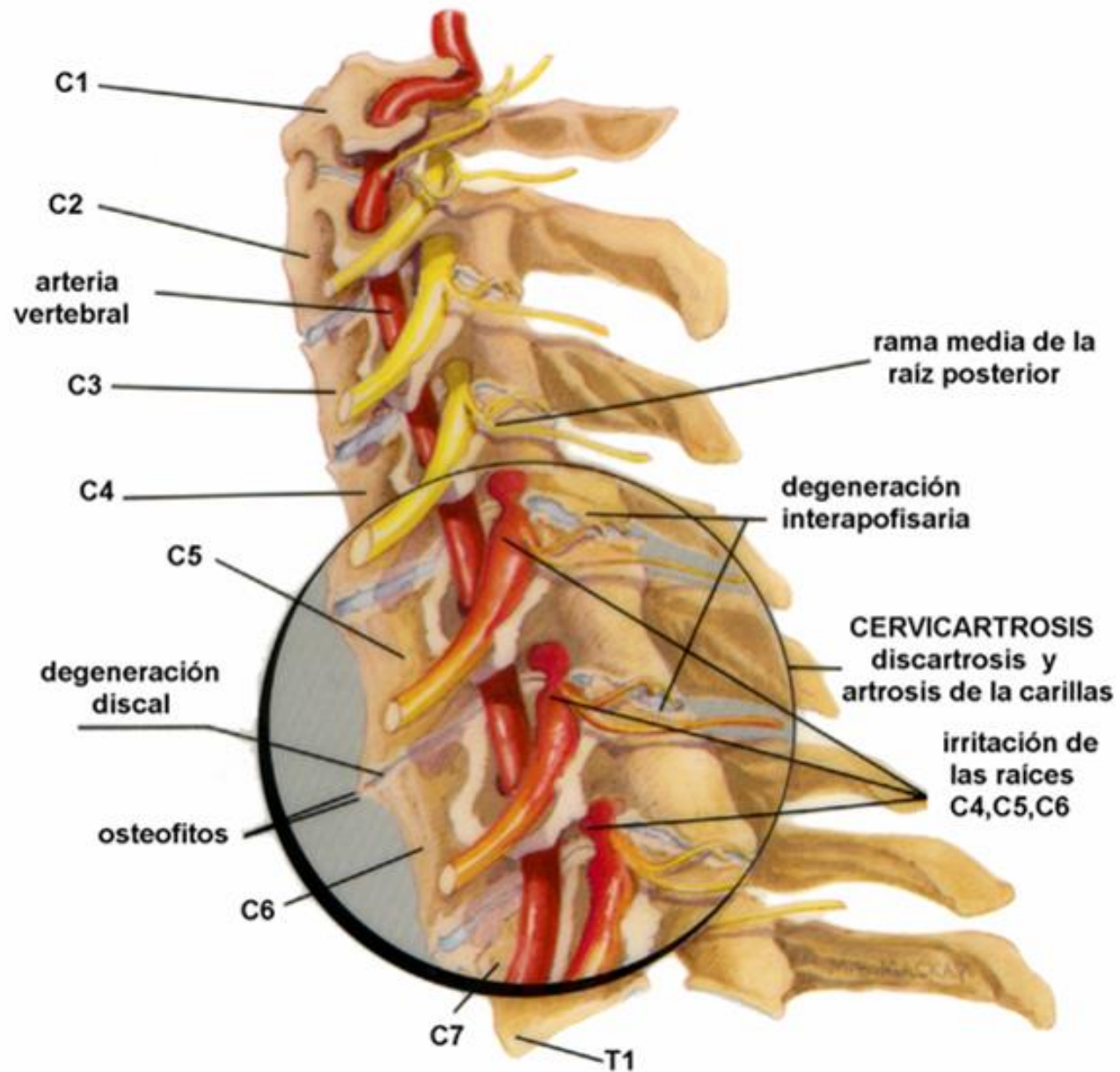
- Cansancio anormal al andar.
- Pérdida de la agilidad de las manos.
- Parestesias de los miembros.
- Síndrome piramidal de los miembros inferiores (hiperreflexia, Signo de Babinsky).
- Signo de L'hermite (sensación de descarga eléctrica al flexionar el cuello).



LUGARES POTENCIALES DE COMPRESIÓN MEDULAR O DE LA RAÍZ ESPINAL



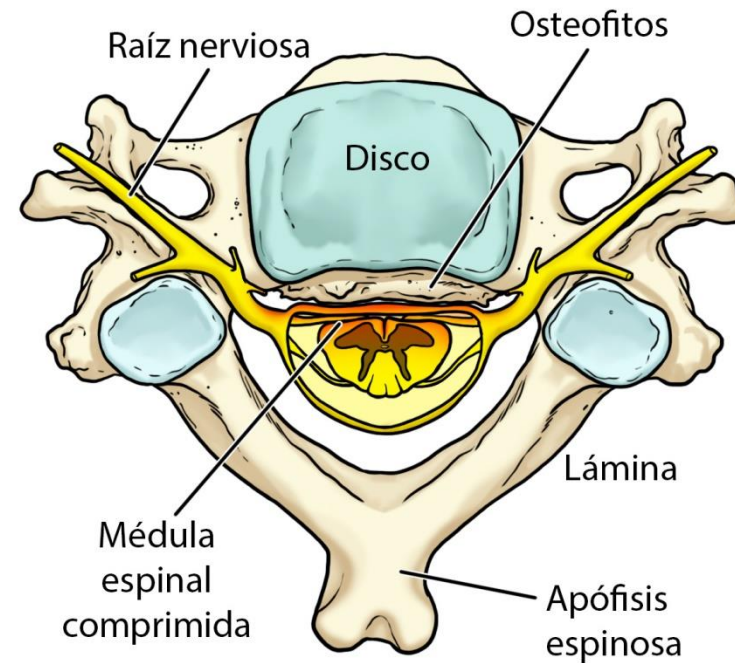
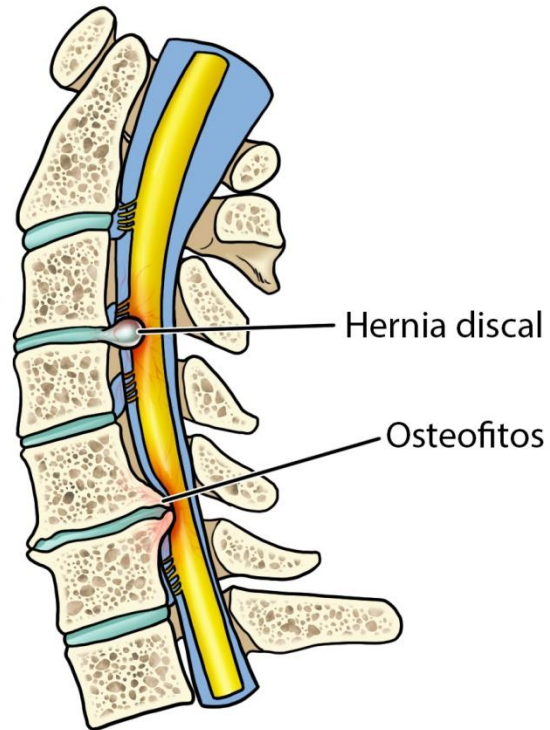
- 1 - Osteofito central o hernia central.
- 2 - Prolapso discal foraminal u osteofito uncovertebral.
- 3 - Osteofito de la carilla.
- 4 - Hipertrofia del ligamento flavum.



CERVICOARTROSIS

OSTEOFITOS CENTRALES

- Asintomáticas o causantes de síntomas mielopáticos (solo 5 % de los casos).



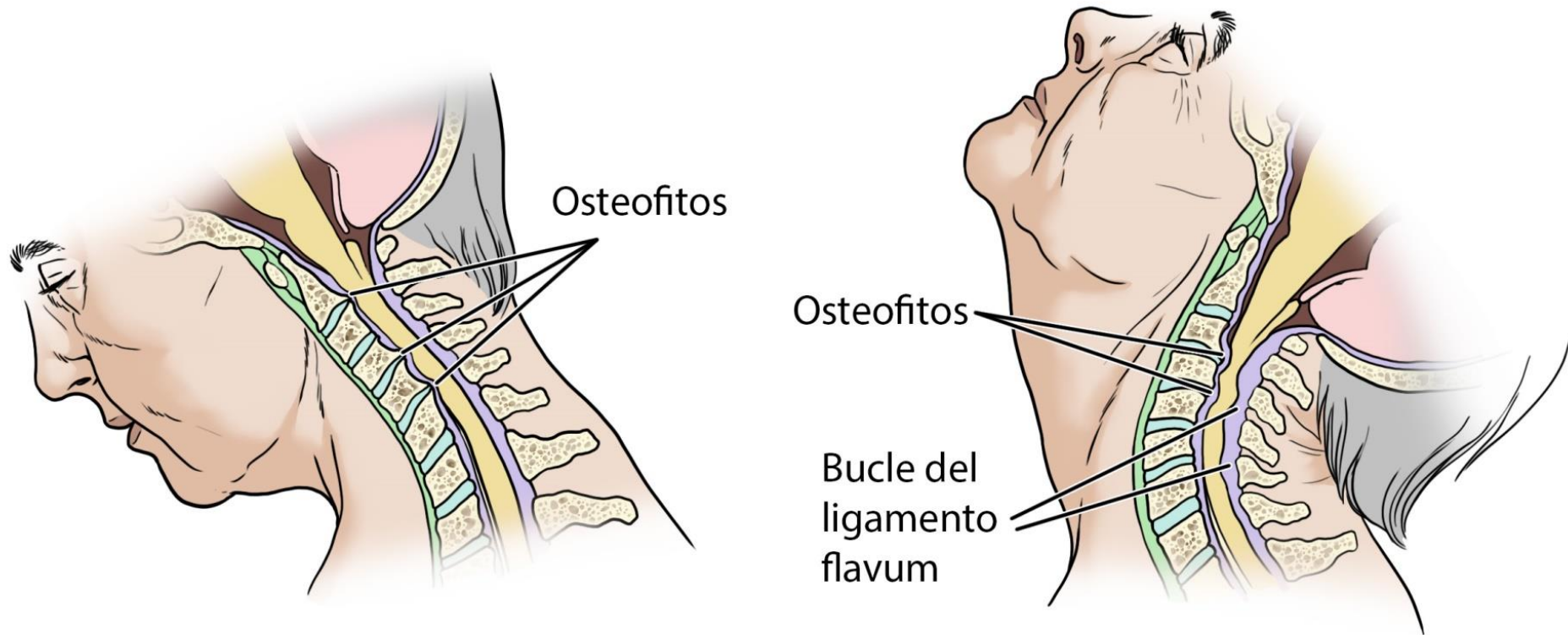
CERVICOARTROSIS



COMPRESIÓN MEDULAR POR OSTEOFITOSIS POSTERIOR

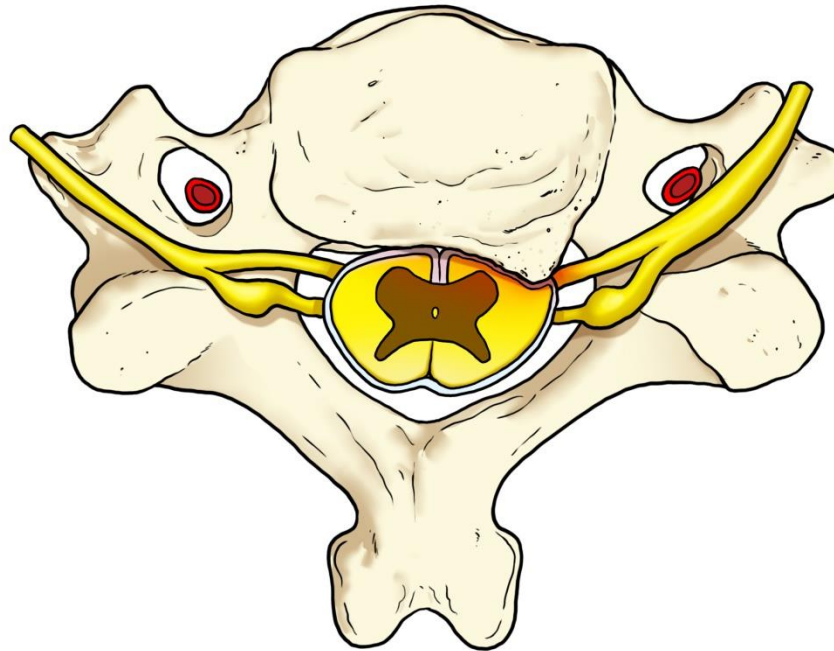


- Dolor en flexión y EXTENSIÓN (casi imposible).



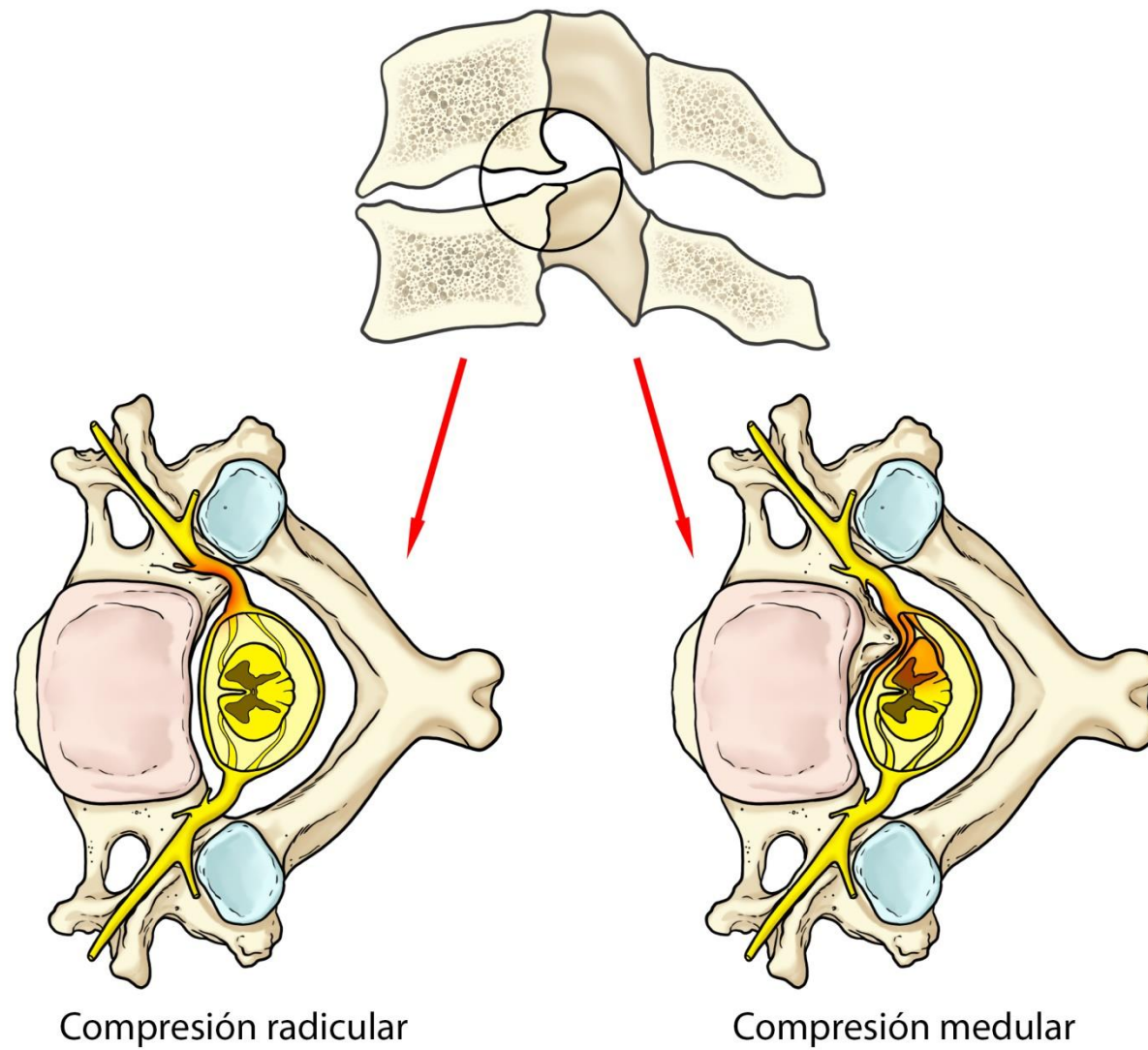
OSTEOFITO POSTEROLATERAL

- Comprime la raíz cuando esta emerge del saco dural antes del agujero de conjunción.

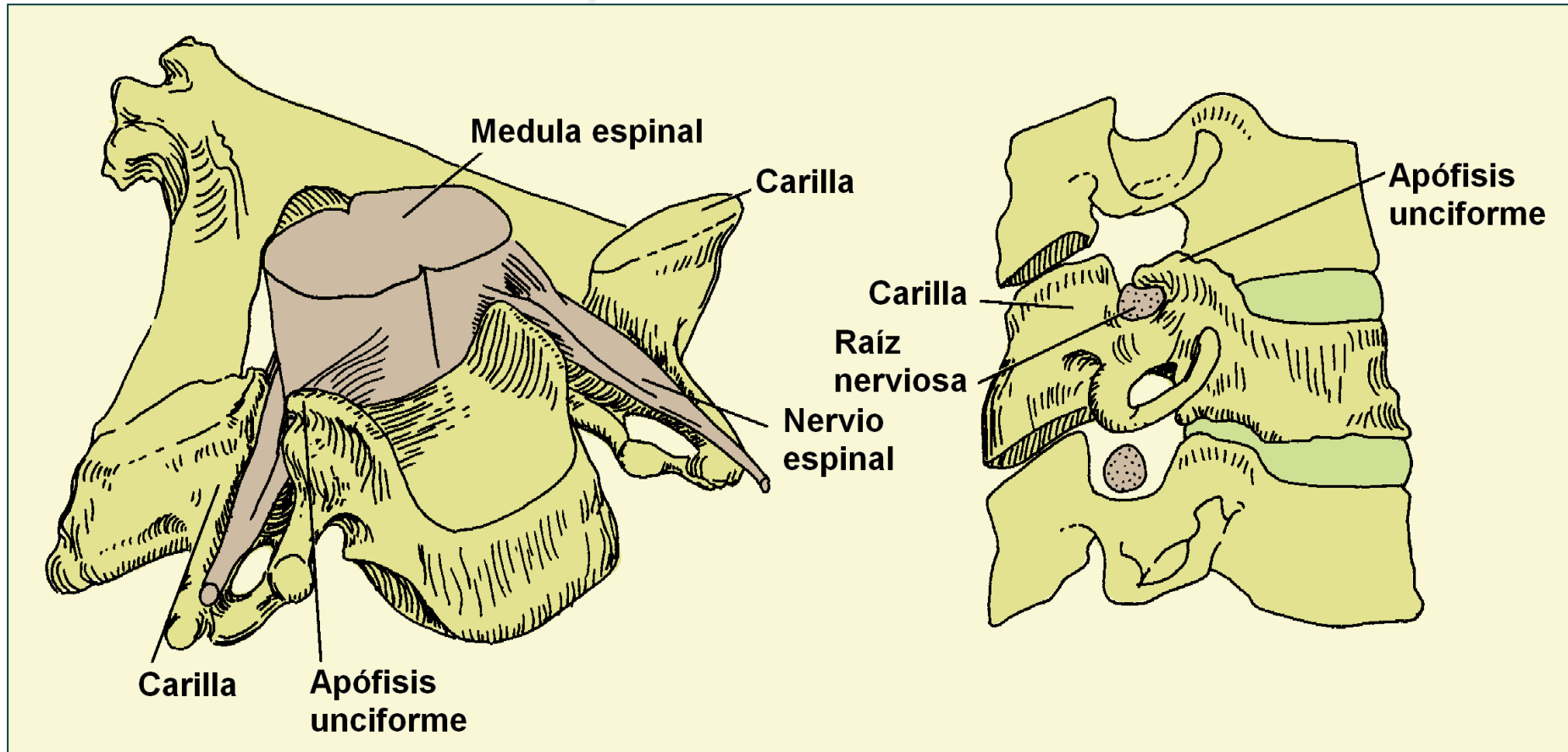


- Responsable de un dolor neuropático unilateral, pudiendo comprimir médula, raíz y saco dural.

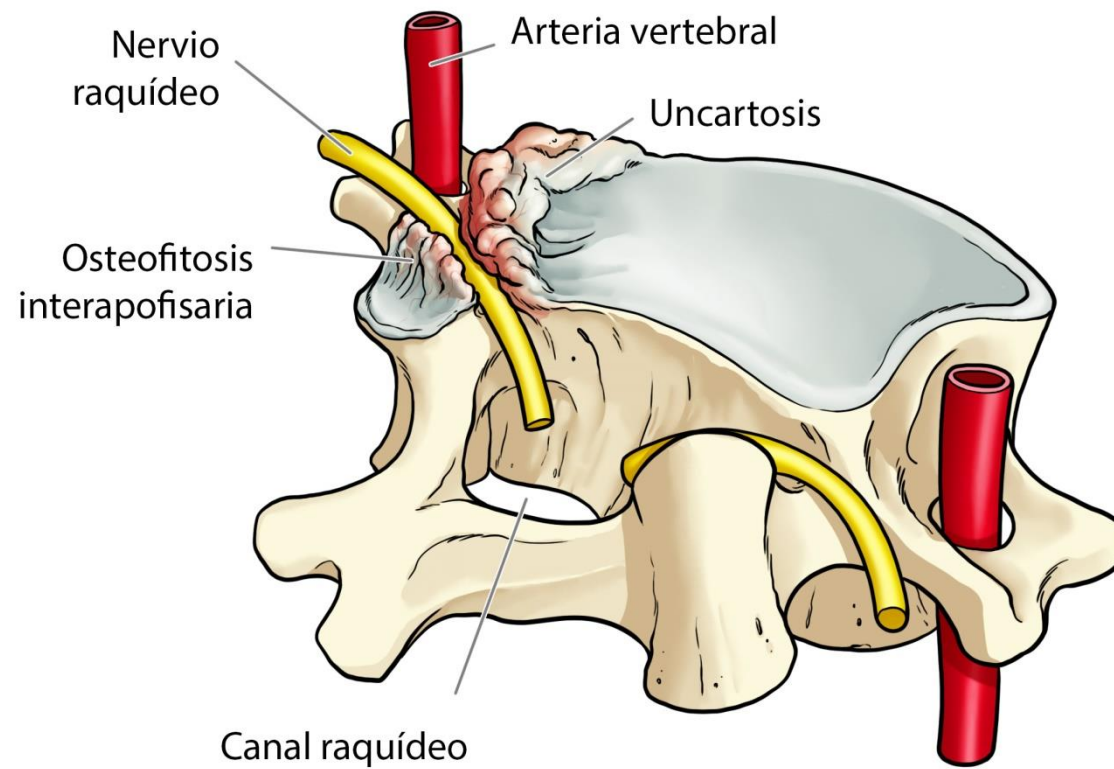
CERVICOARTROSIS



UNCARTROSIS



CERVICOARTROSIS

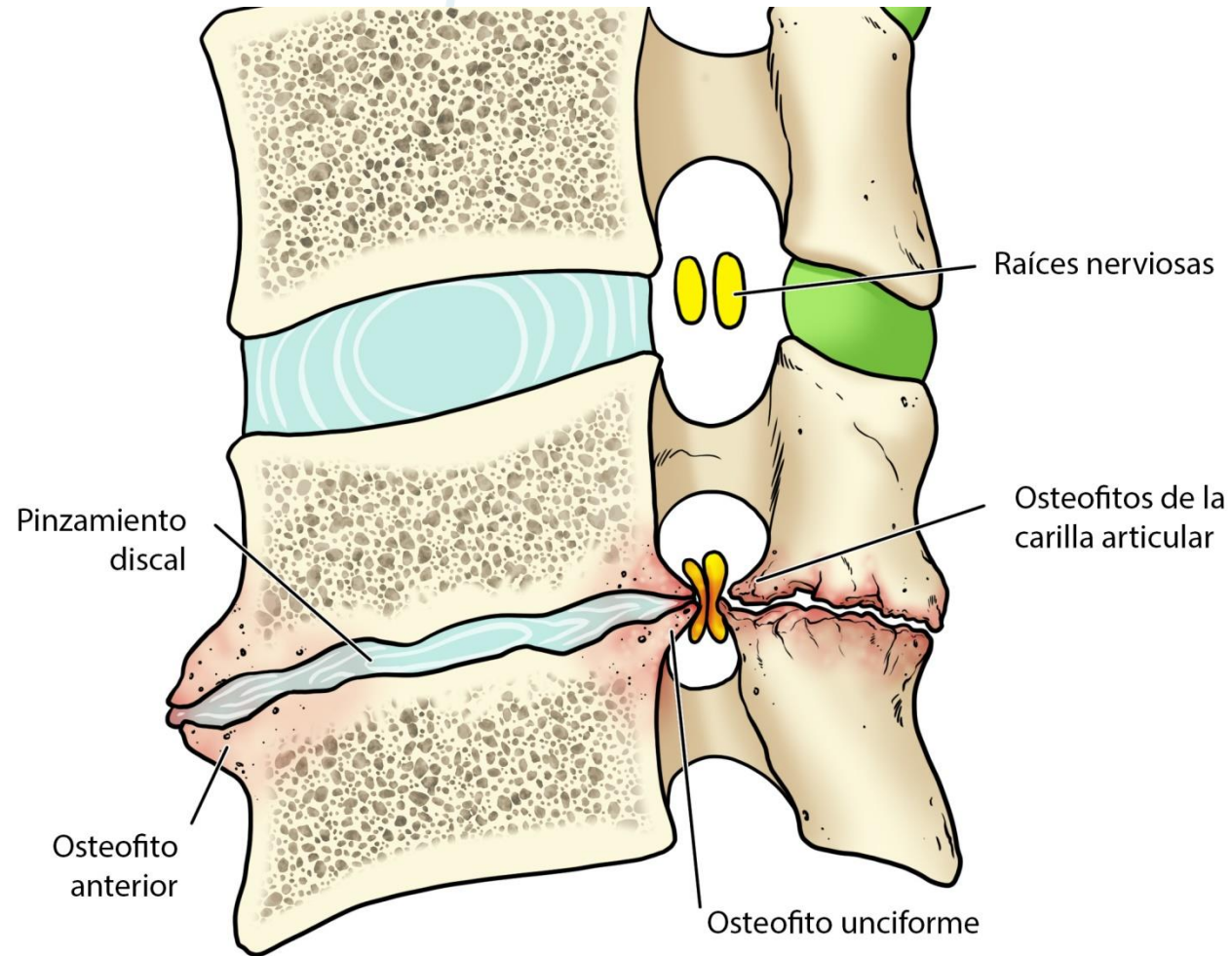


SÍNDROME DE BARRE-LIOU Y MANIPULACIONES

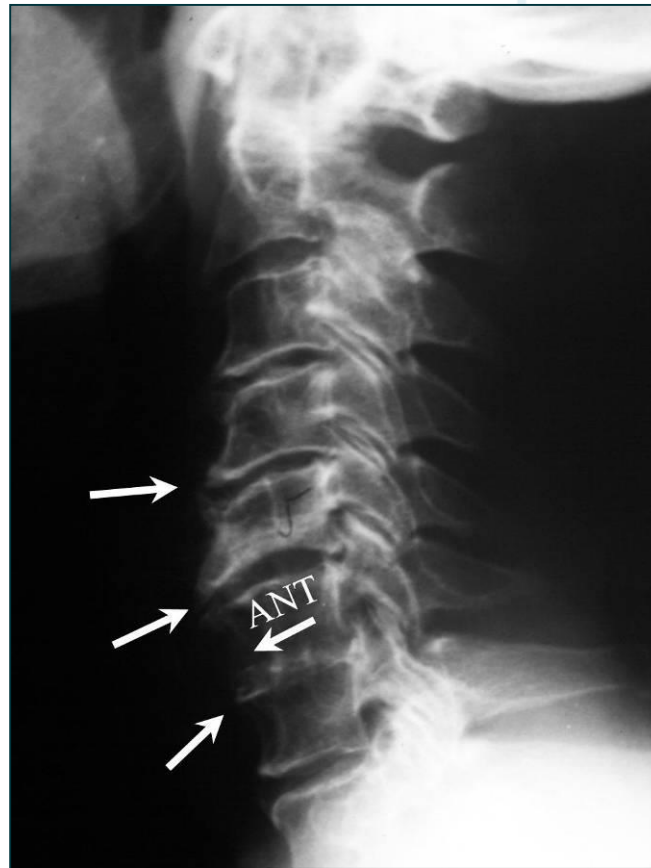


EL SÍNDROME DE BARRE-LIOU ES UNA CONTRA- INDICACION
FORMAL A LA UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICAS DE THRUST A
NIVEL CERVICAL

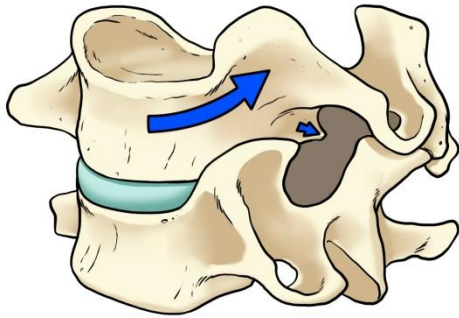
CERVICOARTROSIS



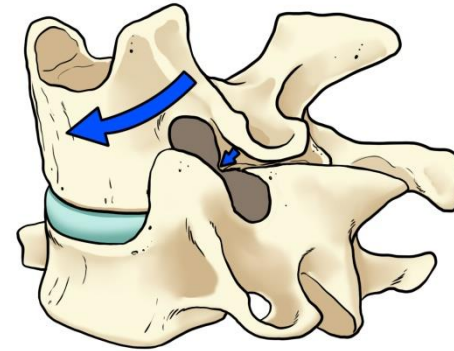
CERVICOARTROSIS



CERVICOARTROSIS Y ESTENOSIS FORAMINAL



Repercusión de una rotación izquierda sobre el agujero de conjunción en caso de osteofitosis uncovertebral izquierda.



Repercusión de una rotación derecha sobre el agujero de conjunción en caso de osteofitosis de la carilla articular izquierda.

CERVICOARTROSIS



La estenosis artrósica provoca un dolor neuropático unilateral con parestesias, hormigueos, posibles trastornos motores periféricos.

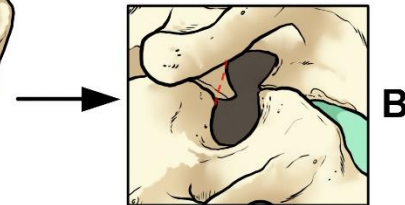
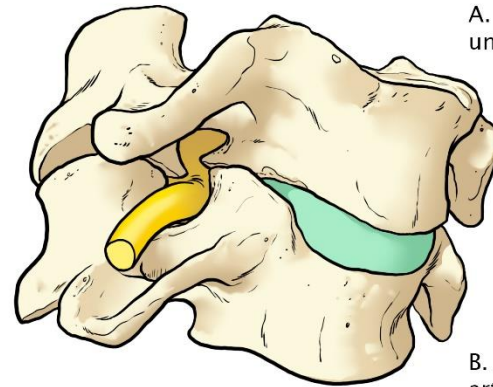
CERVICOARTROSIS Y ESTENOSIS FORAMINAL Y TIPOS DE THRUST POSIBLES

Estrechamiento de los agujeros de conjunción por osteofitosis



A

A. Aspecto en agujero de cerradura por uncartrosis con osteofitosis posterior



B

B. Aspecto en agujero de cerradura por artrosis interapofisaria posterior con osteofitosis anterior

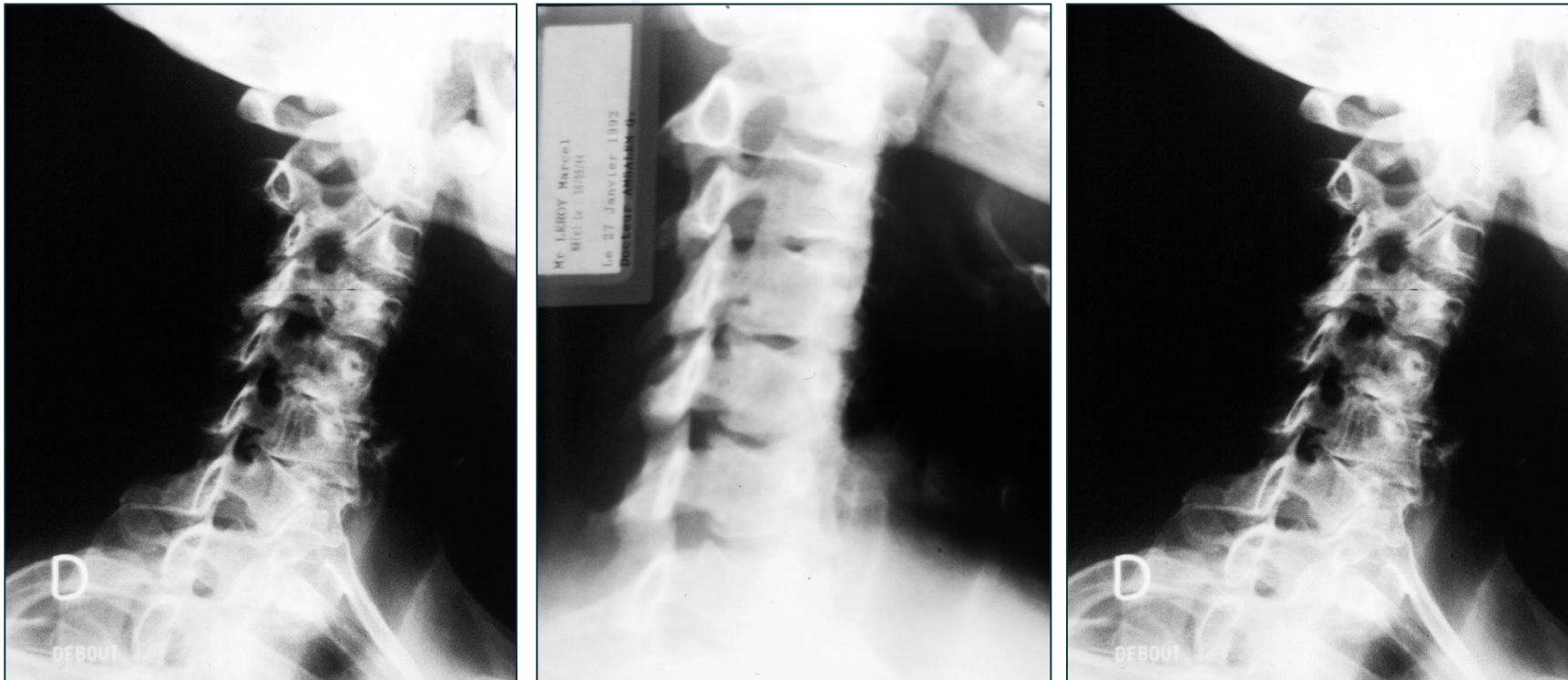


C

C. Aspecto en 8 por asociación de uncartrosis y de discartrosis interapofisarias posterior

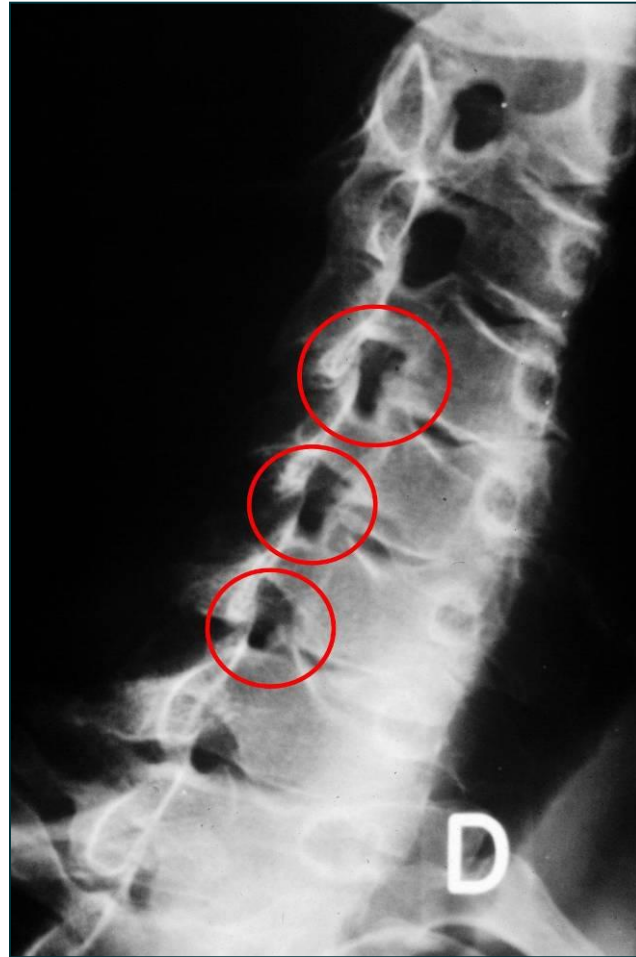


CERVICOARTROSIS

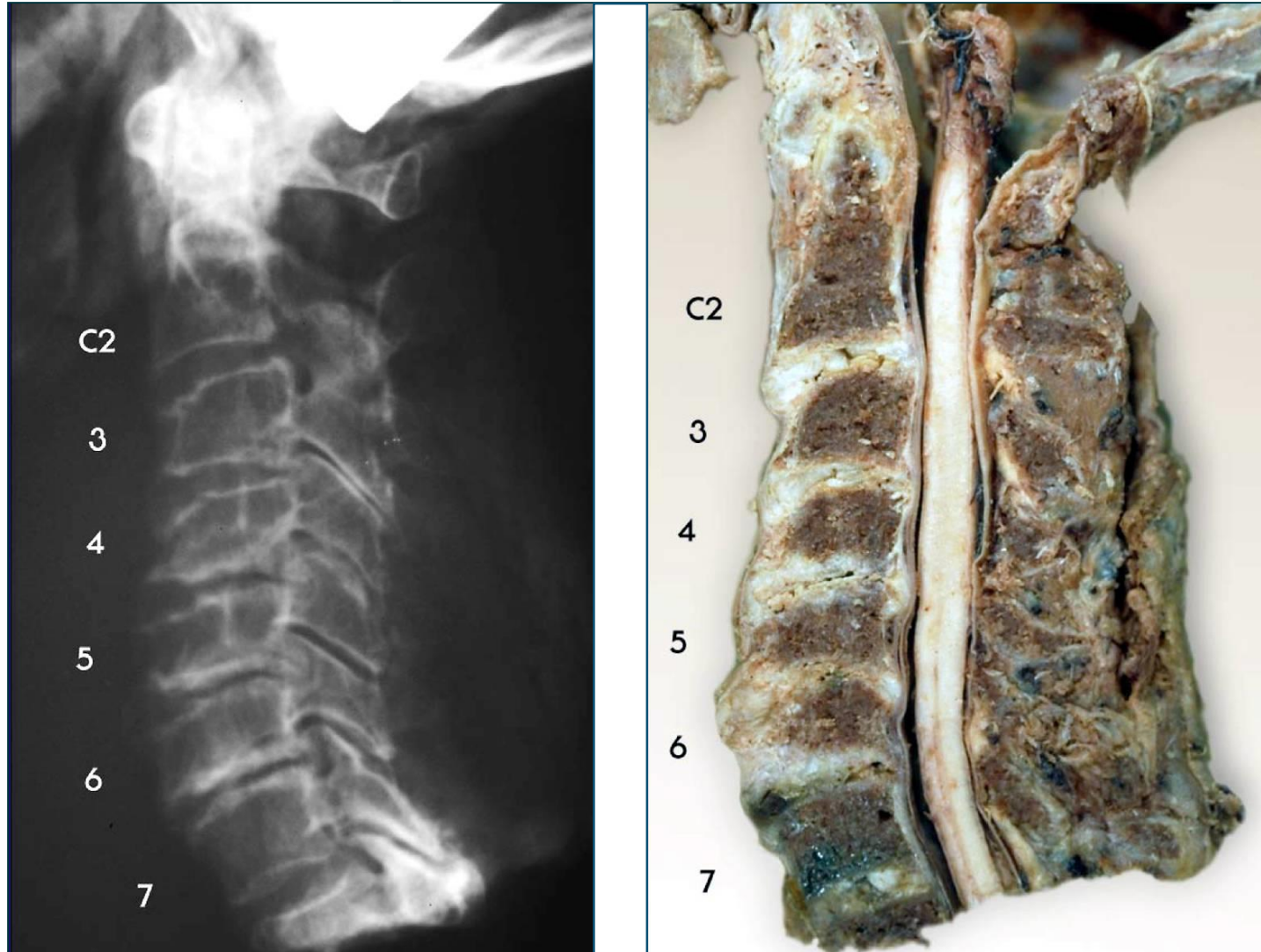


Las radiografías oblicuas son indispensables para determinar el tipo de manipulación cervical adecuada.

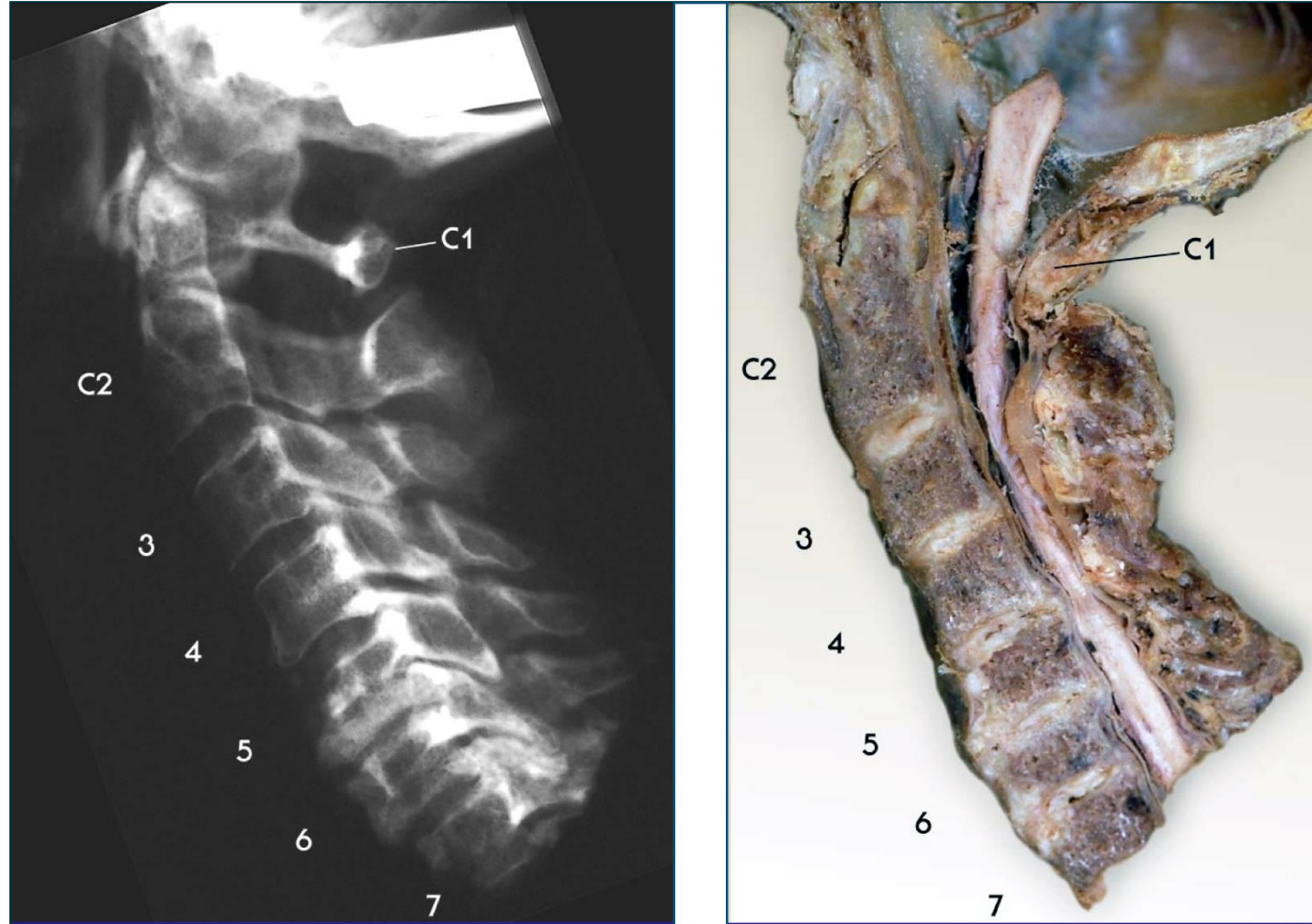
CERVICOARTROSIS Y ESTENOSIS FORAMINAL



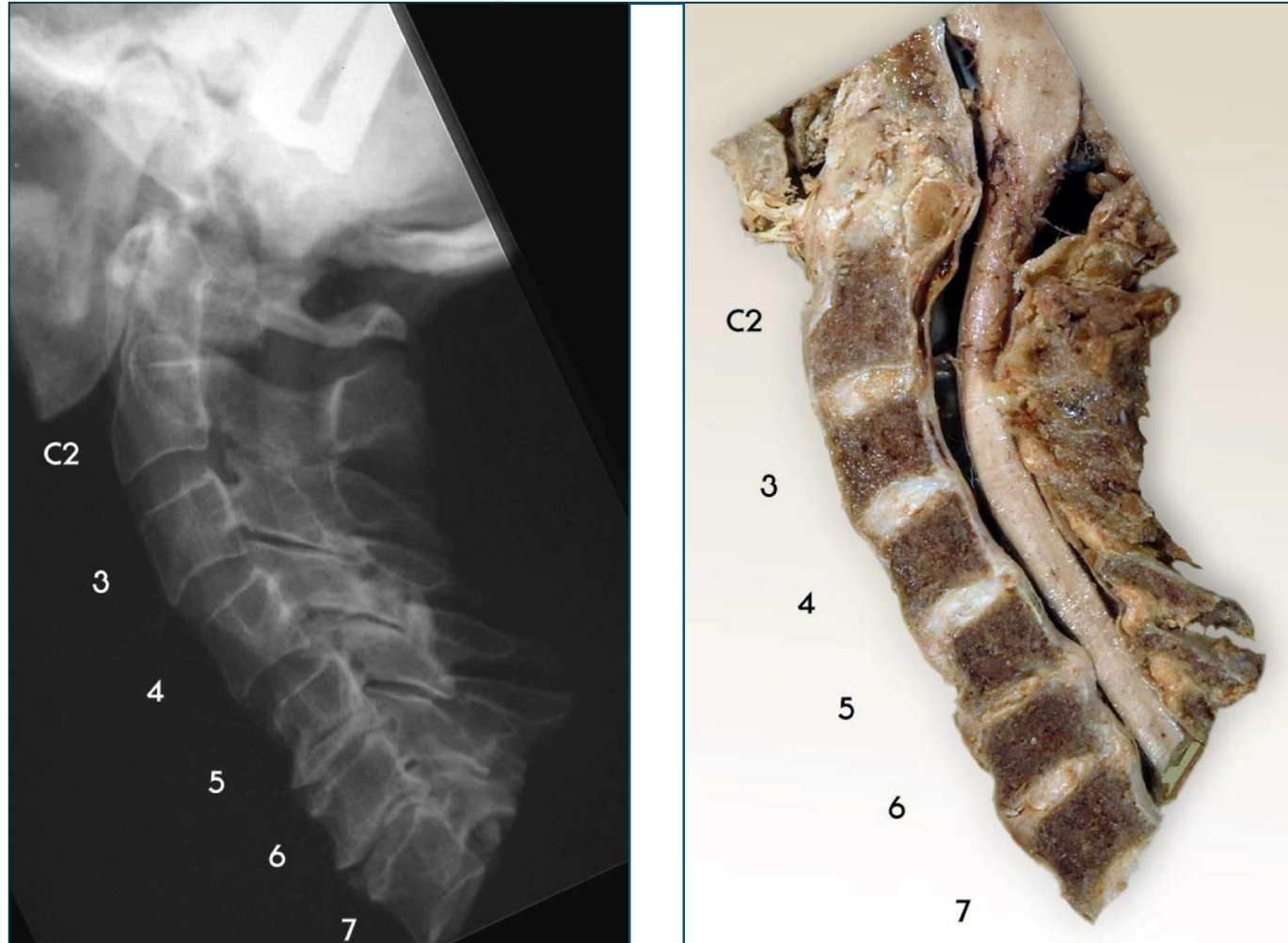
DISCARTROSIS CON PÉRDIDA DE LA LORDOSIS CERVICAL



Cervicoartrosis ,estenosis C4-C5.



Estenosis C5-C6 por discartrosis y protrusión discal.

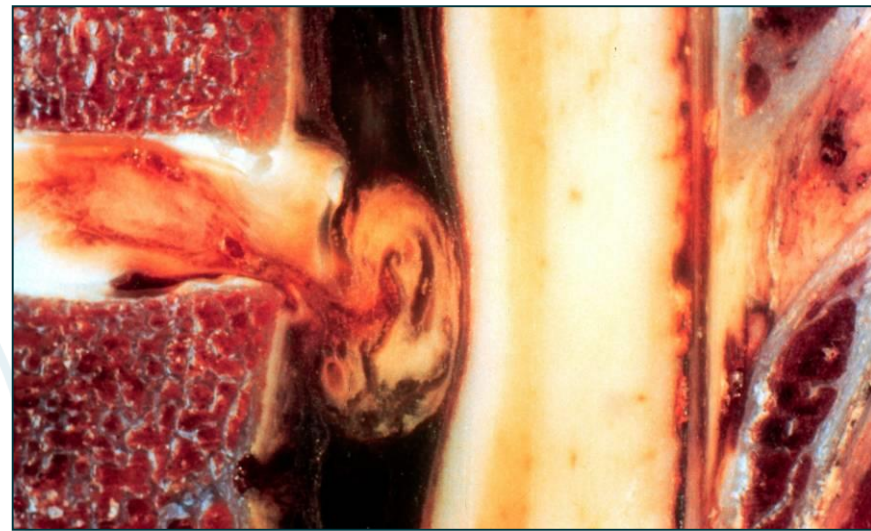


NÓDULO DISCO-OSTEOFÍTICO



- En ocasiones pueden asociarse en un mismo nivel vertebral una uncartrosis y una hernia discal en la misma dirección.
- Asocia los signos clínicos discales y artrósicos.

IV - NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y HERNIA DISCAL:

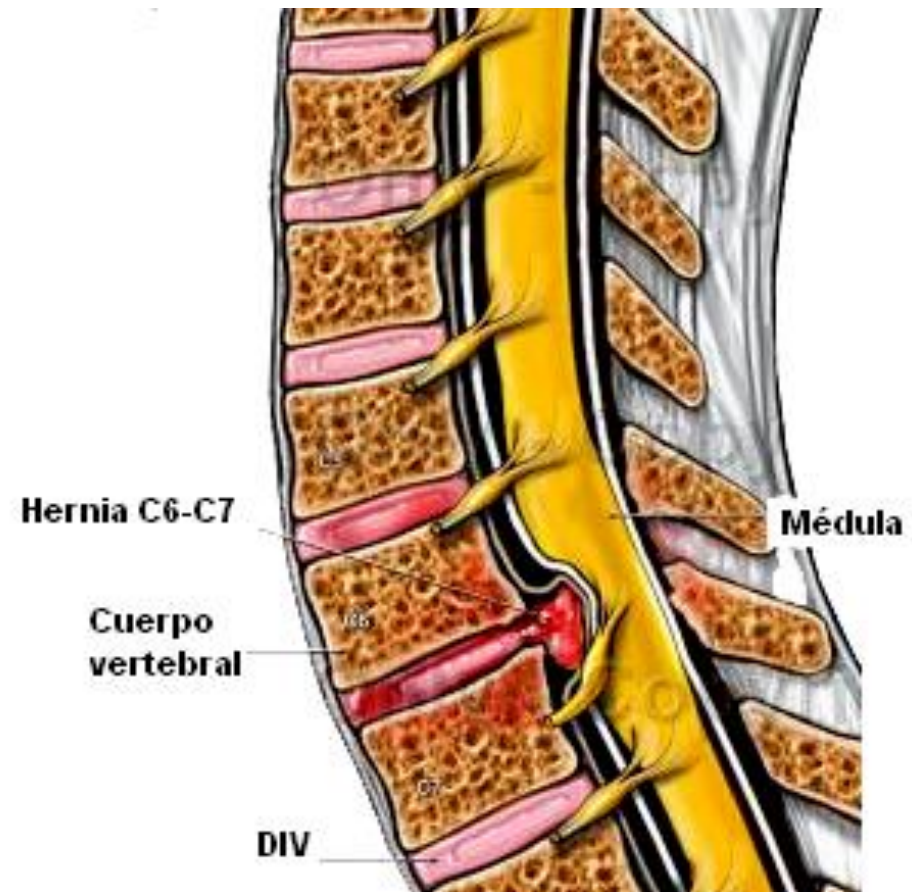
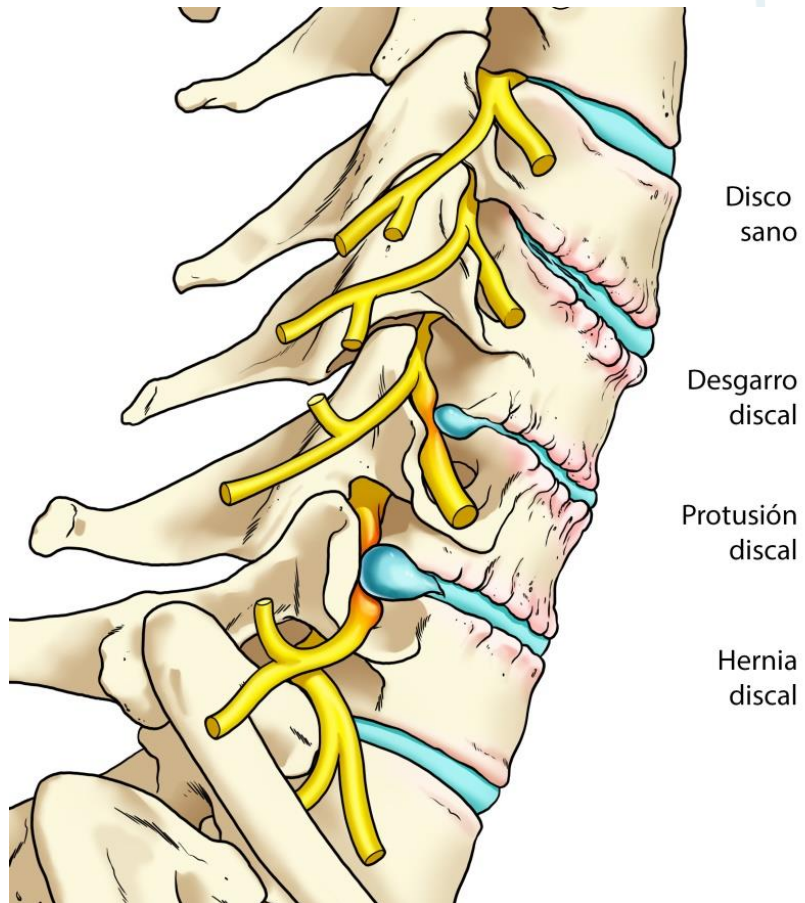


La compresión por hernia discal puede producir irritación de la médula o de la raíz nerviosa :

- Síntomas en relación con la raíz nerviosa : dolor neuropático unilateral con parestesias, hormigueos, posibles trastornos motores periféricos.
- Síntomas en relación con la compresión medular : dolor neuropático bilateral con parestesias, hormigueos, posibles trastornos motores periféricos y/o centrales.



HERNIA DISCAL CERVICAL



- El concepto de hernia discal cervical es relativamente reciente (Semmes y Murphey 1943).
- La primera técnica para extirpar el disco por vía anterior se describió en 1955 (Smith y Robinson).
- La cuestión es si el diagnóstico de hernia discal cervical implica tratamiento quirúrgico: ROTUNDAMENTE NO.



- Persiste el dolor radicular entre el 22 y el 32 % de los casos tras tratamiento quirúrgico y a veces sin él.
- Exploraciones con IRM confirman que fragmentos discales extruidos desaparecen o disminuyen de manera considerable de tamaño, dejando de comprimir las estructuras nerviosas.



HERNIA DISCAL



CLASIFICACIÓN DE LAS HERNIAS DISCALES SEGÚN SU MECANISMO DE PRODUCCIÓN

1) HERNIA DISCAL AGUDA TRAUMÁTICA:

- Se produce una migración de material discal hacia el canal a través de una rotura traumática del anillo fibroso:
- Antecedente traumático.
- Instauración rápida.
- Dolor intenso.
- Síntomas neurológicos frecuentes.

Este tipo de hernia discal se encuentra sobre todo en la población joven.



2) HERNIA DISCAL SUBAGUDA O «CRÓNICA»:

- Cuadro clínico de instauración subaguda a insidiosa, con antecedentes de cervicalgia previa.
- Afecta a adultos, entre 35 y 50 años, y es más frecuente en el sexo masculino.
- Es la evolución de una discopatía degenerativa asociada a fenómenos degenerativos uncovertebrales y osteofitos posteriores.
- Se produce una protrusión a través del anillo de material discal que comprime la raíz.



CLASIFICACIÓN DE LAS HERNIAS DISCALES SEGÚN SU NATURALEZA

1) HERNIAS DISCALES «BLANDAS»:

- Elementos del núcleo pulposo que salen a través de un esguince (rotura) del anillo fibroso que originan una compresión sobre las raíces o sobre la médula.
- En el 85-90 % de los casos la hernia discal se encuentra en el espacio C5-C6 (más frecuente) o C6-C7.
- Afecta sujetos jóvenes entre los 20 y 30 años.



- Distribución monorradicular.
- Tendencia a la disminución espontánea de tamaño hasta desaparecer.
- Estas hernias discales blandas agudas no son tan frecuentes por las siguientes razones anatómicas:



1. Disposición del ligamento común vertebral posterior a nivel cervical:

- Particularmente grueso y resistente.
- Ocupa todo el segmento posterior del disco.
- No deja lugar para que el contenido pulposo invada el espacio intrarraquídeo.



2. La presencia de las apófisis unciformes, que impiden la formación de hernias intraforaminales.

3. La raíz posterior queda a distancia de las hernias , separadas por la médula (más frecuente la compresión medular o compresión de la raíz anterior, que compresión de la raíz posterior).



2) HERNIAS «DURAS» O NÓDULO DISCO-OSTEOFÍTICO:

- Se comportan clínicamente como hernias discales foraminales.
- Producen una estenosis del agujero de conjunción y compresión de la raíz nerviosa a ese nivel.



Esta disminución del tamaño del foramen se debe a 3 elementos:

- Osteofito del ángulo posterolateral del cuerpo vertebral.
- Abombamiento y prolapso del anillo por la pérdida de altura discal.
- Osteofitos en las carillas.



- Es la causa más frecuente de neuralgia cervicobraquial de origen radicular C6 y C7.
- Incidencia máxima entre los 50 y 60 años; y preferencia mujeres.
- Inicio de forma insidiosa con posibles trastornos cervicocefálicos por irritación de la arteria vertebral o del sistema simpático que la acompaña.



- Los osteofitos posteriores de los cuerpos vertebrales pueden causar una compresión medular.
- La uncoartrosis es causa de dolor radicular por la invasión del agujero de conjunción por osteofitos procedentes de la articulación uncovertebral.



Existen tres tipos de lesiones fundamentales como causa de agresión a la raíz:

- a) Proliferaciones osteofíticas de la apófisis unciforme o de la faceta articular.
- b) Nódulos de sustancia discal degenerada, que protruyen a través de la articulación uncovertebral dentro del foramen.
- c) Edema inflamatorio de la raíz, componente de fibrosis de la vaina dural perirradicular o de la propia raíz nerviosa.

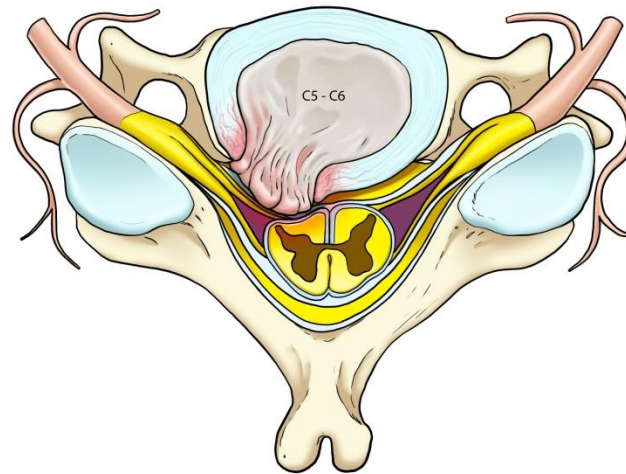
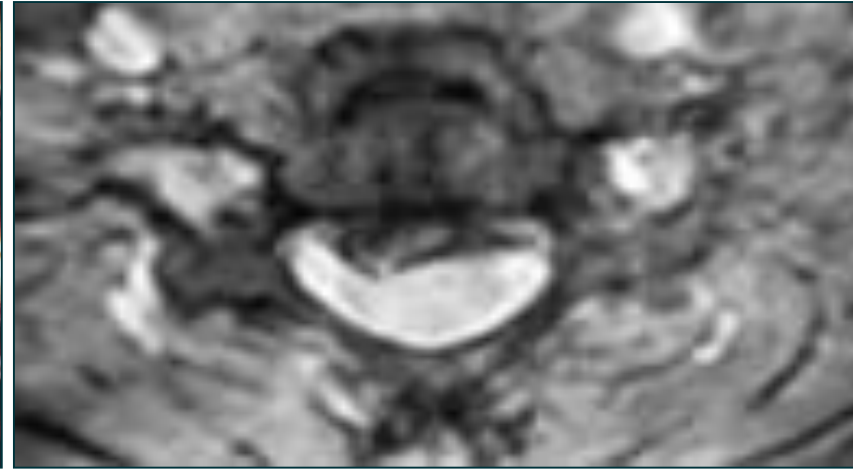


NOTA:

La raíz nerviosa ocupa sólo una quinta parte del foramen intervertebral, y la neuralgia cervicobraquial se debe más a irritación, inflamación o isquemia, que a una compresión física.



HERNIA DISCAL



CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIPO DE HERNIAS

1) ORIENTACIÓN DE LAS HERNIAS DISCALES:

- Medial o central.
- Posterolateral o interna.
- Foraminal (Nódulo disco-osteofítico).

2) HERNIAS SUBLIGAMENTARIAS:

- Simples (medial o posterolateral).
- Migradas caudalmente o cefálicamente (medial o interna).



3) HERNIAS TRANSLIGAMENTARIAS EXCLUIDAS:

- No fragmentadas (medial , interna).
- Fragmentadas (Ratón articular discal con /sin calcificación de la hernia).

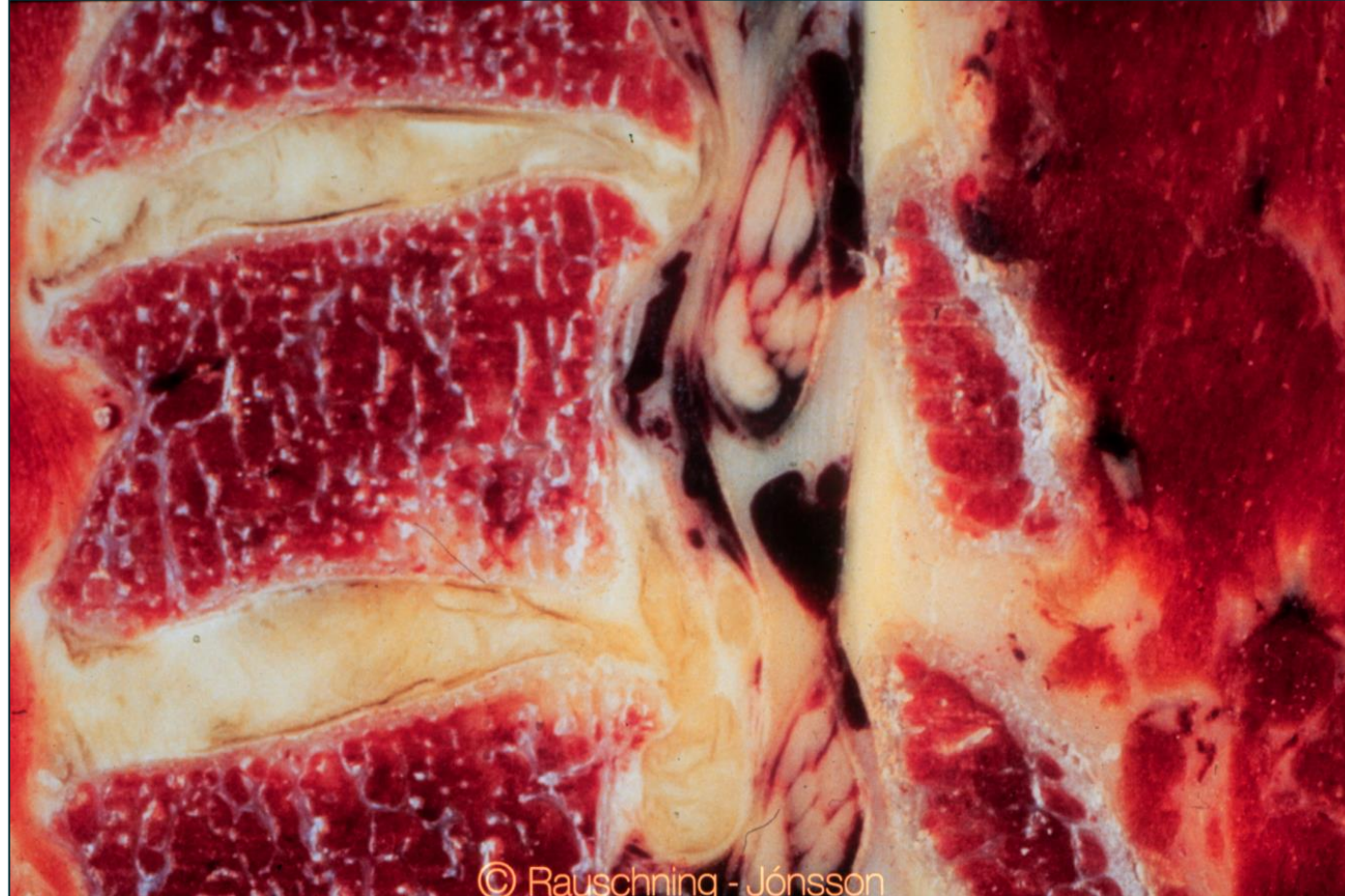
4) NÓDULO DISCO-OSTEOFÍTICO.

- Medial.
- Posterolateral.
- FORAMINAL ++++.

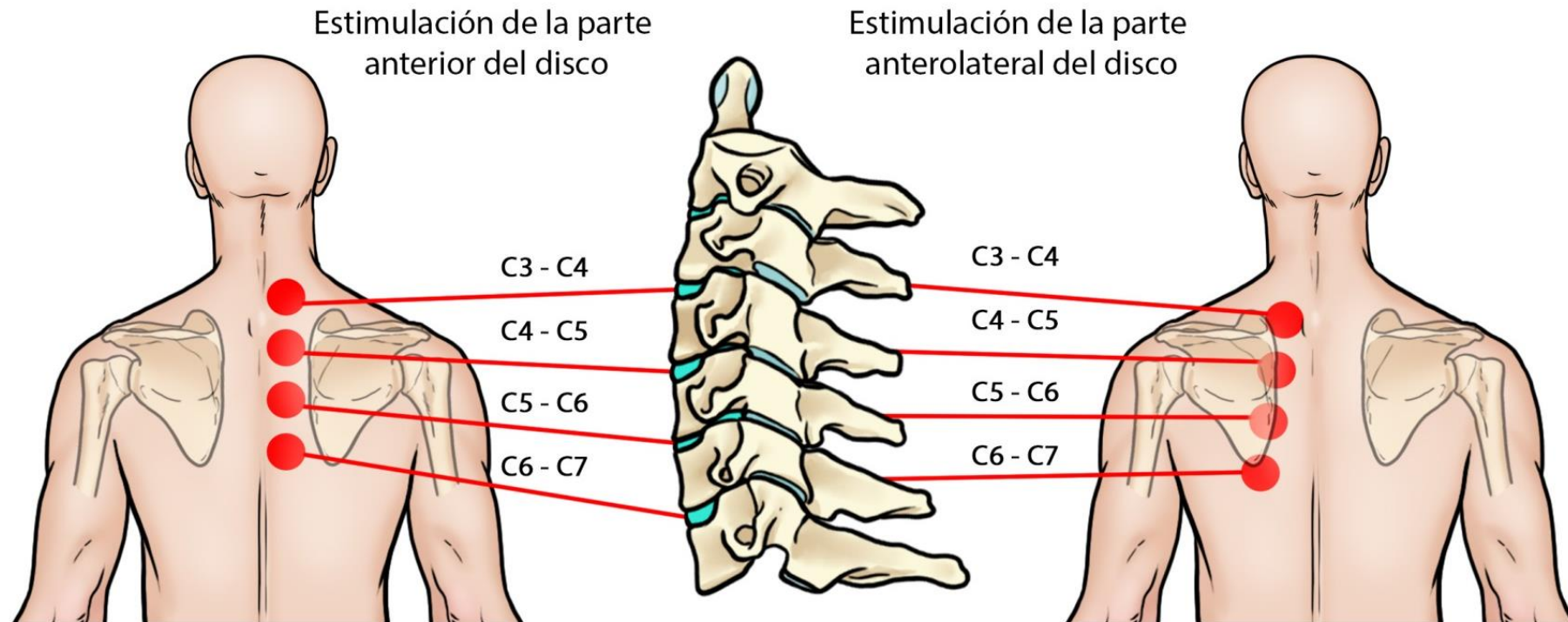
***LA HERNIA EXTRAFORAMINAL NO EXISTE A NIVEL CERVICAL
POR LA PRESENCIA DE LA APÓFISIS UNCIFORMES.***



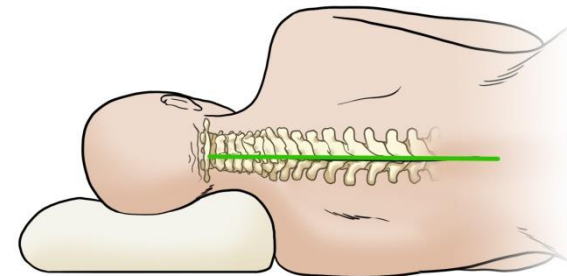
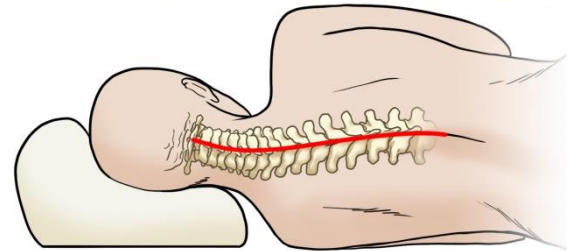
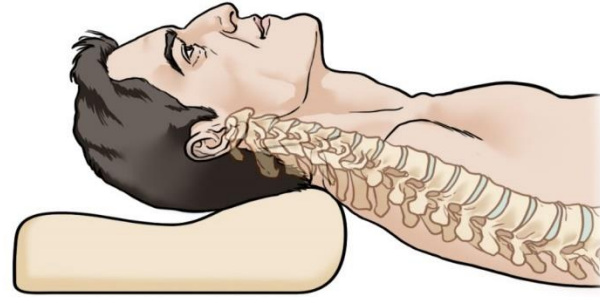
PROTRUSIÓN DISCAL C4-C5 Y HERNIA DISCAL SUBLIGAMENTARIA MIGRADA C5-C6



DOLOR REFERIDO DISCAL



UTILIZACIÓN DE UNA ALMOHADA ANATÓMICA





Comfort Trac

Otro sistema de tracción



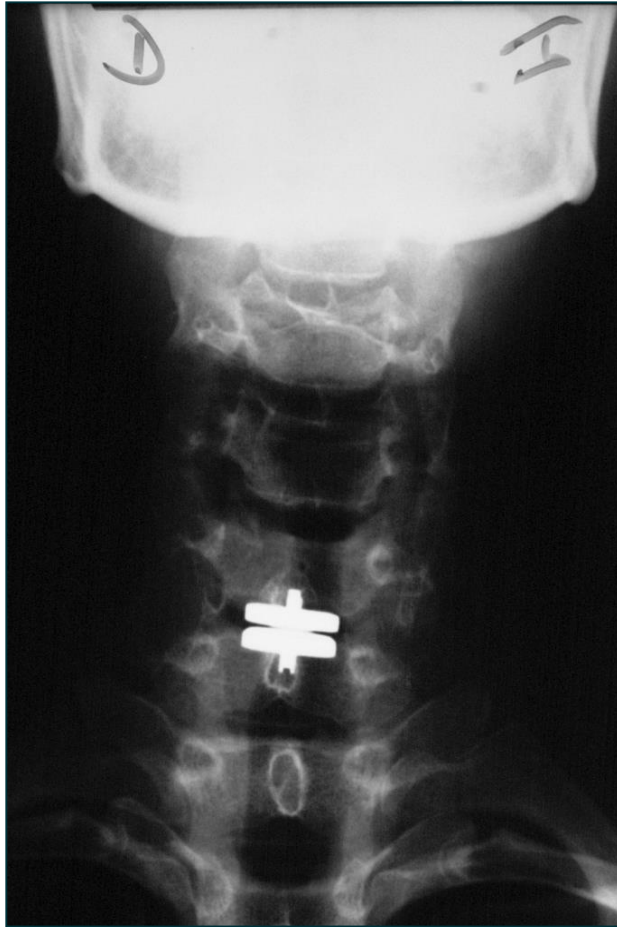
Saunders Hometracc Cervical Traction Unit



Con las evidencias clínicas (curso evolutivo de la enfermedad satisfactorio), y la demostración de la disminución del tamaño de las hernias discales ,la decisión de realizar cirugía debe ser muy meditada.



TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HERNIAS DISCALES CERVICALES



Cliché de frente



Cliché de profil

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS HERNIAS DISCALES CERVICALES



Cliché en flexión

- Los resultados sobre la movilidad no son buenos.



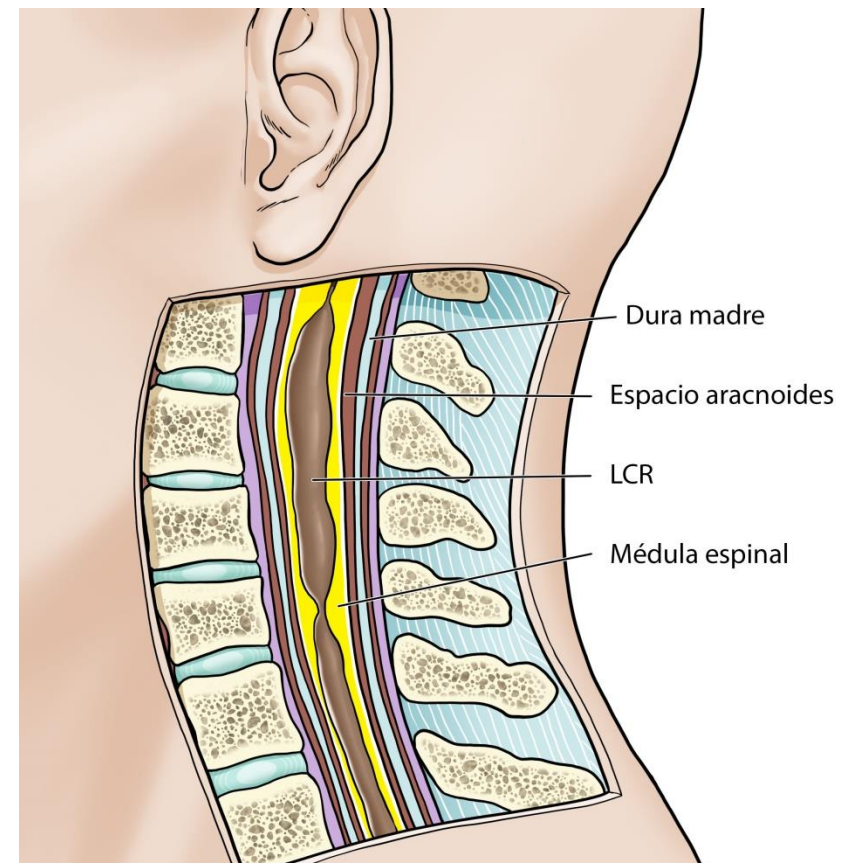
Cliché en extensión

V - NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y SIRINGOMIELIA:

La neuralgia cervico-braquial está asociada con:

- Una abolición de varios reflejos.
- Trastornos de la sensibilidad al calor y al dolor.
- Estos trastornos aparecen en bandas o multiradiculares, desbordando el territorio del plexo braquial.





VI - NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y ESPONDILODISCITIS:

- Las neuralgias cervico braquiales se acompañan de un contexto infeccioso y de rigidez cervical: la radiografía pone en evidencia signos de erosión y destrucción debidos a la infección.



POLIARTRITIS CRÓNICA EVOLUTIVA



Destrucciones
disco-somáticas
a nivel cervical.



Luxación anterior del atlas
por destrucción del ligamento
cruciforme.

VII - NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y ALGO-NEURO-DISTROFIA:

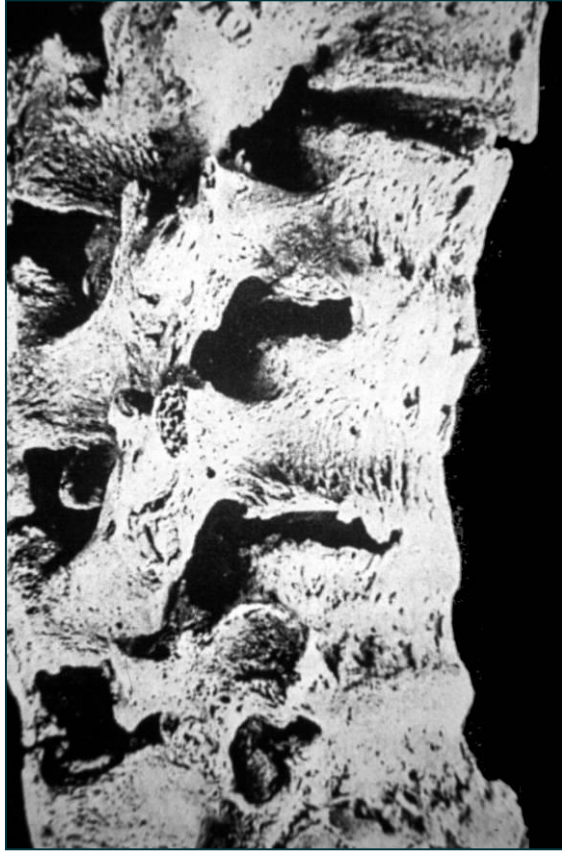
- La neuralgia cervico-braquial hiperálgica puede evolucionar hacia el hombro congelado con sucesión de dos fases de dolor después de anquilosis indolente.

VIII - NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y PATOLOGÍA REUMÁTICA:

- Existe un carácter inflamatorio del dolor.



LA PELVIESPONDILITIS ANQUILOSANTE



Las lesiones vertebrales evolucionan hacia la anquilosis articular por osificación ligamentaria.

HIPEROSTOSIS EXUBERANTE DE LE FORESTIER



IX - NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y AFECCIONES CONGÉNITAS:



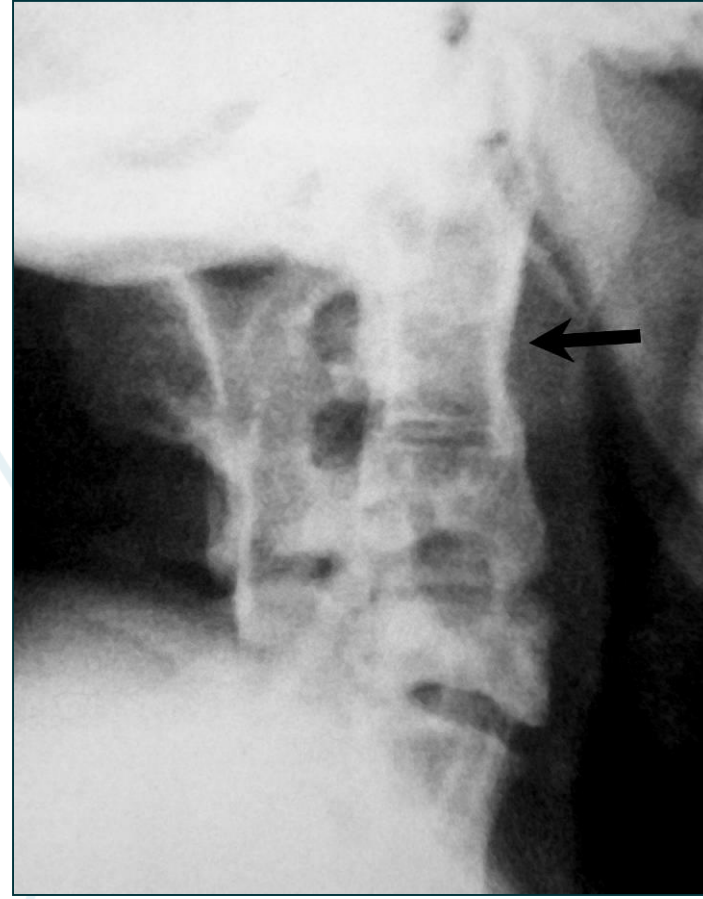
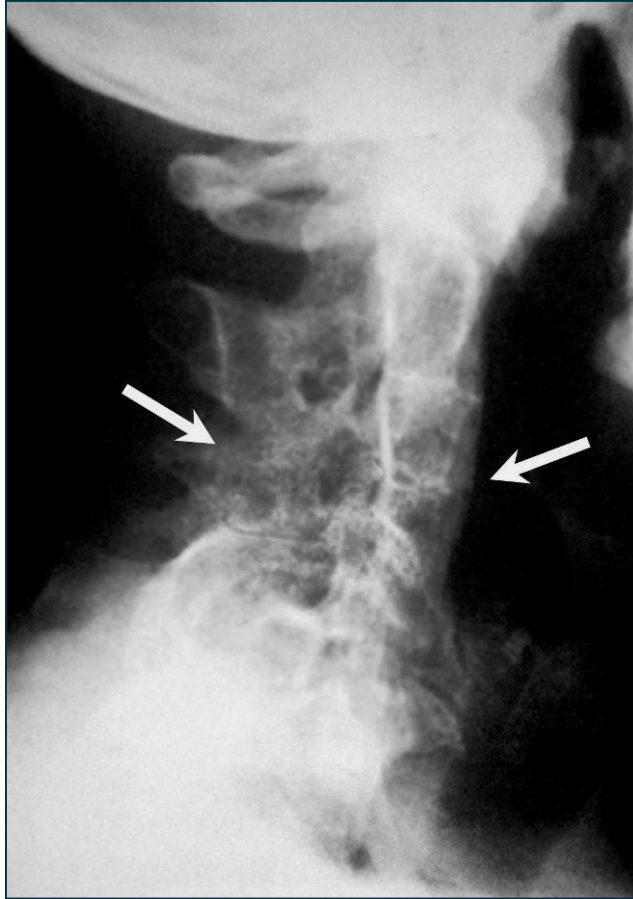
Síndrome de KLIPPEL-FEIL



SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL



SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL



X - NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y AFECCIONES DEL MIEMBRO

SUPERIOR:

La neuralgia cervico-braquial truncada tiene que ser diferenciada de ciertas afecciones:

- Peri-artritis escapulo-humeral (neurálgica C5 +++).
- Epicondilitis (neuralgia C6).
- Síndrome canalar del miembro superior:

Síndrome de los desfiladeros (escalenos).

Síndrome del canal del carpo (signo de tincl positivo).



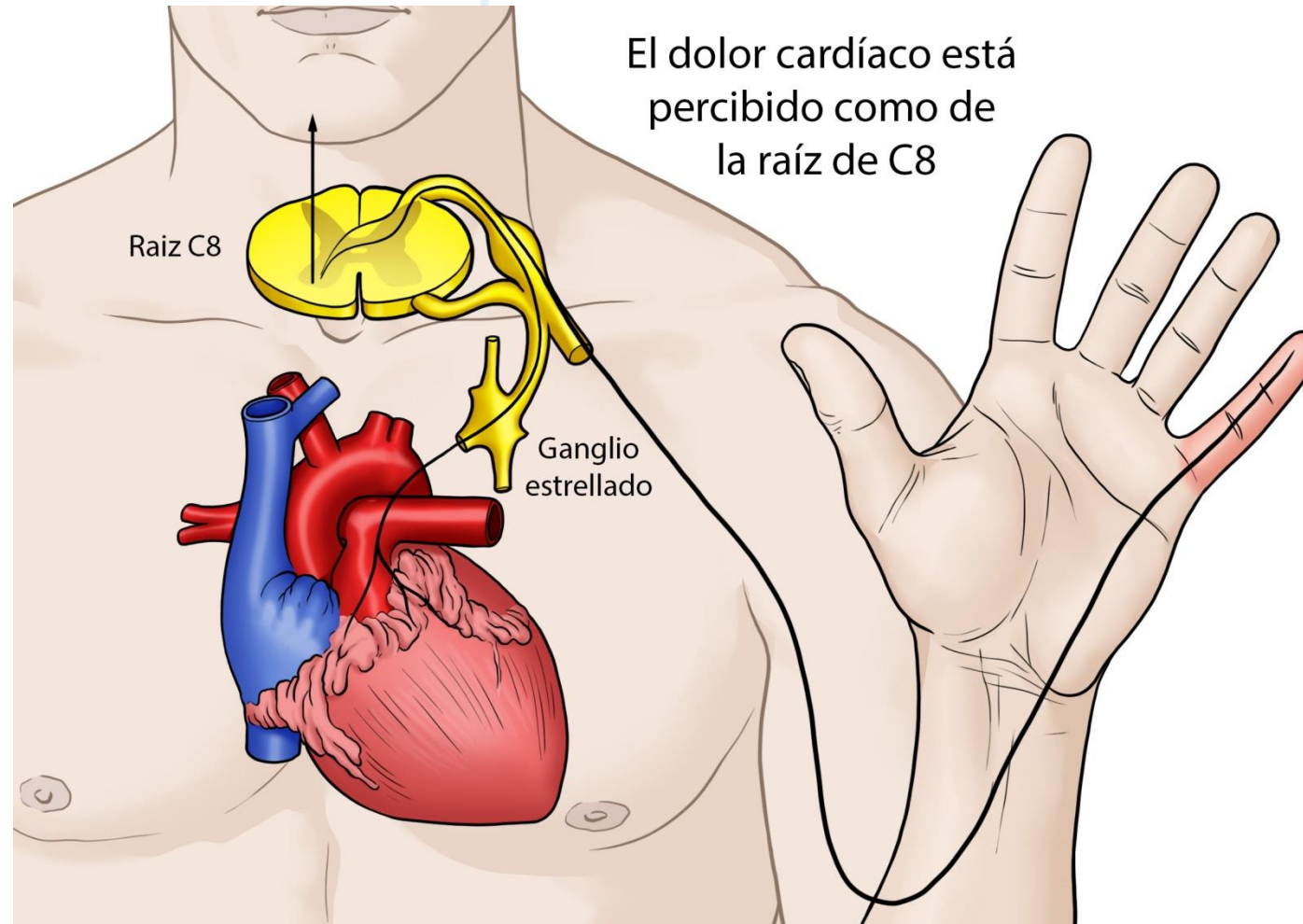
XI - NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y PATOLOGÍAS A DISTANCIA:

La neuralgia cervico-braquial puede confundirse con un dolor referido que resulta de una lesión visceral:

- Corazón: dolores del miembro superior izquierdo en afecciones coronarias.
- Vías biliares: dolores del miembro superior derecho.
- Pleura.



VÍAS NEUROLÓGICAS DEL DOLOR CARDÍACO



XI -NEURALGIA CERVICO-BRAQUIAL Y DEMAS AFECCIONES:

La neuralgia cervico-braquial también debe ser diferenciada de afecciones más raras como:

- El herpes zóster: una erupción vesicular después de unos días confirmará el diagnóstico.
- Una flebitis del miembro superior (edema miembro superior +++).



CONCLUSIONES:

En resumen el diagnóstico diferencial de neuralgia cervico-braquial se dividirá en 4 grupos de lesiones :

- Una espondilodiscitis.
- Una lesión maligna.
- Una lesión traumática.
- Una afección neurológica.

No debemos olvidar la implicaciones de eventuales periartrosis de hombro, epicondilitis, síndromes del canal del carpo.





Visita nuestro departamento clínico

CLASES PRACTICAS

www.clinicaeom.com