

Síndrome de latigazo cervical «whiplash»

Dra. María Elena Launizar-García*

* Anestesióloga. Anestesia en el Paciente Politraumatizado Grave. Hospital General «Xoco» SEDESA. Hospital General «Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías», IMSS. Profesora adjunta del Curso de Alta Especialidad «Anestesia en el Paciente Politraumatizado Grave», UNAM. Profesora Titular de la Especialidad de Anestesia SEDESA. Profesora de posgrado UNAM.

INTRODUCCIÓN

En un reciente análisis de más de 250,000 casos de traumatismo durante un período de 21 años, se han descrito como factores estadísticamente significativos que predicen este tipo de lesiones el mecanismo de la lesión (caída, lesiones deportivas, accidentes con vehículo de motor), edad menor de 30 años y sexo masculino. Una puntuación en la escala de Glasgow menor de 8 o pérdida de conocimiento, traumatismo facial o de cabeza, hipotensión y déficit con focalidad neurológica se asocian con un aumento de hasta 58 veces de la probabilidad de presentar una lesión cervical concomitante⁽¹⁾.

La segunda vértebra cervical es el nivel más común de lesión, seguido de fracturas de las dos vértebras cervicales inferiores. Un análisis reciente encontró que casi un tercio de todas las lesiones fueron consideradas sin relevancia clínica al no producir inestabilidad. Las lesiones de la columna cervical superior son responsables de hasta el 80% de mortalidad relacionada con los traumatismos de columna cervical. Estrictamente, el esguince cervical corresponde a un desgarramiento de alguno de los ligamentos que une las vértebras cervicales o de uno o más elementos de la región del cuello⁽²⁾ y que produce dolor en la zona de cuello.

En 1882, fue Erichsen quien introduce los términos de «*railway spine*» y «*railway brain*» refiriéndose a un grupo de trastornos psiconeuróticos secundarios a accidentes por colisión y frenazos bruscos en tren. La sintomatología de estas patologías incluye cefaleas, mareos, reducción de la capacidad mental, reducción de la vitalidad, cambios de personalidad, etc. Erichsen consideraba que la causa de estos síntomas residía en daños reales menores, poco valorables objetivamente en la médula espinal y en el cerebro. En contraste con Page (1885) quien consideraba que la causa de estos síntomas debía buscarse en un trastorno de base de personalidad de tipo histérico que

precipitaría las manifestaciones sintomáticas secundarias al accidente. Janet (1893), al igual que otros al observar estos síntomas pero de forma más integral, consideraba que la etiopatogenia de este trastorno debería buscarse en la combinación de factores físicos reales y factores psicológicos. Ya en 1923, Ryan y Cope⁽¹⁾ fueron los primeros en introducir la expresión de vértigo cervical en 1955, al considerar que su origen residía en una aferencia anómala al núcleo vestibular, consecuencia de la alteración de los receptores propioceptivos en la parte alta de la columna cervical. Hoy se tiende a utilizar el término de mareo, que incluye las sensaciones de mareo, vértigo e inestabilidad, hablándose de mareo cervicogénico o mareo de origen cervical Crowe introduce el término «whiplash» para referirse al mecanismo de producción de lesiones cervicales como consecuencia de mecanismos bruscos de aceleración. Durante los años de las guerras mundiales, este tipo de mecanismo fue el atribuido a las lesiones cervicales sufridas por pilotos de combate catapultados desde barcos de guerra.

A pesar de ser un padecimiento frecuente, su prevalencia no ha sido determinada nunca en una población de referencia y la incidencia tampoco se ha valorado de una forma prospectiva. En los EUA se ha calculado que entre un 20 y 52% de los lesionados en un accidente de un vehículo a motor (AVM) pueden sufrir un SLC, infiriéndose que la incidencia anual se encontraría alrededor de 3,8/1.000 habitantes, variable según los distintos países⁽²⁾.

Como reflejo del estado social del fenómeno del latigazo cervical, en 1966 el director de cine Billy Wilder introduce entre los personajes de su film *The Fortune cookie* a un abogado apodado «whiplash Willie» (Guille el latigazo). Este personaje era un letrado sin escrúpulos especializado en obtener indemnizaciones de las compañías aseguradoras haciendo simular a sus representados síntomas de síndrome de latigazo cervical.

El síndrome de latigazo cervical en un gran porcentaje se recupera en ocho a 12 semanas sin consecuencias, posterior a este período, disminuye la tasa de recuperación, se alcanzan a estabilizar los síntomas aproximadamente hasta los dos años o en un porcentaje aún no aclarado el dolor persistirá indefinidamente pero se cree que entre el 14 y 42% de los pacientes con SLC desarrollarían un dolor crónico en la región del cuello, y aproximadamente el 10% tendrían un dolor constante e importante de forma indefinida. Su frecuencia mayor es en el sexo femenino.

ETIOPATOGENIA

El 12% de las víctimas de trauma por accidentes viales y el 2-5% de las víctimas de trauma en general presentan lesiones de la columna cervical. Entre el 7 y 30% de éstas pueden resultar en lesiones de la médula espinal. El tratamiento de la vía aérea en estos pacientes exige precauciones por parte del anestesiólogo⁽³⁾.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

Las dolencias de la región cervical merecen una valoración exhaustiva y detallada que comprenda regiones anatómicas a distancia, especialmente la columna dorso-lumbar.

1. Entrevista orientada a las dolencias y disfunciones del paciente.
2. Valoración por pruebas de imagen (radiografías, RM y TAC) de los segmentos supuestamente afectados por la alteración.

Los hallazgos por pruebas radiodiagnósticas más frecuentes fueron las desviaciones laterales seguido de los desalineamientos de la columna dorsal, lumbar y asimetrías de las cinturas pélvicas y escapulares.

3. Registro de los datos obtenidos a partir de las técnicas exploratorias más comunes y recomendadas para el aparato locomotor⁽³⁻⁵⁾, siempre realizadas por la misma persona^(3,4), entre las que se encontraban:

- Inspección estática de la postura.
- Inspección dinámica de los movimientos.

Las cervicalgias se acentúan por alguno de los movimientos del complejo cérvico-craneal, fundamentalmente por los movimientos de rotación y flexión lateral y, en especial, en aquellos que experimentan el «efecto latigazo», quizá porque en éstos se encuentren afectados los ligamentos alar y cruciforme.

- Exploración palpatoria.

Mediante las maniobras de exploración física es posible poner de relieve la existencia de unos puntos dolorosos (puntos gatillo) que, por orden de frecuencia, son las apófisis espinosas de C5 seguida de C4 y C6, los cóndilos occipitales, el punto medio de los trapecios superiores, vértices súpero-mediales de las escápulas, los bordes mediales de las escápulas y el trayecto de los músculos paracervicales, angular del omoplato y paradorsales.

- Pruebas de recorridos articulares.

Independientemente de la etiología, los puntos más sensibles a la presión se localizan preferentemente en las apófisis espinosas de C5 seguido de C4 y C6 y cóndilos occipitales.

- Pruebas de estabilidad articular.
- Pruebas de contracción muscular contrarresistencia.

En un 48.44% de los pacientes, la cervicalgia coincide con contracturas musculares. Siendo el lugar más frecuente los trapecios superiores (33.7%) seguidos de los músculos paracervicales y angular del omoplato (7.37%) y los músculos paradorsales.

- Pruebas de compromiso meníngeo-medular (Valsalva, tos y expectoración).
- Pruebas de detección de alteración sensitiva según dermatomas.

Las raíces C5-C8 son las más afectadas así como las vértebras adyacentes a estas raíces inferiores.

- Comprobación de los reflejos osteotendinosos.
- Pruebas de equilibrio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La cervicalgia, es decir, la presencia de dolor en la región cervical, viene a englobar un amplio abanico de alteraciones que, como causa o efecto, tienen su ubicación en las partes posterior y posterolaterales del cuello, con o sin irradiación a las zonas y segmentos adyacentes. Esencialmente, son dolencias de origen óseo, articular o muscular que afectan a la región perirraquídea, siendo la etiología más frecuente los procesos degenerativos. La pobreza o riqueza de signos objetivos distinguen el tipo de cervicalgias, pudiendo ser incluso de origen psicossomático ansiógeno.

Barré-Lieou, síndrome de. También se conoce como migraña cervical. Es debido a irritación del plexo simpático alrededor de la arteria vertebral en desórdenes reumáticos de la columna cervical. Caracterizado por cefalea occipital, vértigo, tinnitus, desórdenes vasomotores y espasmo facial⁽⁵⁾.

MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN ADULTOS CON PROBABLE INESTABILIDAD CERVICAL

Ésta puede ser difícil debido a la inmovilización y puede como consecuencia originar lesiones neurológicas como consecuencia del movimiento de la columna cervical. Como primer punto importante los pacientes que presenten o estén en sospecha de tener lesión cervical deberán ser inmovilizados con una «estabilización manual en línea» con la participación de los personas que conozcan y hayan practicado este tipo de estabilización, además de que recordemos la importancia de que el anestesiólogo se sienta cómodo para favorecer el éxito de la intubación de ser posible al primer intento con una menor influencia biomecánica en la potencial inestabilidad cervical al ser un momento crítico, tanto por esta misma, como por el estado clínico del paciente que aunado a la presencia de collarines rígidos o semirrígidos y las maniobras de estabi-

lización aumentan el grado de dificultad para realizar una intubación exitosa.

En pacientes con sospecha de inestabilidad de la columna cervical, la maniobra de intubación mediante laringoscopia directa, especialmente la movilización de la pala para visualizar la glotis, provoca una extensión significativa de las primeras articulaciones cervicales pudiendo empeorar el cuadro clínico. La técnica puede ocasionar daño neurológico por la hiperflexión o rotación de la cabeza y cuello y por la compresión de la columna cervical y arterias vertebrales, especialmente en pacientes con vía aérea no sospechada^(1,3).

Lo más recomendable es el videolaringoscopia, aunque es realmente desconocido el procedimiento más apropiado para una intubación exitosa para este tipo de pacientes, se debe por eso realizar una evaluación minuciosa de ser posible para elegir el mejor medio de intubación de acuerdo a la experiencia y dispositivos con los que se cuente.

REFERENCIAS

1. Martini RP, Larson DM. Clinical evaluation and airway management for adults with cervical spine instability. *Anesthesiol Clin*. 315-327. (web) (First page PDF).
2. Combalia AA, Suso VS, Segur VJ, García RS, Alemany GF. Elsevier. Vol. 38. 2001. pp. 93-135.
3. Barbeitoa A, Guerri-Guttenberg RA. Inestabilidad cervical en el paciente quirúrgico. *Rev Esp. Anestesiología Reanim*. 2014;61:140-149.
4. McRae R. Exploración clínica ortopédica. Ed Alhambra Longman, 1993.
5. Johnson EK, Chiarello CM. The slump test: the effects of head and lower extremity position on knee extension. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1997;26:310-317.