

94 11245
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Hospital de Traumatología y Ortopedia
"Magdalena de las Salinas"
Instituto Mexicano del Seguro Social

"ASPECTOS CLINICOS DE DIAGNOSTICO,
TRATAMIENTO Y LABORALES DEL ESGUINCE
CERVICAL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
P R E S E N T A :

DR. JAIME ADRIAN RUIZ MARQUEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



IMSS

México, D. F.

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	3
ASPECTOS ANATOMOFUNCIONALES.....	7
HIPOTESIS.....	16
MATERIAL Y METODOS.....	18
RESULTADOS.....	20
DISCUSION.....	30
CONCLUSIONES.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	35

INTRODUCCION

El esguince cervical es una patología conocida desde tiempos remotos. Desde hace más de 5,000 años en el Edwin Papyrus se encuentran reportes de lesiones de la columna cervical.

En nuestro medio es una de las lesiones traumáticas de la columna vertebral más frecuentes como consecuencia de accidentes automovilísticos y deportivos.

En nuestro Hospital se atienden un promedio de 216 casos anuales de esguince cervical.

Es bien conocido, que el cuello unidad anatómica, sacrifica estabilidad por movimiento, y la lesión anatómica no solo consiste en lesión a ligamentos, sino que conlleva también a lesiones discales, luxaciones de las facetas articulares, lesiones musculares, espasmos de las arterias vertebrales, lesiones del nervio simpático cervical, hematomas, compromisos radiculares y en un momento dado hasta lesiones viscerales de la traquea y el esófago.

En nuestro medio, esta lesión es muy común en personas que se encuentran en edad productiva, los cuales cursan con períodos prolongados de incapacidad, tanto por las frecuentes secuelas dolorosas, como por pacientes simuladores que buscan obtener una ganancia secundaria.

Esto hace que el manejo de esta lesión, se convierta en un reto para el médico que se ve obligado a realizar un diagnóstico preciso del grado de lesión, dar un manejo adecuado a cada caso así como a detectar al paciente simulador.

2.

Por todo ello, nació la inquietud de realizar una investigación que muestre la frecuencia de la patología en nuestro hospital, el manejo que se les proporciona a estos pacientes así como la calidad del mismo incluyendo en esta tarea - el obtener un promedio de tiempo de incapacidad de nuestros pacientes lo cual -- nos hablará del problema laboral que esta lesión ocasiona.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

A pesar de que el esguince cervical es una lesión conocida desde tiempos remotos, fué hasta la segunda década de nuestro siglo cuando se le presto mayor interés, realizandose experimentos que llevaron al conocimiento de su mecanismo de lesión, así como la magnitud de los daños tanto óseos, ligamentarios y nerviosos, como el resto de las partes blandas que componen al cuello.

En 1928 Crown⁽²⁾ introdujo el término de "latigazo" para denominar a las lesiones de aceleración extensión.

A finales de 1940 y principios de los 50's con el advenimiento de los automoviles en las grandes ciudades, se incrementó la incidencia de esta lesión, como resultado de las colisiones en la parte posterior de dichos vehiculos.

La fuerza aerea de los Estados Unidos de Norte América reportó en la década de los 40's, una alta frecuencia de lesiones de la columna cervical en sus pilotos que despegaban desde los portaviones y ellos lo atribuyeron al sistema de -- "catapulta" que utilizaban para el despegue de dichos aviones lo cual les ocasionaba a los pilotos un mecanismo de aceleración extensión súbito con la consecuente lesión de la columna cervical.

Valls⁽¹⁾ en 1962, describe al esguince cervical como variadas lesiones de las partes blandas del cuello generalmente consecutivas a accidentes automovilísticos que originan un mecanismo de hiperextensión o hiperflexión del raquis cervical. El ya describe que las lesiones no se limitan a ligamentos sino que incluye lesiones discales, hemorragias meningeas, espasmos de las arterias vertebrales y lesiones del sistema simático cervical, así como contracturas de los --

músculos del triángulo suboccipital.

Lorg⁽¹¹⁾ en 1987 publica un estudio para el manejo de la columna vertebral cervical en atletas.

Kinnunen⁽¹⁴⁾ en 1986 publica un caso de un hematoma masivo en el cuello, - posterior a una lesión por aceleración extensión y fué vista a los Rayos X durante el exámen inicial de urgencia, encontrando cierta relación con el uso de anticoagulantes.

Gotten⁽²⁾ en 1956 publica un estudio de 100 casos revisados posterior a la acción legal derivada del accidente, encontrando un total de 88% de casos curados y un 12% de recidivas sintomáticas, lo cual deja entrever que la coexistencia de un factor emocional, exacerba la sintomatología.

Severy⁽²⁾ en 1955 realiza un experimento con muñecos lanzados a una velocidad de 24 km/h encontrando que esto era equivalente a 10 gs (velocidad de aceleración de la gravedad N del T).

Wickstron⁽²⁾ realizó un experimento con primates, demostrando las lesiones ocasionadas por la aceleración de la cabeza, encontrando daño cerebral y de sus cubiertas, consistiendo en; hemorragias y edema. Las lesiones del cuello consistieron en fracturas subcondrales de las carillas articulares, hemorragias -- perimedulares y de las raíces nerviosas cervicales y hemorragias por debajo de los ligamentos longitudinales anterior y posterior.

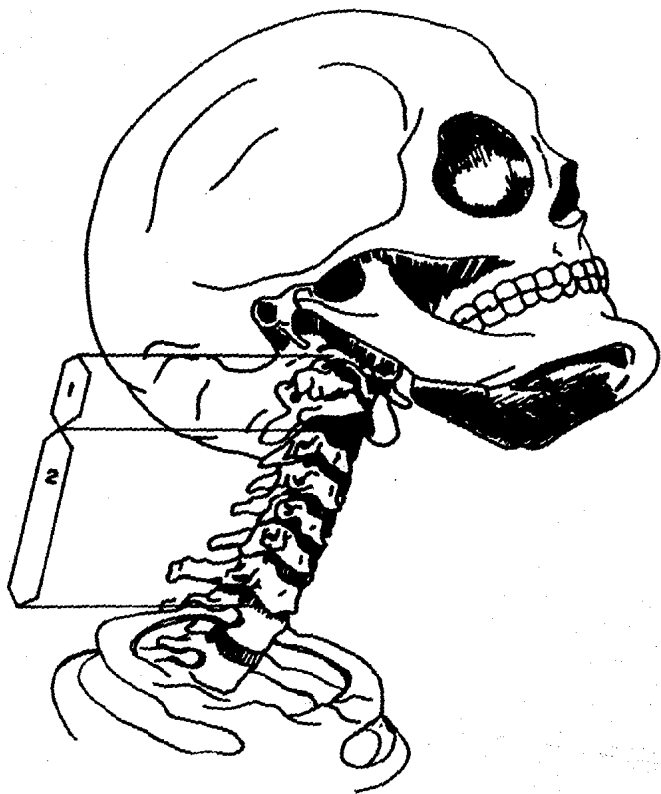
Mumenthaler⁽⁴⁾ en su libro Síndromes Dolorosos cervicobraquiales, señala - que del total de sus casos revisados, una tercera parte fué ocasionada en acci-

dentes automovilísticos. El encontró que no solo la colisión en la parte posterior de los vehículos era capaz de originar la lesión del cuello, sino que también la lesión era ocasionada en el choque de frente de los automoviles.

También describe que la lesión anatómica puede incluir hemorragias intramusculares, hematomas retrofaringeos responsables del síndrome de Horner visto en varios de los pacientes y una serie de síntomas neurovegetativos como trastornos auditivos, centelleos, vértigo, hiperhidrosis, irritabilidad, fatiga e insomnio, reportando la frecuencia de estos síntomas en un 60%.

Dalinka⁽¹⁷⁾ en 1985 publica un estudio de evaluación radiográfica de los traumatismos de la columna cervical, discutiendo la anatomía vertebral, los mecanismos de lesión y su clasificación, realizando una correlación de los hallazgos clínicos con los datos radiográficos.

Braakman⁽¹²⁾ en 1987 realizó un estudio con 45 pacientes portadores de esguince cervical por hiperflexión, en los cuales encontró subluxación anterior de la columna cervical en los niveles C2 a C4 en menores de 16 años y niveles C4 a C7 en adultos. Todos los pacientes recibieron manejo conservador con un porcentaje del 50% con buenos resultados.



La columna cervical, está constituida por dos partes anatómicas y funcionales distintas.

El raquis cervical superior o suboccipital que contiene la primera vertebra cervical o atlas y la segunda vertebra cervical o axis. Estas dos vertebbras están unidas entre sí y con el hueso occipital por una compleja cadena de articulaciones con tres ejes y otros tantos grados de libertad.

La columna cervical inferior, se extiende desde la superficie inferior del axis, hasta la superficie superior de la primera vertebra dorsal. Las vertebbras cervicales C3 a C7 son iguales entre si y las primeras dos difieren en forma y función. Las vertebbras de la columna cervical inferior poseen dos tipos de movimiento: por una parte movimientos de flexoextensión y por otra parte movimientos mixtos de inclinación rotación.

Funcionalmente estos dos segmentos del raquis cervical se conjugan entre si, para realizar movimientos puros de rotación, inclinación y flexoextensión de la cabeza.

La primera vertebra cervical o atlas, posee un anillo transversalmente más ancho dos facetas articulares superiores, que son concavas que se articulan con el occipital y dos facetas articulares inferiores convexas que miran hacia abajo y adentro que se articulan con el axis. El arco anterior del atlas tiene en su cara posterior un anillo cartilaginoso ovalado que se articula con la apofisis odontoides del axis. El arco posterior es aplanado y se ensancha hacia atrás sin apofisis espinosa. Las apofisis transversas están agujeradas para dar paso

a las arterias vertebrales.

El axis presenta un cuerpo vertebral cuya superficie superior recibe al apofisis odontoides en su centro. Esta sirve como eje en la articulación atlantoaxoidea.

El axis presenta tambien dos facetas articulares a modo de hombreras que sobresalen del cuerpo vertebral lateralmente orientadas hacia abajo y afuera, siendo convexas de adelante atrás y planas transversalmente. El arco posterior está constituido por dos laminas estrechas oblicuamente hacia atrás y adentro. La apofisis espinosa contiene dos tuberculos como la totalidad de las espinosas cervicales. Por debajo de los pediculos se encuentran las facetas articulares inferiores que se articulan con las facetas articulares superiores de la 3ra. vertebra cervical. Sus apofisis transversa presentan dos orificios verticales por el cual pasa la arteria vertebral.

La tercera vertebra cervical es parecida a las cuatro últimas y se considera una vertebra tipo. Posee un cuerpo paralelepípedo, rectangular alargado -- transversalmente. Su superficie superior limita por la apofisis unciforme, cuya faceta orientada hacia arriba y adentro se articula con las superficies situadas a ambos lados de la superficie inferior del axis. El borde anterior, de la superficie vertebral superior posee una superficie orientada hacia arriba y adelante y se articula en la superficie posterior de un pico que prolonga el borde anterior de la vertebra suprayacente (axis). La superficie inferior se prolonga hacia adelante y abajo por una prominencia en forma de pico, orillada a cada lado por dos facetas de la articulación uncovertebral que miran hacia abajo y afuera.

El arco posterior comprende las apofisis articulares cada una de las cuales muestra una faceta articular superior orientada hacia arriba y atrás las cuales se articulan con la faceta inferior de la vertebra suprayacente, y una faceta inferior orientada hacia abajo y adelante que se articula con la faceta superior de C4. Estas facetas articulares estan unidas al cuerpo por el p \acute{e} diculo quien soporta la base de las apofisis transversa que presenta una concavidad superior cuyo fondo cerca del cuerpo vertebral donde presenta un orificio por donde pasa la arteria vertebral.

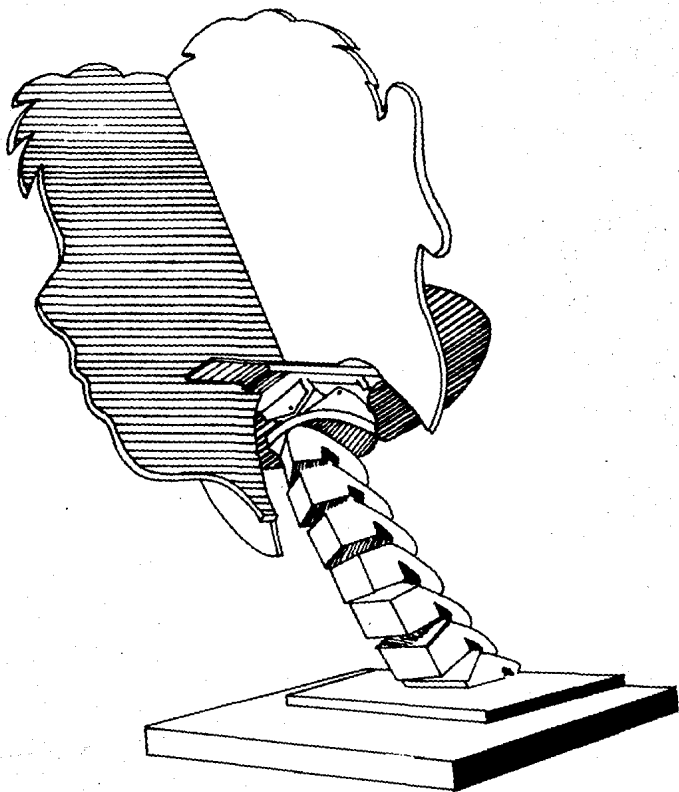
Finalmente termina en dos tuberculos uno anterior y otro posterior. Las dos laminas vertebrales cuyo plano es oblicuo hacia abajo y afuera, se unen en la linea media para dar origen a la apofisis espinosa la cual a su vez contiene dos tuberculos.

La flexoextensi \acute{o} n en las articulaciones atl \acute{o} idoaxoideas y atl \acute{o} idoodontoides: durante los movimientos de flexoextensi \acute{o} n la faceta inferior de las masas laterales del atlas rueda y se desliza al mismo tiempo sobre la superficie superior del axis, exactamente igual que sucede con la flexi \acute{o} n en la rodilla (condilos femorales y tibia) esto esta sujeto a la presencia del ligamento transverso que mantiene el arco anterior del atlas estrechamente en contacto con el odontoides.

La rotaci \acute{o} n en las articulaciones anteriormente mencionadas funciona de la siguiente forma;

Se trata de una articulaci \acute{o} n Trocoide. La atlantoaxoidea contiene dos superficies cilindricas ajustadas entre s \acute{i} :

1) Una superficie cilindrica maciza, la ap \acute{o} fisis odontoides cuya forma no es cilindrica por completo, para as \acute{i} permitir que se adapte a un segundo grado -



de libertad en los movimientos de flexoextensión. Esta apofisis odontoides presenta en su cara anterior y posterior sendas facetas articulares.

2) La cavidad que recibe este cilindro macizo es un cilindro hueso que rodea totalmente a la apofisis odontoides y está formado por delante por el arco anterior del atlas y a los lados por sus masas laterales que contienen en su cara interna un tuberculo muy bien marcado en el que se fija un potente ligamento que se extiende transversalmente por detras del odontoides (lig. transvers). Este ligamento completa el anillo osteoligamentoso que entra en contacto a través de dos articulaciones de tipo diferente.

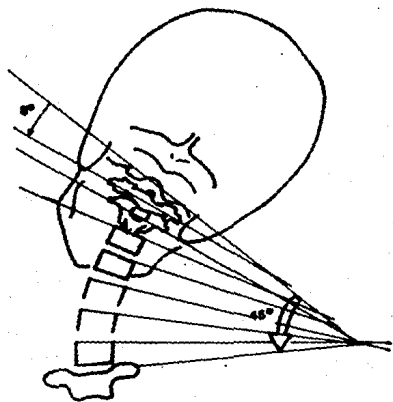
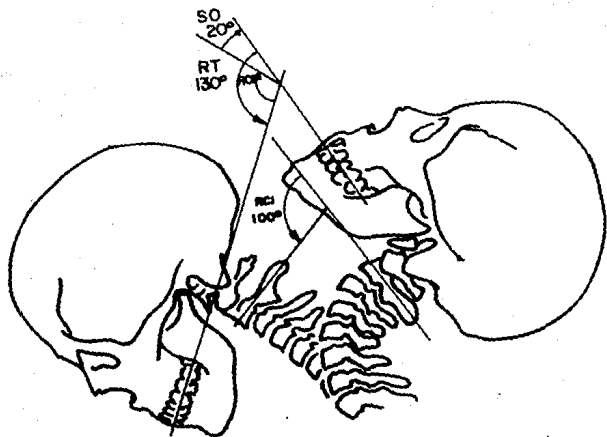
Durante el movimiento de rotación la odontoides permanece fija y el anillo osteoligamentoso gira en sentido inverso quedando como eje la apofisis odontoides.

Durante la rotación el atlas sufre un desplazamiento vertical de 2 a 3 mm por lo consiguiente se trata de un movimiento helicoidal.

La articulación occipitoatloidea también presenta un movimiento de rotación mediante dos articulaciones de tipo enartrosis con tres ejes y tres grados de libertad. Rotación axial, flexión extensión y una inclinación lateral.

Los ligamentos de la raquis suboccipital se disponen entres planos; Un plano profundo que contiene a el ligamento occipitodontoides medio, dos ligamentos occipitodontoides laterales, el ligamento transvers, el ligamento occipito-transverso y el ligamento transversoaxoideo.

El plano medio contiene al ligamento cruciforme constituido por los ligamen



tos transversos, occipitotransversos y transversoaxoideo, la cápsula de la articulación occipitoatloidea reforzada por el ligamento occipitoatloideo lateral y la cápsula de la articulación atloidoaxoidea.

El plano superficial con el ligamento occipitoaxoideo medio prolongado por los ligamentos occipitoaxoideos laterales y el ligamento vertebral común posterior.

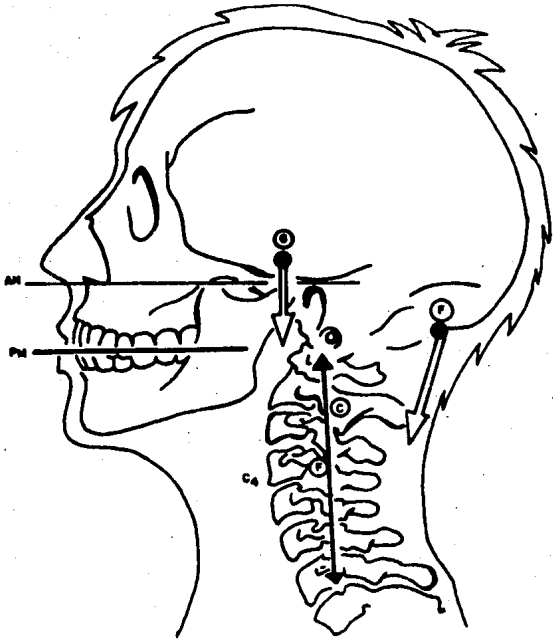
Los ligamentos anteriores comprenden; al ligamento occipitoatloideo anterior el ligamento occipitoatloideo anterolateral, el ligamento atloidoaxoideo anterior el ligamento vertebral común anterior y la cápsula de la articulación entre el axis y C3.

Los ligamentos del raquis cervical inferior comprenden al ligamento vertebral común anterior, al ligamento vertebral común posterior y una cápsula articular, los ligamentos interespinosos, el ligamento amarillo y finalmente los ligamentos intertransversos.

Entre cada cuerpo vertebral existe el disco intervertebral compuesto por un anillo fibroso y un núcleo pulposo. Entre C1 y C2 no existe disco intervertebral.

Los movimientos de flexoextensión en el raquis cervical inferior está dado de la siguiente manera:

La flexión; el cuerpo de la vertebra suprayacente se inclina y se desliza hacia adelante, lo que hace que disminuya el espesor del disco intervertebral en su parte anterior y proyecta su núcleo pulposo hacia atrás, tensando las fibras-



posteriores del anillo fibroso. Este movimiento de inclinación de la vertebra suprayacente es ayudado por la superficie superior de la vertebra subyacente - que deja pasar el pico de la cara inferior de la vertebra suprayacente. El movimiento de flexión no está limitado por el choque de partes óseas solo por -- tensiones ligamentosas.

La extensión: durante la extensión el cuerpo de la vertebra suprayacente se inclina y desliza hacia a través, el espacio de la superficie vertebral se estrecha hacia atrás el núcleo pulposo se desplaza hacia adelante y las fibras del anillo fibroso en su parte anterior se tensan. Este movimiento se vé limitado por el ligamento vertebral común anterior y por los topes óseos que son - el choque de la apofisis articular superior de la vertebra inferior con la apofisis transversa de la vertebra superior y sobre todo por el contacto de los - arcos posteriores a través de los ligamentos. Aquí también intervienen los - movimientos de las articulaciones uncovertebrales con mecanismos sutiles.

Los movimientos de rotación y de inclinación sobre la columna cervical baja, está determinado por la orientación de las facetas articulares que no permiten ningún movimiento ni de rotación ni inclinación pura.

HIPOTESIS

El diagnóstico incompleto del esguince cervical, ocasiona periodos prolongados de incapacidad, - con la consecuente repercusión económica y laboral.

OBJETIVOS

- 1.- Analizar la frecuencia, repercusión laboral y tiempo de incapacidad de esta lesión en nuestra Unidad.
- 2.- Unificar criterios de diagnóstico y tratamiento
- 3.- Promover medidas de prevención para disminuir la incidencia de esta patología.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO: Retrospectivo, prospectivo, observacional, longitudinal.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Se estudiaron todos los pacientes pertenecientes a nuestra Unidad que se encuentran en edad laboral, que acudieron al servicio de Urgencias y Consulta externa con un cuadro de esguince cervical en un período comprendido del 1o. de Enero de 1990 al 31 de Octubre de 1990.

Se revisaron las hojas de registro diario de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" en un período de tiempo comprendido del 1ro. de Enero al 31 de Octubre 1990 -- encontrando que en total acudieron 487 pacientes que presentaron un cuadro clínico de esguince cervical.

Se seleccionaron 30 expedientes al azar obtenidos de el Archivo Clínico del Hospital.

Se investigaron los siguientes datos: Edad, Sexo, Ocupación, Tipo de Accidente, Mecanismo de lesión, sitio del accidente y Tratamiento proporcionado.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes mayores de 18 años y menores de 60 años.

- Cualquier mecanismo de lesión a la columna cervical
- Pacientes derechohabientes del sistema I.M.S.S. que correspondían por zonificación al Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas".
- Cualquier tiempo de evolución de la lesión
- Cualquier grado de lesión

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes menores de 18 años de edad y mayores de 60 años
- Pacientes no derechohabientes
- Pacientes politraumatizados que presentaban un cuadro de esguince cer
vical.
- Pacientes que por zonificación no correspondían al Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas"

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Todos aquellos pacientes que acudieron al servicio de Urgencias con un cuadro clínico de esguince cervical y que no se les elaboró expediente clínico.

RESULTADOS

De la revisión de expediente clínicos de pacientes con esguince cervical se obtuvieron los siguientes datos: resultaron 30 pacientes de los expedientes revisados de los cuales la edad presentó un rango de 21 a 59 años de edad con un promedio de 40 años. (Gráfica I)

En cuanto al sexo se encontró predominancia de el femenino sobre el masculino con una proporción de 1:1.5, siendo 18 casos para el sexo femenino (60%) y 12 del masculino (40%). (Gráfica II)

En el renglón acerca de la ocupación del paciente se encontró que el predominio, con mayor número de casos, fué para enfermeras con un total de 8 casos (26%) que curiosamente laboraban en el I.M.S.S. siguiendo en orden de importancia, empleados no especificando actividad en concreto con 6 casos en total (20%); luego los obreros tampoco encontrando especificación acerca de la actividad con 5 casos (16.6); para las Amas de casa un total de 3 casos (10%); para el grupo de mecánicos 2 casos (6.8%) de igual manera 2 casos en comerciantes (6.8%); un caso correspondió a una trabajadora social, intendente, ambos empleados del I.M.S.S., con un porcentaje de 3.3% para cada uno de ellos.

Un caso reportado en un chofer 3.3% y un caso en una secretaria (3.3%). - (Tabla 1)

Con respecto al sitio en que ocurrió el accidente se encontró un predominio de accidentes en la vía pública de tipo automovilístico con un total de 18 casos que correspondió al 60%. Siguiendo en orden de frecuencia el lugar de trabajo (laboral) con 6 casos que conformaron el 20% de los casos. Los acci-

dentes en el hogar reportaron 4 casos (13.3%) y finalmente 2 casos de accidentes deportivos (6.7%). (Tabla II).

Con respecto al mecanismo de lesión se observó que el principal mecanismo fué el de aceleración-extensión (latigazo) con un total de 14 casos (46.6%) si guiendolo en orden de importancia la extensión pura con 8 casos (26.6%). Se -- encontraron 3 casos por traumatismo directo con un 10%, un solo caso para un - mecanismo de esfuerzo secundario al levantar un objeto pesado (Paciente en camilla) 6.6% y dos casos donde no fué posible determinar el mecanismo de le--- sión (6.6%). (Tabla III)

Con relación a el tratamiento proporcionado a estos pacientes el manejo - conservador predominó abasallantemente sobre el manejo quirúrgico ya que 29 de los 30 casos (96.6%) fueron manejados conservadoramente y un paciente fué sometido a tratamiento quirúrgico por presentar una espondilolistesis de C5 sobre C6 sin referirse al grado (según Meyerding) 3.4%. (Gráfica III).

En referencia a el tratamiento conservador los pacientes fueron manejados mediante inmovilización a base de collarín blando improvisado en el servicio - de Urgencias confeccionado con cartón, venda de huata y vendas elásticas, además de una capa de yeso como refuerzo. En total 26 casos inmovilizados de esta manera (86.6%). Con un tiempo de inmovilización que osciló en un rango de 2 a 12 semanas con un promedio de 7 semanas. Tres pacientes fueron inmovilizados mediante un collar de Thomás (10%) y un solo paciente 3.4% fué inmovilizado con una ortesis patentada denominada S.O.M.I, debido a que se sospechó de - una fractura de la apófisis odontoides de el axis. (Gráfica 4).

Todos los pacientes invariablemente recibieron manejo medicamentoso -

a base de analgésicos y antiinflamatorios sin especificar el tiempo de ingestión de los mismos. También se les proporcionó medidas locales como medios físicos a base de calor local, así como medidas de rehabilitación no especificadas.

TABLA I

DISTRIBUCION SEGUN LA OCUPACION	CASOS DE ESGUINCE CERVICAL	%
Empleados del I.M.S.S. (Enfermeras)	8	26.6
Empleados	6	20
Obreros	5	16.6
Ama de Casa	3	10
Mecánicos	2	6.8
Comerciantes	2	6.8
Choferes	1	3.3
Trabajadora Social	1	3.3
Intendente	1	3.3
Secretaria	<u>1</u>	<u>3.3</u>
Total	30	100.0

archivo clínico HTMS

TABLA II

FRECUENCIA DEL ESGUINCE CERVICAL SEGUN SITIO DE ACCIDENTE

	No. CASOS	%
Vía Pública	18	60
Laboral	6	20
Hogar	4	13.3
Deportivos	2	6.7
Total	30	100.0

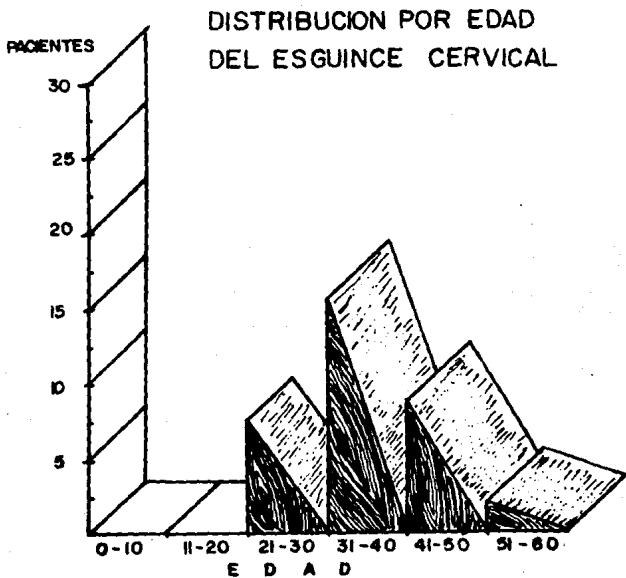
archivo clínico HTMS

TABLA III

MECANISMO DE LESION

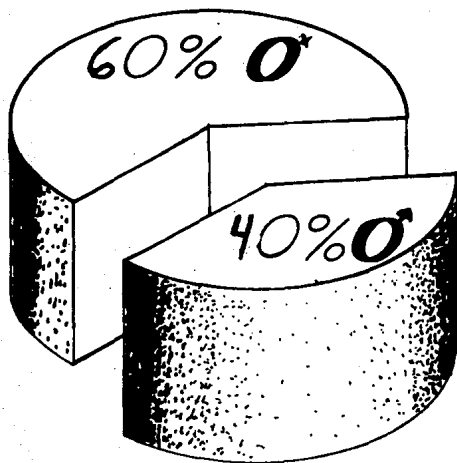
	CASOS	%
Aceleración-Extensión	14	46.6
Extensión Pura	8	26.6
Traumatismo directo	3	10
Extensión rotación	1	3.6
Esfuerzo (levantar objeto pesado)	2	6.6
Desconocido	<u>2</u>	<u>6.6</u>
Total	30	100.0

archivo clínico HTMS

**GRAFICA I**

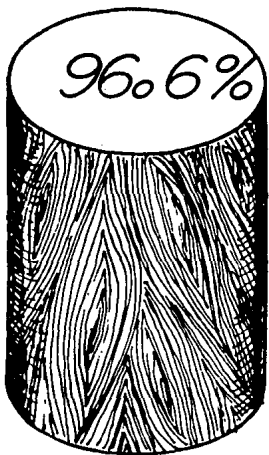
archivo clínico H.T.M.S.

DISTRUCION POR SEXO
DEL ESGUINCE CERVICAL



II

TRATAMIENTO ESGUINCE CERVICAL



CONSERVADOR
29

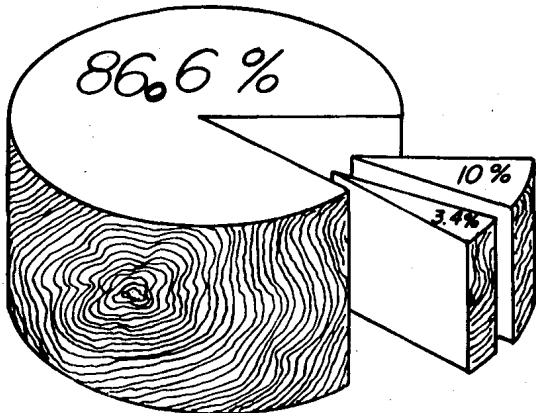


QUIRURGICO
1

III

TIPOS DE TRATAMIENTO
CONSERVADOR

COLLARIN BLANDO IMPROVISADO	26	86.6
COLLARIN DE THOMAS	3	10
COLLARIN S.D.M.I.	1	3.4
TOTAL _____	30	100.0 %



GRAFICA IV

D I S C U S I O N

El esguince cervical resulta ser una patología de suma frecuencia en nuestro medio. Tan sólo en los primeros 10 meses de 1990 se cuantificaron un total de 487 casos a pacientes derechohabientes que acudieron al servicio de urgencias.

El diagnóstico se realizó clínica y radiológicamente. Los pacientes acusaron en su gran mayoría solamente dolor y espasmo muscular y aquí nos llama la atención que en los expedientes clínicos no se reportan la presencia concomitante de signología neurovegetativa la cual es muy mencionada. Cabe aclarar que intencionalmente se buscó la existencia de síndromes tales como el de Horner, Occipital Mayor, lesiones del nervio simpático cervical, lesiones vasculares o viscerales sin encontrar ningún caso que presentará estas alteraciones.

Únicamente se reportan parestesias de las extremidades torácicas sin un nivel neurológico específico.

Esto nos hace pensar en dos posibilidades: la primera, es que en la etapa aguda el paciente solo presta interés al dolor cervical y al espasmo muscular dejando en plano secundario los posibles síntomas neurovegetativos; y la segunda, es que no se esté haciendo un interrogatorio dirigido para detectar esta sintomatología quizá sea por eso que no se encuentra reportada en los expedientes clínicos. Además es muy común que no se les dé el interés debido a estos síntomas cuando el paciente nos los reporta ya que se piensa que se trata de alteraciones "psicológicas" el paciente o de exageración de su cuadro a fin de obtener ganancia secundaria.

Con respecto a los hallazgos radiográficos la revisión reportó principal--

mente una rectificación de la lordosis cervical fisiológica. En un caso se encontró una espondilolistesis de C5 sobre C6 sin más especificaciones, la cual ameritó manejo quirúrgico mediante artrodesis.

Un caso presentó radiográficamente una imagen sugestiva de fractura de la apofisis odontoides de C2 la cual no fué demostrada, sin embargo con un collar S. O.M.I , por tres meses evolucionando hacia la mejoría. No se reportó nin--gún hallazgo radiográfico.

Con respecto al manejo proporcionado a la gran mayoría de estos pacientes (86.6%) consistió básicamente en analgésicos, antiinflamatorios e inmoviliza---ción por medio de un collarin blando manufacturado en el momento de la atención en urgencias.

Llama la atención que no se consignó en el expediente clínico el perfodo-de inmovilización para cada uno de los casos, pero sí se mantuvo durante el --perfodo de dolor cervical y de espasmo muscular.

Se pudo observar que la gran mayoría de estos pacientes solamente acudie-ron a solicitar atención médica el día de su accidente por lo que no fué posi-ble valorar su evolución posterior, ya que continuaron su manejo en otras uni-dades.

Fué notorio el predominio de los accidentes en la vía pública y esto va - muy relacionado con la tasa de accidentes de tránsito. Sin embargo, encon-tramos que le siguen en frecuencia los accidentes laborales en obreros. En orden de frecuencia aparecen los accidentes en el hogar, estos frecuentemente asocia

dos a traumatismo craneoencefálico con un mecanismo de hiperextensión.

Dos de los pacientes presentaron un mecanismo de lesión inusual no explicable para la lesión de la columna cervical, el cual consistió en una extensión de la columna lumbar, a partir de una flexión al intentar levantar un objeto pesado de aproximadamente 80 kg (una persona en camilla) que se tradujo en cervicálgia, siendo que la región solicitada fué la lumbar, lo cual fué reportado como accidente de trabajo y esto nos habla claramente de que se trató de pacientes simuladores o que sufrieron una lesión previa la cual reportan -- posteriormente para obtener una ganancia secundaria como accidente de trabajo.

Debido a que no se cuenta de signos clínicos que nos ayuden a detectar a los pacientes simuladores el médico se ve obligado a confiar en la sintomatología que le reportan durante el interrogatorio, viéndose involucrados, pacientes lesionados con pacientes simuladores, lo que muchas veces condiciona al médico tratante a considerarlos pacientes "problema" canalizándolos a otros servicios con la finalidad de deshacerse de ellos por considerarlos "fingidores", estando lesionados, enviándolos indistintamente a servicios como Medicina Física y Rehabilitación, Médico Familiar o simplemente dándolos de "Alta".

No fué posible determinar el tiempo de incapacidad de estos pacientes ya que se continuó su vigilancia en otros niveles de atención no quedando asentado en su expediente clínico este dato tan importante para este estudio.

CONCLUSIONES

Después de llevar a cabo una revisión de 30 expedientes clínicos de pacientes con esguince cervical en el archivo del hospital de Traumatología, -- Magdalena de las Salinas del I.M.S.S. se llegó a las siguientes conclusiones;

- 1.- El esguince cervical es más frecuente de los 31 a 40 años de edad.
- 2.- El sexo femenino se afecta más frecuentemente en relación al masculino con una proporción de 1 a 1.5
- 3.- En cuanto a ocupación, la incidencia más frecuente de este padecimiento fué para las enfermeras.
- 4.- Los accidentes automovilísticos (combis) son la causa del mayor número de estas lesiones.
- 5.- El mecanismo de aceleración y extensión (latigazo) es la causa más -- común de esguince cervical.
- 6.- El tratamiento conservador es la terapéutica más frecuentemente utilizada en el esguince cervical (collarín blando)
- 7.- El término de esguince cervical para definir a las lesiones por aceleración extensión resulta insuficiente, ya que nos da la idea de lesiones exclusivamente del aparato capsuloligamentario y en realidad pueden existir lesiones musculares, vasculares, nerviosas, óseas y viscerales.
- 8.- No existen signos clínicos que nos permitan diferenciar a un paciente simulador de un paciente verdaderamente lesionado.
- 9.- El paciente con esguince cervical no cuenta con un manejo integral de un grupo multidisciplinario que permita seguir al paciente hasta su curación -- total, que nos permita normar criterios de manejo.

10.- El estudio queda abierto para nuevas investigacions que aporten mayores datos para poder comprender la realidad actual de este padecimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Valls JE. Ortopedia y Traumatología 4th ed. Buenos Aires Argentina: Librería el "Ateneo" editorial, 1979: 184-193
- 2.- Rothman RH. La columna vertebral 2th ed. Buenos Aires Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1987: 681-747
- 3.- Conolñy JF. Tratamiento de las fracturas y luxaciones 3th ed. Buenos Aires Argentina; Editorial médica panamericana, 1984: 231-354.
- 4.- Munethaler M. Síndromes dolorosos cervicobraquiales. Barcelona España: --- Ediciones Doyma 1985: 37-40.
- 5.- Stauffer ES. Subaxial Injuries. Clin. Orthop 1989; 239: 30-9 Feb.
- 6.- Jackson DW. Cervical espine injuries. Clin Sports Med 1986; Apr;5 (2): 373-86
- 7.- Pache I. Diagnosis of severe neck sprain and its treatment. Rev. Med Suisse Romande 1989 Aug; 109 (8): 607-11
- 8.- Guill FC, Herd GR. An evaluation of proposed causal mechanisms for "Ejection" associated; neck injuries. Avial Space Environ Med 1989 Jul; 60 -- (7pt2): A26-47.
- 9.- Smith H. The "repetitive strain injury syndrome; is referred pain from -- the neck see comments. J. Rheumatol 1989 Jul; 16 (7): 1007. Eng. J Rheumatol 1988 Nov.; 15 (11): 1604-8
- 10.- Lenhart LJ. Posttraumatic cervical syndrome. J. Manipulative Physiolther -- 1988 Oct; 11 (5): 409-15
- 11.- Lorg JS. Management guidelines for athletics injuries to the cervical spine Clin Sports Med 1987 Jun; 6 (1): 53-60.
- 12.- Braakman M, Braakman R. Hyperflexion sprain of the cervical spine. Follow-up of 45 cases. Acta Orthop Scand 1987 Ago; 58 (4): 388-93
- 13.- Huslig EL, Howe RW. Hyperflexion sprain of the cervical spine: a case study. J Manipulative Physiol Ther 1986 Jun; 9 (2): 143-5.
- 14.- Kinnunen J, Tervahartiala P. Massive prevertebral hematoma after cervical spine injury: a case report. Rontgenblatter 1986 Mar; 39 (3): 66-7.
- 15.- Wroble RR, Albright JP. Neck and low back injuries in wrestling. Clin -- Sport med 1986 Apr; 5(2): 295-325.
- 16.- Capistrant TD. Thoracic outlet syndrome in cervical strain injury. Minn - Med 1986 Jun; 69 (1): 13-7.
- 17.- Dalinka MK, Kessler H, Weissm, The radiographic evaluation of spinal trauma

ma. Emerg Med Clin North AM 1985 Ago; 3(3): 475-90

- 18.- Leitz CC, Cook DM, Rehabilitation of neck and low back injuries. Clin. Sports Med 1985 Jul; 4 (3): 455-76.
- 19.- Sprague RB, The acute cervical joint lock. Phys ther 1983 Sep; 63 (9): 1439-44
- 20.- Penning L. Prevertebral hematoma in cervical spine injury: incidence a etiologic significance. AJK Am J Roentgenol 1981 Mar; 136 (3): 553-61.
- 21.- Chagnon S, Blery M, Strains and luxations of the cervical spine in children. Report on 1/case. J Radiol 1982 Ago-Sep; 63 (8-9): 465-70.
- 22.- Brady IA, Cahill BR, Bodnar LM, Weight training-related injuries in the high school athlete. Am J Sports Med 1982 Jan-Feb; 10(1): 1-5.
- 23.- Dewize M, Duriau F, Tondeur G, Cervical sprains. Rev Med Brux 1981 Dec; 2(10): 951-4.
- 24.- Green JD, Harle TS, Harris JH Jr, Anterior subluxation of the cervical spine hyperflexion sprain. AJNR 1981 MAY-JUN; 2(3): 243-50.
- 25.- Davies JE, The Spine in sports-injuries, prevention and treatment Br J Sports Med 1980 Mar; 14 (1): 18-21.