

SEMIOLÓGÍA DEL CUELLO

Proporciona extraordinarios datos semiológicos.

Importancia del cuello: Estructura anatómica de unión entre la cabeza y el tórax. Por él pasan elementos nobles desde la cabeza al cuello y viceversa: Sistema nervioso central: médula espinal; sistema digestivo: esófago; sistema respiratorio: tráquea y laringe; sistema arterial: arterias carótidas; sistema venoso: venas superficiales y profundas; la más importante es la yugular externa e interna y paquete vasculo nervioso. Sistema linfático.

Los límites del cuello son: Por arriba: el borde inferior del maxilar inferior continuando con el borde posterior de la rama ascendente del mismo hueso hasta la articulación temporo-maxilar y de allí por la base de la apófisis mastoides hasta la protuberancia occipital siguiendo la línea occipital la línea occipital superior. Por abajo desde el borde superior del manubrio del esternón pasando por la clavícula y desde allí siguiendo el borde del músculo trapecio hasta la apófisis espinosa de la 7ma. Cervical.

SÍNTOMAS ESPECÍFICOS

1. **Odinofagia:** Dolor en el acto de la deglución. Se observa básicamente en la inflamación de la oro faringe, cuerpos extraños (espinas y huesos), en las tiroiditis aguda y subaguda y, en la calcificación del ligamento estilohiideo.
2. **Dolor al masticar.** Se debe a luxación o artritis temporo-maxilar; también a la mala oclusión dentaria y en la parotiditis aguda.
3. **Limitación de los movimientos del cuello:** Se puede ver en la tortícolis (congénita o espasmódica aguda), en la artrosis cervical, hernias discales, fractura de los cuerpos vertebrales, irritación meníngea, costillas cervicales, síndrome del escaleno, lesiones osteolíticas vertebrales y espondilitis.
4. **Rigidez de nuca.** En la meningitis, hemorragia subaracnoidea, hipertensión endocraneana, tétanos y traumatismos cervicales.

Metodología del examen del cuello: Comprende inspección, palpación y auscultación. La percusión quizá no es muy usada.

INSPECCIÓN DEL CUELLO.

La inspección del cuello debe realizarse de frente, de perfil y la parte posterior; preferiblemente con el paciente sentado. Apreciamos forma, volumen, posición, acortamiento, rigidez, fijeza, movilidad, características de la piel, presencia de tumores y latidos arteriales y venosos.

Es necesario mover o hacer mover el cuello en diferentes direcciones y ángulos para poner en evidencia algunas lesiones que pudiesen pasar inadvertidas y las características de las venas yugulares. En la inspección se debe comprobar la presencia de una asimetría, como en el caso de tortícolis, tirajes supraesternales y supraclaviculares presentes en la insuficiencia cardiorrespiratoria y el cuello en esfinge o palmeado propio del síndrome de Turner (XO).

Vena yugular. Normalmente la vena yugular externa no se debe ver a un ángulo mayor de 30° entre tórax y la horizontal de la cama. Una ingurgitación de la yugular a un ángulo de 45° refleja un aumento de la presión del circuito derecho que puede ser debido a una insuficiente cardíaca izquierda y/o derecha, lesiones que obstruyan el flujo sanguíneo como tumores mediastinales o pulmonares (síndrome de vena cava superior) o por trombosis de esta vena.

Signo de Kussmaul. Generalmente la ingurgitación yugular en la insuficiencia cardíaca derecha disminuye con la inspiración por aumento del retorno venoso a las cavidades derechas. El signo de Kussmaul consiste en el aumento patológico de la ingurgitación yugular durante la inspiración por la dificultad en la distensión de las cámaras ventriculares a la mayor llegada de sangre, observada en el taponamiento cardíaco; sin embargo no es raro encontrarlo en cualquier enfermedad que aumente exageradamente la presión venosa en las cavidades derechas como la insuficiencia cardíaca derecha severa y en infarto del ventrículo derecho.

Reflujo hepatoyugular. Es el aumento de la ingurgitación yugular al hacer presión suave sobre la zona hepática, por un lapso no mayor de 30 segundos. Se debe evitar ocasionar dolor en el hígado congestivo e impedir que el paciente haga la maniobra de Valsalva (inspirar profundamente y luego tratar de espirar con la glotis cerrada).

Pulso arterial. Está aumentado en la insuficiencia de la válvula sigmoidea aórtica por incremento de la presión arterial diferencial; también se observa en la anemia, hipertiroidismo, arterioesclerosis, aneurismas de la aorta y carótidas.

Pulsos venosos. El pulso venoso de la yugular interna refleja los acontecimientos hemodinámicos del corazón derecho, por no existir válvulas venosas que la separen de la aurícula derecha. El pulso venoso se estudia de acuerdo a la siguiente metodología:

1. Colocar el tórax del enfermo a 45 ° de la horizontal, de manera que la columna de sangre alcance a ser visible en la yugular interna, situada en el ángulo formado por el esternocleidomastoideo y la clavícula.
2. Observar con luz, preferiblemente tangencial.
3. Se debe relacionar con los ruidos cardíacos o con el pulso carotideo del lado opuesto.
4. Se percibe como un movimiento ondulante, no es saltón ni único como el arterial. Al ser una onda de volumen no se palpa, sólo se ve.
5. Aumenta ligeramente con la inspiración y al comprimir la vena yugular interna del lado opuesto, y disminuye con la espiración.

Morfología .Esencialmente existen tres ondas positivas: a, c y v y dos senos: x e y.

Onda a se debe a la contracción auricular al final de la diástole ventricular. Precede al primer ruido cardíaco y aumenta durante la inspiración.

Onda c: Se debe al levantamiento de la válvula tricúspide durante la contracción isovolumétrica del ventrículo derecho y al impacto de la arteria carótida subyacente sobre la vena yugular. Es poco visible clínicamente.

Onda v: Resulta del llenado auricular con la válvula tricúspide cerrada (onda de estasis). Ocurre después del segundo ruido.

Seno X. Ocurre por la relajación y el descenso de la válvula tricúspide durante la contracción ventricular. Corresponde al colapso sistólico ventricular y el segundo ruido coincide con la parte más profunda del seno x.

Seno y. Corresponde al vaciamiento auricular en la fase de llenado ventricular rápido. Corresponde al colapso diastólico ventricular.

Anormalidades del pulso venoso.

1. Desaparición de la onda a. Se debe a la falta de la contracción auricular, como sucede en la fibrilación auricular.
2. Ondas a gigantes. Ocurren cuando existe un aumento de la intensidad de la contracción auricular por haber una mayor resistencia del flujo sanguíneo de las cavidades derechas, tal como se puede apreciar en la estenosis tricuspídea, estenosis de la arteria pulmonar, hipertensión pulmonar, embolismo pulmonar y cor pulmonar.
3. Ondas cañón. Se presenta cuando la contracción auricular coincide con la válvula tricúspide cerrada, como ocurre en el bloqueo auriculoventricular completo, extrasístoles auriculares y ventriculares.

4. Ondas v gigantes. Se deben al reflujo de sangre a la aurícula derecha durante la sístole ventricular, como sucede en la insuficiencia tricuspídea y en la enfermedad de Ebstein.
5. Seno y prominente. Denominado el colapso diastólico prominente; expresa una presión exagerada intraauricular con un vaciamiento de la aurícula derecha fácil y brusco. Se observa en la pericarditis constrictiva severa e insuficiencia cardíaca severa.

PALPACIÓN DEL CUELLO.

Mediante la palpación, con movimientos suaves, en todas direcciones y con el cuello relajado se comprueban lesiones, muchas no descubiertas con la inspección. Se puede comenzar por cualquier área, pero siguiendo siempre el mismo orden. Debe explorarse la glándula tiroides, las arterias carótidas, los cartílagos tiroides y cricoides, la fosa supraesternal y la presencia de ganglios o tumores.

Exploración de la glándula tiroides.

Inspección de la glándula Tiroides.

Pida a la persona que mantenga la cabeza y el cuello en una posición normal y relajada.

Observe la región anterior del cuello de frente y de perfil. Busque la existencia de alguna desviación de la tráquea, así como las delimitaciones del cartílago tiroides y cricoides.

Pida que extienda ligeramente el cuello, inclinando la cabeza hacia atrás, y que trague un sorbo de agua y observe en ese momento, el movimiento simétrico hacia arriba de la tráquea. La glándula tiroides asciende con los movimientos deglutorios, cosa que ayuda a su identificación, porque está adherida a la laringe y la tráquea. Existen tumores que por su localización y por estar adheridos a las estructuras laríngeo traqueales, pueden confundirse con un bocio como son los ganglios tuberculosos, los quistes del espacio tiroideo, los quistes del conducto tirogloso y los abscesos tiroideos.

La palpación puede hacerse con una sola mano, colocándose el médico a un lado del paciente o bimanualmente por detrás del individuo tratando de abarcar la glándula tiroides con ambas manos y los pulgares colocados en la nuca. Ambas maniobras se complementan. Por lo general la tiroides normal no se ve ni se palpa. Se invita al paciente a deglutir un sorbo de agua. El agrandamiento de la glándula se aprecia

como un cuerpo blando que asciende al deglutir. Debe examinarse los dos lóbulos y el istmo, y anotar el tamaño, la consistencia, superficie, movilidad, presencia o no de nódulos o quistes y la sensibilidad a la palpación. Cualquier crecimiento de la glándula tiroides se denomina bocio.

Clasificación de acuerdo al tamaño de la glándula tiroides, en grados.

Grado 0: Tiroides ni palpable ni visible. Grado 1° Tiroides palpable (sólo en la deglución), pero no visible. Grado 1b: Tiroides visible con la hiperextensión del cuello. Grado II: Tiroides visible desde cualquier ángulo. Grado III: Bocio deformante.

La medición de la circunferencia del cuello con una cinta métrica permite controlar periódicamente el tamaño de la glándula tiroides. La cinta debe pasar por detrás, sobre la 7ª cervical, y por delante por la parte más prominente de la glándula. La consistencia de la glándula puede ser normal o parenquimatosa (tiroides normal, bocio simple e hipertiroidismo), firme (bocios de larga evolución), granulosa (tiroiditis de Hashimoto), leñosa o pétreo (tiroides de Riedel y carcinoma). La superficie puede ser lisa, nodular, quística.

Ocasionalmente el aumento de tamaño de la tiroides ocurre hacia el interior del tórax y no se palpan los polos inferiores de los lóbulos de la glándula. Es el bocio retroesternal o endotorácico que puede delimitarse por la matidez que se obtiene con la percusión sobre la región antero superior del tórax.

Tráquea. Se palpa por encima de la horquilla esternal. Se moviliza con la respiración y la deglución. Se encuentra desviada en casos de aneurisma aórtico, tumores del mediastino, bocio intratorácico y retracciones o adherencias pleuropulmonares.

Ganglios linfáticos. Pueden afectarse por periadenitis: inflamación periganglionar, se da cuando se rompe y/o sobrepasa la cápsula ganglionar y se difunde un poco el proceso. Adenoflegmón: difusión del proceso adenítico de crecimiento rápido. Adenopatías tumorales: primarias, como enfermedades linfoideas, linfomas, leucemias; secundarias o metástasis: manifestación a distancia de un proceso maligno.

Observar piel: considerar las características de la normalidad. Alteraciones: cicatrices de traumas, cirugías: tiroidectomía total o parcial; escrófulas; secuela de una adenitis tuberculosa; fístulas, etc.

Cuando se consiga crecimiento ganglionar debemos anotar: localización en el grupo ganglionar, tamaño, forma, consistencia, movilidad, sensibilidad, adherencia a los planos profundos o superficiales, número, tendencia a la confluencia. En general en los procesos inflamatorios los ganglios son gomosos, móviles y dolorosos; los neoplásicos, tuberculosos y micóticos son pétreos adheridos a los planos profundos y no dolorosos.

Principales grupos ganglionares del cuello: preauriculares o parotídeos, mastoideos, submentonianos, submaxilares, latero cervicales (cadena yugular ubicada por debajo del esternocleidomastoideo y la espinal por detrás de éste), suboccipitales, supraclaviculares.

GANGLIOS LINFÁTICOS DEL CUELLO Y ZONAS DE DRENAJE

Pre auriculares. Localización: delante del pabellón auricular. Área de drenaje: frente. Región temporal, conducto auditivo externo, procesos parotídeos, oído medio, trompa de Eustaquia, seno maxilar y rinofaringe.

Mastoideos. Detrás de la mastoides. Área de drenaje: encima de la oreja.

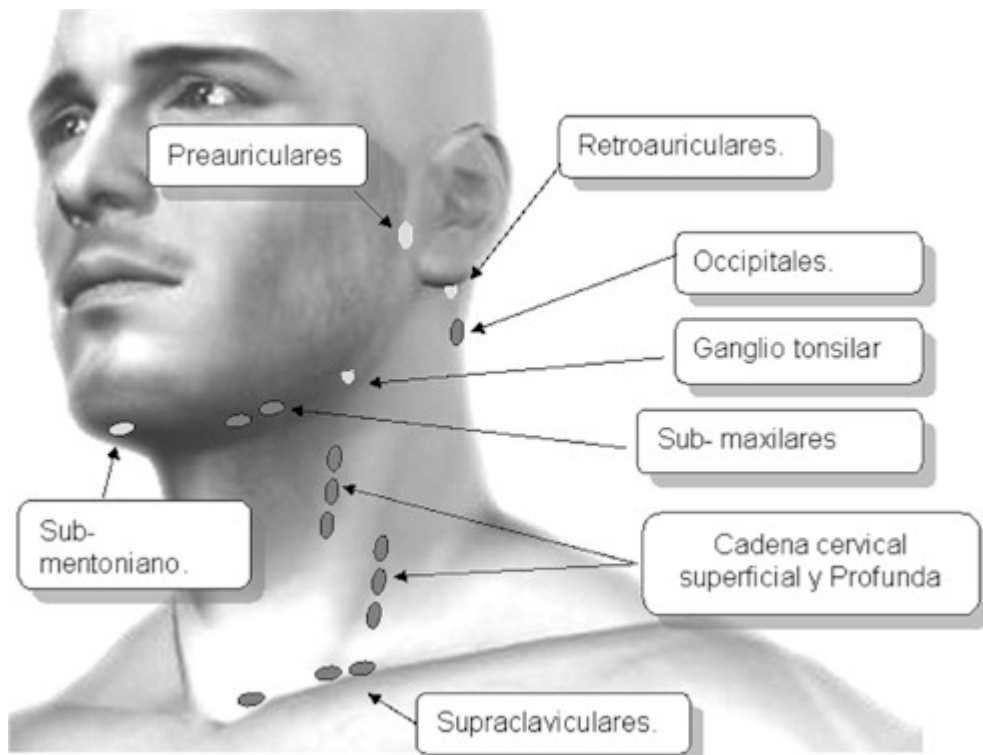
Submentonianos. Ubicados debajo del mentón: Área de drenaje: labio inferior, mentón y lengua.

Submaxilares: Debajo del hueso maxilar inferior. Área de drenaje; labio superior, nariz, carrillos, párpados y frente.

Latero cervicales: Ubicados borde anterior y posterior del esternocleidomastoideo. Área de drenaje: regiones vecinas y procesos sistémicos; micosis, tuberculosis, sífilis, virosis Kala-azar, linfoma y leucemias.

Suboccipitales: En la región occipital. Drenan patología de la región occipital y sistémica como la rubeola.

Supraclaviculares: ubicados en el hueco supraclavicular. Área de drenaje; pulmón, estómago, páncreas y mama; por ejemplo cáncer de estos órganos.



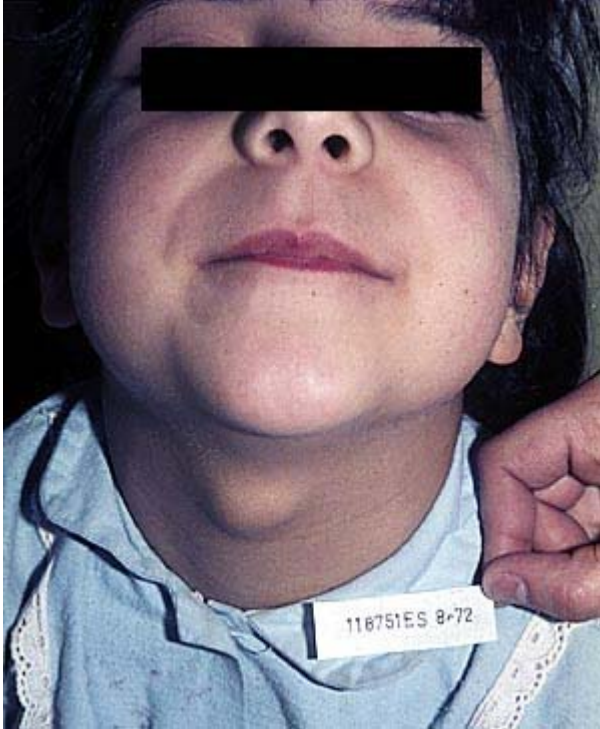


Linfadenopatía cervical.

Otros tumores del cuello: además de los tumores tiroideos y las linfadenopatía pueden también presentarse en el cuello otros procesos inflamatorios o tumorales.

1. Tumores de la nuca: Quiste sebáceo, quistes dermoides, foliculitis, furúnculos, ántrax y linfomas.
2. Tumores de la cara anterior del cuello:
 - a) Quiste tirogloso: se encuentra en la línea media entre la glándula tiroides y la base de la lengua. Se mueve al sacar la lengua, y a la par de los movimientos deglutorios.
 - b) Quiste de la hendidura braquial: por delante y parte superior del músculo esternocleidomastoideo.
 - c) Glándula submaxilar: situada por debajo del maxilar inferior.
 - d) Glándulas sublinguales: No se palpan normalmente. Están en la curvatura anterior del maxilar inferior.

Quiste tirogloso



Rigidez de la nuca: Es la resistencia y dolor que oree el cuello al intentar la flexión de la cabeza. Es un signo de gran valor semiológico para el diagnóstico de irritación meníngea (meningitis, hemorragia subaracnoidea).

AUSCULTACIÓN DEL CUELLO

Se pueden encontrar soplos de diferentes estructuras a saber:

Soplos de la glándula tiroides en el hipertiroidismo

Soplos arteriales: en la estenosis de las arterias carótidas primitiva

Soplos irradiados: de lesiones valvulares aórticas

Soplos venosos: por aumento de la velocidad circulatoria, por ej. En anemia.

Semiología del cáncer de tiroides. Forma de presentación. La presentación usual está dada por el descubrimiento de un nódulo en la región cervical anterior notado por el paciente, un familiar o un examen médico por otra causa. En ocasiones la presentación clínica puede ser debida a una expansión extra tiroidea de la enfermedad: tumoración dolorosa lateral debido a metástasis, asociada a disfonía o disfagia, síndrome mediastinal debido a metástasis en ganglionares en mediastino, metástasis pulmonares, fracturas patológicas en vertebras o en huesos largos.

Así tenemos formas clínicas localizadas o diseminadas. Los tumores deben alcanzar un tamaño aproximadamente de 0,5 a 1 cm de diámetro antes de que puedan ser palpados. Tienen una tendencia al crecimiento lento cuando son diferenciados. Los indiferenciados pueden crecer rápidamente en semanas o meses y hacerse francamente invasores.

El nódulo tiroideo es un hallazgo frecuente en la práctica clínica y su importancia radica en el hecho que todo nódulo puede albergar un carcinoma. Su incidencia en la población general es cercana al 4%. Su frecuencia en las mujeres es de 10 a 20 veces mayor que en el hombre. De los nódulos 20% son cáncer.

Debemos palpar el cuello cuidadosamente, primero con el paciente sentado y luego acostado. Debemos ver si es: único o múltiple; blando o duro; móvil o fijo; adherido a los planos profundos o superficiales; dolorosos o no; presencia de adenopatías y signos compresión local. Tiempo de evolución y ritmo de crecimiento.

Entre un nódulo que sea único, pétreo, adherido, indoloro, que crece rápido, con adenopatías, en menores de 15 o mayores de 60 años y varones, a veces puede ser hiperfuncionante 1-3% y presentar hipertiroidismo, es cáncer hasta que se pruebe lo contrario. Otros procesos que pueden ser metastásicos de mama, pulmón, riñón. Leucemias, linfomas, quiste hidatídico, y otros.

Contacto: www.gastromerida.com

