

## SEMIOLÓGÍA DE CUELLO

### Anatomía

Forma irregularmente cilíndrica, más largo y angosto en los longilíneos, más corto y angosto en los brevilíneos. Guía los movimientos de la cabeza y la sostiene gracias al apoyo de la columna cervical y la masa muscular circundante.

A través de él pasan estructuras vasculares, nerviosas, digestivas y respiratorias y se encuentran ganglios linfáticos, glándulas tiroides y paratiroides.

Ya que múltiples estructuras pueden estar comprometidas en esta región, es muy importante hacer una adecuada valoración de ella.

Límite superior:

Delimita una línea imaginaria circular que pasa por los vértices de las apófisis mastoides del temporal y por la protuberancia occipital.

Límite inferior:

Delimita una línea imaginaria que pasa por la horquilla esternal, los bordes superiores de las clavículas, las articulaciones acromio claviculares y la apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical.

Se divide en 4 triángulos:

Triángulo cervical Submandibular: Determinado por el bode del maxilar inferior y los 2 cuerpos del músculo digástrico.

Triángulo cervical anterior:

Entre los bordes anteriores del esternocleidomastoideo, por debajo del triángulo submandibular y por encima y dividida por el hueso hioides en infra hioidea y supra hioidea.

Incluye estructuras que sirven como punto de referencia para el examen clínico:

Hueso hioides: Palpable en el ángulo formado por el piso de la boca y el límite superior del cuello

Cartílago tiroides: Borde superior sirve de punto de reparo para la bifurcación de la arteria carótida común.

Cartílago cricoides: Corresponde a la sexta vértebra cervical e indica el comienzo de la tráquea; anillos traqueales, el istmo del tiroides usualmente cabalga sobre los anillos traqueales segundo al cuarto.

Glándula tiroides: A la altura de las vértebras quinta a séptima, en forma de H, con lóbulo derecho e izquierdo, unidos por un istmo.

Triángulo cervical supraclavicular derecho e izquierdo:

Delimitada la clavícula, la inserción del esternocleidomastoideo y el borde interior del trapecio en su inserción en la región distal de la clavícula.

Allí se encuentra el ápex o vértice pulmonar, tercera porción de la arteria subclavia, vena yugular externa.

Triángulo cervical posterior o nuca:

Entre los cuerpos del borde posterior del trapecio y del esternocleidomastoideo. En la parte inferior el tercio medio de la clavícula.

Comprende:

Nervio espinal y apófisis espinosas de las vértebras cervicales C2 a C7, de las que sobresale la C7.

Plexo braquial y tercera parte de la arteria subclavia.

Ganglios linfáticos

En todas las regiones del cuello se encuentran

Ganglios: cadenas ganglionares; se calcula que entre 400 y 600 ganglios (aproximadamente 1/3 del total del organismo) discurren por el cuello.

Vasos linfáticos y vasos sanguíneos.

## **ANAMNESIS**

**Anamnesis y Terminología:**

Celvicalgia (Dolor cervical):

Es un hallazgo frecuente, sobretodo en las regiones posteriores y laterales; pero puede originarse entre otras de la columna cervical por irritación de las terminaciones nerviosas en el periostio, membranas sinoviales, músculos, anillos fibrosos, ligamentos, huesos (osteítis, luxaciones, subluxaciones y fracturas vertebrales) adenopatías inflamatorias y abscesos (parotídeos, faríngeos o laríngeos), tiroides. Por

su riqueza anatómica, patologías originadas en diversos sitios del cuerpo pueden producir síntomas en el cuello, patologías cardíacas o pulmonares irradian su dolor a base o zona lateral del cuello o a la mandíbula.

Un dolor localizado en la región cervical posterior y occipital, con exacerbación en las tardes, después del trabajo o episodios estresantes, en una mujer de mediana edad se sospecha una cefalea tensional, pero este mismo caso en una persona mayor de 50 años, con cefalea occipital y limitación de los movimientos del cuello, en especial al despertar debe haber la sospecha de osteoartritis de columna cervical.

Contracturas del trapecio, esternocleidomastoideo o trastornos originados en las estructuras músculo esqueléticas, dan lugar a un dolor que se reproduce al hacer movimientos de la cabeza.

Faringoamigdalitis dan lugar además de los síntomas generales, un dolor referido a la región submandibular.

Dolores referidos a la región lateral del cuello y a la mandíbula pueden ser originados por enfermedades de origen cardíaco.

Dolor que se presenta en la parte anterior del cuello y se acentúa al presionar la glándula tiroidea, es sugestivo de una tiroiditis.

Dolor y rigidez de cuello en un paciente febril con un antecedente infeccioso, considerar un diagnóstico precoz de meningitis.

Masas en cuello:

Niños: considerar teratomas, el linfoma de Burkitt y los quistes.

Adultos jóvenes: considerar la enfermedad de Hodgkin, bocio exoftálmico, tiroiditis aguda, mononucleosis infecciosa y bocio simple.

Adultos maduros: considerar los linfomas, y tiroiditis de Hashimoto.

Mayores de 50 años: sospechar carcinoma de tiroides.

Evolución:

Menos de siete días: origen inflamatorio por infecciones virales o bacterianas.

Entre ocho días y siete meses: origen neoplásico.

Años: congénito.

Síntomas asociados

Síncope: por hipersensibilidad del bulbo carotideo, el paciente al hacer un movimiento de la cabeza como inclinarla o girar la cabeza, o usar alguna prenda que apriete el cuello como una corbata puede desencadenar un desvanecimiento.

Oclusión de la carótida Hemiparesia, afasia, desvanecimiento o amaurosis fugaz.

Considerar síntomas de origen laríngeo: Pueden ser fonatorios, deglutorios y respiratorios. Es muy importante interrogar antecedentes traumatológicos, tabaquismo, uso de alcohol, reflujo gastroesofágico entre otros antecedentes patológicos y atopias.

Disfonía: Alteración de la voz, en intensidad, tono o timbre. Síntoma fundamentalmente en pólipos laríngeos y de neoplasias en las cuerdas vocales, también puede señalar compromiso inflamatorio, neurológico o tumoral de las cuerdas vocales.

Ronquera: Variedad de disfonía, predominan tonos graves.

Diplofonía: Emisión de más de un sonido con la voz.

Odinofonía: Es el dolor al emitir la voz.

Fonastenia: Es la fatiga vocal, por mal uso de la laringe; hay cansancio al hablar.

Disfagia: Edema supraglótico en el aritenoides y en los repliegues ariteno-epiglóticos.

Odinofagia: Deglución con dolor, acompaña a la disfonía. Puede presentarse en tumores y edema.

Disnea: Sensación subjetiva de dificultad respiratoria.

Estridor: Indica turbulencia aérea o un estrechamiento de la vía aérea, inspiratorio indica obstrucción de las vías aéreas superiores.

Antecedentes Patológicos relevantes: Tuberculosis ganglionar, enfermedades infecciosas del cuello, faringe y vías aéreas superiores.

## **EXPLORACIÓN**

### **Examen físico**

#### **INSPECCIÓN**

#### **INSPECCIÓN**

Primero tener al paciente en un ambiente cómodo con una adecuada fuente de luz y explicar lo que se va a realizar, posteriormente se le indica sentarse con los brazos a cada lado del cuerpo o si se desea puede hacerse en decúbito dorsal con las manos a los lados del cuerpo o cruzadas sobre el abdomen.

El evaluador se pone en frente del paciente, de perfil y por detrás para hacer una observación exhaustiva y no perder detalles clínicos importantes.

Para ayudarse a una mejor observación puede pedirse al paciente que haga una ligera extensión de la cabeza y desvíe un poco hacia el lado contrario al que va a evaluar.

Se observa la piel y su elasticidad, color, lesiones eczemas, fístulas, cicatrices, infecciones. Simetría del cuello, forma cilíndrica normal, deformidades o abultamientos que la alteran (crecimiento de linfáticos, aumento del tamaño de la tiroides simétrico, quizás el síntoma más frecuente, masas, divertículos esofágicos, quistes branquiales en el tercio superior del cuello detrás del esternocleidomastoideo “como una bolsa caliente a medio llenar”, quistes y fístulas del conducto tirogloso, una de las patologías cervicales más frecuentes, aparecen en la primera década de la vida, como una masa en la línea media sobre el borde superior del cartílago tiroides, que ascienden al sacar la lengua de la boca, o hacer la deglución, los higromas quísticos congénito o linfangioma, que se origina por obstrucción del drenaje de los sacos linfáticos. son tumores del sistema linfático de origen embrionario con ubicación en su mayoría región cervical como una masa difusa, suave, bien demarcada e irregular a la palpación, que generalmente se localiza en el triángulo posterior del cuello, con más frecuencia hacia el lado izquierdo; cuando son pequeños y medianos pueden ser asintomáticos, los grandes generalmente ocasionan complicaciones por su rápido crecimiento invaden las zonas vecinas. En el síndrome mediastínico con presencia de edema, distensión venosa y circulación colateral atrofia muscular o cambios generados por espasmos musculares en tortícolis, o congénitos como en el síndrome de Turner, etc.). El tamaño del cuello en los asténicos o longilíneos es delgado y largo, lo que permite una posterior palpación más adecuada, en los brevilíneos o pícnicos es extremadamente corto y grueso con una valoración un poco más compleja; valorar también pulsaciones anormales, alineación postural y forma en la que mantiene la cabeza, forma en la que mira hacia los lados, en casos de tortícolis, la cual puede ser congénita con acortamiento del músculo esternocleidomastoideo con una inclinación característica de la cabeza que evita la extensión de músculo afectado, y al mirar hacia ese lado lo hace girando todo el cuerpo, puede ser adquirido también. Normalmente se aprecia una curva de convexidad anterior o lordosis cervical normal. Se observa la posición de la tráquea y determinar no haya presencia de desviaciones anormales.

Determinar los movimientos de flexión, extensión, rotación, e tanto activos como pasivos, los primeros los efectúa el paciente y los segundos los efectúa el examinador. No debe producir ningún tipo de molestias, estando limitado en paciente con

meningitis en los cuales se presenta rigidez de nuca, o en espondiloartrosis, diferenciándose en que en la segunda se pierde también la rotación lateral. Está contraindicado en pacientes con traumatismo cervical.

A la inspección en los pacientes delgados las arterias son visibles y se palpan presionando con la punta de los dedos hacia atrás y hacia adentro, a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Presentándose latidos carotídeos más visibles en jóvenes delgados y atléticos, o en casos de anemia, hipertiroidismo, fiebre, hipertensión arterial, cuando se aumenta la presión diferencial, amplios latidos supraclaviculares y hasta supra esternales de gran magnitud en la insuficiencia valvular aórtica, ductus arterioso persistente o comunicaciones aorto pulmonares llevando a la conocida danza arterial que puede estar acompañada de balanceo sincrónico de la cabeza y un pulso saltón.

Un aneurisma de la aorta da lugar a una masa pulsátil que se expande en dirección a la debilidad de la pared, sincrónicamente con los latidos cardíacos.

Puede evaluarse el sistema venoso del cuello. La venas yugulares son visibles y en ocasiones prominentes en decúbito dorsal, sin embargo desaparecen con el paciente semisentado en un ángulo de 45° con la cama, esto como expresión de la presión venosa sistémica y del ciclo cardíaco.

### **Palpación**

Debe hacerse metódicamente con el examinador de frente y a espaldas del paciente, para lograr palpar las zonas anterior, posterior y central del cuello.

Al hacerlo de frente se hace con una mano el sostén cefálico para imprimir los movimientos necesarios de la cabeza que permitan una adecuada evaluación; con la otra mano usando las yemas de los dedos se hace un deslizamiento suave que permita distinguir hallazgos anormales.

Hay que tener cuidado al hacer la palpación, evitar hacer presión simultánea de ambos senos carotídeos, localizado en la bifurcación de la arteria carótida común, a nivel del borde superior del cartílago tiroideo, pues puede llevar al paciente a un síncope.

Primero se palpa con los dedos índice y medio en la zona posterior, donde se encuentra la columna cervical, primero se identifican las apófisis espinosas de las vértebras, se identifica la más prominente que corresponde a la séptima cervical y sirve de referencia como límite entre el cuello y el tórax. Después se van deslizando los dedos hasta la mastoides y haciendo una pinza con el dedo pulgar y los demás dedos de la mano se palpa el recorrido del músculo esternocleidomastoideo hacia adelante y del trapecio hacia atrás, más fácilmente haciendo rotación del cuello del lado opuesto

del músculo que se explora, así se exploran su sitio de origen e inserción, tono, consistencia y tamaño; además se compara con el lado opuesto.

Haciendo un recorrido a lo largo del borde del trapecio se encuentra la cadena de ganglios que drenan el cuero cabelludo y el espacio retrofaríngeo, se ha encontrado aumento de su tamaño en casos de rubeola y mononucleosis infecciosa

Se continúa la valoración de la región lateral, donde se logra palpar el músculo escaleno medio de la misma forma.

Para la exploración del triángulo anterior del cuello, el examinador de pie y frente al paciente, con las yemas de los dedos se delimita el hueso hioides, después el cartílago tiroides la cual es la estructura más prominente de la línea media, el cartílago cricoides y la tráquea. Para determinar la adecuada posición de la tráquea se pone el dedo índice por encima de la horquilla esternal y se van encontrando la prominencia de sus anillos, se desvían los dedos hacia cada lado para evaluar el espacio que separa la tráquea de los esternocleidomastoideos.

Al mover en sentido lateral la tiroides entre el primer y segundo dedos se percibe una crepitación normal debido al roce sobre la superficie anterior de la columna vertebral. En caso de ocupación del espacio retrofaríngeo, esta crepitación desaparecerá.

En el triángulo anterior también se pueden encontrar ganglios, normalmente no palpables, pero en caso de ser masas en la línea media de la cara anterior del cuello no debe considerarse como ganglios linfáticos sino más bien quistes formados por restos del canal tirogloso, si son laterales pueden ser higromas quísticos en niños o quistes de la hendidura branquial en adultos si están ubicados cerca del maxilar y por delante del esternocleidomastoideo, en caso de masas pulsátiles puede tratarse de un aneurisma carotideo y lipomas encontrarse cualquier ubicación. También podemos encontrar la tráquea, tiroides y vasos sanguíneos que se valoran de la siguiente forma:

### Tiroides

Se puede realizar por delante o por detrás del paciente, realizándose mejor en la última posición. Es de aclarar que en personas de constitución normolínea, muchas veces la tiroides no es visible ni palpable, a no ser que sea muy delgada.

El paciente debe estar sentado con el mentón un poco elevado. Puede hacerse una valoración tanto anterior como posterior.

En la valoración posterior, inicialmente el evaluador a la espalda del paciente, ubica los dedos pulgares en la nuca y demás los ubica en el cuello buscando anatómicamente la tiroides, sin olvidar que esta está se ubica en la parte anterior y baja del cuello, por debajo del cartílago cricoides; ya con este hallazgo se colocan los dedos sobre los lóbulos laterales del tiroides, palpando lóbulo derecho con la mano derecha y lóbulo

izquierdo con la mano izquierda, en centro palpar el istmo del tiroides, aproximadamente de 1 centímetro de altura. Se le indica al paciente que degluta saliva o se le puede dar un vaso de agua y se percibirá el desplazamiento de la tiroides por debajo de los dedos, determinado así más adecuadamente el tamaño, contorno, forma, la simetría, superficie y su regularidad, consistencia de la glándula, sensibilidad, movilidad y adherencias a estructuras vecinas.

Luego una de las manos del examinador introduce los dedos de la mano izquierda entre la tráquea y el músculo esternocleidomastoideo de ese mismo lado, tratando de desplazar la laringe hacia el lado opuesto, de esta forma con los dedos de la mano derecha se puede palpar el lóbulo derecho, siendo de ayuda la deglución para determinar si existe alguna estructura a normal que se desplace en el examen físico. Después se repite el mismo proceso pero del lado contrario.

En la evaluación anterior el examinador de frente al paciente para evaluar el lóbulo derecho de la tiroides inicialmente coloca su pulgar derecho en el lóbulo izquierdo y hace una presión intentando desplazar la laringe hacia la derecha, teniendo cuidado de no hacerlo con la tráquea ya que puede ocasionar molestias, mientras tanto con la otra mano toma entre sus dedos índice, pulgar y medio el músculo esternocleidomastoideo, estando atento si se presenta la sensación de desplazamiento de alguna masa por debajo del músculo. Lo mismo pero de manera contralateral para evaluar el lóbulo tiroideo izquierdo.

### Arterias

Normalmente la pulsación arterial puede ser percibida desde la región supraesternal hasta la región submaxilar. En los pacientes delgados las arterias son visibles y se palpan presionando con la punta de los dedos hacia atrás y hacia adentro, a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Secundario a traumas pueden presentarse fístulas arterio venosas cervicales que genera frémito característico.

En casos de aneurismas de la aorta torácica, en contacto con el bronquio izquierdo, se transmitirán los latidos a la tráquea dando lugar al signo del tirón traqueal, este se encuentra con el paciente de frente al paciente se ponen ambos pulgares por debajo del cartílago tiroides, se le piden al paciente que degluta haciendo que se eleve el tiroides, y con los dedos se mantiene elevado, con estos se logra sentir las pulsaciones transmitidas a la tráquea.

### Ganglios linfáticos

Para hacer una adecuada evaluación el examinador por detrás del paciente, le realiza una flexión de la cabeza hacia el lado que examina, con los pulpejos de los dedos de la



mano del lado que está examinando, haciendo una palpación superficial de preferencia descendente y con una suave presión, se hacen movimientos circulares lentos que permiten determinar en un ganglio, su localización exacta, tamaño, consistencia, forma, temperatura, sensibilidad, movilidad o adherencia a los planos profundos.

Se pueden encontrar en la unión de la cabeza y el cuello:

Ganglios cervicales superiores, en la parte alta del surco retromandibulomastoideo. Aumento de tamaño en casos de adenoiditis.

Ganglios Preauriculares: Por delante del trago, se aumenta en parotiditis.

Ganglios Retroauriculares: Por debajo de la apófisis mastoides.

Ganglios Occipitales: Base del cráneo, fuera de los músculos. En rubéola.

Ganglios en Subángulo maxilar: Por debajo del ángulo de la mandíbula, región faringoamigdalina y buco gingivolingual de la parte posterior de la boca.

Ganglios Submaxilares: En el punto medio de la rama horizontal de la mandíbula. En abscesos dentarios y gingivitis.

Ganglios Submentonianos: En el área submandibular. En abscesos dentarios y gingivitis anteriores.

Ganglios cervicales superficiales: En triángulo posterior, en el trayecto de la yugular externa y en el triángulo anterior acompañando a la yugular anterior.

Ganglios cervicales profundos: Los más importantes, acompañan la vena yugular interna, cubierta por el esternocleidomastoideo.

Ganglios cervicales profundos anteriores: En el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Ganglios cervicales profundos posteriores: En el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo.

Ganglios profundos supraclaviculares; Representado por el ganglio de Virchow o ganglio centinela, en la fosa supraclavicular izquierda, Se explora en inspiración profunda y corresponde a una lesión precoz maligna de origen gástrico.

### Glándulas submaxilares

De frente al paciente, por palpación bimanual; usando unos guantes limpios se introduce un dedo en el piso de la boca y otro por delante del ángulo del maxilar

inferior y allí, por debajo del ángulo de la rama horizontal, se logran palpar unas estructuras pequeñas, redondas, del tamaño de una nuez, por delante del músculo milohioideo. Para verificar su drenaje se observa su secreción a través del orificio a cada lado del frenillo de la lengua.

### **Auscultación**

No debe olvidarse, en tiroides puede escucharse los sistólicos o frémito sobre una glándula aumentada de tamaño y la temperatura en un bocio hipertiroideo sobretodo en Graves Basedow. En caso de obstrucciones ateromatosas un flujo turbulento lleva a la sensación de frémito en el trayecto vascular. Una ubicación cervical puede deberse a obstrucción carotídea o propagada por estenosis valvulares como la aórtica donde se encuentra de predominio derecho y de mayor intensidad en el foco auscultatorio aórtico, a la aorta y de allí al cuello en casos de estenosis pulmonar. Fistulas aorto pulmonares o ductus arterioso persistente generan un frémito continuo que se propaga a carótidas o subclavia izquierdas.