FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

SEMIOLOGÍA MÉDICA

Unidad:
SEMIOLOGÍA SEGMENTARIA

Tema:
EXAMEN DE CUELLO

Los presentes apuntes han sido preparados por el Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina campus Occidente de la Universidad de Chile y tienen como objetivo principal complementar el irremplazable estudio personal del estudiante, haciendo énfasis en puntos claves y entregando esquemas para ayudar a organizar conceptos que la mayoría de las veces se disuelven en el mar de material teórico al que en esta etapa debe enfrentarse.

INTRODUCCIÓN

El cuello es un segmento anatómico que aloja importantes estructuras de distinto origen: vasculares, linfonodos, vía respiratoria, tubo digestivo, tiroides y paratiroides.Topográficamente, se divide en dos triángulos, el anterior, limitado entre la línea media del cuello, el borde anterior del esternocleidomastoideo y el borde inferior de la mandíbula, y el posterior, entre el borde posterior del esternocleidomastoideo y el borde anterior del trapecio y la clavícula.

El triángulo cervical anterior se subdivide, a su vez, en triangulos menores:

- Submandibular: entre el borde inferior de la mandíbula y los vientres anterior y posterior del músculo digástrico.
- Submentoniano: entre los bordes anteriores de ambos digástricos y el hueso hioides.
- Carotideo: por superior el vientre posterior del digastrico, posteriormente el esternocleidomastoideo y anteriormente por vientre superior del omohioideo.
- Muscular: entre el hueso hioides, la línea media y el vientre superior del omohioideo.

EXAMEN DEL CUELLO

El cuello normal tiene forma cilíndrica, de dimensiones variables, dependiendo del biotipo y de factores genéticos y raciales. La conformación normal del cuello se relaciona con el biotipo: es largo y delgado en el biotipo ectomorfo y corto y grueso en el endomorfo.

La *piel* del cuello puede ser asiento de procesos inflamatorios agudos o crónicos. Los procesos agudos generalmente corresponden a enfermedades de linfonodos regionales. La inflamación crónica responde comúnmente a adenitis propagadas desde estructuras vecinas: tuberculosis, actinomicosis, linfomas necrosados y supurados.

Podemos hallar también la externalización (fistulización) de colecciones intracervicales:

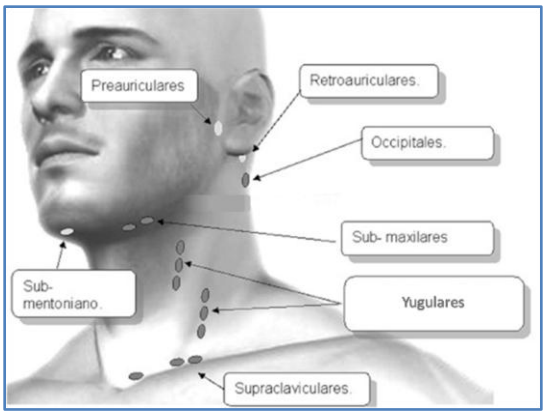
- Fistula Branquial: se observan fístulas cutáneas que secretan un material de aspecto mucoide proveniente de quistes branquiales. Estos quistes tienen su origen en la oclusión incompleta de la hendidura branquial (congénita) y se encuentran en el borde anterior de los músculos esternocleidomastoídeos, desde el hueco supraesternal hasta el ángulo del maxilar.

- Fístula Tiroglosa: se ubica en la línea media, entre el hueco supraesternal y el hueso hioides y se origina desde los quistes tiroglosos, los que reflejan la persistencia de restos del conducto tirogloso. Se palpan de manera muy similar a los quistes branquiales, pero su ubicación medial y su movilización con los desplazamientos de la lengua los diferencia.

La palpación del ***pulso carotídeo*** se realiza por anterior en el tercio superior del cuello. Debemos caracterizarlo como cualquier pulso arterial y verificar simetría alternadamente. Su amplitud es mayor en estados hipercineticos (hipertiroidismo, anemia severa. En la insuficiencia aórtica avanzada podemos observar la "***danza arterial del cuello***" , que es aumento exagerado de la amplitud del pulso con un descenso rápido y eventualmente soplo acompañante. A la auscultación de las carótidas en el mismo sitio de la palpación podemos escuchar un soplo sistólico en caso de ateromatosis carotídea. En el caso de escucharse por arriba de las clavículas, este puede corresponder a un soplo que se origina en el corazón (estenosis aórtica).

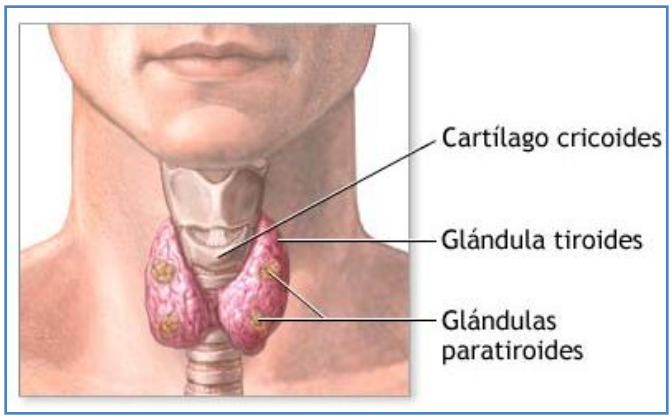
El examen del ***pulso venoso*** se realiza a través de la visualización de las venas yugulares, distinguiendo dos ondas y dos valles. Con la inspiración se tienden a colapsar debido a la presión negativa intratorácica que aumenta el retorno venoso, mientras que durante la espiración disminuye la entrada de sangre al tórax y se produce una congestión de las venas pudiendo llegar a verse ingurgitadas.

Los ***linfonodos*** de importancia clínica en el cuello se dividen en 7 grupos (ver imagen): suboccipitales, retroauriculares, preauriculares, submandibulares, yugulares, submentonianos y supraclaviculares. El hallazgo de adenopatías puede reflejar patologías tanto localizadas-generalizadas, como agudas-crónicas (ver anexo n°1) por lo que su búsqueda de rutina es de alto valor. Un manera de abordar su evaluación es ubicándose por detrás del paciente, usando los pulpejos y ubicando y caracterizando cada grupo (consistencia, tamaño, movilidad, sensibilidad, etc)



Grupos ganglionares del cuello

En el examen de ***tiroides*** cobra importancia recordar su anatomía. Está glándula está conformada por dos lóbulos laterales, unidos al medio por un puente de tejido llamado "itsmo", ubicado abajo del cartílago cricoides. Los lóbulos laterales rodean los anillos cartilaginosos de la tráquea y quedan cubiertos por el borde anterior del músculo esternocleidomastoídeo. Habitualmente la tiroides no es visible y se palpa levemente.



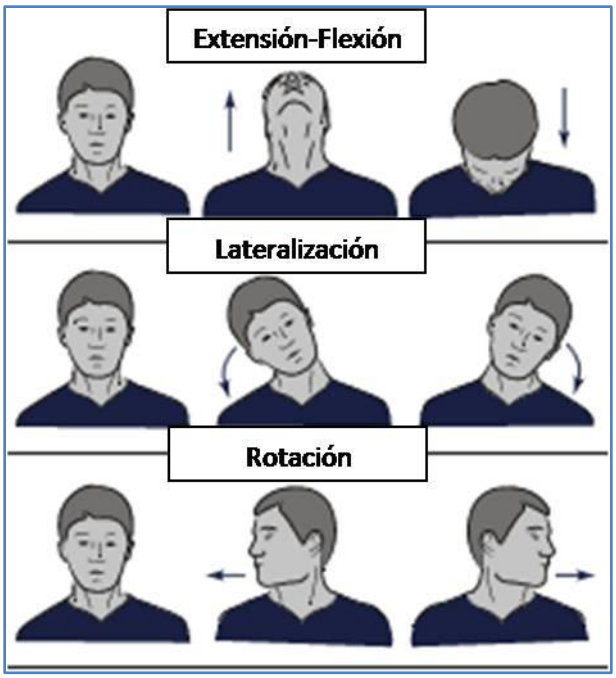
Glándula tiroides y sus relaciones anatómicas

El examinador debe situarse detrás del paciente y situar sus dedos por anterior del cuello en relación a la línea media y ubicar el cartílago cricoides. Inmediatamente debajo se encontrará el itsmo y a lateral los lobulos de la tiroides. Con los pulpejos deben delimitarse los lóbulos, realizando una presión suave sobre ellos. Una vez realizada la maniobra se le pide al paciente que degluta y se espera que la glándula ascienda con los movimientos deglutorios (hecho semiológico clave).

La ***palpación*** debe ser indolora, de consistencia firme y superficie lisa. En pacientes con gran tejido adiposo en el cuello se dificulta aún más su palpación. En caso de encontrarse alguna alteración esta debe ser caracterizada en forma, ubicación, tamaño, consistencia y sintomatología asociada.

Se le denomina ***bocio*** al aumento de tamaño de la tiroides. Este puede ser homogéneo (difuso) o heterogéneo (multinodular, uninodular). En su estudio inicial debe evaluarse el estado funcional de glándula, el cual puede realizarse mediante la búsqueda de síntomas como: Intolerancia al calor, baja de peso, sudoración, diarrea, temblor (hiperfunción) o constipación, bradipsiquia, intolerancia al frio, mixedema (hipofunción) [ver anexo n° 2]

La evaluación de la ***movilidad y musculatura cervical*** se realiza inspeccionando los rangos articulares. Normalmente el paciente debe ser capaz de realizar extensión y flexión, lateralización y rotación del cuello (ver imagen). Debemos evaluar tanto la movilización activa como la pasiva, observando la amplitud de los movimientos y dolor asociado.



Movimientos articulares cervicales

Existen dos maniobras adicionales que sirven para evaluar compromiso neurológico:

- ***Spurling***: consiste en la compresión de la cabeza colocada ligeramente en extensión, lateralizándola hacia el lado doloroso. En el caso de reproducirse o aumentar el dolor, es sugerente de compresión radicular.
- ***Valsalva***: consiste en una espiración forzada contra glotis cerrada (imita un pujo). Esto determina un aumento de la presión intratecal, lo que provoca o exacerba un dolor de origen radicular o por ocupación del canal raquídeo.

Spurling

ANEXOS

Anexo n°1

Etiología de los ganglios cervicales localizados		
Ubicación	**Sitio de drenaje**	**Causas**
Suboccipitales	Región occipital baja	Procesos infecciosos de cabeza y cuero cabelludo posterior
Retroauriculares	Detrás de pabellón auricular	Procesos infecciosos de cuero cabelludo temporal y meato auditivo externo
Preauriculares	Delante de pabellón auricular	Procesos infecciosos de párpados y conjuntiva palpebral
Submandibulares	Cara medial de mandíbula	Procesos infecciosos de labios, boca (incluyendo orofaringe) y lengua
Yugulares	Entre esternocleido-mastoideo y canal laringotraqueal	Procesos infecciosos de lengua posterior, amígdalas y parótidas. Cuello, brazos, región pectoral
Submentonianos	Bajo el mentón, detrás de mandíbula	Procesos infecciosos de piso de boca, labio inferior, punta de la lengua y piel de mejillas

Anexo n°2

Formas de bocio			
Según conformación	**Según tamaño**	**Según topografía**	**Según estado funcional**
–Difuso –Uninodular –Multinodular	–Palpable. –Visible y palpable. –Palpable más allá del esternocleidomastoideo	–Cervical –Cérvico-torácico –Torácico	–Normofunción (eutiroídeo) –Hipertiroidismo (hiperfunción) –Hipotirodismo (hipofunción)

BIBLIOGRAFÍA

1. Larguía, A., Suarez, L., Pietrobelli, D., Duhart, J. (2009) "Cuello" En Argente, H. y Alvarez, M., *Semiología médica.* (Pgs. 300 - 303) Editorial Médica Panamericana, Argentina.

2. Goic, A. (2010) "Cuello" En Goic, A., Chamorro, G. y Reyes, H. *Semiología médica* (Pgs 373 - 378) Editorial Mediterráneo, Chile.

3. Parrochia, E., Bozzo, S., "Cuello" En *Apuntes para Semiología Médica*, Parte 3: Cabeza y Cuello, (Pgs 44 - 52).

4. Imágenes obtenidas desde:
   - http://www.cultura10.com/%C2%BFque-son-los-ganglios
   - http://www.promoviendosalud.com/index.php/glandula-tiroides/
   - http://www.acaci.org.ar/11.php
   - http://www.cechin.com.ar/quiste-tirogloso.asp