



Cervicalgias y cervicobraquialgias

- I. DEFINICION.
- II. FORMAS CLÍNICAS.
 - a. Cervicalgia mecánica:
 - aguda.
 - crónica.
 - b. cervicobraquialgia.
 - c. Sdr. cervicefálico.
 - d. Cervicalgia inflamatoria.
 - e. Cervicalgia sospechosa.
- III. PRUEBAS DIAGNOSTICAS.
- IV. ¿Qué TRATAMIENTOS EMPLEAR?
- V. ALGORITMO DE MANEJO.
- VI. ANEXOS:
 - a. Higiene postural.
 - b. Estiramientos C. Cervical.
 - c. Información para el paciente: cervicoartrosis.



Cervicalgias y cervicobraquialgias

I. DEFINICIÓN:

El dolor cervical es una causa frecuente de consulta médica. Se estima que más de la mitad de la población padece cervicalgia en algún momento de su vida, afecta en torno a un 10% de la población cada año, más del 50% de los pacientes relatan mejoría en 2 a 4 semanas, y un 80% asintomáticos al tercer mes, en su mayoría no precisan estudios radiológicos o analíticos. Existe en torno al 20% de pacientes presentan síntomas que exceden en su duración de las 6 meses o son recidivantes.

Los estudios de imagen y de laboratorio se reservarán para aquellos pacientes con historia o exploración sugestiva de radiculopatía, lesión medular o enfermedad sistémica.

CAUSAS DE CERVICALGIA		
Biomecánicas <ul style="list-style-type: none"> - esguince. - Hernia discal - Espondilosis. - Mielopatía. 	Referidas <ul style="list-style-type: none"> - Sdr. torácico superior. - Esofagitis. - Cardiopatía isq. - Disección vascular. 	Miscelanea <ul style="list-style-type: none"> - Sarcoidosis. - Enf. de Paget.
Reumatológicas <ul style="list-style-type: none"> - A. reumatoide. - Espondilitis Anq. - Artritis psoriásica. - Sdr. Reiter. - Artropatías reactivas. - Polimialgia reumática - Fibromialgia - Hiperostosis senil. - Enf. por cristales. 	Neoplásicas <ul style="list-style-type: none"> - Metástasis. - Mieloma múltiple. - Tumores primarios óseos. - Tumores de origen nervioso: gliomas, cordomas, neurofibroma. 	
Infecciosas <ul style="list-style-type: none"> - Discitis. - Osteomielitis. - Meningitis. - Neuropatía herpética. 	Neurológicas <ul style="list-style-type: none"> - Sdr. Parsonage Turner. - Neuropatías periféricas. - DSR. 	

Con fines prácticos abordaremos el manejo de las patologías más frecuentes y aquellas que pueden tener mayor trascendencia para la salud del enfermo.



Cervicalgias y cervicobraquialgias

II. FORMAS CLINICAS:

En el manejo inicial desde atención primaria adoptaremos la denominación clásica de cervicalgia aguda o crónica estableciendo el límite en las 12 semanas de inicio del cuadro (aguda < 12 semanas < crónica). Descartar siempre la posibilidad de dolor referido de origen extraraquídeo. Una vez hemos considerado el dolor de origen raquídeo interesa diferenciar: Cervicalgia mecánica o inflamatoria: el dolor mecánico mejorará con el reposo y empeorará con el aumento de la actividad con horario diurno, mientras el dolor inflamatorio persiste en reposo, predominando por las noches. Para agilización de pacientes con determinados datos de alarma (banderas rojas) hablamos de "cervicalgia sospechosas" aquellas que por sus características clínicas precisan de un manejo más estricto, aunque no por ello precisen ser valorados por el especialista de entrada:

CERVICALGIA SOSPECHOSA
- Dolor no mecánico. (Constante incluso en reposo).
- Fiebre.
- Historia de cancer.
- Tratamiento con esteroides.
- HIV.
- Pérdida de peso/sdr. constitucional.
- Síntomas o signos neurológicos.
<u>Derivación urgente:</u>
- incontinencia de esfínteres.
- alteraciones de la marcha.

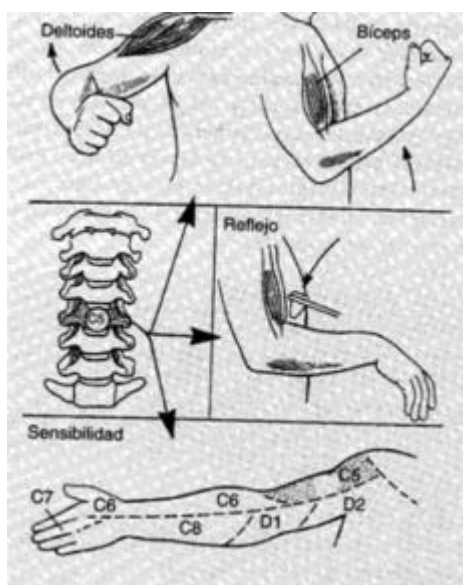
Con intención de la derivación de los pacientes por cervicalgia hemos establecido seis categorías atendiendo a su historia clínica, la exploración y la respuesta al tratamiento. Esta pretende ser una orientación de cara a realizar una adecuada orientación diagnóstica

Cervicalgias y cervicobraquialgias

y terapéutica, y facilitar una derivación correcta del paciente al especialista adecuado con la mayor agilidad.

1. Dolor cervical agudo sin irradiación: como dolor intenso de aparición reciente, inicio brusco y con espiración física con limitación notable y dolor en todos los movimientos de la columna. Sin traumatismo, la Mialgia Cervical Aguda ("Tortícolis") es la causa más frecuente, con evolución autolimitada en 4-6 días. Si existe traumatismo debemos descartar: fracturas, luxaciones,....
2. Dolor Cervical crónico: el dolor es de menor intensidad pero persistente, con movilidad de la columna cervical preservada, con exacerbación de las molestias en la movilidad extrema. La asociación de gran componente psicossomático dificulta habitualmente su diagnóstico y manejo.
3. Dolor cervicobraquial. Se define como la presencia de dolor en la región cervical y en la extremidad superior; dentro de este término se encuadran múltiples procesos que será preciso definir por la historia, la exploración y las pruebas complementarias. Afecta con mayor frecuencia las cuatro últimas raíces cervicales, sobre todo a C7. El cuadro está caracterizado por el dolor, asociado a clínica que se circunscribe a la raíz afectada presentando parestesias, y en ocasiones alteraciones motoras de la raíz correspondiente.

C5

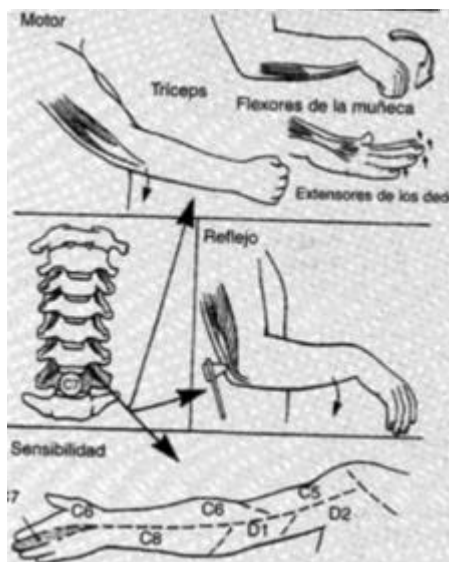


C6



Cervicalgias y cervicobraquialgias

C7



C8



Especial interés tiene su diagnóstico diferencial de los procesos que puedan ser causantes de omalgia (dolor en hombro). La resolución espontánea de todos los síntomas o de la mayoría de ellos ocurre dentro de las 6 a las 12 semanas en la mayor parte de los pacientes.

4. Sdr. cervicocefálico. La atribución del Sdr. de Barré-Lieou o sdr. cervicocefálico: (dolor en región occipital y otras regiones craneales, acompañada de vértigo, mareo e inestabilidad en la marcha, con parestesias en el vértice craneal,...) a un trastorno de la irrigación cerebral o a una irritación del sistema simpático cervical posterior debido a la presencia de osteofitos en la columna cervical carece de justificación. Existen fundadas razones para creer que este síndrome se debe en gran parte a un trastorno de índole psicosocial.
5. Cervicalgia inflamatoria. La existencia de signos guía ha de ponernos sobre su pista: dolor sacroilíaco, conjuntivitis/iritis, úlceras genitales, aftas orales, psoriasis, diarrea, así como la existencia de afectación a nivel de otras articulaciones.
6. Cervicalgia sospechosa: aquellas con alta sospecha de proceso infeccioso o neoplásico.



Cervicalgias y cervicobraquialgias

III. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

Los estudios de laboratorio están indicados para descartar enfermedad sistémica, proceso tumoral o infeccioso, o patología reumática. Recordar que el 80% de los pacientes están asintomáticos al tercer mes, en su mayoría no precisan estudios radiológicos o analíticos.

El principal objetivo del estudio radiológico es detectar importantes alteraciones estructurales; no se recomienda su realización durante el primer mes de síntomas en ausencia de signos de alarma. En todo paciente que consulta con el servicio de referencia ha de aportarse radiografías en tres proyecciones: A/P, oblicuas y lateral.

En las cervicalgias mecánicas, agudas o crónicas, sin radiculopatía o mielopatía, causa frecuente de consulta en la consulta de los especialistas del aparato locomotor, el estudio radiológico es el estudio inicial y en gran número de ocasiones el único estudio por imagen dada la escasa capacidad de modificación de las pautas de tratamiento por los hallazgos de TAC o de la RMN.

Existen hallazgos con cuestionable significación clínica y su relación con el dolor cervical : nódulos de Smorl, espina bífida oculta, calcificación discal. La rectificación de la lordosis fisiológica cervical no tiene en la mayoría de las ocasiones significación patológica, al igual que los cambios de tipo degenerativo, pues existen una gran mayoría de pacientes con artrosis cervical radiológica están asintomáticos.

Los estudios diagnósticos TAC tienen su indicación en estudios de cervicalgias agudas postraumáticas con estudios radiológicos dudosos y alta sospecha de fractura o luxación. Posee valor en el estudio de las cervicobraquialgias cuando la causa de la lesión sea ósea.

La RMN constituye un buen método de estudio de imagen complementario en los casos de: cervicalgia "sospechosa" (mielopatía, proceso infeccioso, tumoral,...), y en la cervicalgia inflamatoria si se detectan alteraciones radiológicas o si hay un déficit neurológico ha de realizarse una RMN.



Cervicalgias y cervicobraquialgias

Podemos adoptar:

- a. Indicaciones de TAC en cervicalgias.
 - Valoración preoperatoria.
 - Traumatismo agudo con alta sospecha de fractura o luxación.
 - Seguimiento de fracturas.
 - Valoración postoperatoria.
 - Contraindicaciones de la RMN.
- b. Indicaciones de la RMN en cervicalgias.
 - Valoración preoperatoria.
 - Radiculopatía refractaria.
 - Déficit focal motor.
 - Mielopatía.
 - Sospecha de metástasis.
 - Tumores.
 - Osteomielitis.
 - Discitis.
 - Estudio cervicalgias inflamatorio con alteraciones Rx.

La gammagrafía especialmente indicadas en procesos infecciosos de inicio reciente, en estudios de extensión en procesos oncológicos,...con baja especificidad posee una elevada sensibilidad.

Los estudios electromiográficos indicada su realización ante la existencia de déficit neurológico, y ante dudas diagnósticas de cara a un planteamiento quirúrgico, es innecesario si el diagnóstico de radiculopatía es obvio.



Cervicalgias y cervicobraquialgias

IV. ¿QUÉ TRATAMIENTOS EMPLEAR?

Aquellos pacientes que no presenten patologías sistémicas o datos de alarma deben de ser tratados con tratamiento conservador en torno a las 6 semanas.

a. Cervicalgia mecánica aguda.

- Analgésicos, son eficaces aunque no son más efectivos que los AINEs.
- AINEs, son más efectivos que el placebo en pacientes con cervicalgia. Son igual de efectivos que los analgésicos, y varios AINEs: piroxicam, ibuprofen, diclofenaco,..... son igual de efectivos.
- Relajantes musculares, no existe evidencia de su efectividad.
- Inyecciones de esteroides y lidocaina en el área de máxima contractura paravertebral o en el trapecio puede aportar disminución del dolor.
- Crioterapia, la aplicación de masajes con hielo aporta analgesia adicional al tratamiento farmacológico sobre todo en las primeras 48-72 horas. En los días posteriores la aplicación de calor local disminuye la tensión muscular y aumenta la movilidad.
- Collar cervical, blando en el caso de cervicalgias no traumáticas y rígido en aquellas traumáticas pendientes de descartar patologías traumatológicas mayores (fracturas, luxaciones,....)
- Ejercicios, no existe evidencia de su efectividad en la cervicalgia aguda.
- Manipulación, existe evidencia limitada de que es más efectivo que el placebo e incluso mayor que el tratamiento farmacológico y diferentes métodos de terapia física aunque los resultados en ocasiones son contradictorios.
- TENS (Electroestimulación Nerviosa Transcutánea), no existe evidencia.
- Tracción, resultados contradictorios.
- Terapia Conductual, acupuntura,... no existen ensayos clínicos de calidad.

b. Cervicalgia mecánica crónica.

- Analgésicos, existen evidencias moderadas de su utilidad.
- Relajantes musculares, existen evidencias limitadas de su utilidad.



Cervicalgias y cervicobraquialgias

- Antidepresivos, existen moderadas evidencias de su ineficacia en el dolor cervical crónico.
 - AINEs, existe moderada evidencia de su utilidad y evidencia importante de que varios AINEs: piroxicam, indometacina, ibuprofeno, diclofenaco, ketoprofeno, naproxeno,... son igual de efectivos.
 - Infiltraciones epidurales, comparado con placebo existen evidencias moderadas de su eficacia en estudios a corto plazo; no existen evidencias de mayor efectividad cuando infiltramos esteroides frente a anestésicos locales, o relajantes musculares.
 - Manipulación, existe evidencia importante de su efectividad, aunque existe moderada evidencia de que la manipulación sea más efectiva que el resto de tratamientos habituales: reposo temporal, analgésicos, y masaje.
 - Educación del paciente, hay evidencia importante de su efectividad. Convencer al paciente de que el objetivo es maximizar su función física dentro de sus limitaciones.
 - Ejercicios, existe evidencia importante de su efectividad en los procesos crónicos, pero no hay evidencia a favor de unos ejercicios frente a otros. Tienen interés aquellos que mejoran la capacidad aeróbica. ANEXO
 - Tracción, no parece efectiva en el dolor crónico.
 - Terapia conductual, limitadas evidencias de su utilidad.
 - TENS, Acupuntura,...sin evidencias de su utilidad, resultados en ocasiones contradictorios.
- c. Cervicobraquialgia.
- AINEs a dosis máximas durante una semana y luego disminuir la dosis progresivamente.
 - Los corticoides se emplean en las fases hiperálgicas, y pueden administrarse en dosis de hasta 60mg/día de prednisolona durante 4-5 días.
 - La aminotriptilina y la gabapeptina pueden ser útiles para reducir el dolor neuropático.



Cervicalgias y cervicobraquialgias

- Infiltraciones epidurales o bloqueos nerviosos selectivos pueden ser útiles en pacientes con dolor severo y sin clara indicación quirúrgica.
 - El reposo es fundamental durante 2-3 semanas. En la fase de dolor agudo intenso es útil la colocación de un collar blando, el rígido solo en casos postraumáticos y pendiente de confirmación diagnóstica dado que en el resto de pacientes puede provocar contractura refleja. No debería mantenerse más de 21 días.
 - Aplicación de calor local.
 - La tracción cervical en domicilio. No existen estudios concluyentes, aunque nunca se empleará en la fase aguda.
 - Ejercicios isotónicos e isométricos útiles cuando el dolor empieza a ceder.
 - Cirugía. Su única indicación es el déficit neurológico persistente, sobre todo motor, que se mantiene o agrava a pesar del tratamiento conservador.
- d. Sdr. cervicocefálico o Sdr. Barré Lieu.
- Valoración de la esfera psicosocial del paciente.
 - Psicoterapia de apoyo.
 - Psicofármacos.
 - Analgésicos.
 - Ni la rehabilitación, ni la electroterapia, ni las tracciones cervicales han demostrado ser eficaces y en algunos casos pueden empeorar la clínica.
 - NO EXISTE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ACTUALMENTE !!!!
- e. Cervicalgias inflamatorias y cervicalgias "sospechosas".
- Su tratamiento variará según el diagnóstico final

* Hemos hablado de Evidencia:

- Nula (N); no existen estudios válidos según MBE.
- Limitada (L); existen estudios pero de baja calidad según MBE.
- Importante (I); existen estudios de calidad según MBE.

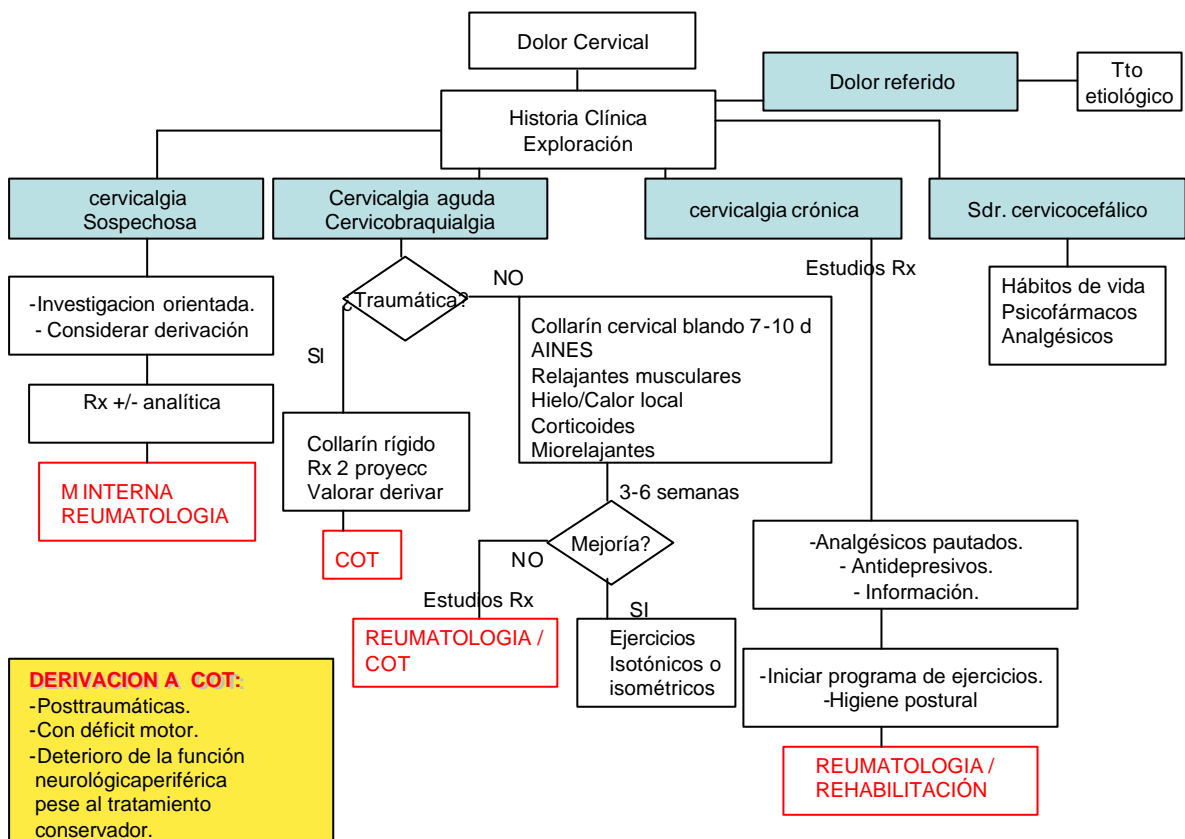


Cervicalgias y cervicobraquialgias



Cervicalgias y cervicobraquialgias

V. ALGORITMO DE MANEJO.



Cervicalgias y cervicobraquialgias

NORMAS DE HIGIENE POSTURAL EN LA CERVICALGIA.

- Evitar mantener posturas fijas durante períodos largos de tiempo (flexión y rotación).
- Usar un colchón firme, no rígido. Almohada blanda y delgada (20cm) para mantener la curvatura fisiológica del cuello durante el descanso.
- La posición más adecuada es el decúbito supino (mirando hacia arriba) o en lateral. La postura en decúbito prono (boca abajo) mantiene en tensión el cuello y debe evitarse.



- La televisión o el ordenador debe situarse a la altura de los ojos, de modo que no sea necesario flexionar o extender el cuello para verla.



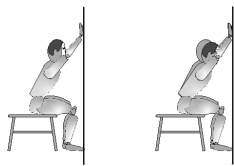
- Para leer, lo mejor es emplear asientos con reposabrazos para que el libro quede a una altura adecuada respecto de la cabeza.
- En el coche, el borde superior del reposacabezas debe quedar a la altura de los ojos. Evitar viajes en fase de dolor, si fuera inevitable se realizaría con collarín blando y sin ser el conductor.
- Hay que evitar movimientos de extensión forzada del cuello.



HOSPITAL DA COSTA
C/. Rafael Vior, s/n.
Teléfono: 982 58 99 00
27880 BURELA (Lugo)

Los estiramientos están dirigidos a relajar la musculatura puede hacerlos los siete días de la semana o incluso más de una vez al día. - Hacer 3 series de cada tipo de ejercicio con el número de repeticiones que pueda (no menos de 3 y no más de 30)

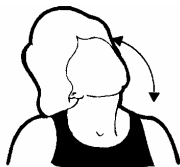
1/ Delante de una pared, los pies tocándola. Estire los brazos lo más arriba posible. Haga balanceos, como si intentase tocar el muro con el pecho.



2/ Siéntese, espalda recta y apoyada. Deje caer la cabeza lentamente hacia delante. Mantener un instante, llévela hacia atrás.



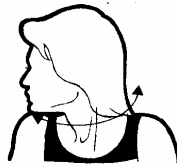
3/ Siéntese con la espalda recta y apoyada. Inclíne la cabeza lentamente a un lado, mantenga esa posición un instante y repítalo a uno y otro lado.



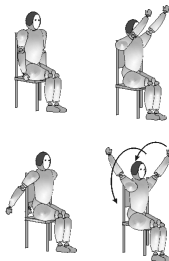
Cervicalgias y cervicobraquialgias

ESTIRAMIENTOS DE LA COLUMNA CERVICAL

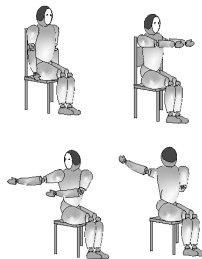
4/ Igual que el ejercicio anterior, gire la cabeza primero a un lado y luego al otro.



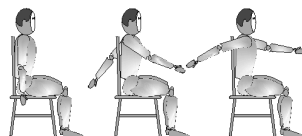
5/ Siéntese y levante los brazos y haga círculos hacia adelante y hacia atrás con los dos brazos a la vez. Alterne de 3 a 5 círculos hacia adelante con otros tantos hacia atrás.



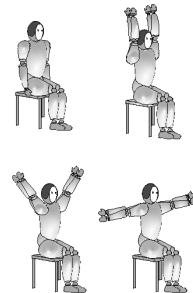
6/ Levantando los brazos hacia delante, balancee ambos brazos y girando-el-tronco.



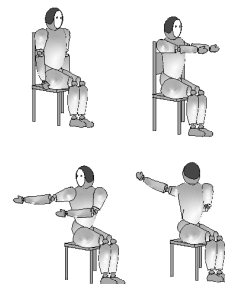
7/ Balancee los brazos de adelante hacia atrás cuando el brazo derecho esté adelantado, el izquierdo estará retrasado y viceversa



8/ Siéntese, con la espalda recta no apoyada. Levante los brazos a la altura de los hombros, las palmas de las manos hacia abajo. Desde esa posición, realice tres movimientos cortos llevando ambos brazos hacia atrás - Eleve un poco por encima de los hombros las manos y repita los movimientos. Gire las manos de modo que las palmas queden hacia adelante y repita los movimientos -tres veces a la altura de los hombros o un poco por debajo y tres veces un poco por encima-



9/ Lleve el brazo tan atrás como pueda, girando el tronco. Repita con ambos brazos.



Cervicalgias y cervicobraquialgias

INFORMACION PARA EL PACIENTE

DOLOR CERVICAL

El cuello tiene formas de protestar contra el abuso. La columna cervical se halla poco protegida y puede ser afectada por traumatismos, tensión emocional y otras enfermedades que producen dolor y restringen la movilidad. A veces se trata de un dolor localizado en el cuello mismo y otras es un dolor que se extiende a los brazos, a la cabeza o a la espalda. Se puede sentir hormigueo y adormecimiento en los dedos de la mano, dolor en la nuca o notar mareo y náuseas. Por cualquiera de estos síntomas hay que consultar al médico de familia.

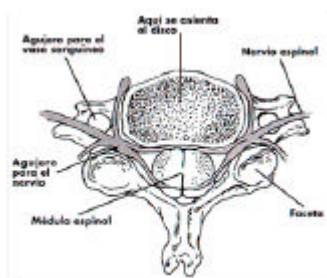


Figura 1. Vértebra cervical, vista desde arriba.

CAUSAS DE DOLOR CERVICAL

La columna cervical está compuesta de siete vértebras unidas entre sí. Además de sostener la cabeza, encierra y protege la médula espinal, e importantes nervios y vasos sanguíneos. El dolor cervical puede ser el resultado de anomalías en las partes blandas, músculos, ligamentos, discos y nervios, así como en las vértebras y sus articulaciones. La causa más común de dolor cervical son las lesiones de las partes blandas, debidas a traumatismos o deterioro progresivo.

POSTURA Y TENSIÓN EMOCIONAL

La postura es importante para la columna cervical. La mala postura, la obesidad y debilidad de la musculatura abdominal, cambian la estática de la columna, aumentando las curvas normales, lumbar y dorsal, y tienen que compensarse la inclinación de la columna cervical hacia delante. También los trabajos que requieran encorvar la espalda y flexionar el cuello exigen mayor tensión y producen fatiga muscular. Todas estas alteraciones posturales habrán de corregirse si se quiere controlar el dolor cervical. También la tensión emocional hará que se contraigan los músculos del cuello. Una persona nerviosa y tensa suele tardar más en recuperarse.

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS E INFLAMATORIAS

Las enfermedades degenerativas, que causan dolor cervical, incluyen artrosis y artritis reumatoidea. La artrosis habitualmente se da en personas mayores. El tejido que rodea las articulaciones se inflama y los nervios cervicales pueden quedar atrapados. La artritis

Cervicalgias y cervicobraquialgias

reumatoide puede ocasionar destrucción de las articulaciones de la columna cervical. La degeneración de los discos cervicales también causa dolor cervical. El disco intervertebral actúa como amortiguador entre las vértebras cervicales. Un disco desgastado a veces se rompe y hace prominencia comprimiendo la médula espinal o las raíces nerviosas. Es lo que se llama hernia discal, que produce dolor irradiado, habitualmente a brazo y mano.

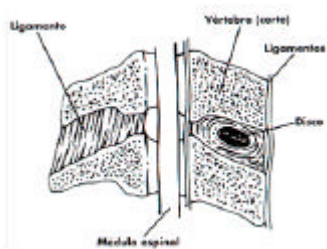


Figura 2. Corte transversal. Entre las vértebras hay cojinetes de cartílago fibroso llamadas discos que actúan como almohadillas o amortiguadores.

Generalmente, el dolor por degeneración cervical se alivia en 6-8 semanas con tratamiento adecuado. Por desgracia el mal se repite, pero será menos frecuente si se siguen los consejos médicos.

TRAUMATISMOS

Como la columna cervical es tan flexible y soporta el peso de la cabeza, es muy vulnerable a los traumatismos. Los traumatismos graves con fractura o luxación pueden dañar la médula espinal y causar parálisis (Tetraplejía).

¿CUÁNDO SE HA DE ACUDIR AL MÉDICO?

- Si existe dolor cervical después de un traumatismo (accidente de circulación, de buceo o caída), se ha de inmovilizar inmediatamente al paciente para evitar el riesgo de aumentar la lesión neurológica y evitar la aparición de parálisis.
- Si no ha habido traumatismo, se debe requerir la atención médica cuando el dolor cervical es continuo y persistente, si se acompaña de dolor irradiado hacia las extremidades, de dolor de cabeza, adormecimiento, hormigueos o disminución de fuerza en brazos o piernas.

DIAGNÓSTICO

Es preciso realizar una historia clínica completa de la sintomatología cervical. Se tendrán en cuenta otras enfermedades o traumatismos cervicales anteriores y molestias asociadas por el paciente a su dolor cervical, así como tratamientos previos.

Se debe realizar una exploración clínica que incluya valoración de la postura, movilidad cervical y zonas dolorosas, así como evaluación de la función de nervios y músculos en brazos y piernas.



Cervicalgias y cervicobraquialgias

Con radiografías simples se pueden ver las vértebras cervicales y realizar un diagnóstico, que a menudo permite determinar la causa de dolor cervical y prescribir un tratamiento adecuado.

Si el cuadro clínico requiere una valoración más detallada, se pueden necesitar una o varias de las siguientes exploraciones: Tomografía Axial Computerizada (TAC), Resonancia Nuclear Magnética (RNM), Electromiografía (EMG)

TRATAMIENTO

La mayoría de pacientes son tratados de forma satisfactoria con reposo, medicación, inmovilización (collarín), fisioterapia, frío/calor, ejercicios o cambio de puesto de trabajo. El masaje puede ser recomendable después de la etapa aguda de dolor cervical. Así mismo, se puede dar medicación para relajar la musculatura.

Cuando el dolor cervical persiste o es crónico, su médico puede recomendarle un programa de rehabilitación, que incluye ejercicios y varios tipos de fisioterapia, para quitarle el dolor y evitar que vuelva a tenerlo. Los ejercicios que estiran el cuello pueden ayudar a relajar los músculos y prevenir la rigidez. Es recomendable tonificar la musculatura del cuello y mejorar su movilidad, realizando ejercicios diarios de movilización. También se pueden realizar tracciones cervicales, generalmente en centro de Rehabilitación y a veces en casa. Debe ejercerse la tracción en ligera flexión cervical, e irá desapareciendo el dolor en 1 o 2 semanas; si por el contrario aumenta el dolor, deberá consultar a su médico.

Muy pocos pacientes requieren cirugía para tratar el dolor cervical. La cirugía puede ser necesaria para reducir la presión en la médula espinal o en las raíces nerviosas, cuando el dolor es causado por un disco herniado o por un estrechamiento óseo del canal vertebral. También puede ser necesaria la cirugía en los traumatismos para estabilizar la columna cervical y minimizar la posibilidad de parálisis, cuando una fractura o luxación ocasiona una inestabilidad vertebral.

FUENTE: Adaptado de

Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)