



Protocolo diagnóstico de la cervicalgia inflamatoria

J. Calvo Gutiérrez^{a,b} y E. Collantes Estévez^{a,c}

^aServicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. ^bInstituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. España. ^cDepartamento de Medicina de la Universidad de Córdoba. Córdoba. España.

Palabras Clave:

- Cervicalgia inflamatoria
- Radiculopatía
- Espondiloartropatía
- Radiografía simple
- Resonancia magnética

Keywords:

- Inflammatory neck pain
- Radiculopathy
- Spondyloarthropathy
- Radiography
- Magnetic resonance

Resumen

La cervicalgia es el dolor en la región cervical que puede extenderse desde el cuello a la cabeza o a la extremidad superior, y que limita los movimientos. Tras el dolor lumbar, la cervicalgia es una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria. Se calcula que el 10% de la población presentará dolor cervical, y en un 25% de los casos de forma crónica (> 3 meses) y/o recidivante. Además, es origen de numerosas bajas laborales, estimándose que hasta entre un 11-14% de los trabajadores ven limitada su actividad por dolor cervical. El 1% desarrolla déficits neurológicos. La mayor parte de los dolores cervicales están causados por patología mecánica (90%), siendo frecuente la cervicalgia postraumática secundaria a un accidente de tráfico (latigazo cervical); sin embargo, no debemos olvidar la causa inflamatoria, a la cual vamos a dedicar el siguiente protocolo.

Abstract

Diagnostic protocol of inflammatory neck pain

The neck pain is pain in the cervical region that may extend from the neck to the head or upper limb motion limiting. After back pain, neck pain, is one of the most frequent causes of consultation in primary care. It is estimated that 10% of the population will cervical pain, and 25% of cases of chronic (> 3 months) and / or recurrent disease. It is also home to numerous sick leave, estimated that up between 11-14% of workers are limited in their activities because of neck pain. The 1% develop neurologic deficits. The majority of neck pain are caused by mechanical pathology (90%) with frequent neck pain secondary to traumatic accident ("Whiplash"), however we must not forget the inflammatory cause, to which we will devote the siquiente protocol.

Tipos de cervicalgia

La *cervicalgia aislada o simple* es aquella que se limita a la región cervical. Puede presentarse bruscamente, en relación con espasmos musculares que afectan a los músculos paravertebrales y se extienden hasta el músculo trapecio.

Cursa con gran impotencia funcional y se relaciona con movimientos bruscos y forzados. Suele ceder en unos días, pero puede durar hasta 6 semanas. Las causas más frecuentes de dolor cervical se describen en la tabla 1. La más frecuente de todas es la *artrosis cervical* (cervicoartrosis), sobre todo en

las zonas de más presión C4-C5 y C5-C6, y suele tener un comienzo insidioso. En algunos casos, el dolor no desaparece nunca, existiendo periodos de exacerbación. Se acompaña de parestesias en el miembro superior y rigidez local. El dolor puede irradiarse, pero no de forma segmentaria. Aun siendo el origen más frecuente de dolor, no toda artrosis observada en una radiografía es causa de cervicalgia. Hay una pobre relación entre el grado de artrosis observado en la radiografía y el grado de dolor. Son frecuentes las alteraciones radiográficas de cervicoartrosis en adultos asintomáticos a partir de los 30 años.

TABLA 1
Causas de dolor cervical

Cervicalgia simple o aislada	
Mecánico	
Cervicalgia irradiada	
No segmentaria	
Segmentaria: radiculopatías	
Inflamatorio	
Enfermedades reumáticas	
Artritis reumatoide	
Fibromialgia	
Artritis crónica juvenil	
Polimialgia reumática	
Espondilitis anquilosante y otras espondiloartropatías	
Polimiositis	
Enfermedad de Forestier-Rotes Querol	
Hiperostosis anquilosante vertebral	
Tumores (primario o metastático)	
Infecciones	
Discitis	
Osteomielitis	
Meningitis	
Herpes zoster	
Enfermedad de Lyme	
Dolor cervical referido	
Enfermedades abdominales y diafragmáticas: vesícula biliar, absceso subfrénico, páncreas, hernia hiatal, úlcera péptica	
Cardiopatía isquémica	
Aneurisma de aorta	
Tumores del vértice pulmonar	
Insuficiencia vertebrobasilar	
Patologías acromioclaviculares	
Patología temporomandibular	
Síndrome del desfiladero torácico	

Cuando el dolor se extiende por la metámera de una raíz o territorio de un nervio periférico, hablamos de una *radiculopatía*, el paciente suele describir un dolor lancinante con parestesias. Las raíces que con más frecuencia se ven son C7, C6 y C5. El dolor suele aumentar con la hiperextensión de la cabeza. Los reflejos están abolidos o son anormales. Es más frecuente a partir de los 60 años. En la tabla 2, se recogen las radiculopatías cervicales. La mielopatía se produce por la compresión de la médula espinal por artrosis o la existencia de hernias/protusiones discales, aparece debilidad progresiva en piernas y brazos y espasticidad. Es una causa rara de dolor cervical, siendo más frecuente en varones. A diferencia de las

TABLA 2
Manifestaciones clínicas según la afectación de la radiculopatía afecta

Raíz	Espacio	Dolor y/o parestesias	Reflejo afectado	Pérdida motora
C5	C4-C5	Cara externa del hombro y del brazo hasta el codo	Bicipital	Abducción y flexión del brazo (deltoides y bíceps)
C6	C5-C6	Cara externa del hombro, brazo, antebrazo, 1º dedo y a veces 2º dedo	Bicipital + estilorrádial	Flexión del brazo y supinación de la muñeca
C7	C6-C7	Cara posterior del hombro, brazo, antebrazo, 2º, 3º y 4º dedo	Tricipital	Extensión del brazo
C8	C7-D1	Cara interna del brazo y antebrazo, 4º y 5º dedo	Tricipital + estilocubital	Extensión del brazo y de la muñeca

radiculopatías, la irradiación puede ser, o no, segmentaria. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con patologías neurológicas como esclerosis múltiple, degeneración subaguda combinada de la médula y esclerosis lateral amiotrófica.

Cuando el dolor es de características inflamatorias, es importante realizar el diagnóstico diferencial entre *enfermedades reumáticas* muy frecuentemente con espondilitis anquilosante (EA). Este sector de la columna se afecta con frecuencia en la EA, especialmente en los casos más evolucionados, donde también podemos encontrar afectación de la articulación atloaxoidea, que se ha asociado a enfermedad avanzada y cursa con un cuadro de dolor a nivel occipital con o sin signos de compresión medular. En segmentos más inferiores, es característica la afectación de las vértebras C2 a C5, donde no es infrecuente encontrar una subluxación o incluso luxación a consecuencia de la insuficiencia de los ligamentos cervicales, lo que ocasiona dolor cervical, occipital, paraparesia y, en casos extremos, paraplejía. Cuando hay enfermedad muy avanzada y anquilosis, además, es posible que aparezcan fracturas vertebrales (que pueden provocar lesiones medulares de gravedad), especialmente en el segmento cervical más bajo, más infrecuentes son las del segmento superior, en especial en la apófisis odontoides.

La espondilodiscitis inflamatoria (denominada también “aséptica”) que afecta al conjunto discovertebral aparece en los pacientes con EA de larga evolución. Se trata de una lesión erosiva de la unión discovertebral de patogenia desconocida. Generalmente se presenta como un dolor agudo bien localizado que se exacerba con el ejercicio, aunque pueden ser asintomáticas, detectándose en los estudios radiológicos rutinarios en los que aparecen erosiones del platillo vertebral adyacente al disco intervertebral con esclerosis manifiesta. Afecta fundamentalmente al sector dorsal bajo y lumbar, y en ocasiones se acompaña de compresión medular secundaria al proceso inflamatorio de partes blandas, necesitándose incluso de descompresión quirúrgica.

Menos frecuentes son los *tumores* (generalmente metástasis de cánceres de próstata, mama, riñón, pulmón y tiroides) e *infecciones* (espondilodiscitis infecciosa, ocasionada por *S. aureus*, *M. tuberculosis* y *Brucella*, entre otros).

¿Cómo llegamos al diagnóstico?

Lo más importante es realizar una buena anamnesis y una correcta exploración física. Las pruebas de imagen no son necesarias desde el inicio, y su solicitud debe venir a confirmar las sospechas diagnósticas y correlacionarse con los síntomas y signos que presenta el paciente.

Antecedentes personales

Debemos considerar el tipo de trabajo, la práctica de deportes, los antecedentes familiares de enfermedades inflamatorias y los problemas psíquicos.

Características del dolor

En principio, debemos diferenciar si se trata de un dolor mecánico o bien es de características inflamatorias (tabla 3). Además se debe registrar cuándo apareció, dónde se localiza, por dónde se extiende y los síntomas acompañantes. Una forma de comienzo aguda sugiere una contractura muscular o irritación radicular, mientras que una forma progresiva es más habitual en la patología degenerativa. El dolor referido suele tener una localización profunda e imprecisa, y no suele acompañarse de parestesias. La afectación neurológica viene determinada por la existencia de déficit motor, disminución o abolición de reflejos osteotendinosos y maniobras radiculares positivas.

Grado de limitación funcional

Puede registrarse de acuerdo con la siguiente clasificación:

Grado I: sin signos de patología grave y mínima interferencia en las actividades diarias.

Grado II: sin signos de patología grave pero interferencia en las actividades diarias.

Grado III: cervicalgia con síntomas o signos neurológicos (radiculopatía).

Grado IV: cervicalgia con patología grave (fractura, mielopatía, infección, tumores, etc.).

Esta clasificación puede ser útil para determinar la realización de pruebas de imagen desde el inicio, y la necesidad de tratamientos más agresivos (grados III y IV).

Exploración física

Debe basarse en 4 puntos:

1. Inspección de raquis con el paciente en bipedestación. Hay que observar las curvaturas, si existen asimetrías, posiciones antiálgicas y atrofas musculares.

TABLA 3

Diferenciación entre dolor mecánico e inflamatorio

Dolor mecánico

No constante

Se produce con la movilización

Mejora con el reposo

Puede dificultar el inicio del sueño, pero no despierta al paciente

Patología degenerativa

Lesiones óseas ligamentosas y de partes blandas

Dolor inflamatorio

Constante

Aumenta con los movimientos

No mejora con el reposo

Despierta al paciente por la noche

Inflamaciones articulares

Infecciones

Tumores

2. Palpación de zonas dolorosas, musculatura paravertebral y si existen masas.

3. Comprobar la movilidad, primero la activa y posteriormente la pasiva y la movilidad contrarresistencia. Cuando la movilidad activa está limitada o es dolorosa sugiere lesión articular y/o extraarticular (músculos o tendones). En la artrosis cervical están limitados principalmente los movimientos de lateralización.

4. En la columna cervical es importante explorar la sensibilidad, la fuerza y los reflejos.

Existen una serie de maniobras especiales para explorar la región cervical. Las llamadas radiculares provocan estiramiento o compresión de las raíces nerviosas, por tanto, si son positivas, indican lesión de las mismas (tabla 4).

Pruebas de imagen

Fundamental será la radiografía de la columna cervical. Se solicitarán dos proyecciones, una anteroposterior (AP) y otra lateral. La proyección AP es útil para valorar la altura y alineación de los cuerpos vertebrales, las articulaciones unciformes, así como las apófisis espinosas. La lateral es la de mayor valor, ya que visualiza el 70% de las alteraciones detectables. Se considera una proyección lateral adecuada cuando permite visualizar desde la base occipital hasta T1. En algunos casos, está indicada una proyección oblicua, cuando se sospecha afectación de los agujeros de conjunción y de la articulación interapofisaria, si existe clínica de radiculopatía.

TABLA 4

Maniobras de exploración cervical

No radiculares	
Maniobra de Adison	Paciente en bipedestación y el explorador detrás y a un lado. Se palpa pulso radial, se lleva el brazo hacia atrás en extensión y rotación externa y se gira la cabeza hacia el lado explorado Si disminuye el pulso radial sugiere síndrome del escaleno o costilla cervical
Maniobra de Bustos	Paciente sentado. Se desliza el dedo por la línea media occipital desde C2 hasta C6-C7 No se debe palpar relieve alguno
Radiculares	
Síntoma de Lhermitte	Flexión de la columna cervical Es positivo si el paciente refiere dolor como descarga eléctrica que desciende por el raquis incluso hasta los miembros inferiores
De estiramiento o de Lassegue del brazo	Brazo en abducción de 90° y el antebrazo vertical. Se extiende el codo tirando del brazo hacia abajo y hacia atrás. Con la otra mano se flexiona lateralmente la cabeza del paciente hacia el lado contrario Es positivo si aumenta o desencadena dolor
De compresión caudal de la cabeza o de Spurling	Paciente sentado y explorador detrás. Con ambas manos el explorador presiona la cabeza del paciente en sentido craneocaudal y con una ligera inclinación sobre el lado afecto Es positivo si aumenta o desencadena dolor
Tracción cervical	Paciente sentado y explorador detrás. Maniobra contraria a la de Spurling Es positivo si disminuye el dolor

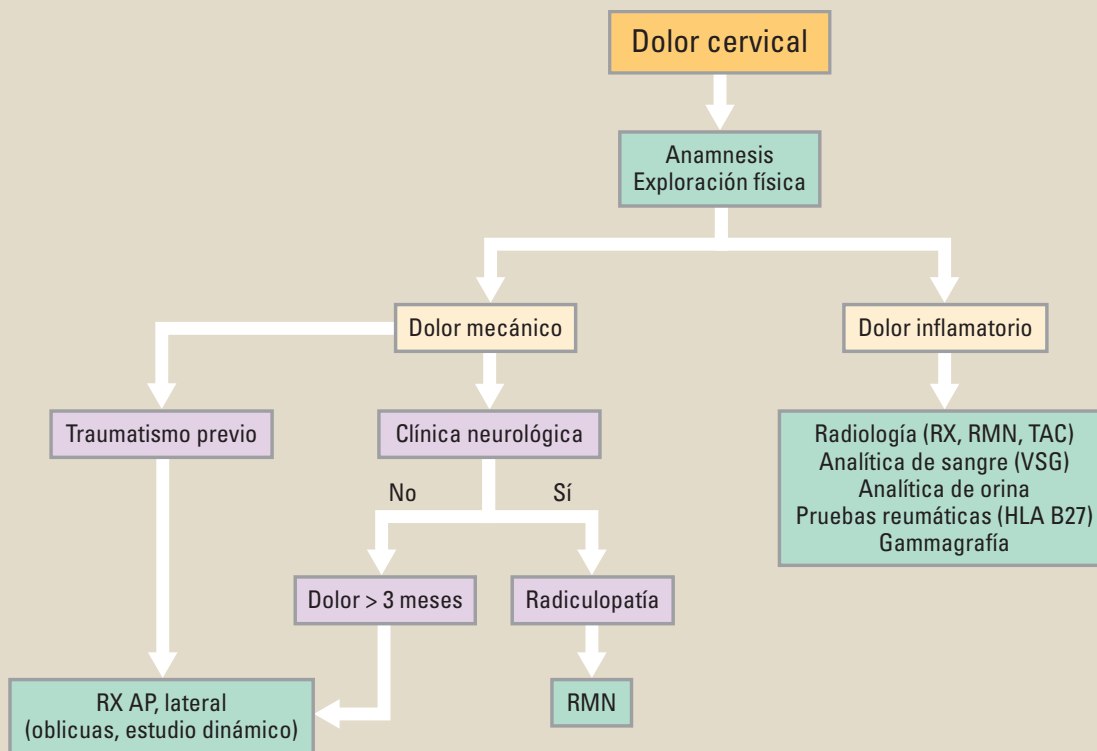


Fig. 1. Algoritmo diagnóstico del dolor cervical.

AP: anteroposterior; RMN: resonancia magnética nuclear; RX: radiografía; TAC: tomografía axial computerizada; VSG: velocidad de sedimentación globular.

La existencia de clínica neurológica obliga a solicitar una resonancia magnética (RM), ya que es la técnica que mejor visualiza la patología intrarraquídea. Se puede complementar con el electromiograma para localizar las raíces o nervios afectados. La TC es útil para el estudio de las partes blandas. En caso de sospecha de neoplasia o infección, se deberán tomar muestras con punción aspiración de aguja fina (PAAF) bien de partes blandas o biopsia ósea para cultivos de microbacterias, estudio anatomopatológico y citología.

El diagnóstico del dolor cervical viene recogido en la figura 1.

¿Cómo tratamos el dolor cervical?

La mayoría de los pacientes con cervicalgia mecánica mejorarán en 2-3 semanas. El tratamiento debe incluir modificación de la postura, sobre todo al dormir, y medidas higiénicas de la columna. Si, a pesar de estos tratamientos, persiste el dolor, se puede realizar rehabilitación. No se recomienda la realización de tracción cervical como tratamiento. Para el alivio del dolor se recomiendan tratamientos breves con paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos, en casos de dolor leve, a los que se pueden añadir opioides menores si el

dolor es grave. Si el dolor interfiere con el descanso nocturno, se puede prescribir un antidepresivo tricíclico y un relajante muscular por la noche, o dosis muy bajas durante el día si existe contractura muscular.

El collarín cervical no debería ser utilizado más de 3 horas al día, solo si existe un dolor muy importante, y no más de 1-2 semanas. Se puede retirar mientras el cuello no soporte el peso de la cabeza. No retirar durante el sueño, cuando la relajación es máxima y existe más riesgo de movilidad incontrolada.

La cirugía no se recomienda en ausencia de síntomas de radiculopatía o mielopatía. Si existe radiculopatía se debe comenzar por un tratamiento conservador con analgésicos orales, y si el dolor es importante se pueden añadir dosis bajas de prednisona. Cuando el dolor está controlado, se puede iniciar la rehabilitación. Si a pesar del tratamiento persisten los síntomas de dolor, pero no existe empeoramiento neurológico, se pueden administrar esteroides por vía epidural, antes de plantearse la cirugía.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía recomendada

● Importante ●● Muy importante

- ✓ Metaanálisis
- ✓ Ensayo clínico controlado
- ✓ Epidemiología
- ✓ Artículo de revisión
- ✓ Guía de práctica clínica

1. ● Anderson BC, Isaac Z, Devine J. Treatment of neck pain and cervical spine disorders. [Internet]. Washington: UptoDate; 2006. Disponible en: www.uptodate.com
2. ●● Fernández Castro M. Protocolo diagnóstico de la cervicalgia. *Medicine*. 2009;10(30):2038-41.
3. ●● Haldeman S, Carroll L, Cassidy JD, Schubert J, Nygren A; Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Neck pain and its associated disorders. The bone and joint decade 2000-2010. Task force on neck pain and its associated disorders: executive summary. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(4)Suppl:S5-7.
4. ● Mendioroz Iriarte M, Poza Aldea JJ. Mielopatía y radiculopatía por cervicartrosis. Tumores de la médula espinal. *Medicine*. 2005;8(99):5339-44.
5. ●● Mulero Mendoza J. Protocolo diagnóstico de cervicalgia. *Medicine*. 2005;9(32):2125-7.