

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 14:
REUMATOLOGÍA

Tema 14.12.A:
CERVICALGIA Y CERVICOBRAQUIALGIA

Dr. Tomás Sepúlveda



CERVICALGIA y CERVICOBRAQUIALGIA

Dr. Tomás Sepúlveda

Introducción.

Bajo estas expresiones clínicas se denomina cervicalgia al dolor agudo y autolimitado de días o semanas, o dolor intermitente a veces continuo que se prolonga en el curso del tiempo y cervicobraquialgia o radiculopatía cervical o neuralgia braquial al cuadro caracterizado por cervicalgia con irradiación del dolor a hombro, brazo, antebrazo, mano o región anterotorácica; acompañado de parestesias provocado por una compresión de una raíz cervical.

Epidemiología se estima que el 35% de la población puede padecer o recordar un dolor cervical, en nuestra experiencia en el Centro Diagnóstico y Tratamiento del Complejo Asistencial Barros Luco dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Sur, en 830 interconsultas ambulatorias referidas a la Unidad de Reumatología, provenientes 475 de la atención primaria de salud y 355 procedentes de los servicios clínicos del hospital base, los síndromes dolorosos de la columna representaron el 25,7 %, con 204 consultas totales, siendo el dolor lumbar el más frecuente, con 109 interconsultas 13,1 % y la cervicobraquialgia, el 6,6 % con 55 atenciones ambulatorias (1 – 2)

Anatomía aplicada.

El cuello es el segmento más móvil de la columna cuyo sistema articular constituido por:

la articulación atlantoaxoidea, 14 articulaciones apofisiarias, 12 articulaciones de Luschka y ligamentos: longitudinal anterior y posterior, amarillo e interespinoso de la nuca, junto a músculos (14 pares anteriores, laterales y posteriores), que en su conjunto permiten la movilidad en flexión, extensión, flexión lateral y rotación a izquierda y derecha.

Causas de cervicalgia y cervicobraquialgia.

Los motivos más frecuentes de cervicalgia se deben al exceso de uso, distensión muscular, posiciones inadecuadas mantenidas por actividad laboral (odontólogos, perforistas, estilistas, mecánicos, pintores) y traumatismos del deporte y accidentes de vía golpe en latigazo, cuyo análisis no comentamos en este capítulo.

La cervicobraquialgia es determinada por la compresión de una raíz nerviosa cervical por procesos degenerativos de la columna, como osteofitos o protrusiones disciales y hernias del núcleo pulposo que estenosan las áreas de paso y distribución de una raíz. (Entre otra causas menos frecuentes)

A modo de síntesis se citan en la Tabla N 1 los síndromes dolorosos más frecuentes de la columna cervical.

TABLA N 1

Osteoartritis C1 – C3.

Artritis Reumatoide C1-C2

Artritis Crónica Juvenil

Espondiloartritis Anquilosante

Hiperostosis Esquelética Difusa Idiopática (D I S H)

Meningitis

Linfadenitis Cervical

Fibromialgia

Neuralgia Occipital

Lesiones Musculoligamentosas

Existen dos tipos de lesiones del disco que pueden causar presión sobre las raíces nerviosas:

- Protrusión dorsolateral que comprime la porción intrameningea de las raíces contra la –

- mina vertebral.

- Protrusión dentro del foramen que compromete el NR contra la apófisis articular.

La magnitud de la compresión depende de la angulación de la raíz nerviosa y su localización en el foramen .Además, la raíz es irrigada por una pequeña rama arterial,de modo que los cambios espondilóticos de las vértebras cervicales pueden desplazar lateralmente la arteria, agrava lo precedente la ateromatosis de la arteria vertebral, que incide en los signos de insuficiencia circulatoria posterior con vértigos, nistagmo, disartria, desorientación, caídas bruscas (*drop attacks*) y signo de Babinski.

Evaluación Clínica.

Las características del dolor, localización anterior o posterior,su inicio y actividad laboral,irradiación,tipo de molestias aguda,continua o intermitente,que cursa con alivio o exageración con la movilidad ,son datos anamnésticos fundamentales para el diagnóstico.El dolor retroorbitario,temporal y occipital sugiere compromiso de C1 – C3.

La irradiación a los hombros, región interescapular, pectoral y anterotorácico por afectación de C6 plantea el diagnóstico diferencial con una angina de pecho o infarto del miocardio.(3-4)

Los síntomas neurológicos, parestesias que comprometen la cara, cabeza o lengua caracterizan el compromiso alto del plexo cervical. La hipoestesia, falta de fuerza, parestesia de una extremidad superior es manifestación de una CB.

El examen neurológico, la perdida de sensibilidad y la debilidad motora junto a los reflejos bicipital, radial y tricipital, permiten identificar el nivel aproximado de la lesión.

Luego de la exploración física se puede recurrir a los estudios radiológicos: AP, lateral y oblicuas , electromiografía (EMG) de las extremidades superiores y velocidad de conducción nerviosa (VCN). Si fuere pertinente resonancia nuclear magnética (RNM), técnica de alto costo y no disponible en todos los servicios de imagenología de los establecimientos del país y que permite evaluar vértebras,

discos, nervios, vasos sanguíneos y estructuras paraespinales demostrando los arrancamientos, desgarros o roturas de las estructuras ligamentosas. (5)

Cervicalgia en las Artropatías Inflamatorias.

a. Artritis Reumatoidea: (AR) El compromiso cervical de la AR se puede generar por:

-inflamación en las articulaciones que tiene sinovial (C1-C2) con inestabilidad crónica por destrucción - lo que produce subluxaciones, esto puede determinar microfracturas, hernias y degeneración del cartílago discal.

La articulación atlanto-axoidea es propensa a la subluxación:

1. Anterior: la más frecuente, en la que el atlas se desplaza hacia delante por lesión del ligamento transversal, se diagnostica por Rx lateral del cuello en semiflexión en que la distancia entre la cara posterior del arco anterior del atlas y la cara anterior de la apófisis odontoides es mayor de 3 mm.

2. Posterior: se origina por fractura de la apófisis odontoides o destrucción inflamatoria.

3. Vertical: como consecuencia de la destrucción de C1-C2 laterales o del hueso que rodea el foramen mágnium.

Estas complicaciones pueden generar sintomatología de compromiso radicular, medular, de bulbo o pares craneanos, los que precisan evaluación neuroquirúrgica son:

Alteración de conciencia.

Drop attacks.

Perdida de control de esfínteres.

Disfagia.

Vértigo.

Convulsiones.

Nistagmo.

b. Artritis Crónica Juvenil (ACJ) cuando compromete la columna cervical produce fusión de las articulaciones interapofisiarias superiores y su complicación es la subluxación de C1-C2. La segunda vértebra (axis) se puede erosionar y comprometer la médula o emigrar hacia arriba lo que requiere evaluación multidisciplinaria.

c. Espondiloartritis (EA) produce anquilosis desde el occipucio hacia abajo, con la clásica deformidad en flexión, rigidez y dolor. La complicación más frecuente es la flexión fija a menudo máxima de la unión cervicotorácica que requiere corrección quirúrgica. Otro riesgo son los traumatismos y fracturas de la columna cervical espondilítica. (6)

Otras causas:

DISH (**D**iffuse **I**diopathic **S**keletal **H**yperostosis) es una osificación proliferativa del periostio, los ligamentos, los tendones que puede generar anquilosis, compresión medular o vascular, se ha detectado en el 6 % de los mayores de 40 años y en el 12 % de los de 70. La osificación del ligamento longitudinal posterior y amarillo puede determinar síndrome mielocompresivo.

La diferencia entre espondilosis y DISH es fundamental si se requiere cirugía, en la primera se resecan los osteofitos que comprimen la médula y se fija la CC. En el DISH la columna cervical ya está fija por la osificación de los ligamentos longitudinales y lo sugerido es una laminectomía descompresiva.

Se pueden producir compresiones viscerales del esófago con disfagia y en las zonas más altas del cartílago cricoides (C6) es posible que se desplace la hipofaringe por una protuberancia (7).

Dolores referidos.

Las patologías de las estructuras somáticas o viscerales que tienen innervación común con las raíces nerviosas, pueden expresarse con dolor en el cuello, esta área de dolor referido no tiene contractura y se describe como sensación quemante o de calambre acompañado de náuseas, vómitos y palidez.

La historia clínica nos puede orientar a un: dolor esofágico y disfagia del DISH que se atenúa con la ingestión de un antiácido líquido, el dolor precordial se asocia con el esfuerzo y debería ceder con la nitroglicerina. El dolor del hombro se irradia a la zona del deltoide y la exploración de él confirma su lesión.

El dolor del cuello puede generar dolor y tensión muscular secundaria en el hombro, en este caso un dato clínico importante en el diagnóstico diferencial es que la compresión o irritación de la raíz cervical se asocia con una hipersensibilidad profunda en el punto del dolor.

Los tumores de la médula producen dolor mal localizado e hiperreflexia y espasticidad, la movilización no mejora el dolor y no se acompaña de hipersensibilidad profunda ni espasmo muscular local, de idéntico modo la hemorragia subaracnoidea o cerebral, la meningitis y los traumatismos del cuello y cráneo requieren de TAC, RNM y estudio del líquido cefalorraquídeo. (6)

Examen físico y diagnóstico.

Los pacientes simuladores, cuyo examen físico es normal – sin contractura muscular – y limitación fingida a la movilidad en flexoextensión o lateralización, nos debe poner en alerta sobre su intencionalidad ganancial.

Hernia del núcleo pulposo, causa dolor radicular del hombro, antebrazo y mano de comienzo brusco frecuentemente asociado al esfuerzo por coger objetos pesados. El signo de Spurling (compresión caudal de la cabeza) y la maniobra de elongación del plexo braquial: con el brazo en abducción de 90 grados y el antebrazo vertical extendemos el codo traccionando ligeramente el brazo extendido hacia abajo y atrás, produciendo con la otra mano una flexión lateral de la cabeza del enfermo hacia el lado contrario, esta maniobra reproduce el dolor, y el examen neurológico puede demostrar el déficit sensitivo y motor junto a la asimetría de los reflejos que se resume en la Tabla

N 2.

.En estos casos la EMG con VC y la RNM permite identificar la hernia del disco y la compresión de la RNC.Cabe precisar que sólo el 20% de los casos requiere tratamiento quirúrgico. (8)

T A B L A N 2 Localización del nivel de compromiso radicular.

Raíz	Espacio	Dolor	Sensibilidad	Reflejo
Músculos				
C5 Deltoides, bíceps	C4-C5	Región anterolateral del brazo y hombro	Región lateral del brazo	Bicipital
C6 Extensores muñeca	C5-C6	Región lateral del brazo y antebrazo	Región lateral del antebrazo	Estilorradial Bíceps

C7	C6-C7	Región posterior del brazo y antebrazo	Dedo medio	Tricipital	Tríceps
C8	C7-D1	Región medial del brazo y antebrazo	Región medial del antebrazo		de
Intrínsecos					
la mano					
Flexores					
de dedos					

Debemos pesquisar: los pulsos radiales con la extremidad superior levantada sobre la altura de la cabeza ya que una lesión de los músculos escalenos o síndrome del escaleno anterior origina compromiso de la A subclavia y raíces inferiores del plexo braquial a nivel del desfiladero interescaleno.

La costilla cervical que se observa en el 0,5% de la población, puede generar en el 10% de los casos sintomatología clínica con ausencia de pulso radial, disminución de la temperatura, fatigabilidad y claudicación de la extremidad superior, fenómeno de Raynaud y ulceración de los pulpejos unilateral. (9)

Se debe observar las pupilas, la dilatación de una de ellas, anisocoria (del griego anisos, diferente; kore, pupila) indica compromiso de los nervios simpáticos que ascienden paralelo a la arteria carótida interna e inervan el músculo pupilar.

Se auscultan las A del cuello en busca de soplos especialmente en casos de consultantes con vértigo y visión borrosa.

La pérdida de equilibrio, tinnitus o sensación de vacío requiere del apoyo del especialista para definir entre las causas periféricas y del sistema nervioso central.

Tratamiento.

La educación del paciente, su actividad laboral con posición inadecuada en el trabajo manual y su estilo de vida se deben considerar en el plan básico del tratamiento de la cervicalgia y cervicobraquialgia, junto a la terapia no farmacológica y al manejo farmacológico.

No farmacológica.

Fisioterapia. El calor superficial produce alivio en la mayoría de los pacientes con espasmo muscular, las compresas húmedas calientes o la diatermia dan sus resultados. En lesiones agudas el hielo bloquea la conducción de los impulsos dolorosos y puede ser de utilidad. (Escasa evidencia)

Acupuntura y estimulación nerviosa transcutánea (TENS).

En estudios no controlados la eficacia de la acupuntura en comparación con la fisioterapia, al carecerse de un grupo control no tratado, no se pudo cuantificar la magnitud de la mejoría. (Escasa evidencia)

Se puede indicar un collarín cervical blando, que disminuye el dolor, genera calor y proporciona estabilidad y soporte psicológico, aliviando la sintomatología, las ortesis rígidas no son bien toleradas y no aportan ventaja. (6).

Manejo farmacológico.

1.-Analgésicos, en los pacientes con escaso componente inflamatorio se puede usar paracetamol en dosis de 2 a 3 gramos diarios.

En los casos con espasmo muscular y tensión emocional es recomendable adicionar relajantes musculares como la ciclobenzaprina en dosis de 10 mg. en la noche por 2 a 3

semanas. Esta amina tricíclica ejerce su acción a nivel de la formación reticular, su uso es contraindicado concomitantemente con inhibidores de la MAO y en el hipertiroidismo por el riesgo de desarrollar arritmias.

2.- Analgésicos opioides se usan en los pacientes con dolor severo, evaluado, en lo posible por escala visual análoga (EVA), a pesar de haber usado AINEs o tener contraindicación para su uso.

Como alternativa para estos usuarios se puede recomendar el tramadol, agonista opioide sintético de acción central para uso por tiempo limitado máximo 10 días.

3.- Los AINEs se emplean en aquellos pacientes con componente inflamatorio significativo. Teniendo a la vista las Guías; de tratamiento de la AR y de práctica clínica en OA. Se aconseja el uso AINEs de corta duración por 2 a 4 semanas, evaluando su eficacia en dosis máxima o cambiar a otro AINEs.

Los inhibidores de COX – 2 específico tienen su utilidad máxima en el grupo de pacientes con riesgo de eventuales complicaciones gastrointestinales y deben usarse con precaución por el riesgo de accidentes isquémicos cardíacos y cerebro vascular. (10)

En la AR con compromiso cervical:

El tratamiento médico está dirigido a tratar la enfermedad de base. La gravedad del compromiso cervical se correlaciona con el grado de enfermedad erosiva periférica, siendo mayor en pacientes seropositivos tratados durante años con glucocorticoides y que tienen aumento de la PCR en los exámenes de control.

Los usuarios con formas graves de AR, tengan o no cervicalgia y requieren cirugía deben ser evaluados con radiografías dinámicas laterales y C1–C2 transoral, que permite diagnosticar inestabilidad de la articulación. Se deberá estabilizar previamente y advertir al anestesista para el uso de collar cervical desde el ingreso al pabellón y para los cuidados pertinentes en los traslados, dejando constancia de estas indicaciones en la observación clínica.

El golpe en latigazo o Whiplash requiere de especial preocupación desde el sitio del accidente de vía y su traslado a la Unidad de Emergencia, para lo pertinente se debe instruir al personal de las unidades de ambulancia y advertir las complicaciones del traumatismo raquímedular.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Hult C.: Cervical, dorsal and lumbar. Spinal Syndromes. Acta Ostrop Scand 17 (Suppl): 175, 1954.
- 2.- Sepúlveda T.: Cervicalgia y Cervicobraquialgia en el adulto mayor. Rev. Chilena Reumatología 20: 81 – 83, 2004.
- 3.- Herve L.: Cardiopatía Coronaria y Síndrome doloroso Cervicobraquial. Rev. Méd Chile 107: 509, 1979.
- 4.- Losada M.: Reumatismo y enfermedades afines. Cap. Neuralgias Cérvico – Braquiales. Ed. Andrés Bello, Santiago Chile 1966.
- 5.- Alvarado A.: Reumatología para médicos de Atención Primaria Reuma. Cap. Cervicalgia y Cervicobraquialgias. Grafica Funny. S.A. Santiago Chile 2002.
- 6.- Kelley's. Reumatología 6 Edición Marbán. Madrid España 2003.
- 7.- Tornero J. Tratado Iberoamericano de Reumatología. Global Solution System. S.L. Madrid España 1999.
- 8.- Sociedad Española de Reumatología. Manual de Enfermedades Reumáticas. 2 Edición Mosby/Doyma Libros S.A. Madrid España 1996.
- 9.- Wilckens M.: Reumatología. Cap. Cervicalgia y Cervicobraquialgia. Arancibia Hnos. y Cía LTDA Santiago Chile 1995.
- 10.- Guías de: Tratamiento de la AR Santiago Chile 2004.

Práctica clínica en Osteoartritis Santiago Chile 2006.
Sociedad Chilena de Reumatología.

Dr. Tomás Sepúlveda Arévalo
Profesor Asistente Campus Sur
Fac.Med.U.Chile.

CASO.

Mujer de 44 años, profesional muy activa, presenta bruscamente mientras dormía un dolor cervical intenso localizado en zona posterior derecha, que la despierta. No refiere otros síntomas en ese momento, pero la intensidad del dolor no le permite dormir. A la mañana siguiente y durante el día comienza a notar molestia en hombro y brazo derecho, precisado como dolor suave y sensación de adormecimiento o ardor. Consulta médico quien indica diclofenaco sódico 50mg c8, que la paciente solo cumple parcialmente. Al examen hay dolor y contractura cervical y la fuerza de extremidades superiores y reflejos osteotendíneos son normales.

RNM muestra protrusión C4 central con lateralización hacia canal cervical derecho.

Pregunta:

¿Cual de las siguientes hipótesis diagnósticas le parece más probable?

- A. Cervicalgia pura (con dolor referido a brazo)
- B. Cervicobraquialgia (con compromiso radicular)
- C. Cervicalgia o cervicobraquialgia (requiere más estudios para diagnóstico final)
- D. Hernia del núcleo pulposo C4.
- E. Subluxación atlantoaxoidea.

Respuesta correcta B.

La paciente presenta una cervicobraquialgia con compromiso de la raíz L4 derecha. Esto es avalado por el cuadro clínico de dolor cervical y del brazo derecho, con parestesias y por la RNM que muestra una protrusión del disco lateralizada a derecha. No son necesarios otros estudios para este diagnóstico.

La hernia del núcleo pulposo, que es la salida de este a través del anillo fibroso del disco, es un diagnóstico que se puede hacer por RNM y que también puede manifestarse como una cervicobraquialgia; o en otras ocasiones puede ser solo un hallazgo. La subluxación atlantoaxoidea no corresponde a este caso; ni por cuadro clínico ni por hallazgo de RNM.