

Cervicalgia y Cervicobraquialgia en el Adulto Mayor

Tomás Sepúlveda A.

C.D.T. Unidad de Reumatología, Servicio de Medicina,
Hospital Clínico Barros Luco-Trudeau

1. INTRODUCCION

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el Censo de Población y Vivienda 2002, ha informado que los adultos mayores (AM) de sesenta años aumentaron del 9,8% al 11,4% en la última década, lo que en cifras equivale a 1.717.478 personas, de las cuales un 10% a un 20% podrían consultar en los diversos Sistemas de Salud de nuestra nación por dolor lumbar o cervical cada año, según los estudios epidemiológicos del dolor de columna de EE.UU. adaptados a nuestra realidad asistencial (1, 2).

El dolor de la columna cervical (cervicalgia) es de menor frecuencia e incapacidad laboral que el dolor lumbar y con un menor número de consultas, y la cervicobraquialgia, o radiculopatía cervical, un cuadro clínico de comienzo brusco o de instauración lenta y evolutiva que se inicia en el cuello y luego se irradia al hombro y extremidad superior, que se exacerba con los movimientos y se incrementa con el decúbito y el reposo nocturno, acompañándose de parestesia (neuralgia cervicobraquial).

Nuestra experiencia en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) dependiente de un hospital docente asistencial de la Región Metropolitana, nos permite comentar una investigación prospectiva sobre la concordancia entre los diagnósticos clínicos de la atención primaria y la primera consulta ambulatoria en una Unidad de Reumatología en 830 pacientes, 475 provenientes de la atención primaria, y como grupo control, 355 consultantes ambulatorios procedentes de los diferentes servicios del Hospital Barros Luco-Trudeau. En esta casuística, los síndromes dolorosos de 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 (3, 4).

2. CERVICALGIA EN EL AM

En el manejo del dolor cervical en este grupo etario la historia clínica, el examen físico completo y la evaluación de la movilidad del segmento, la palpación de los puntos dolorosos o zonas más álgidas nos permiten diferenciar entre aquellos pacientes con trastornos mecánicos de la columna cervical (CC) de los que consultan por trastornos sistémicos que pueden revelar:

- Fiebre o pérdida de peso.
- Dolor localizado que aumenta con el decúbito o el reposo nocturno.
- Rigidez matinal prolongada.
- Dolor visceral.

TRASTORNOS MECANICOS

La *distensión muscular cervical* causa dolor difuso, que puede ser unilateral o bilateral, en la región media e inferior de la zona posterior del cuello y que puede irradiarse a la cabeza o el hombro.

El examen pone en evidencia el dolor local a la presión de la musculatura comprometida con rangos de movilidad cervical ostensiblemente disminuidos y sin compromiso de la movilidad del hombro, lo que marca la diferencia entre la cervicalgia y el síndrome del hombro doloroso. El examen neurológico, de laboratorio y radiografía simple de la CC son normales y en su tratamiento se sugiere el uso de AINE y relajantes musculares, además de fisioterapia con masoterapia, calor superficial y profundo y ejercicios isométricos para mantener la fuerza muscular del cuello y permitir una adecuada relajación al dormir en mala posición, evitando los desplazamientos bruscos del segmento.

Latigazo. Causado por aceleraciones y desaceleraciones de los tejidos blandos del cuello, músculos esternocleidomastoideos, largo del cuello, que se desgarran con mayor frecuencia en los accidentes de tránsito, pudiendo lesionarse el disco intervertebral y los ganglios simpáticos, provocando el clásico síndrome de Horner (con enoftalmia, ptosis palpebral, miosis y anhidrosis del lado comprometido) junto a náuseas o mareos y dificultad en la masticación o en la deglución. En estos casos, junto a las sugerencias de tratamiento que ya hemos señalado, es recomendable el uso de collar cervical durante un corto período.

Alteraciones degenerativas del AM. Al comprometerse el disco intervertebral y al quedar las estructuras articulares más próximas, la columna cervical adquiere mayor inestabilidad que provoca la formación de osteofitos en las articulaciones intervertebrales y apofisarias junto a inflamación sinovial específica de la zona comprometida. El dolor como síntoma orientador de la molestia principal es difuso y puede irradiarse a la región suboccipital, músculos interescapulares y parte anterior del tórax. Las lesiones mecánicas que comprometen los espacios inferiores C5-C6 y C6-C7, o la raíz de C7, que es la más frecuentemente afectada por los osteofitos, producen dolor que se irradia a la región precordial y semeja una isquemia miocárdica. La evolución es recurrente con períodos de dolor agudo; la radiología AP y lateral de la CC evidencia la esclerosis facetaria y disminución del espacio intervertebral. En ocasiones, el eventual compromiso del sistema nervioso simpático puede ocasionar visión borrosa, vértigo y tinnitus. En

estos casos, la evaluación por reumatólogo y su tratamiento es lo más acertado.

Mielopatía en el AM. Al degenerar el disco se desarrollan osteofitos posteriores que invaden el canal vertebral, comprometiendo la médula y su territorio vascular, y de ellas, la arteria espinal anterior responsable de la irrigación de la médula espinal, rama esta de la arteria vertebral, a su vez responsable del aporte sanguíneo del segmento posterior del polígono de Willis. La sintomatología compromete las extremidades superiores e inferiores, con parestesia y sensación de pensantes en las manos y leve falta de fuerza, alteraciones de la marcha, espasticidad, movimientos espontáneos de las piernas, rigidez e hiperreflexia, clonus y signo de Babinski en las extremidades inferiores. La radiografía revela enfermedad degenerativa avanzada, y la resonancia magnética (RM) es importante en la detección del compromiso medular y sus efectos. La mielopatía evolutiva requiere del concurso del neurocirujano para mejor resolver, antes que aparezcan déficit neurológicos más deletéreos.

Hernia del grupo pulposo cervical. Causa dolor radicular (braquialgia) del hombro, antebrazo y mano, de comienzo brusco frecuentemente asociado al esfuerzo por coger objetos pesados; el examen pone de manifiesto el dolor radicular. El signo de Spurling (compresión, extensión y flexión lateral de la columna) reproduce el dolor, y el examen neurológico puede demostrar el déficit sensitivo y motor y la asimetría de los reflejos que se resume en la Tabla 1. En estos casos, la RM permite

TABLA 1. LOCALIZACION DEL NIVEL DE AFECTACIÓN RADICULAR

RAIZ	ESPACIO	DOLOR	SENSIBILIDAD	REFLEJO	MUSCULOS
C5	C4-C5	Región anterolateral del brazo y hombro	Región lateral del brazo	Bicipital	Deltoides, bíceps
C6	C5-C6	Región lateral del brazo y antebrazo	Región lateral del antebrazo	Estilorracial	Bíceps. Extensores de la muñeca
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	-	Intrínsecos de la mano. Flexores de dedos
D1	D1-D2	Región anteromedial del brazo y hombro	Región medial del brazo	-	Intrínsecos de la mano

identificar la hernia del disco y la compresión de la raíz nerviosa, junto al estudio de electromiografía (EMG) y velocidad de conducción; de estos casos, sólo el 20% requiere tratamiento quirúrgico (5).

Cervicalgia asociada a patologías reumáticas. La artritis reumatoide (AR), como enfermedad crónica progresiva e irreversible, puede comprometer las articulaciones sinoviales cervicales; este proceso a nivel C1-C2 produce subluxación atlantoaxoidea, y a niveles más bajos, motilidad anormal de C3 y C4, denominada subluxaciones subaxiales. Lo anterior se comprueba con radiografías de CC habituales en flexión y extensión del cuello. En estos casos, el reumatólogo a cargo puede solicitar la colaboración de neurocirujanos y traumatólogos para en conjunto evitar la compresión medular y la mielopatía.

Otro compromiso de la CC se manifiesta por dolor nocturno asociado a gran rigidez matinal o permanente que limita la movilidad, aumentando la flexión del cuello en la espondiloartritis anquilosante (EA) y en la artropatía psoriática (AP).

3. CERVICOBRAQUIALGIA O RADICULOPATIA CERVICAL EN EL AM

Se genera, además de las personas mayores, en trabajadores manuales (pintores, mecánicos, perforistas y otros) con un costo adicional por incapacidad laboral. El dolor es continuo, punzante como un calambre eléctrico que se puede acompañar de hormigueo y se agrava con el movimiento del cuello o del brazo, aumentando durante el reposo nocturno. En el examen físico, se realiza la prueba de Spurling, o 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 estira las raíces del plexo, que si están irritadas o comprimidas desencadenarán el dolor ya descrito. Las diversas causas de cervicobraquialgia se detallan en Tabla 2.

TABLA 2. CAUSAS MAS FRECUENTES DE NEURALGIA CERVICOBRAQUIAL

Patología mecánica discovertebral	Patología vertebral no mecánica	Patología intrarraquídea	Patología radicular	Patología de la fosa supraclavicular
Artrosis Traumatismo Hernias discales	Espondilodiscitis Abscesos extradurales Metástasis. Otras neoplasias (tumores benignos)	Tumores intrarraquídeos Neurinoma Siringomielia	Herpes zóster y otras infecciones virales Síndrome de Parsonage-Turner Paquimeningitis	Costilla cervical Tumor de vértice pulmonar (Pancoast)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Censo de Población y Vivienda Chile. Resultados Generales 2002.
- Frymoyer J.W, Pope M.H, Costanza M.C. Epidemiologic studies of low-back pain. Spine 5: 419-423, 1980.
- Klippel J.H. Principios de las Enfermedades Reumáticas. Arthritis Foundation. 11 Edición, Educación Médica Continua Ltda., Colombia, 2001.
- Lackington C, González R, Fetter N, Sepúlveda T, Quevedo F, Estudio Prospectivo de Concordancia entre Diagnósticos Clínicos de 830 Interconsultas Ambulatorias versus los formulados en una Unidad de Reumatología de un Hospital Docente Asistencial. Congreso Internacional de Reumatología del Cono Sur, Montevideo, Uruguay, 2001.
- Sociedad Española de Reumatología. Manual de Enfermedades Reumáticas. 2 Edición Mosby/Doyma Libros S.A, Madrid, España, 1996.