

Cervicalgia, Enfoque Clínico

Jaime Valenzuela M.
Médico Internista, Reumatólogo

Conferencia pronunciada en el Hospital de la Fuerza Aérea de Chile con motivo del homenaje al Dr. Jaime Valenzuela por su labor realizada en dicha institución.

Resumen

El dolor cervical es motivo de consulta frecuente en atención médica primaria.

Solicitar exámenes innecesarios aumenta los costos de salud. Dada la abundante oferta de exámenes, muchos de elevado costo, su uso racional es un objetivo clínico económico necesario en la medicina moderna.

Se destacan algunos signos clínicos que ayudan a precisar enfermedades orgánicas severas.

Se mencionan alertas clínicas que hacen sospechar enfermedades que deben ser derivadas a un nivel de mayor complejidad.

Se propone un método de estudio para separar los casos de mayor gravedad orientado a los médicos de familia, de atención primaria e internistas.

Se sugiere un tratamiento útil a la gran mayoría de los pacientes que consultan por dolor de cuello y se destacan vicios posturales frecuentes.

Palabras clave: Cervicalgia, vicios posturales, síndrome de dolor regional.

Neck Pain, Clinical Approach

Summary

Neck pain is frequent complaint in primary care.

Request unnecessary tests increases health care costs. Given the abundant supply of tests, many high cost, their rational use is a necessary economic clinical goal in modern medicine.

Highlights some clinical signs that help pinpoint severe organic disease.

Clinical alerts are cited that suggest that diseases should be referred to a higher level of complexity.

We propose a method of study to separate the more serious cases aimed at family doctors, primary care physicians and internists.

We suggest a useful treatment for the vast majority of patients complaining of neck pain and postural defects often stand out.

Key words: Neck pain, postural defects, regional pain syndrome.

En la medicina ambulatoria una de las causas frecuentes de consulta es el dolor cervical. Este síntoma forma parte de los llamados síndromes dolorosos reumáticos regionales que se caracterizan por su alta prevalencia, complejidad y falta de pruebas de diagnóstico de laboratorio. Todo ello presenta un reto para el clínico.

En este artículo se enfocará una estrategia de estudio para los médicos de atención primaria y médicos internistas, que reciben al 56% de las primeras consultas por cervicalgia.

La primera incógnita a resolver será determinar si el dolor cervical está generado por alguna estructura anatómica del cuello (dolor intrínseco) o si nace de otra región (dolor referido).

El dolor referido se encuentra en los portadores de diferentes patologías, como isquemia miocárdica, disrupción del cayado aórtico, lesiones pulmonares o pleurales de tipo inflamatorio o tumoral, y las que pueden irritar la cara abdominal del diafragma por contigüidad o perforación de víscera hueca.

En este artículo se enfocará el dolor intrínseco, que es el generado por órganos, vísceras y las estructuras músculo-esqueléticas cervicales.

Cuando nos consulta un paciente con cervicalgia debemos pensar en procesos inflamatorios o tumorales de la glándula tiroidea, lesiones vasculares del cuello, adenopatías agudas o crónicas, patología de tráquea y esófago, y daño de las glándulas salivales mayores. Si estos cuadros clínicos pueden descartarse con la anamnesis y el examen físico, se debe evaluar la patología músculo-esquelética.

I. EPIDEMIOLOGÍA

La alta prevalencia de este síndrome de dolor reumático regional está avalada por encuestas de población en EE.UU. que lo elevan al 10% de adultos de la población general. Cifras similares a lo observado en el lumbago; quizá la diferencia está en que se producen menos ausentismo laboral y compromiso radicular.

De la información nacional se destaca que el dolor músculo-esquelético se observa entre 14% y 23% de la población adulta; el 8% corresponde a la columna vertebral y el 4%, a la cervicalgia músculo-esquelética intrínseca.

II. ANATOMÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA CERVICAL COMO CAUSA DE DOLOR

1. Los **músculos** cervicales que producen cervicalgia intrínseca pueden presentar:

- procesos de microtraumatismos,
- inflamaciones agudas o crónicas condicionadas por enfermedades sistémicas o locales,
- secuelas por uso inadecuado, como son las sobrecargas mecánicas y/o los vicios posturales,
- desgarros.

Entre los músculos cervicales comprometidos se destaca el esternocleidomastoideo, trapecios superiores, angular del omóplato, erectores cervicales, rectos posteriores mayor y menor y oblicuos posteriores mayor y menor.

También se debe mencionar como causa de dolor una patología muscular parcialmente aclarada: el dolor miofascial. Se caracteriza por dolor muscular, habitualmente puntual, con irradiación que no sigue el trayecto muscular ni vías nerviosas sensitivas que, a diferencia de la fibromialgia, tienen alteraciones a nivel histoquímico. Su conocimiento permite descartar patologías como las que determinan el dolor referido, evitando estudios costosos y la angustia del paciente.

Los extremos musculares, los tendones, pueden presentar entesitis por la precipitación de cristales de calcio y por las mismas causas que determina el dolor muscular.

2. Los **ligamentos** cervicales son el segundo grupo de estructuras músculo-esqueléticas que juegan un rol importante en algunas patologías dolorosas. Así es como el ligamento cervical interespinoso es doloroso tanto en patologías traumáticas como en procesos de entesitis, en las pelvispondilopatías seronegativas y en la hiperostosis idiopática vertebral (DISH) (Figura 1).

En artritis reumatoidea se observan lesiones destructivas secundarias a pannus en los ligamentos vertebrales cervicales anteriores, como el ligamento del vértice del odontoides, los ligamentos alares, el ligamento cruciforme del atlas y en el ligamento común posterior.

Este conjunto de ligamentos permite el movimiento armónico de atlas y axis.

El ligamento común anterior es asiento de procesos inflamatorios en las pelvispondilopatías seronegativas y calcificaciones con posterior osificación en DISH.

En general, todos pueden recibir cargas mecánicas adicionales excesivas al producirse procesos degenerativos discales, artrosis facetarias y vicios posturales con desarrollo muscular insuficiente para compensar estos requerimientos mecánicos.

3. Los **cuerpos vertebrales cervicales**, con su variada morfología, son asiento de procesos degenerativos, inflamatorios, infecciosos y displasias.

Los cambios degenerativos articulares y discales son más frecuentes sobre los 50 años, determinan tracciones de las terminaciones nerviosas de las cápsulas articulares y de los ligamentos cervicales. (Figura 2)



Figura 1. Vista lateral de ligamentos cervicales.

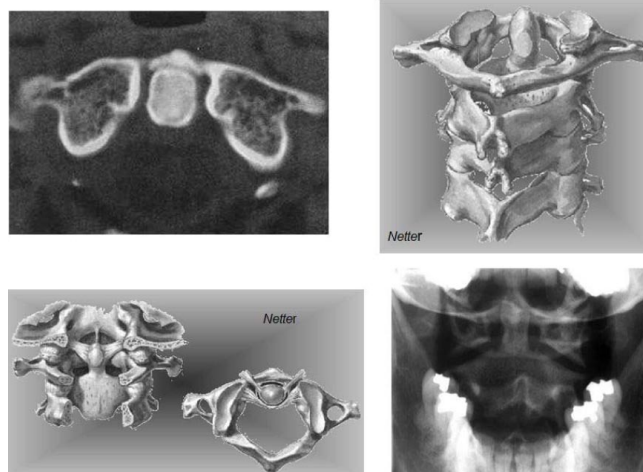


Figura 2. Relación ósea de atlas con axis y ligamentos.

Las situaciones más severas se ven en las infrecuentes espondilodiscitis bacterianas, en el desplazamiento de la apófisis odontoidea en artritis reumatoidea, en la rigidez por secuela de las pelvispondilopatías seronegativas, también del DISH y en las metástasis vertebrales.

El borde elevado de los platillos vertebrales cervicales son estructuras naturales que limitan los desplazamientos de los núcleos de los discos intervertebrales hacia los agujeros de conjunción, disminuyendo la incidencia de compresiones radiculares.

III. ENFOQUE BIOPSIKOSOCIAL

Durante años se consideró la cervicalgia como un síndrome doloroso reumático regional en que el paciente percibía dolores que se generaban en las estructuras óseas y partes blandas cervicales. Todo dentro del límite que determina la piel.

Estudios realizados, especialmente en el ámbito laboral, muestran que hay relación entre los dolores de la columna vertebral con insatisfacción laboral, con sentirse subvalorado en el trabajo, tabaquismo, posturas laborales, síndrome depresivo, sueño no reparador y antecedentes de raquialgia previa. Esto fundamenta el concepto de que la cervicalgia al igual que el lumbago deben enfocarse no sólo a lo físico del paciente, sino también a su entorno: un concepto biopsicosocial. Así es como posteriormente se desarrolla la psicología laboral y se da más énfasis a la ergonomía laboral y doméstica (Figura 3).

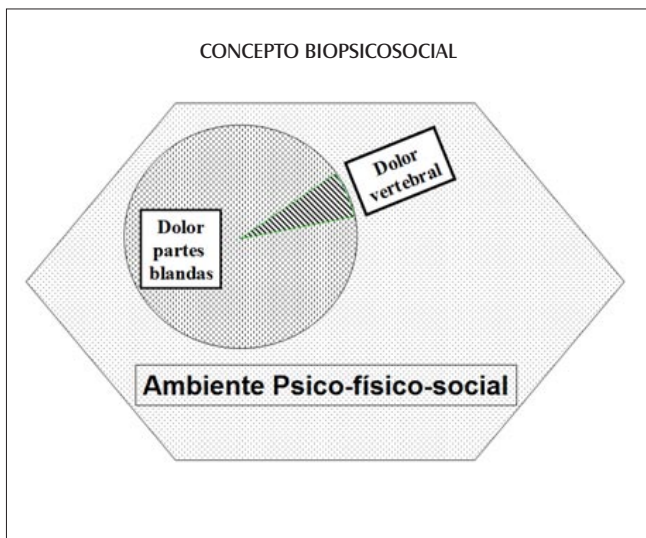


Figura 3. Concepto actual del enfoque de la cervicalgia músculo-esquelética.

IV. ATENCIÓN DEL PACIENTE

La cervicalgia, al ser una causa frecuente de consulta médica, debe ser estudiada con una anamnesis cuidadosa y examen físico general (importante para descartar dolor referido) y local. Con la información obtenida se plantea un diagnóstico y se indica tratamiento médico en más del 95% de los consultantes. Se hace énfasis en esta acción, porque si las patologías leves son estudiadas con profusión de exámenes, especialmente de imágenes, los gastos derivados de esta acción mermarían el presupuesto de las enfermedades moderadas y graves (Figura 4).

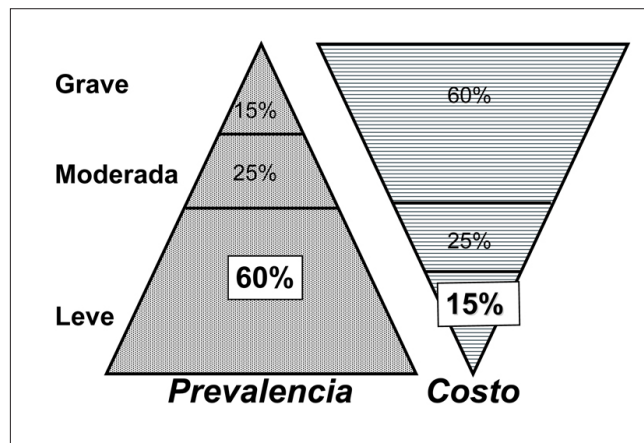


Figura 4. Un fundamento para el diagnóstico clínico acucioso. Relación prevalencia/costo de enfermedades crónicas.

V. ANAMNESIS

Además de la anamnesis general y los antecedentes personales, la información a precisar es la fecha de comienzo de los síntomas, su ritmo horario, localización, bilateralidad, su efecto en los movimientos normales del cuello, aumentos de volumen, coloración de la piel, fiebre y compromiso del estado general.

Una forma de analizar el dolor se ejemplifica con el ritmo horario.

Si la cervicalgia se percibe:

1. Al despertar y alivia rápidamente con la ducha caliente, buscar vicios posturales nocturnos
2. Al acostarse, contractura por tensión
3. Al amanecer, alivia durante el día y se acentúa en la tarde es una cadencia inflamatoria, como se observa en pelvispondilopatía seronegativa y artritis reumatoidea
4. Si aparece sólo con los movimientos y alivia en reposo, buscar alteraciones articulares y/o musculotendinosas.

5. Si despierta al paciente avanzada la noche, buscar espondilodiscitis, compresión neurológica o metástasis vertebral
6. Si se relaciona con las horas de escritorio, investigar vicios posturales o mobiliario inadecuado para el paciente.

VI. SIGNOS Y SÍNTOMAS A DESTACAR

Durante la entrevista por dolor cervical, puede aparecer variada información. Algunas muy útiles para el clínico, ya que pueden orientar el estudio, diagnóstico y tratamiento. A continuación se destacan algunas de ellas:

Contractura muscular: es la incapacidad de relajar la musculatura paravertebral opuesta a la lateralización que se le solicita que realice el paciente. Orienta hacia patología orgánica inflamatoria, infecciosa, traumática o neoplásica.

Rigidez: limitación de los movimientos de la columna cervical desproporcionada al dolor o sin él. Nos orienta a lesión articular degenerativa o calcificación de ligamentos longitudinales.

Dolor a la percusión vertebral: indica la altura de la lesión activa dolorosa. En los adultos mayores, cuando hay varios niveles con cambios como en las espondiloartritis. En el adulto joven, cuando hay cambios imagenológicos iniciales e inespecíficos.

“Mareos” con la lateralización de la columna cervical: pensar en vértigo postural si es con movimientos bruscos o en compresión de la arteria vertebral si es con lateralización lentamente progresiva.

Dolor irradiado a miembro superior: si es unilateral, correspondería a compresión radicular; si es bilateral, a daño de médula espinal.

Falta objetiva de fuerza de extremidades o alteraciones esfinterianas de comienzo brusco: pensar en compresión o inflamación medular (Tabla 1).

TABLA 1. SIGNOS Y SÍNTOMAS IMPORTANTES PARA EL CLÍNICO
<ul style="list-style-type: none"> • Contractura • Rigidez • Dolor vertebral • Mareos con lateralización cervical • Parestesias de miembros. Falta de fuerza de miembros • Dolor irradiado a miembros superiores • Alteraciones esfinterianas.

VII. ALERTAS CLÍNICAS

Durante la anamnesis y el examen físico se puede obtener información sobre alguna patología que debe ser estudiada con prontitud para tratar de evitar daños irreversibles. En estos casos se debe derivar a un nivel de mayor complejidad que la atención primaria (Tabla 2).

Es el caso de cervicalgia, que se acompaña de:

- Fiebre
- Compromiso del estado general
- Disfunción de la médula espinal
- Dolor radicular
- Dolor intenso y rebelde a la terapia habitual
- Cervicalgia recidivante o crónica.

La derivación pronta permitirá un diagnóstico y terapia precoz para minimizar los daños secuelares de las patologías infecciosas y las compresivas de los tejidos neurológicos. Cada sistema de salud tendrá su estrategia para la derivación oportuna de los pacientes con este fin.

VIII. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Sobre la base de la anamnesis y examen físico se plantea una hipótesis diagnóstica y orientación terapéutica. De acuerdo al grupo etario que consulta existen diferentes patologías que serían las más probables.

Si arbitrariamente separamos a los consultantes a los 50 años, los menores tendrán cervicalgia por causas mecánicas, vicios posturales; menos frecuentemente, fibromialgia, dolor miofascial y artritis crónica. Los mayores de 50 años tendrán más patología degenerativa, mecánica, vicios posturales y enfermedad neoplásica (Tabla 3).

TABLA 2. ALERTAS CLÍNICAS A TENER EN CUENTA PARA LA DERIVACIÓN RÁPIDA
<p>CERVICALGIA CON:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fiebre • Compromiso del estado general • Disfunción de la médula espinal • Dolor intenso rebelde al tratamiento • Dolor irradiado a miembros superiores • Dolor nocturno tardío • Crónica o recidivante.

**TABLA 3.
CAUSAS PROBABLES DE CERVICALGIA SEGÚN
GRUPO ETARIO**

	- 50 años	+ 50 años
Mecánico	++++	+++
Vicios posturales	+++	++++
Inflamatorio	++	+
Infeciosos	+	+
Metabólico	-	+
Miofascial	++	+
Enfermedad degenerativa	+	++++
Neoplásico	+	+++
Fibromiálgico	++	+

La causa más frecuente de consulta médica en el nivel primario es la cervicalgia mecánica; se caracteriza por relacionarse con los movimientos del segmento cervical, y se alivia con el reposo. No es nocturna. Tiene variadas formas de comienzo, ya sea brusco o insidioso. El dolor es regional, no se irradia. La causa que lo determina es inestabilidad vertebral asociada a desarrollo muscular insuficiente para mantener las estructuras estables. Se observa con vicios posturales, anomalías vertebrales, sedentarismo. Se observa con mayor frecuencia en: auxiliar de enfermería, odontólogo, chofer de camión interurbano.

IX. TRATAMIENTO

Aliviar el dolor con analgésicos. La elección se hará de acuerdo a la intensidad del dolor, desde paracetamol, clonixinato de lisina a tramadol. Si el movimiento acentúa el dolor, indicar collar cervical semirrígido.

Antiinflamatorios no esteroideos son usados frecuentemente por su efecto analgésico. No hay evidencia médica que fundamente su uso. Ser cuidadosos al indicarlos cuando hay patologías asociadas, como en hipertensión arterial, daño renal, insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus. En los adultos mayores, de ser necesario emplear las dosis mínimas terapéuticas.

Relajantes musculares usados como tales, algunos tienen, además, efecto tranquilizante y ayudan en el sueño no reparador.

Compresas frías cuando exista un proceso inflamatorio. Calor en caso de contractura muscular sin calor ni rubor.

Fisioterapia ha demostrado ser de utilidad en la cervicalgia, TENS, US pulsátil.

Ejercicios de rehabilitación deberán indicarse des-

pués del dolor limitante. Se debe explicar al paciente que la kinesioterapia es para que aprenda a hacer ejercicios supervisado por un profesional, los que deberá mantener diaria e indefinidamente en su hogar. Es importante esta indicación para que se desarrolle la musculatura suficiente para mantener las actividades que realiza esta persona.

Infiltraciones de anestésicos con corticosteroides de depósito en el dolor miofascial.

Corregir los vicios posturales diurnos y nocturnos (Tabla 4).

**TABLA 4.
VICIOS POSTURALES FRECUENTES EN LA VIDA
DIARIA**

1. Asegurarse de adoptar una buena postura al sentarse frente a un escritorio. Apoyarse en el respaldo, no descargar peso sobre los codos, pies en el suelo.
2. Si trabaja con una computadora, estirar el cuello cada hora.
Ajustar el monitor de la computadora al nivel de los ojos.
Hombros sueltos, codo a 90°, la mano se mueve con la muñeca, codo y hombro.
3. Al leer o digitar documentos en el escritorio, colocarlos en un sujetador a nivel del ojo. No usar el notebook en la cama.
4. Utilizar un juego de audífonos cuando el uso del teléfono es frecuente durante el trabajo.
5. Si tiene cervicalgia o lumbago, no leer ni ver televisión en cama.
6. No dormir en decúbito ventral porque crea dolor cervical, lumbar y adormecimiento de manos.
Dormir de lado con almohada aplastada por la cabeza; la almohada deberá tener como altura la distancia entre la base del cuello y el borde del hombro.
Usar colchón firme.