



Capítulo 89

CERVICALGIA

J. M. Madruga Sanz - C. Martínez Velázquez

INTRODUCCIÓN

- ▲ El raquis cervical es una estructura compleja, formada por varios segmentos óseos unidos entre sí por múltiples elementos: articulaciones óseas (interapofisarias y uncovertebrales), ligamentos y discos intervertebrales, y que está en relación con múltiples estructuras; vasculares, neurológicas (centrales, periféricas y vegetativas), musculares, orgánicas (esófago, tráquea, ganglios, tiroides, paratiroides). Su función es soportar y dotar de movilidad al cráneo y la cara, servir de protección a parte del SNC y ser el nexo de unión entre el resto del cuerpo y la cabeza.
- ▲ Todas estas estructuras son susceptibles de enfermar por múltiples causas y producir una gran variedad de síntomas, que son difíciles de atribuir, por su presentación clínica, a una patología determinada que, a menudo, no puede ser inicialmente identificada. Esto obliga a que *el diagnóstico en el Servicio de Urgencias sea esencialmente un diagnóstico de descarte, (fundamentado principalmente en la clínica y apoyado básicamente por la radiología), a prescribir un tratamiento sintomático y al seguimiento de una evolución que bien puede ser ambulatoria o intrahospitalaria.*

CLASIFICACIÓN

La diversidad de cuadros que asientan en el raquis cervical se pueden sistematizar en:

1 CUADROS SISTÉMICOS:

- **INFECCIOSOS:** espondilodiscitis (*S. aureus*, Estreptococos, *E. coli*, Gram negativos e infecciones crónicas como tuberculosis o brucelosis).
Diagnóstico difícil: 50% sin fiebre ni leucocitosis. Analítica: VSG, anemia normocítica-normocrómica.
Radiología será normal en la mayoría de casos. Signos: disminución de altura de un espacio discal con erosiones en platillos vertebrales adyacentes (2-3 meses en aparecer).
Importante los antecedentes: ADVP, focos a distancia (amígdalas, urinario...) etc.
- **TUMORALES:** poco frecuentes, sobre todo metástasis (pulmón, mama, riñón, melanoma, mieloma) o tumores benignos (osteoma osteoide, hemangioma) o tumores medulares.
Radiología cambios en la consistencia de una vértebra (blástica o lítica), o en sus límites (insuflación o erosión cortical), alteración pedículos.
- **REUMATOLÓGICOS O METABÓLICOS:** A.R, Polimialgia, Paget, Hiperostosis anquilosante, etc. Generalmente hay antecedentes: poliartralgias, cuadro sistémico.
Radiología calcificaciones alrededor del anillo fibroso discal: sindesmofitos, osteoporosis, subluxación o luxación atlo-axoidea (por proyección transoral) en A.R.

2 CUADROS LOCALES:

- **DEGENERATIVOS:** osteoartropatía articular, degeneración discal, etc.
Radiología crecimiento exofítico: osteofitos, osteoporosis, acunamientos vertebrales, esclerosis subcondral, pinzamiento articular.

- **POSTRAUMÁTICOS:** generalmente traumatismos con radiología normal que afectan a partes blandas (músculo-ligamentosas) sin alteración ósea visible -ESGUINCE CERVICAL-

3 SÍNDROMES CERVICALES:

Cuadros clínicos cuya etiología no se identifica porque generalmente el paciente no reconoce en el tiempo el factor desencadenante: Traumatismo antiguo directo o indirecto ya olvidado, sobreesfuerzo, posturas viciosas, exposición a frío o humedad, alteraciones rotacionales o axiales mínimas, psicológicas... o porque el sustrato etiológico es una patología degenerativa no evidente en la radiología a una edad temprana que no hace sospecharla.

En todos estos cuadros la radiología es normal.

- **CERVICALGIA SIMPLE:** dolor focalizado a nivel del raquis óseo o de estructuras blandas afines, sin irradiación a otras zonas y sin síntomas añadidos.
- **SÍNDROME CERVICOCEFÁLICO:** dolor cervical (generalmente crónico) que se irradia a región occipital (nucalgia) y vértex, acompañado de síntomas de naturaleza imprecisa que pueden sugerir algún trastorno intracraneal, pero sin objetivar alteración neurológica: mareos, vértigos, náuseas, cefalea, dolor retroorbitario, inestabilidad de la marcha (causas: ¿Afectación de simpático vertebral?, ¿afectación arteria vertebral?, ¿neurótico-psicológicas?).
- **SÍNDROME CERVICOBRAQUIAL:** dolor cervical con irradiación a miembros superiores generalmente por irritación de las raíces a nivel del agujero de conjunción por causas no evidentes en la radiología (afectación ligamentosa, sinovitis de las articulaciones posteriores, artrosis incipiente, degeneración, protrusión o hernia discal...).

4 CUADROS CON IRRADIACIÓN A RAQUIS CERVICAL:

Tumor de Pancoast, IAM, angina, disección arco aórtico-grandes vasos, esofagitis, faringitis, tiroiditis, afectación ganglionar cervical, irritación cúpulas pleurales, etc.

CONCEPTOS

La columna cervical es una "**gran exportadora**" de dolor.

Los signos y síntomas clínicos pueden ser:

- **LOCALES:**
 - Dolor cervical.
 - Contractura muscular.
 - Limitación funcional (movilidad).
 - Actitudes posturales (tortícolis).
- **IRRADIADOS:** **3 vías de irradiación** fundamentales, que se pueden superponer y que pueden ser originados por cualquier osteoartropatía cervical (degeneración artroscópica, neoplasia, infección, reumatismo, traumatismo...):
 - 1 Vía ascendente.** Vascular y simpática.
 - Afectación del agujero transverso y su contenido vascular (arteria vertebral) y neurovegetativo por alteración de articulaciones interapofisarias o uncovertebrales. Se producen: mareo, vértigos, cefaleas...
 - 2 Vía transversa.** Radicular y vascular.
 - Afectación a nivel del agujero de conducción de las raíces, nervios espinales o nervios sinovertebrales a consecuencia de patología discal o de articulaciones interapofisarias o uncovertebrales. La irradiación de los síntomas tendrá una expresión



metamérica (miotomas zona interescapular y miembros superiores) si se afecta la raíz anterior o irregular si se afecta la raíz posterior o el nervio sinovertebral.

- Afectación de los vasos subclavios y plexo braquial en los síndromes escalénico y de la costilla cervical; robo subclavia, Raynaud, alteración pulso en miembros superiores, ingurgitación venosa...

3 Via descendente. Medular.

- Afectación del conducto raquídeo y la médula por osteofitos posteriores del cuerpo vertebral, hernia discal... Hay afectación de miembros superiores e inferiores:
- Parestesias en miembros superiores e inferiores.
- Signo de Lhermitte: aumento de parestesias al flexionar el cuello.
- Alteración de la 2ª motoneurona en miembros superiores: Debilidad, amiotrofia, disminución ROT.
- Alteración de la 1ª motoneurona en miembros inferiores: Espasticidad, aumento ROT.
- Alteraciones esfinterianas y reflejos patológicos (Babinski).

CLÍNICA

Intentar distinguir si nos encontramos ante un cuadro de origen sistémico o focal.

- **CUADROS SISTÉMICOS:** infección, tumor, reumatismo.
 - ▲ Dolor y rigidez generalizada.
 - ▲ Contractura bilateral, interesando todos los grupos musculares.
 - ▲ Limitación funcional global afectando la mayoría de los movimientos cervicales.
 - ▲ Ritmo doloroso tipo inflamatorio (no cede en reposo, incluso se exacerba).
 - ▲ Valorar antecedentes: ADVP, focos infecciosos, neoplasias, psicológicos...
 - ▲ Cualquier tipo de irradiación de síntomas.
- **CUADROS LOCALES:** degenerativos, postraumáticos.
 - ▲ Dolor y rigidez más localizada.
 - ▲ Contractura asimétrica, afectando generalmente a uno o dos grupos musculares.
 - ▲ Limitación funcional parcial estando afectados sólo algunos de los movimientos cervicales.
 - ▲ Ritmo doloroso mecánico (disminuye en reposo).
 - ▲ Valorar antecedentes: edad, ocupación, traumatismo antiguo...
 - ▲ Cualquier tipo de irradiación de síntomas.

EXPLORACIÓN

- **ANAMNESIS:** intentar filiar alguna causa o antecedente (trauma, infección, tumor...), ritmo del dolor, inicio y duración de los síntomas, junto a los síntomas añadidos o referidos, antecedentes de depresión o distimia.
- **INSPECCIÓN:** postura antiálgica (torticolis), proyección anterior de la cabeza, cifoescoliosis, tumoración visible... y observación de la forma de evolucionar del enfermo al desvestirse, moverse, etc. (fit test).
- **PALPACIÓN:**
 - ▲ De espinosas: intentar focalizar el dolor en una vértebra o en toda la columna cervical.
 - ▲ De contracturas musculares focalizadas o generalizadas.

- **EXPLORACIÓN DE MOVILIDAD:** flexión-extensión, rotaciones, lateralidad del cuello (alteración global o focal), activa y pasiva. Explorar movilidad y funcionalidad hombros.
- **EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:** S.N. Central y S.N. Periférico.
 - ▲ Exploración de fuerza, sensibilidad, reflejos, parestesias en miembros superiores e inferiores.
 - ▲ Descartar afectación esfinteriana, piramidalismo, reflejos patológicos, Romberg.
 - ▲ Descartar síndromes de atrapamiento nervioso periféricos (túnel carpiano, canal Guyon, canal epitrocleo-olecraniano).
- **EXPLORACIÓN VASCULAR:** descartar alteraciones vasculares en miembros superiores: Raynaud, alteraciones tróficas o del pulso, ingurgitación vascular – manobra de Adson, soplo subclavio...
- **DESCARTAR SÍNTOMAS GENERALES:** fiebre, astenia, síndrome constitucional, síntomas vegetativos...

RADIOLOGÍA

- ▲ Básicamente proyección AP y L cervical (incluir las 7 vértebras).
- ▲ Valoración de:
 - Alineación del muro posterior.
 - Rectificación curvas cervicales.
 - Pérdida de la consistencia o contorno de los cuerpos vertebrales.
 - Pinzamiento de los espacios discales.
 - Signos degenerativos: osteofitos, esclerosis subcondral, osteoporosis.
 - Signos reumatológicos: sindesmofitos, luxación atloaxoidea.
 - Aparición de costillas cervicales o megaapófisis transversas.
 - Valorar partes blandas: esófago, glotis, calcificaciones...
- ▲ Otras proyecciones:
 - Oblicuas: se obtiene visión de agujeros de conjunción y de su posible compromiso por osteofitos.
 - Transoral: se obtiene una visión del posicionamiento de la odontoides respecto a las masas del atlas.
 - Dinámicas: se observa subluxación de algún segmento cervical sobre otro. No se realizarán en traumatismo agudo sin haber visionado antes una proyección AP y L y descartar fractura o luxación vertebral.

* Si no se pueden obtener las 7 vértebras cervicales o si hay patología medular se solicitará TAC urgente.

TRATAMIENTO

- **INMOVILIZACIÓN** con collarín cervical: 7-15 días según la intensidad de los síntomas y su evolución. Se puede retirar mientras el cuello no soporte el peso de la cabeza (decúbito). Se retira gradualmente llevándolo a tiempo parcial.
- **ANALGESIA:** inicialmente con analgésicos tipo *Metamizol magnésico* a dosis de 1 gr cada 6-8 horas, *Tramadol* a dosis de 50 mg. cada 6-8 horas, o *Paracetamol* a dosis de 500-650 mg cada 6-8 horas, pudiendo asociarse dos de ellos según la intensidad del dolor. Se prescribirán pautados y no "si dolor".
- **ANTIINFLAMATORIOS:** inicialmente cualquier tipo de antiinflamatorio no esteroideo pautado como *Naproxeno* a dosis de 500 mg. cada 12 horas, *Diclofenaco* a do-



sis de 50 mg. cada 8 horas o *Ketorolaco* a dosis de 10 mg. cada 6-8 horas En casos intensos o rebeldes se puede administrar una pauta de CORTICOIDES.

- **RELAJANTES MUSCULARES:** Tipo *Tetracepam* a dosis de 50 mg. cada 8 horas o *Valium* a dosis de 2- 10 mg. cada 6-8 horas para romper el ciclo contractura -dolor.
- **MEDIDAS FÍSICAS:** calor local.

CRITERIOS DE INGRESO

- Sospecha de infección: se tomarán hemocultivos y se pauta antibioterapia empírica: *Cloxacilina* a dosis de 2 gr cada 6 horas + *Gentamicina* a dosis de 3-5 mg/kg/día.
- Sospecha de tumor no filiado: ingreso con criterios de estudio.
- Tras traumatismo con radiología negativa pero con signos neurológicos centrales o periféricos positivos: se realizará TAC urgente + inmovilización + ingreso en Servicio de Cirugía Ortopédica o Neurocirugía según el caso.
- Medulopatía no filiado: TAC URGENTE + INGRESO.
- Cuadro clínico muy florido que requiera tratamiento sintomático intrahospitalario.

CRITERIOS DE SEGUIMIENTO EN CONSULTAS EXTERNAS DE CIRUGÍA ORTOTRAUMÁTICA (C.O.T.)

- Esguince cervical con clínica severa.
- Cervicalgia crónica no filiado.
- Cuadro degenerativo sintomático de larga evolución o gran afectación.
- Sospecha de hernia discal.
- Cuadro clínico agudo, sin criterios de ingreso, que precisa seguimiento estrecho de su evolución por sospecha clínica de posibles cambios significativos en su sintomatología.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Andreu Sánchez JL, Sanz Sanz JJJ, Mulero Mendoza. Cervicalgia. En: Moya Mir MS, editor. Normas de actuación en urgencias. Madrid: Edición 2000; 2000. p. 500-03.
- ▲ LaBan MM. Dolor de cuello. En: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, editores. Medicina de Urgencias 4ª ed. New York: McGraw-Hill Interamericana; 1997. p. 1561-66.
- ▲ Corts Giner JR, Castellano Cuesta JA. Artrosis cervical y otros síndromes cervicales. En: Herrero-Beaumont G, Martín Mola E, Riestra Noriega JL, Tornero Molina J, editores. Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Doyma; 1992. p. 290-99.