Capítulo 103

Cervicalgia

L. Jiménez Murillo, F. Gracia García y F.J. Montero Pérez

CONCEPTO

La *cervicalgia* es el dolor originado o referido a la columna cervical. Es una causa frecuente de consulta en urgencias y, a pesar de la benignidad de la mayoría de los casos, tiene una elevada morbilidad. Las estructuras involucradas en el dolor cervical son el hueso, los discos intervertebrales, los músculos y los ligamentos.

CLASIFICACIÓN

Las causas de cervicalgia son múltiples, aunque las más frecuentes son la artrosis y la hernia discal. Pueden clasificarse *según su etiología* en vertebrales, y no vertebrales o referidas.

1. **Vertebrales:** *degenerativas* (artrosis, espondilosis vertebral), *traumáticas* (hernia discal, síndrome del latigazo cervical), *afección de tejidos blandos* (fibromialgia, reumatismo psicógeno, tumores, tendinitis), *alteración de la columna cervical* (escoliosis, cifosis, hiperlordosis, enfermedad de Shauermann), *inflamatorias* (espondilitis anquilosante, artritis crónica juvenil, artritis psoriásica, artritis reumatoide, gota), *tumorales* (primarias o metastásicas), *metabólicas* (osteoporosis, osteomalacia, enfermedad de Paget) y *congénitas o anomalías del desarrollo* (síndromes de Down, Marfan, Hunter, Hurler y espina bífida).
2. **No vertebrales:** enfermedad aórtica, cefalea occipital, enfermedades tiroideas, infección faríngea, etc.

Asimismo, se clasifican *clínicamente* en:

- **Grado I:** sin signos de patología grave y con poca limitación de las actividades diarias.
- **Grado II:** sin signos de patología grave, pero con interferencia en las actividades diarias.
- **Grado III:** con signos o síntomas neurológicos (radiculopatía).
- **Grado IV:** asociada a otra patología grave (fractura, mielopatía, infección, etc.).

VALORACIÓN DIAGNÓSTICA

Anamnesis

Se basa en la detección de síntomas que sugieran una enfermedad grave, como antecedentes de caída o traumatismo graves, neoplasia, abuso de drogas por vía parenteral o tratamiento crónico con corticoides, fiebre, escalofríos, pérdida inexplicada de peso, pérdida de fuerza, dolor o alteraciones sensitivas en el miembro superior, dificultad en la marcha o alteraciones miccionales o intestinales.

Exploración física

- *Inspección.* Deben observarse la altura y la simetría de los hombros, la posición de las escápulas, las alteraciones de la piel y cifosis anormales.
- *Palpación.* Se deben detectar deformidades, puntos dolorosos al presionar la columna cervical con el dedo pulgar o percutir con la mano las apófisis espinosas; es necesario comprobar la musculatura paravertebral para detectar contracturas.
- *Movilidad cervical.* Deben explorarse la rotación derecha y la izquierda (normal, 90°), así como la flexoextensión (normal, 70°) y la flexión lateral derecha e izquierda (normal, 45°). Las causas mecánicas limitan la movilidad de forma asimétrica, y al forzar los movimientos aumenta el dolor; las causas infecciosas limitan todos los movimientos, y los cuadros de origen psicógeno no suelen presentar alteraciones de la movilidad.

Exploraciones complementarias urgentes

La radiografía simple es fundamental para el diagnóstico de la afección cervical, si bien, si la cervicalgia es de origen mecánico y sin alteración motora ni sensitiva, no es necesaria ninguna exploración urgente. Si hay déficit motor o sensitivo o se sospecha un origen inflamatorio o traumático, debe solicitarse radiografía simple de columna cervical en proyecciones anteroposterior, lateral, oblicua y lateral forzada. En ellas puede observarse la alineación articular y de los cuerpos vertebrales, signos degenerativos, pérdida de la lordosis fisiológica, los agujeros de conjunción, la presencia de osteófitos y la distancia atloaxoidea.

Si el paciente tiene criterios de ingreso, se cursa una hematimetría con fórmula y recuento leucocitarios y una bioquímica sanguínea básica (glucosa, urea, creatinina e iones), así como las exploraciones necesarias en función de la sospecha etiológica, a saber:

- Gammagrafía ósea, ante la sospecha de neoplasias, osteomielitis, abscesos y fracturas patológicas.

© 2015. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

- Tomografía computarizada cervical o resonancia magnética, si se sospecha discopatía o neoplasia.

CRITERIOS DE INGRESO

Requieren ingreso hospitalario urgente todos los pacientes con dolor cervical agudo acompañado de radiculopatía motora o mielopatía. Sin embargo, la mayoría de los pacientes pueden recibir el alta, ya que presentan una cervicalgia de origen mecánico, sin afección radicular ni medular, y con una radiografía simple (si es necesaria su realización) normal o con rectificación de la lordosis cervical como única alteración.

TRATAMIENTO

Los objetivos terapéuticos son disminuir el dolor y la contractura muscular para restablecer la lordosis cervical y restaurar la función.

Medidas generales

- Corrección higiénico-postural. Debe recomendarse: evitar posturas de flexión o rotación mantenidas, descansar con una almohada cervical anatómica en posición fetal o en decúbito supino, usar collarín cervical en los viajes largos, no cargar mucho peso en una mano, etc.
- Si se sospecha la existencia de una hernia discal o de un esguince cervical traumático, se coloca un collarín cervical, más alto por detrás y con la cabeza en ligera flexión, durante un máximo de 10 días, y se retira progresivamente una vez transcurrido ese tiempo.
- Aplicación de calor local seco para disminuir el espasmo muscular.

Tratamiento farmacológico

Relajantes musculares

Están indicados, por la noche y en pequeñas dosis durante el día, en pacientes con una contractura muscular grave. Se administra tizanidina (**Sirdalud**®, comprimidos de 2 y 4 mg) en dosis de 2-4 mg/8 h por vía oral (4 mg en la dosis nocturna y 2 mg en las diurnas).

Analgésicos

- Paracetamol (**Efferalgan**®, comprimidos efervescentes de 1 g) en dosis de 1 g/8 h por vía oral (máximo 4 g/día).
- Si el dolor no cede, se asocia metamizol magnésico (**Nolotil**®, cápsulas de 575 mg y ampollas con 2 g) en dosis de 1-2 cápsulas/8 h por vía oral, 2 g/8 h por vía intramuscular; o dexketoprofeno trometamol (**Enantyum**®, comprimidos y sobres de 25 mg y ampollas con 50 mg), en dosis de 25 mg/8 h por vía oral o 50 mg/12 h por vía intramuscular.
- Si el dolor no cede, puede administrarse una combinación de paracetamol y tramadol (**Zaldiar**®, comprimidos y comprimidos efervescentes de 325 + 37,5 mg), en dosis de 1 comprimido/8 h por vía oral.
- Si el dolor no cede, se administra tramadol (**Adolonta**®, cápsulas de 50 mg y ampollas con 100 mg) en dosis inicial de 100 mg por vía oral o intramuscular, seguida de 50 mg/8 h por vía oral o hasta 100 mg/8 h por vía intramuscular (máximo 400 mg/24 h).
- En pacientes con dolor crónico se puede asociar al analgésico elegido un antidepresivo tricíclico, como amitriptilina (**Tryptizol**®, comprimidos de 10, 25, 50 y 75 mg) en dosis de 25-75 mg/día por vía oral, preferiblemente en dosis única nocturna.

Antiinflamatorios no esteroideos

Se administra naproxeno (**Naprosyn**®, comprimidos de 500 mg) en dosis de 500 mg/12 h por vía oral.

Corticoides

En las cervicobraquialgias pueden ser necesarios esteroides, que pueden sustituir o potenciar la acción de los antiinflamatorios no esteroideos. Se administra dexametasona (**Fortecortin**®, comprimidos de 1, 4 y 8 mg) en dosis inicial de 4 mg/12 h por vía oral durante 3 días. Esta dosis se reduce progresivamente cada 3 días, hasta la suspensión: 4 mg/24 h, 2 mg/24 h y 1 mg/24 h, por vía oral.

Tratamiento quirúrgico

Está indicado en los pacientes con radiculopatía o mielopatía resistente al tratamiento médico.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Fernández-de-Las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Hernández-Barrera V, Palacios-Ceña D, Jiménez-García R, Carrasco-Garrido P. Has the prevalence of neck pain and low back pain changed over the last 5 years? A population-based national study in Spain. Spine J 2013;13:1069-76.

Guzmán J, Haldeman S, Carroll LJ, Carragee EJ, Hurwitz EL, Peloso P, et al. Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: from concepts and findings to recommendations. Spine (Phila Pa 1976) 2008;33(4 Suppl):S199-213.

Peloso P, Gross A, Haines T, Trinh K, Goldsmith CH, Burnie S, Cervical Overview Group. Tratamientos medicinales e inyectables para los trastornos mecánicos del cuello (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008;(3) Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.).

Schellingerhout JM, Heymans MW, Verhagen AP, Lewis M, de Vet HC, Koes BW. Prognosis of patients with nonspecific neck pain: development and external validation of a prediction rule for persistence of complaints. Spine (Phila Pa 1976) 2010;35:E827.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.