

CERVICOBRAQUIALGIAS

Dra. Amparo Nebot Martínez

Médica especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología

Una de las patologías con mayor índice de morbilidad y uno de los motivos más frecuentes de demanda asistencial. Su causa más frecuente son los síndromes miofasciales por factores biomecánicos. Se define como dolor percibido en región cervical que irradia a miembros superiores, por tanto es un *síntoma* y no un *diagnóstico*.

CONCEPTOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS

- La columna cervical no debe nunca valorarse como un sistema aislado sino en el conjunto de toda la columna vertebral. Su curva es de convexidad anterior: *lordosis fisiológica*.
- **Particularidades:**
 - Articulación occipito-atlo-axoidea.
 - Cuerpo vertebral pequeño de C3 a C7.
 - Agujero transverso-arteria vertebral.
 - Apófisis espinosa bifida.
 - Apófisis unciformes o de Lushka.
- La columna cervical se divide en muro anterior, muro posterior y canal cervical.
- Con la edad aparecen cambios degenerativos en el segmento intervertebral consecuencia de la deshidratación del *disco*. Este proceso condiciona pérdida de altura del segmento, sobrecarga de las articulaciones intervertebrales, hernias discales, formaciones osteofitarias y en último lugar, estenosis de canal. Estos cambios se conocen como:
 - Espondilosis (degeneración de carillas articulares)
 - Osteocondrosis (degeneración del disco)
 - Uncuarterosis (degeneración de las articulaciones uncovertebrales)

CLASIFICACIONES

- Cervicobraquialgia mecánica / inflamatoria.
- Aguda (<6 semanas) / subaguda (6 semanas-3 meses) / crónica (>3 meses)
- Localizada / referida / irradiada.
- De origen sistémico (infecciosa, tumoral, reumatológica o metabólica) / local (degenerativa o postraumática) / síndrome cervical (simple, cervicocefálico, cervicobraquial) / de origen distinto a columna.
- Miofasciales / osteoarticulares / psicógenas / neurógenas.
- *Síndrome del latigazo cervical* (entidad por sí misma).

CONCEPTOS

- Espondilosis
- Osteocondrosis
- Uncuarterosis
- Osteofitosis
- Protusión discal
- Hernia extrusa
- Cervicalgia axial
- Radiculopatía
- Mielopatía
- Estenosis de canal

CLÍNICA

- **Dolor:**
 - Síntoma más frecuente.
 - Puede ser local, referido o irradiado.
 - Hay que diferenciar si es axial o con componente de radiculopatía o mielopatía.
 - Suele tener un comienzo brusco o tras un estímulo.
 - Si cede con el reposo suele indicar cuadro local (*dolor mecánico*), mientras que en los cuadros sistémicos es característico el dolor que no cede con el reposo o que incluso se incrementa (*dolor inflamatorio*).
 - La irradiación más frecuente es en el hombro, debiéndose en todos los casos descartar patología del mismo.
- **Parestesias:** difusas si no existe radiculopatía, y de distribución metamérica en el caso de existir ésta.

- Debilidad.
- Alteración de los ROT.
- Rigidez.
- Mareos, vértigo y acúfenos.
- Cefaleas.
- Visión borrosa, disfagia, fenómenos neurovegetativos.
- Síndromes de atrapamiento nervioso en el brazo (secundarios a radiculopatías).
- Angina cervical.
- Síntomas de compresión medular.

EXPLORACIÓN

Importantísimo realizar una minuciosa anamnesis. Al ser un síntoma y no un diagnóstico, deberemos preguntar y explorar hasta encontrar un origen que explique la sintomatología.

- **ANAMNESIS:** Antecedentes patológicos que enfoquen hacia enfermedad sistémica, ritmo del dolor, forma de aparición, sintomatología, posibles factores desencadenantes, antecedentes psicológicos, factores laborales, familiares y sociales, etc...
- **INSPECCIÓN:** Postura antiálgica, deformidades cifoescolióticas, tumoraciones visibles, *fit test*.
- **PALPACIÓN:** Apófisis espinosas, contracturas musculares, *puntos gatillo*.
- **EXPLORACIÓN DE LA MOVILIDAD:** Activa y pasiva. Flexo-extensión, rotaciones, lateralizaciones, pruebas de compresión y de tracción, balance articular de los hombros.
- **EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:** SNC y SN Vegetativo.
 - Estudio metamérico minucioso de fuerza, sensibilidad (parestias) y ROT (MMSS y MMII).
 - Afectación esfinteriana, piramidalismo, reflejos patológicos, Romberg.
 - Síndromes de atrapamiento nervioso periféricos (sobretudo el del n. mediano, la causa más frecuente de braquialgia global).
- **EXPLORACIÓN VASCULAR:** de MMSS, como el Raynaud.
- **SÍNTOMAS GENERALES:** fiebre, anorexia, astenia, síndrome constitucional.

RADIOLOGÍA Y OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- La radiografía simple sigue siendo la prueba fundamental para el diagnóstico por imagen. ¡¡¡Importantísimo incluir las 7 vértebras!!!
- Se deben solicitar proyecciones *anteroposterior*, *lateral*, *2 oblicuas* (agujeros de conjunción) y *dinámicas* en flexión y extensión. Proyección *transoral* si se sospecha lesión de la odontoides.
- Se debe valorar:
 - Alineación del muro posterior.
 - Curva fisiológica.
 - Contorno y consistencia de las vértebras.
 - Pinzamientos.
 - Signos degenerativos y/o reumatológicos.
 - Partes blandas.
- Si no se pueden obtener las 7 vértebras cervicales o si se sospecha patología medular se solicitará un TAC urgente.
- **Otros exámenes complementarios:**
 - Hemograma, VSG, PCR, calcemia, fosfatemia.
 - En caso de sospechar radiculopatía se solicitará *estudio electrofisiológico*.
 - En caso de sospechar mielopatía se solicitarán *potenciales evocados*.
 - Angiografía, Eco-Doppler, punción lumbar.
 - RMN: Diagnóstico de primera línea. Solicitar si se sospecha patología discal, compresión radicular o medular, patología tumoral o patología infecciosa.

TRATAMIENTO

- **Reposo e Inmovilización:** Collarín cervical rígido 7-15 días. Actualmente se ha demostrado que el uso del collarín cervical en el Síndrome de latigazo cervical cronifica el proceso, por lo que su uso queda contraindicado.
- **AINES:** Cualquier tipo. En casos intensos o rebeldes corticoides.
- **Analgésicos:** Paracetamol, tramadol.
- **Termoterapia.**
- **Tratamiento Físico:** electroterapia, ejercicios terapéuticos, terapias manuales.

No está justificado el uso de miorrelajantes. En el Síndrome de latigazo cervical se recomienda aplicación de bolsas de hielo durante las primeras 24h y después comenzar con movimientos activos suaves. En caso de dolor neurálgico (radiculopatía o mielopatía) se recomienda AMITRIPTILINA o GABAPENTINA.

Está demostrado que la mayoría de los pacientes obtienen mejoría completa con tratamiento conservador en menos de 8 semanas, incluso en casos de radiculopatía por compresión. La única excepción es la mielopatía por compresión. Se ha demostrado que el tratamiento conservador no interfiere en la evolución de la enfermedad, siendo su progresión imparable y nefasta en todos los casos. El tratamiento quirúrgico también está indicado en casos rebeldes y severos de compresión radicular por osteofitos posteriores o hernia discal, estenosis de canal, neoplasias e infecciones con gran destrucción.

CRITERIOS DE INGRESO

- **Sospecha de infección:** hemocultivos, cloxacilina 2 g/6h, gentamicina 3-5 mg/kg/día.
- **Sospecha de tumor no filiado:** estudio.
- **Traumatismo con radiología negativa y sintomatología neurológica central o periférica:** TAC urgente + inmovilización.
- **Medulopatía no filiado:** TAC urgente.
- **Cuadro clínico muy florido** que requiera tratamiento hospitalario.

CRITERIOS DE SEGUIMIENTO EN C.EXT. DE COT

- 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, con progresión negativa.