

# Cuadros clínicos con dolor cervical

Paula Martín De Salvador  
Residente 4º año COT  
Hospital de Sagunto



# Espondilosis cervical (cervicoartrosis)

Degeneración del disco y de las articulaciones interapofisarias.

Puede producir compresión medular, radicular o ambas (diferenciar de agudo).

## Epidemiología:

- 40-50 años.
- Varones.
- C5-C6.
- Factores de riesgo:
  - Levantar peso.
  - Tabaquismo.
  - Saltar de trampolín.

# Espondilosis cervical (cervicoartrosis)

## Fisiopatología:

- **Diferenciar de aguda.**
- **Degeneración crónica:**
  - Inicial: inestabilidad columna.
  - Posterior: pérdida de altura y osteofitos posteriores.
  - Finalmente: pérdida de lordosis, se sobrecargan las articulaciones interapofisarias y se estira la médula.

# Espondilosis cervical (cervicoartrosis)

## Clínica

- Dolor cervical: difuso en zona media-alta y empeora con movimiento.
- Compresión arteria vertebral: vértigos, desequilibrio, pérdida de consciencia.
- Compresión anterior: disfagia.
- **Radiculopatía:**
  - Por osteofitos y protusiones discales.
  - C6-C7 principalmente, sensitiva: dolor, parestesias o hiperestesias.
  - Se acentúa con la maniobra de Valsalva y se modifica con las posiciones.



# Espondilosis cervical (cervicoartrosis)

## Clínica

### - Mielopatía

- **Causas:** estenosis canal, traumatismos repetidos, trastornos vasculares, desplazamientos vertebrales.
- **MMII:** primera motoneurona: paraparesia espástica, pocos síntomas sensitivos. Comienza como una debilidad progresiva al andar.
- **MMSS:** segunda motoneurona: trastornos sensitivos, motores y alteraciones en los reflejos que indican el nivel de la lesión. Suele comenzar como un adormecimiento y debilidad de las manos.
- **Signos:** Lhermitte y hoffman.



# Espondilosis cervical (cervicoartrosis)

## Clínica

- **Mielopatía:** Estadiaje funcional la escala más utilizada es la de Nurick:
  - **0:** Signos y síntomas radiculares. No hay pruebas de implicación medular.
  - **I:** Existen pruebas de implicación medular (hiperreflexia). Deambulación normal.
  - **II:** Leve alteración en la marcha que no interfiere en capacidad laboral.
  - **III:** Anormalidad en la deambulación que impide ser empleado.
  - **IV:** Necesita ayuda para caminar.
  - **V:** No puede moverse de la silla o de la cama.



# Espondilosis cervical (cervicoartrosis)

## Pruebas de imagen:

- **Radiografías:** AP, laterales y oblicuas:
  - Pinzamiento intervertebral.
  - Osteofitos anteriores y posteriores.
  - Disminución del agujero intervertebral en Rx oblicuas.
  - Inestabilidad vertebral en Rx dinámicas.
  - Degeneración de las articulaciones interapofisarias.
  - Pérdida de lordosis cervical.
  - Disociación clínico-radiológica.
- **EMG.**
- **TAC.**
- **RMN:**
  - Hiperintensidad en T2 difusa y sin señal en T1: reversible.
  - Hiperintensidad T2 con borde nítido con hipointensidad en T1: irreversible.



# Espondilosis cervical (cervicoartrosis)

## Tratamiento:

### - Conservador:

- Ergonomía cervical.
- Collarín.
- Fármacos.
- Potenciación musculatura cervical.
- Masoterapia y manipulaciones: beneficio dudoso.
- Calor local.
- TENS.
- Psicoterapia.
- Infiltraciones.



# Espondilosis cervical (cervicoartrosis)

## Tratamiento:

### - Quirúrgico:

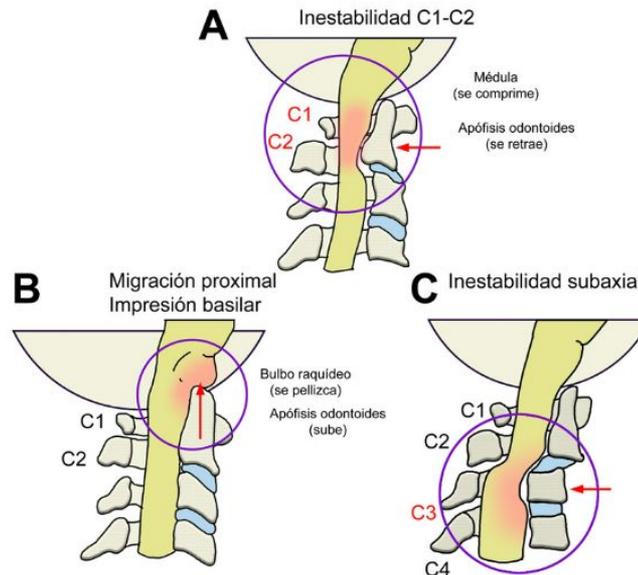
- **Mielopatía progresiva:** (<6 meses desde el inicio de los síntomas).
  - Vía anterior: mielopatía causada por uno o dos segmentos discales o cifosis rígida.
  - Vía posterior: laminoplastia o laminectomía instrumentada: afectación médula a múltiples niveles (sin cifosis marcada).
  - Cirugía combinada anterior y posterior: es lo más indicado para los pacientes con estenosis a múltiples niveles o con cifosis postlaminectomía previa.
- **Fracaso del tratamiento conservador de la radiculopatía** (> de 4 semanas).



# Enfermedades reumatológicas de la columna cervical

## Artritis reumatoide

- Afecta a >90%.
- **Clínica:** Dolor cervical, disminución del rango de movilidad, crepitación y dolor occipital. Afectación neurológica gradual.
- Inestabilidad cervical: complicación más seria y potencialmente letal.
- **Tipos inestabilidad:** atlantoaxoidea, impresión basilar y subaxoidea.
- **Indicaciones cirugía:**
  - Inestabilidad, dolor y déficit neurológico secundario a compresión neural.



# Enfermedades reumatológicas de la columna cervical

## Hiperostosis esquelética idiopática difusa (enfermedad de Forestier-Rotés)

- Calcificación-osificación del ligamento longitudinal común anterior con osteofitos anteriores.
- Varones, 60 años.
- **Clínica:** disfagia (más común) y disnea.
- Los pacientes que sufren un traumatismo tienen un elevado riesgo de síndrome centromedular.
- **Tratamiento:** exéresis de los osteofitos cuando ocasionan clínica.



# Enfermedades reumatológicas de la columna cervical

## Osificación del ligamento vertebral común posterior

- Osificación ectópica del ligamento vertebral común posterior produciendo limitación de la movilidad del raquis cervical y una estenosis cervical multinivel.
- Causa desconocida.
- Asiáticos.
- **Clínica:** desde pacientes asintomáticos hasta mielopatía cervical grave.
- **Tratamiento:** quirúrgico si clínica neurológica mediante laminoplastia cervical.

# Lesiones de la columna cervical relacionadas con el deporte

## Neuroapraxia:

- **Etiología:** Estiramiento de la parte superior del plexo braquial, por doblar el cuello lejos del hombro deprimido o por extensión del cuello hacia el hombro doloroso produciendo estenosis foraminal.
- **Clínica:** Disestesia, quemazón y debilidad de la extremidad implicada. Si existen síntomas bilaterales o síntomas de las extremidades inferiores es sugestivo de lesión de la médula espinal.
- Descartar la fractura o la hernia de disco aguda.
- Uso de corticoides no está indicado.



# Lesiones de la columna cervical relacionadas con el deporte

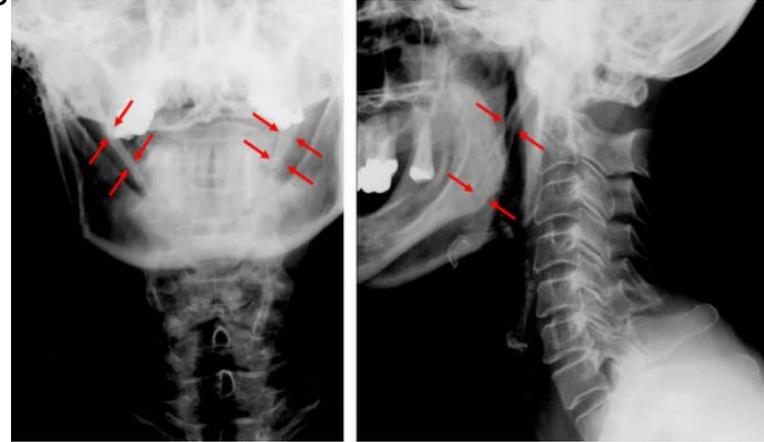
## Tetraplejía transitoria:

- Después de una lesión de carga axial, hiperextensión forzada o hiperflexión cervical.
- **Clínica:**
  - Parestesia y debilidad bilateral o parálisis.
  - Los tercer y cuarto niveles cervicales más comunes.
- **Factores de riesgo:** estenosis cervical, índice de Torg (estenosis), inestabilidad preexistente, hernia de disco, fusiones congénitas (síndrome de Klippel-Feil).
- Los pacientes con afecciones patológicas concurrentes y síntomas que duran más de 36 horas: prohibido participar en deportes de contacto.

# Síndrome de Eagle

- Afecta al 4%.
- **Clínica:** Asintomático, odinofagia, sensación de cuerpo extraño, disfagia, dolor faríngeo o cervical, otalgia refleja.
- **Diagnóstico:** clínica y la palpación.
- **Pruebas complementarias:** Rx Towne, Rx lateral de cráneo, ortopantografía, TAC y angiografía (descartar la afectación de la arteria carótida).
- **Tratamiento:**
  - Médico: leves y moderados.
  - Resección parcial: sintomáticos severos con dolor intenso.

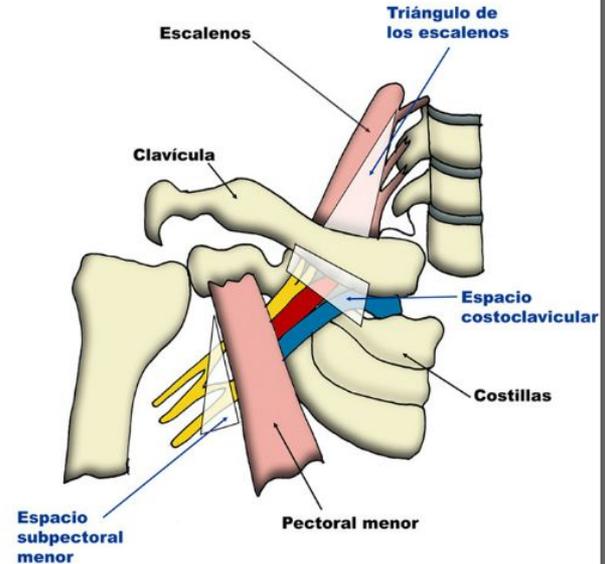
Elongación del proceso estilo hioideo (> 25 mm) o calcificación del ligamento estilo hioideo o del asta menor del hioides.



# Síndromes neurovasculares cervicotorácicos: Síndrome del desfiladero torácico.

Compresión de las estructuras neurovasculares en su paso desde el tórax y el cuello, en el intervalo costoclavicular, hacia la axila.

- Puede ser vTOS (arterial o venoso), nTOS o STOS.
- Mujeres, pubertad o 4ª década.
- **Clínica:** dolor, parestesias y debilidad en la extremidad superior.
- **Estructuras:** plexo braquial > la vena subclavia > la arteria subclavia.



# Síndromes neurovasculares cervicotorácicos: Síndrome del desfiladero torácico.

## Etiología:

Origen óseo	Alteraciones de partes blandas
Costilla cervical Alteraciones de la primera costilla Hipertrofia de la apófisis transversa C7 Alteraciones de la clavícula	Músculos escalenos (anterior, medio, minimus) y bandas fibromusculares Músculo subclavio Complejo ligamentoso costoclavicular Músculo pectoral menor

- Traumatismos pueden desencadenarlo.
- Causas mecánicas.

# Síndromes neurovasculares cervicotorácicos: Síndrome del desfiladero torácico.

**Clínica:** Empeora cuando se lleva peso en los brazos (deprime la clavícula), y mejoran al apoyarse en el brazo de una silla (eleva la clavícula).

- **Neurógeno:**
  - **Superior (C5, C6 y C7):** dolor en cara lateral del cuello, mandíbula, cara, dolor de oídos, cefalea occipital, región pectoral, clavicular, interescapular, cara lateral del hombro y brazo.
  - **Inferior (C8 y T1):** mayoría. Dolor y parestesias, debilidad y fatiga, frialdad distal e intolerancia al frío.
  - **Combinado.**
- **Vascular:** edema, cianosis, dolor intenso, dilatación venosa en brazo y hombro, trombosis.



# Síndromes neurovasculares cervicotorácicos: Síndrome del desfiladero torácico.

## Diagnóstico: clínico.

- Vascular: ecodoppler.
- Ningún test gold Sandart.
- “Clinical index for diagnosis of sTOS”: 3 de los 4 signos.
- Tests de provocación (Adson, Roos, Elvey).
- Rx: descarta costillas cervicales.
- EMG baja sensibilidad.



# Síndromes neurovasculares cervicotorácicos: Síndrome del desfiladero torácico.

## Tratamiento:

- **Conservador:** RHB, fisioterapia, fortalecer trapecio superior, medidas posturales, medicación.
- **Quirúrgico:** resección transaxilar 1<sup>a</sup> costilla y neuroplastia supraclavicular.
  - Fracaso de tratamiento conservador.
  - Presencia de déficit neurológico significativo.
  - Pérdida significativa de la sensibilidad en mano.
  - Signos de isquemia en la mano (urgente).

**Muchas gracias**