

Diagnóstico diferencial de las cervicalgias



ESPAÑA

Autores: J. Luisa Ortega García y Fernando Neira Reina, especialistas del área de clínica del dolor adscritos al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, H. U. Puerto Real.

Es fundamental realizar una completa historia clínica, incluyendo las características del dolor (somático, radicular, visceral, neuropático, psicógeno). De igual forma, resulta esencial llevar a cabo una detallada exploración de la estática vertebral, la movilidad del cuello y los déficits neurológicos.¹ Se deben investigar las patologías cervicales no osteoarticulares. Las exploraciones complementarias unidas a la clínica permiten obtener el diagnóstico. En los pacientes con cervicalgia hay que determinar la etiología para establecer un diagnóstico correcto. La cervicalgia se puede deber a:²

Problemas mecánicos. En éstos no se presentan datos de enfermedad sistémica clínica ni analítica.

Infección. Suele haber un aumento de la VSG, afectación sistémica del paciente, dolor constante que aumenta con los movimientos y cambios radiológicos en los estados avanzados de la enfermedad.

Inflamación. Entre las patologías se encuentran artritis reumatoide -que puede presentar una subluxación atloaxoidea-, espondilitis anquilosante, polimialgia reumática y arteritis de células gigantes.^{3,4}

Neoplasias. Las más frecuentes son las metastásicas, secundarias a cáncer de pulmón, mama y riñón.

Las causas de la radiculopatía cervical pueden ser: hernia discal, tumores intra y extraespinales, síndromes de atrapamiento de nervios periféricos o de estructuras neurovasculares a nivel torácico, trastornos del plexo braquial, patología del hombro, algodistrofias del hombro y de la mano, epicondilitis, siringomielia o síndromes siringomiélicos por tumores intramedulares, dolores talámicos secundarios a un reblandecimiento cerebral, síndrome de Parsonage y Turner, osteítis humerales y angina cervical (clínica isquémica cardíaca referida a las raíces C5-D1).⁵ ➔

Referencias bibliográficas

1. Bonica JJ, Cailliet R. General considerations of pain in the neck and upper limb. En: Bonica JJ. *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990: 812-847.
2. Barbero N, Rodríguez A. Dolor en la columna lumbar y cervical. En: Aliaga L, Baños JE, Barutell C, Molet J, Rodríguez A. *Dolor y utilización clínica de los analgésicos*. Barcelona: Editorial MCR, 1996:151-178.
3. Moskovich R, Crockard HA, Shott S, Ransford AO. Occipitocervical stabilization for myelopathy in patients with rheumatoid arthritis. Implications of not bone-grafting. *J Bone Joint Surg Am* 2000;82,3:349-365.
4. Alberstone CD, Benzel EC. Cervical spine complications in rheumatoid arthritis patients. Awareness is the key to averting serious consequences. *Postgrad Med* 2000;107,1:199-200,205-208.
5. Fernández L, Ramos L. La artrosis cervical: realidad y ficción. *Dolor* 1999;14:97-102.
6. Cailliet R. *Síndromes dolorosos cuello y brazo*. México: El Manual Moderno, 1983.
7. Mathews JA. Neck pain. En: Klippel JH, Dieppe PA. *St. Louis: Rheumatology*. Mosby-Doyma, 1995;5:5,1-5.
8. Neira F, Ortega JL. Síndrome miofascial. *Rev Soc Esp del Dolor* 1999;6,SI:310-314.
9. Peidro L, Suso S. Hombro doloroso. *Dolor* 1997;12:67-73.
10. Schiffer D. Reflex sympathetic dystrophy of the hand. En: Ramamurthy S, Rogers JN. *Decision making in pain management*. St. Louis: BC Decker, 1993:102-103.
11. Romanoff ME. Shoulder-hand syndrome. En: Ramamurthy S, Rogers JN. *Decision making in pain management*. St. Louis: BC Decker, 1993:104-105.
12. Cerezo E. La ecografía en el diagnóstico del dolor musculoesquelético. *Rev Soc Esp del Dolor* 1999;6, SI:315.
13. Ramamurthy S. Carpal tunnel syndrome. En: Ramamurthy S, Rogers JN. *Decision making in pain management*. St. Louis: BC Decker, 1993:108-109.
14. Mulero J, Saucedo G. Diagnóstico por imagen. En: Paz J, Belmonte MA. *Cervicobraquialgia*. Barcelona: Masson, 2000:13-33.
15. Castellano JA, Román JA, Ivorra J. Columna cervical y enfermedad reumática inflamatoria. En: Paz J, Belmonte MA. *Cervicobraquialgia*. Barcelona: Masson, 2000: 35-55.
16. López-Fanjul JC, Iglesias R, del Couz A. Cirugía de las inestabilidades de la columna cervical superior. En: Paz J, Belmonte MA. *Cervicobraquialgia*. Barcelona: Masson, 2000:63-87.
17. Ebraheim NA, Lu J, Yang H. The effect of translation of the C1-C2 on the spinal canal. *Clin Orthop* 1998;351:222-229.
18. Olerud C, Larsson BE, Rodríguez M. Subaxial cervical spine subluxation in Rheumatoid Arthritis. A retrospective analysis of 16 operated patients after 1-5 years. *Acta Orthop Scand* 1997;68:109-115.

CLÍNICA

El diagnóstico diferencial de la disfunción medular se debe efectuar con la enfermedad cerebrovascular, malformaciones arteriovenosas, enfermedades desmielinizantes, siringomielia, tumores intracraneales, hidrocefalia, tabes dorsal, miopatías, neuropatías periféricas y encefalopatías metabólicas o alcohólicas.⁵

Los síndromes dolorosos localizados en la parte superior del tórax tienen su origen en la compresión del paquete vasculonervioso al pasar sobre la primera costilla o del plexo braquial y al salir y dirigirse hacia delante y abajo desde el surco de la apófisis transversa.⁶ Las patologías que se deben considerar para realizar el diagnóstico diferencial de la cervicalgia son:

Síndrome del escaleno anterior.^{6,7} Por el triángulo interescalénico pasan el plexo y la arteria subclavia. Dicho triángulo está delimitado por el músculo escaleno anterior por delante, el músculo escaleno medio por detrás y por la primera costilla por abajo, de ahí que todo cambio que cause disminución de este espacio puede traer como consecuencia la aparición de los síntomas.

Síndrome costoclavicular.⁶ Ya en este espacio se ven comprometidos los tres elementos del paquete vasculonervioso, por lo que aparecen los síntomas y signos venosos, turgencia venosa, edema del miembro superior y circulación colateral venosa a nivel del hombro. El diagnóstico se lleva a cabo mediante la maniobra costoclavicular I y II. Paso del paquete por el espacio costoclavicular.

Síndrome escapulocostal.⁶ Incluye molestias interescapulares por lesiones de anclaje de vértebras cervicales, las cuales ejercen su influencia hasta la tercera o cuarta vértebra torácica, donde producen irritaciones de raíces nerviosas y bloqueos. El punto de dolor se encuentra sobre la cabeza de la segunda, tercera y cuarta costillas.

Hombro doloroso.^{6,9} Bien cabe hacer un breve paréntesis para explayarnos un poco en este apartado debido a la frecuencia con que enfrentamos este problema en la clínica médica. Cuando se altera la función tan compleja que presenta tanto fisiológica como anatómicamente el hombro, se origina el cuadro de hombro doloroso por lesiones de la bolsa subacromiodeltoidea.

Los músculos del manguito rotador están irrigados por seis arterias, pero existe un área hipovascularizada que corresponde a la zona del manguito, donde surge la mayor parte de las lesiones. La posición del brazo y la contracción de los músculos comprimen los vasos y, por lo tanto, parte del día la zona se encuentra isquémica; ésta se denomina zona crítica. Al dormir con el brazo sin descarga aumentan la circulación y el dolor nocturno.

Cuando existe dolor en el manguito de los rotadores se altera la funcionalidad de la glenohumeral, se inflama la bolsa serosa subacromiodeltoidea y entonces la tendinitis acompaña a la bursitis. También la fricción puede provocar el desgarramiento total o parcial de las fibras del manguito de los rotadores. Si la articulación no puede moverse ni pasiva ni activamente como secuela de una periartritis o tendinitis o combinación de bursitis, tendinitis y capsulitis, es posible que se produzca un cuadro de hombro congelado.

Hombro doloroso intrínseco. Más de 90% de los hombros dolorosos tiene su origen exclusivamente en alteraciones musculoligamentosas del complejo articular del hombro: manguito de los rotadores, cápsula articular y bolsas serosas. Las causas del hombro doloroso intrínseco pueden ser de tipo:

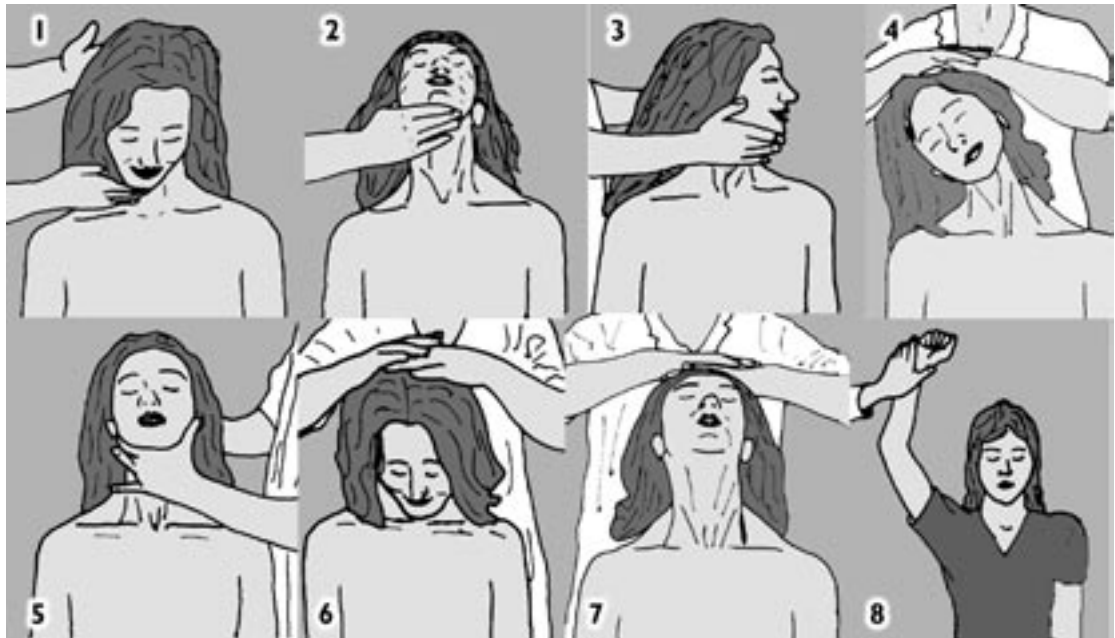
- **Articular.** Artritis inflamatorias, sépticas y metabólicas; artrosis acromioclavicular, glenohumeral, esternoclavicular.
- **Musculoligamentosa.** Lesiones del manguito de los rotadores, bursitis.
- **Capsuloligamentosa.** Capsulitis retráctil, algodistrofia refleja.
- **Óseas.** Osteítis (humeral, acromial), tumores, displasias (enfermedad de Paget), necrosis aséptica humeral.
- **Muscular.** Miopatías inflamatorias.

Hombro doloroso extrínseco. Pueden ser de origen:

- **Cervical.** Espondilopatías C5 y C6, tumores medulares, neuritis del plexo braquial.
- **Visceral.** Afecciones diafragmáticas (irritación de C4: colecistopatías, pleuritis,

Diagnóstico diferencial de las cervicalgias

Síndrome del escaleno anterior ⁶	Prueba de Adson+: girar la cabeza hacia el lado del dolor, extendiéndola, abduciendo el brazo, haciendo inspiración profunda y obliterando el pulso radial del brazo. Reproduce la clínica.
Síndrome costoclavicular ⁶	Hombros hacia atrás y debajo, activa y pasivamente: reproduce la clínica. Dolor en región cervical, hombro, brazo, mano y región costoclavicular.
Síndrome del pectoral menor ⁶	Brazos por encima de la cabeza, abducidos y hacia atrás: reproduce la clínica.
Síndrome escapulocostal ⁶	Dolor músculo-esquelético de etiología habitualmente postural.
Síndrome miofascial ⁸	Puntos gatillo, algometría de presión, termografía, electromiografía. Dolor local, cansancio y rigidez matinal infrecuente, puntos sensibles locales. Se resuelve con tratamiento, pero puede recurrir.
Hombro doloroso ⁹	Estructuras del hombro (intrínseco): dolor relacionado con el movimiento, sensibilidad local al tacto, traumatismo previo. Extrínseco (cervical): dolor no relacionado con el movimiento y no lo limita, sin sensibilidad local al tacto, sin antecedentes traumáticos.
Síndrome hombro-mano ^{6, 10, 11}	Síndrome doloroso regional complejo tipo II. Fase inicial: rigidez, dolor quemante, hiperhidrosis, inflamación, cambios vasomotores de mano. Fase final: atrofia, contracción articular, mano pálida y delgada.
Síndrome del túnel carpiano ^{6, 12, 13}	Signo de Tinel, electromiografía, ecografía, hiperestesia, parestesia.
Neuritis del plexo braquial ⁶	Electromiografía, radiculografía, distribución dependiendo del segmento lesionado. Prueba de Spurling.
Artritis reumatoide ^{1, 14, 15-18}	Radiografías (inestabilidad atlantoaxoidea): línea de Mac Gregor, Mac Rae, Chamberlain, índice de Ranawat, índice de Redlund-Johnell, método de Sakaguchi-Kauppi, TC, RM. Dolor cervical con irradiación a la sien y región retroorbitaria.
Artritis crónica juvenil ^{14, 15}	Anquilosis de articulaciones interapofisarias, erosiones de apófisis odontoides, subluxación atlantoaxoidea.
Espondiloartropatías seronegativas ^{2, 9, 14, 15}	Espondilitis anquilosante (calcificación del ligamento longitudinal, medición de flexión lateral y extensión cervical disminuidas, radiografía, gammagrafía, TC), artritis reactivas, síndrome de Reiter, artritis psoriásica (patrón de espondilitis y erosivo), artritis de la enfermedad intestinal y espondiloartritis indiferenciadas.
Síndrome de SAPHO ¹⁵	A veces lesiones cutáneas: pustulosis palmoplantar o acné.
Infecciones ^{7, 14, 15}	Análítica de sangre, radiografía, TC, RM, gammagrafía ósea y estudio isotópico.
Artropatías por microcristales ¹⁵	Condrocálcinosis articular: calcificación del ligamento transversal del atlas, fiebre, elevación de velocidad de sedimentación globular, TC y RM. Calcificaciones de hidroxipatita. Radiografía.
Osificación del ligamento longitudinal posterior ¹⁵	Radiografía simple, TC y RM.
Espondiloartropatía destructiva en pacientes hemodializados ¹⁵	Radiografía simple y RM. Disminución de altura de los discos intervertebrales, erosiones y esclerosis en los platillos vertebrales adyacentes.
Arteritis de células gigantes ⁷	Polimialgias y cefalea.
Tumores ^{7, 9, 15}	Dolor intenso, constante, que aumenta con el movimiento e impide el sueño. Metástasis, osteoma osteoide, plasmocitoma, meningiomas, schwannomas, astrocitomas, ependimomas, siringomielia. RM.



Exploración de la columna cervical (CC). Exploración de la movilidad: 1. Flexión de la CC. 2. Extensión de la CC. 3. Rotación de la CC. **Exploración neurológica:** 4. Prueba de compresión de Jackson (maniobra de Spurling). 5. Prueba de tracción de la columna cervical. 6. Prueba de compresión en flexión. 7. Prueba de compresión en extensión. 8. Maniobra de hiperabducción de Wright.

pericarditis, peritonitis), cardiopatía isquémica, hernia del hiato, esofagitis, neoplasias del vértice pulmonar.

Síndrome hombro-mano.^{10, 11} La distrofia simpático refleja (DSR) es una de las principales complicaciones en el paciente con hombro doloroso, ya que además de que impide llevar a buen término los programas de rehabilitación, imposibilita la realización útil e independiente de las actividades de la vida diaria. Cuando el hombro doloroso se acompaña de un síndrome hombro-mano, mejor conocido como distrofia simpático refleja y cuyo nombre -según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor- debiera ser síndrome doloroso regional complejo, la calidad de vida de quien lo padece se ve más deteriorada. La DSR se caracteriza por presencia de dolor urente, alteraciones vasomotoras autonómicas y cambios tróficos en los tejidos involucrados.

Síndrome del túnel carpiano.^{9, 12, 13} Es un malestar doloroso de la articulación de la muñeca y la mano. El túnel del carpo es un túnel estrecho formado por huesos y otros tejidos de su muñeca que protege su nervio medio. Este nervio medio le proporciona sensación en sus dedos pulgar, índice, dedo medio y dedo anular. Cuando otros tejidos

en el túnel del carpo, como los ligamentos y los tendones, se hinchan o inflaman, presionan contra el nervio medio, lo cual hace que parte de la mano duela o se adormezca.

Síndrome de SAPHO.¹⁵ Es una enfermedad crónica que afecta a las articulaciones, huesos y piel. Su acrónimo, que en inglés es el mismo que en español, significa:

S de Sinovitis o inflamación de la membrana que tapiza las articulaciones por dentro.

A de Acné.

P de Pustulosis, inflamación que provoca vesículas llenas de líquido en palmas y plantas que se abren y dejan una superficie pelada.

H de Hiperostosis, crecimiento excesivo del hueso, sobre todo en las zonas donde se insertan los tendones.

O de Osteítis, inflamación de los huesos, usualmente de las articulaciones sacroilíacas y de la columna vertebral

El origen de este padecimiento es desconocido, aunque algunos investigadores lo asocian a la espondilitis anquilopoyética, enfermedad que también afecta a las articulaciones sacroilíacas y a la columna vertebral. **DOLOR**