

## Paciente con cervicalgia

Nogueras Ormazábal E<sup>1</sup>, Sarraqueta Sáenz P<sup>1</sup>, Otamendi Murillo A<sup>2</sup>, Villanueva Susperregui A<sup>1</sup>, González Alen P<sup>1</sup>, Moreno Larumbe A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zona Básica de Allo

<sup>2</sup>Centro de Salud Los Valles

Navarra

Mujer de 47 años de edad, que acude a consulta por presentar dolor en el hombro derecho de un año de evolución. Es más evidente por la noche; se localiza en la cara anterior de la articulación gleno-humeral y desciende por la zona del bíceps hasta la mano, especialmente intenso en la epitroclea y primer dedo de la mano derecha con parestesias. El dolor mejora al levantar el brazo. También refiere dificultades al tragar.

La exploración física muestra que el dolor se localiza en la cara anterior del hombro. La movilidad activa y pasiva, se realiza sin limitaciones y la abducción contra resistencia es dolorosa. También presenta dolor selectivo en la epitroclea. Las pruebas de Tinell y Phallen son negativas.

Se inicia tratamiento con dexametasona intramuscular durante 3 días consecutivos para después continuar con diclofenaco por vía oral, con lo que se consigue mejoría de la clínica.

Cinco meses después se reactiva la sintomatología. Se pauta nuevamente dexametasona intramuscular y se asocia por vía oral dexketoprofeno, omeprazol, paracetamol/tramadol y relajantes musculares (tetracepam). Es derivada al Servicio de Traumatología.

La exploración física revela una lordosis cervical fisiológica y dolor con la flexión cervical lateral izquierda. La movilidad de las extremidades superiores es normal e indolora... El hombro derecho no presenta alteraciones.

En la exploración neurológica se aprecia que la función motora es normal, que existe hipoestesia en territorio de C6 y que los reflejos bicipital (C5) y estilorrádial (C6) derechos están disminuidos.

Se solicita radiología de columna cervical y de hombro derecho, que no muestran hallazgos

significativos; y una resonancia magnética (RM) de columna cervical para confirmar el diagnóstico de sospecha de cérvico-braquialgia derecha por probable hernia discal C5-C6.

En la RM se halla rectificación de la lordosis fisiológica y buena alineación de los cuerpos vertebrales; deshidratación del disco intervertebral C3-C4; importante cavidad siringohidromiélica que se extiende a todo lo largo de la médula cervical y a la porción craneal visible de la médula dorsal; descenso patológico de las amígdalas cerebelosas (15 mm) con morfología "en clavija" y ligera deformidad del bulbo, responsable de la siringohidromielia reseñada; presencia de tejido anómalo, en principio discal, en la porción derecha del espacio epidural anterior a la altura del disco intervertebral C5-C6, con extensión al agujero de conjunción derecho adyacente. Diagnósticos posibles:

- Acentuado Chiari I.
- Grave siringohidromielia cérvico-dorsal secundaria, que se extiende por la mitad superior de la médula dorsal y que disminuye de calibre en su extremo más caudal; su límite inferior es el nivel del disco intervertebral D7-D8.
- Hernia discal dorso-lateral derecha C5-C6 con extensión al agujero de conjunción derecho adyacente.

La paciente es intervenida quirúrgicamente. Se le practica craneotomía suboccipital con resección de parte del arco posterior de C1 y C2 y apertura dural más duroplastia.

### COMENTARIO

El dolor en la zona cervical de nuestra paciente podía deberse a la hernia discal y al Arnold-Chiari.

El objetivo de este trabajo es perfilar la sintomatología que produce cada una de estas alteraciones para facilitar el diagnóstico diferencial.

La hernia discal cervical desencadena dolor en el cuello que se irradia a una de las extremidades superiores a través del territorio correspondiente a la raíz cervical comprimida. Las raíces más frecuentemente afectadas son C7 y C6, por este orden. El dolor cérvico-braquiálgico aumenta típicamente con las maniobras de Valsalva y puede acompañarse de trastorno sensitivo (parestias, hipoestesia), motor (paresia) y de reflejos osteotendinosos (ROT) disminuidos o abolidos en el territorio correspondiente a la raíz comprimida. La clínica radicular característica de cada territorio se expresa en la **tabla 1** y las causas más frecuentes de cérvico-braquialgia en la **tabla 2**.

La malformación de Arnold-Chiari es un defecto del desarrollo en la unión cérvico-medular. Existen dos tipos fundamentales: I y II. En el Chiari tipo I se produce el descenso de las amígdalas cerebelosas por debajo del agujero occipital y en el Chiari tipo II desciende todo el cerebelo inferior y también el bulbo raquídeo. Muchas veces la malformación es asintomática y se diagnostica en las pruebas de imagen de forma casual; en otras ocasiones los pacientes presentan el denominado "síndrome del agujero occipital" que se caracteriza por cefalea occípito-nucal agravada por la maniobra de Valsalva (tos y esfuerzo), cervicalgia, vértigo posicional con nistagmo vertical hacia abajo, marcha inestable, parálisis de pares bulbares (disfonía, disfagia,

disartria por afectación de pares IX y X), signos piramidales, dolor o hipoalgia facial, alteración de sensibilidad en extremidades e incluso síncope. La malformación de Chiari sintomática debe ser intervenida quirúrgicamente tal y como se realizó en nuestro caso.

**Tabla 2. CAUSAS DE CÉRVICO-BRAQUIALGIA**

<b>Alteraciones articulares:</b> Espondilosis Fibromialgia Artritis reumatoide Espondilitis Hiperostosis anquilosante Tumores	<b>Lesiones traumáticas:</b> Trastornos asociados al latigazo cervical Fracturas vertebrales Luxaciones vertebrales
<b>Alteraciones musculoesqueléticas:</b> Síndromes miofasciales Discopatía y hernia discal Síndromes subacromiales Entesopatías Enfermedad de Klippel-Feil (fusión vertebral cervical congénita) Costilla cervical Tumores óseos	<b>Alteraciones neurológicas:</b> Radiculopatía Estenosis de canal Mielopatía cervical cervicoartrósica Siringomielia Malformación de Arnold-Chiari Amiotrofia neurálgica (síndrome de Parsonage-Turner) Atrapamientos periféricos Tumores neurales: neurinomas Invasión de plexo por tumores (cáncer de mama, tumor de Pancoast)
<b>Alteraciones circulatorias:</b> Trombosis de la vena axilar Enfermedad de Raynaud Tumor glómico	<b>Otros:</b> Síndrome de Down Diabetes mellitus Hipotiroidismo

**Tabla 1. CLÍNICA RADICULAR DE CADA TERRITORIO**

Raíz comprometida	Hernia discal responsable	Localización dolor y alteraciones sensitivas	Déficit motor	ROT asociado
C5	C4-C5	Hombro, deltoides y base del cuello	Deltoides	
C6	C5-C6	Cara radial del brazo, antebrazo y dos primeros dedos	Musculatura flexora: bíceps, braquiorradial, pronador y flexor del carpo	Bicipital y estilorradiar
C7	C6-C7	Parte media del brazo, antebrazo y tercer y cuarto dedos	Musculatura extensora: tríceps, extensor del carpo y extensor de dedos	Tricipital
C8	C7-D1	Cara cubital del brazo, antebrazo y cuarto y quinto dedos	Musculatura intrínseca de la mano: interóseos y lumbricoides	

La siringomielia (del griego *syrinx*, tubo o flauta) es la presencia de una cavidad quística en el interior de la médula espinal. Situada, en general, a una altura cervical baja o cervico-torácica, a menudo se prolonga hacia los primeros segmentos dorsales y también hacia arriba, y afecta al bulbo raquídeo (se denomina siringobulbia). La principal causa de la siringomielia es el bloqueo en la circulación del líquido cefalorraquídeo y excepcionalmente puede ser idiopática. Se puede asociar a anomalías de la unión cervico-medular como el Chiari, a tumores intramedulares (25-60%) y a traumatismos. La clínica se produce por la afectación centromedular en la zona cervical y cursa con pérdida de sensibilidad térmica y dolorosa "suspendida" en nuca, hombros y parte superior de los brazos, (distribución "en capa"), y se extiende finalmente hacia las manos; por ello los pacientes pueden referir que el agua caliente de la ducha no les molesta en una o ambas extremidades superiores tanto como en el resto del cuerpo. Conservan la sensibilidad táctil y vibratoria. También pueden presentar pérdida de fuerza, atrofia de los músculos y arreflexia en las extremidades superiores. Aunque los primeros síntomas suelen aparecer en las extremidades superiores, también puede haber espasticidad e hiperreflexia en las inferiores con signo de Babinsky. Todas las manifestaciones

clínicas suelen ser bilaterales, aunque pueden ser asimétricas y en algunos casos incluso unilaterales si la localización de la cavidad intramedular predomina a uno u otro lado de la línea media. Como en el caso de nuestra paciente, la siringomielia puede ser asintomática. El diagnóstico de confirmación se realiza con la RM. El tratamiento quirúrgico en los casos claramente evolutivos asociados a anomalías de Chiari es la craneotomía suboccipital y plastia de duramadre que resuelve el 70% de los casos.

## CONCLUSIÓN

En el caso que hemos presentado no se prestó atención a las dificultades para la deglución que manifestó la paciente, ni se exploró la sensibilidad termoalgésica, porque sospechamos que sufría una hernia discal cervical. Valorar ese síntoma clínico y explorar la sensibilidad nos hubiera orientado hacia la malformación de Arnold-Chiari y la siringomielia asociada.

Consideramos que las preguntas referidas a las alteraciones de pares craneales bulbares y a la diferencia en la tolerancia de la temperatura del agua entre las extremidades superiores e inferiores son muy específicas y nos pueden ayudar a descartar las malformaciones citadas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Horcajadas, Román A, Olivares G, Saura E, Jorques A, Iáñez B, Pastor J, Martín J. Siringomielia idiopática: a propósito de un caso. *Neurocirugía* 2008;19:556-61.
- Zazpe I, Beaumont C, Vázquez A. Guía del Servicio Navarro de Salud: cervicalgia y cervicobraquialgia.
- Rojas Salido M. Guía de Actuación en Atención Primaria. SemFyC. Unidad 11.1-Problemas musculoesqueléticos-dolor cervical (pág 615-8).
- García Domínguez S, Vitoria La Peña A. Guía de Actuación en Atención Primaria. SemFyC. Unidad 3. 8- Hormigueos (trastornos de la sensibilidad) (pág 182-6).
- Climent JM. Cervicobraquialgias. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2003;10:150-8.
- Ortega García JL, Neira Reina F. Diagnóstico diferencial

de las cervicalgias. *IntraMed: serie archivos de Dolor*. Marzo 2006.

- Ronco Axpe I. *Medicine* 2007;9:4997-5003.
- Harrison, *Principios de Medicina Interna*. 15ª edición, vol II, cap 368, pág 2845.
- Harrison, *Principios de Medicina Interna*. 12ª edición, vol II, cap 358, pág 2388; cap 361, pág 2421.
- Farreras, *Medicina Interna*. 13ª edición, vol. II, sección 12, pág 1525.
- Álvarez-Betancourt I, García-Rentaría JA, López-Ortega SJ, Caldera-Duarte A. Malformación de Chiari tipo I: evolución postoperatoria a dos años. *Análisis de 10 casos*. *Neurocirugía* 2005;16:34-8.
- Marín-Lluch P, Rosado-Rueda S. Oposición cervical anterior como síntoma inicial en un caso de siringomielia. *Semergen* 2007;33:540-1.