



Clínica cotidiana

Gervicobraquialgia: una aproximación a través de la experiencia clínica

José Manuel Sáez Pérez

Centro de Salud Malvarrosa. Valencia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de octubre de 2017

Aceptado el 10 de diciembre de 2017

On-line el 30 de diciembre de 2017

Palabras clave:

Dolor cervical

Parestesias

Mielopatía,

RMN

Tapentadol

R E S U M E N

La cervicobraquialgia es el dolor originado en la región cervical, que se irradia al miembro superior a través del territorio correspondiente a una raíz nerviosa cervical. Las raíces más frecuentemente afectadas son C7 y C6, por este orden. Puede obedecer a diferentes causas, entre la que se encuentran hernias discales cervicales, trastornos degenerativos de la columna, inflamación, tumores (neurinoma, tumor de Pancoast)... Representa la cuarta causa de discapacidad, con una tasa de prevalencia anual superior a 30 %. El arsenal diagnóstico y terapéutico es variado. La resonancia magnética nuclear, el mielo-TAC y el electromiograma son las pruebas más solicitadas. El tratamiento pasa por la combinación de fármacos, fisioterapia, técnicas de bloqueo neural en unidades del dolor y cirugía. Una buena conexión entre niveles asistenciales es fundamental en su abordaje y resolución temprana y evita la cronificación, como se puede ver a través de este caso clínico.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Cervicobrachialgia: an approach based on clinical experience

A B S T R A C T

Cervicobrachialgia is pain originating in the cervical region that radiates to the upper limb through the territory corresponding to a cervical nerve root. The most frequently affected roots are C7 and C6, in this order. It may be due to different causes, such as: cervical disc hernias, degenerative spine disorders, inflammation, tumors (neurinoma, Pancoast tumor), etc. It represents the fourth cause of disability, with an annual prevalence rate higher than 30%. The diagnostic and therapeutic arsenal is varied, being the nuclear magnetic resonance, myelo-CT and electromyogram the most requested tests. The treatment goes through the combination of drugs, physiotherapy, neural blocking techniques in pain units and surgery. A good connection between levels of care is fundamental in its approach and early resolution avoiding the chronification as can be seen through this clinical case.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A

Keywords

Cervical pain

Paresthesias

Myelopathy

NMR

Tapentadol

Mujer de 55 años de edad, sin antecedentes de interés, que es atendida por presentar dolor cervical de 3 meses de evolución. En las últimas 4 semanas se irradia al miembro superior izquierdo (MSI) hasta la mano y se acompaña de parestesias en el primer dedo de la mano izquierda. No refiere antecedente traumático previo, ni fiebre u otros síntomas generales.

La exploración pone de manifiesto dolor cervical que aumenta con la movilidad, contractura látero-cervical y paravertebral izquierdas; no alteración de la movilidad del hombro, del codo y de la muñeca; no alteración de la fuerza ni de la sensibilidad en el MSI, salvo hipoestesia en el primer dedo de la mano izquierda; reflejos bicipitales simétricos, abolición del reflejo estilo-radial en la muñeca izquierda.

La evaluación del dolor presenta una intensidad en la Escala Visual Analógica (EVA) actual 9/10; dolor máximo en la última semana 9/10, con una distribución que va desde la región cervical a la cara ántero-externa y pósterio-externa del MSI e hipoestesia en el primer dedo de la mano izquierda.

Mientras la valoramos, la paciente comenta reiteradamente que, junto con su dolor continuo cervical, percibe asociado un dolor de mayor intensidad difícil de soportar, en forma de calambres o descargas eléctricas y pinchazos que recorren todo el brazo hasta el primer dedo. En ocasiones siente el dedo frío y sin sensibilidad.

Se solicitan radiografías ántero-posterior y lateral de la columna cervical, que ponen de manifiesto cervicoartrosis en C5-C6 con rectificación de la lordosis fisiológica cervical.

Se le pauta tratamiento: naproxeno (500 mg cada 12 horas), pregabalina (75 mg cada 12 horas) y omeprazol (20 mg/día).

Ante la escasa respuesta al tratamiento, y viendo el estado actual de la paciente con cierta desesperación por el dolor, somnolencia y EVA 9/10, en situación de incapacidad laboral, se añade tapentadol (100 mg cada 12 horas) y se reduce la dosis de pregabalina (50 mg cada 12 horas).

Se solicita una resonancia magnética nuclear (RMN) (Fig. 1), cuyo informe refiere: en C4-C5 se aprecia una hernia pósterio-medial discal calcificada, que impronta en el espacio preme-

dular, sin compromiso de espacio en los recesos o los agujeros de conjunción; en C5-C6 se aprecia una hernia pósterio-lateral izquierda del disco que impronta en el espacio premedular con rectificación del borde ántero-lateral izquierdo de la médula, sin alteración de señal, que también impronta en el receso lateral con calcificación parcial en el agujero de conjunción izquierdo; en C6-C7 se aprecian cambios discartróticos con discreta disminución del diámetro del canal, hernia pósterio-lateral izquierda del disco que impronta en el espacio premedular así como en el receso lateral y el agujero de conjunción izquierdo; resto sin hallazgos significativos.

Electromiograma (EMG) (Fig. 2): potenciales compatibles con radiculopatía motora aguda C5-C8 izquierda.

Ante la ausencia de mielopatía cervical y déficits neurológicos, con una EVA global 5/10, se le propone fisioterapia y aumentar la dosis de tapentadol (150 mg cada 12 horas) a la vez que se suprime el naproxeno y el omeprazol.

A las 4 semanas se objetiva que ha desaparecido el dolor irradiado. No presenta déficits sensitivos y los reflejos osteo-tendinosos son simétricos. Tolerancia a la fisioterapia y se encuentra "menos contracturada". Por todo ello se plantea un tratamiento conservador y disminuir los analgésicos en función de la mejoría clínica.

La paciente será valorada por Neurocirugía dentro de tres meses para seguimiento y por si hubiera que realizar tratamiento quirúrgico en caso de empeoramiento o mielopatía por RMN.

Comentario

Entre la patología del aparato locomotor, el dolor cervical es uno de los síntomas músculo-esqueléticos más frecuentes. Representa la cuarta causa de discapacidad, con una tasa de prevalencia anual superior a 30 %¹. Alrededor de dos terceras partes de las personas experimentarán dolor cervical en

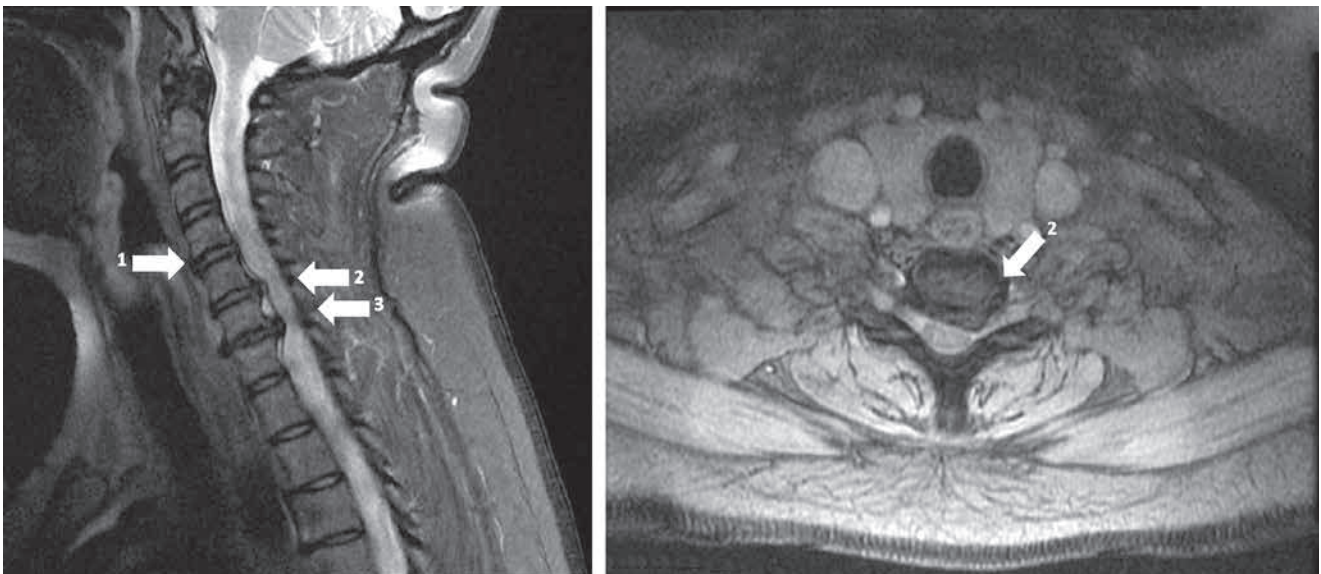


Figura 1 – RMN: hernias discales C4-C5, C5-C6 y C6-C7; cambios discartróticos y disminución del diámetro del canal medular (flechas).

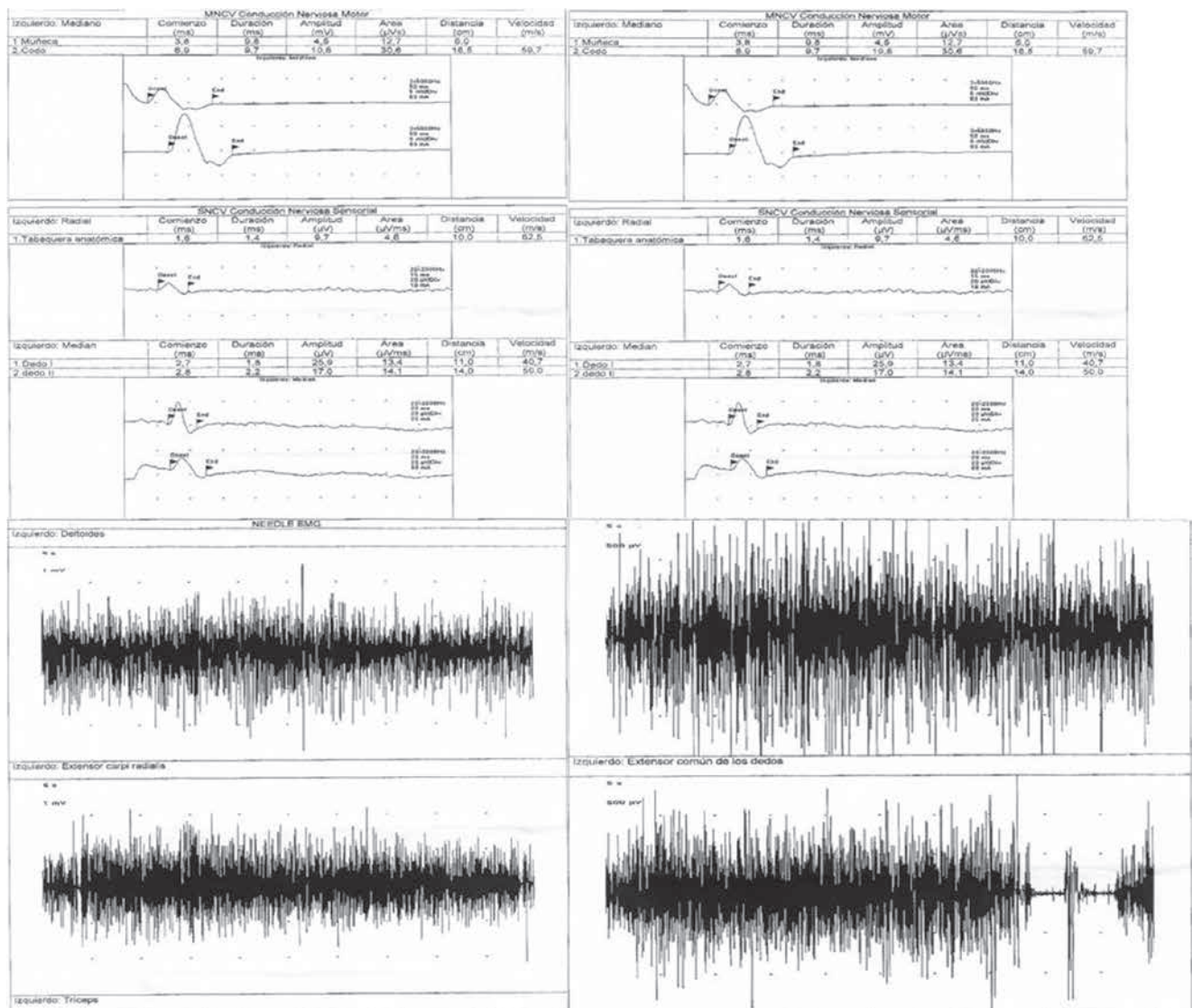


Figura 2 – EMG de los miembros superiores: potenciales compatibles con radiculopatía motora aguda C5-C8 izquierda.

Tabla 1 – Características de localización del dolor, déficit motor y reflejo afectado, según la raíz nerviosa comprometida.				
Raíz comprometida	C5	C6	C7	C8
Dolor y pérdida de la sensibilidad	Base del cuello, hombro y deltoides	Cara lateral del brazo, antebrazo, dedo pulgar e índice	Región medial del brazo, antebrazo,	Cara cubital de brazo, antebrazo, dedo anular y meñique
Déficit motor	Deltoides	Músculos flexores	Músculos extensores	Músculos intrínsecos de la mano
Reflejo afectado		Bicipital y estilo-radial	Tricipital	

algún momento de su vida². La tasa de prevalencia entre la población atendida en atención primaria es de 18-23 por 1000 pacientes/año.

La cervicobraquialgia de tipo mecánico es la que con mayor frecuencia acude a nuestras consultas. Se manifiesta con dolor que mejora con el reposo y empeora con el aumento de la actividad, con horario diurno, sensación de tensión o contractura de la zona, de presentación brusca y asociado a clínica que se

circunscribe a la raíz afectada; se acompaña de parestesias y en ocasiones de alteraciones motoras de la raíz correspondiente (más frecuente en C6-C7)^{3,4}. Su manifestación clínica y exploratoria dependerá de la raíz comprometida (Tabla 1). En ocasiones se acompaña de mareos e inestabilidad en la marcha (síndrome de Barré-Lieou o cervicocefálico), presumiblemente debido a una irritación del sistema simpático cervical posterior secundario a la presencia de osteofitos en la columna cervical⁵.

Hay que tener presente que el dolor de cuello con o sin irradiación típica puede ser una característica de casi todos los trastornos y enfermedades que se producen por encima de los hombros, aunque rara vez es síntoma de tumores, infecciones y otras lesiones macroscópicas de la cabeza y del cuello⁶.

Su abordaje es multidisciplinar; de aquí la importancia de una buena conexión entre los diferentes niveles asistenciales y de su tratamiento, que abarca antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares, pregabalina, amitriptilina y opioides; todo ello acompañado de reposo, ejercicios isométricos e isotónicos y calor local. El tratamiento debe empezarse lo antes posible para evitar la cronificación del dolor.

La cervicalgia se define como dolor agudo y autolimitado a días o semanas, o dolor intermitente, a veces continuo, que se prolonga en el curso del tiempo. La cervicobraquialgia o radiculopatía cervical o neuralgia braquial es el cuadro caracterizado por cervicalgia con irradiación del dolor al hombro, el brazo, el antebrazo, la mano o la región torácica anterior. Puede haber o no alteraciones sensitivas, motoras o reflejas asociadas⁴.

Como la radiculopatía cervical aguda generalmente tiene un curso clínico autolimitado, el tratamiento inicial más apropiado para la mayoría de los pacientes es el conservador, como vemos en este caso clínico. El tratamiento quirúrgico puede considerarse cuando fracase el tratamiento conservador y también en pacientes con déficit neurológico significativo⁸.

El problema es que en muchos casos las alteraciones previas del raquis no se han descubierto, bien por permanecer clínicamente silentes o por no haberse filiado adecuadamente los antecedentes personales del paciente; de aquí lo importante de una buena anamnesis. En nuestra paciente en particular, después de llevar varios tratamientos, se realiza una anamnesis adecuada, se tienen en cuenta sus antecedentes patológicos, se examina adecuadamente y se decide realizar estudios de imagen y conducción nerviosa (EMG), que ponen de manifiesto cambios artrósicos con herniación discal calcificada y alteración de la conducción nerviosa del brazo izquierdo^{2,4,12}.

La presencia de hernias discales en los adultos es un hecho frecuente; menos raro aún es que estén calcificadas y se acompañen de clínica neurológica. Todo lo contrario es lo que ocurre en los niños.

Algunos autores han sugerido que un disco calcificado herniado puede representar la evolución de una hernia no diagnosticada previamente y que posteriormente ha sufrido un proceso de calcificación. Sin embargo, la mayoría acepta la teoría propuesta por Heinrich y cols.¹², que consideran que la calcificación en el disco intervertebral es un primer paso para la protrusión sintomática del mismo, debido al cambio que el calcio origina en las características mecánicas y anatómicas del complejo discal. Según Sonnabend¹³, hasta en 38 % de los pacientes con calcificaciones en los discos intervertebrales que tienen síntomas se puede demostrar una protrusión radiológica de la calcificación, como sucedió en nuestra paciente, cosa que no ocurre en los pacientes asintomáticos; sin embargo, la clínica se limita a síntomas raquídeos⁸. En este escenario es importante tenerlo presente, ya que la clínica marca la pauta y puede sugerir, junto con los datos obtenidos en la RNM, que la actuación debe ser lo más rápida posible para evitar cronificación del dolor y no tener que dar un paso más en la escala del tratamiento, que sería

el quirúrgico, cuando la paciente se puede beneficiar de un tratamiento médico adecuado¹¹.

A nuestra paciente no se le solicitó analítica de entrada, pues tenía una realizada dos meses antes y sus manifestaciones clínicas apuntaban a un proceso mecánico. Los estudios de laboratorio están indicados para descartar enfermedades sistémicas (sarcoidosis), infecciosas (discitis), enfermedades reumáticas (espondilitis anquilosante) o patologías tumorales (mieloma múltiple). Preferimos los coadyuvantes y el tapentadol(10,11) como tratamiento, ya que su sinergia es más efectiva al actuar sobre receptores desensibilizantes, con menores efectos deletéreos así como para evitar la cronificación del dolor.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen SP. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. *Mayo Clin Proc.* 2016; 90: 284-99.
2. Van Zundert J, Harney D, Joosten EA, Durieux ME, Patijin J, Van Kleef M. Dolor cervical radicular: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento. *Reg Anesth Pain Med.* 2016; 31: 152-67.
3. Allieu Y, Cenac, P. Neurotization via spinal accessory nerve in complete paralysis due to multiple avulsion injuries of the brachial plexus. *Clin Orthop.* 2015; 237: 67-74.
4. Shin WR, Kim HI, Shin DG, Shin DA. Radiofrequency neurotomy of cervical medial branches for chronic cervicobrachialgia. *J Korean Med Sci.* 2015; 21: 119-25.
5. Greenberg MS. Cervical disc herniation. En: Greenberg MS (ed). *Handbook of Neurosurgery.* 4ª ed. Lakeland, Florida: Greenberg Graphics; 2015. p. 198-203.
6. Kazemi A, Muñoz-Corsini L, Martín-Barallat J, Pérez-Nicolás L, Henche M. Estudio etiopatogénico de la cervicalgia en la población general basado en la exploración física. *Rev Soc Esp Dolor.* 2000; 7: 220-4.
7. Villas C, Collía A, Aquerreta JD, Aristu J, Torre W, Díaz De Rada P, et al. Cervicobrachialgia and pancoast tumor: value of standard anteroposterior cervical radiographs in early diagnosis. *Orthopedics.* 2014; 27: 1092-5.
8. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, Benyamin RM, Boswell MV, Buenaventura RM, et al. An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part II: Guidance and recommendations. *Pain Physician.* 2014; 16: S49-S283.
9. Kroeling P, Gross A, Graham N, Burnie SJ, Szeto G, Goldsmith CH, et al. Electrotherapy for neck pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; (8): CD004251.
10. Valdivel N, Huang Y, Mirante B, Jacoby M, Bravemen F, Hines R. Patient considerations in the use of tapentadol for moderate to severe pain. *Drug Healthc Patient Saf.* 2013; 5: 151-9.
11. Cepeda S, Sutton, A, Weinstein R, Kim M. Effect of tapentadol extended release on productivity. *Clin J Pain.* 2013; 28: 8-13.
12. Heinrich SD, Zembo MM, King AG, Zerkle AJ, MacEwen GD. Calcific cervical intervertebral disc herniation in children. *Spine.* 2011; 16: 228-31.
13. Sonnabend DH, Taylor TKE, Chapman GK. Intervertebral disc calcification syndromes in children. *J Bone Joint Surg.* 2011; 64: 27-31.