



# **BIOCIENCIAS**

**Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud**

**Vol. 2- año 2004**

**SEPARATA**



## **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PATOLOGÍA, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS RELACIONADOS CON LA CERVICALGIA DE ORIGEN INESPECÍFICO**

**José Manuel Serrano Bravo**

**Universidad Alfonso X el Sabio**

Facultad de Ciencias de la Salud

Villanueva de la Cañada

© Del texto: José Manuel serrano Bravo

mayo, 2004.

[http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSORI04\\_001.pdf](http://www.uax.es/publicaciones/archivos/CCSORI04_001.pdf)

© De la edición: BIOCIENCIAS. Facultad de Ciencias de la Salud.

Universidad Alfonso X el Sabio.

28691, Villanueva de la Cañada (Madrid).

ISSN: 1696-8077

Editor: Susana Collado Vázquez [ccsalud@uax.es](mailto:ccsalud@uax.es)

No está permitida la reproducción total o parcial de este artículo, ni su almacenamiento o transmisión por cualquier procedimiento, sin permiso previo por escrito de la revista BIOCIENCIAS.

# **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PATOLOGÍA, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS RELACIONADOS CON LA CERVICALGIA DE ORIGEN INESPECÍFICO**

**José Manuel Serrano Bravo**

Médico Rehabilitador. Profesor Escuela de Fisioterapia de la Universidad Alfonso X el Sabio.

Dirección de correspondencia: [jmserrano@uax.es](mailto:jmserrano@uax.es)

## **RESUMEN:**

El dolor cervical, asociado o no a otros síntomas, es uno de los motivos más comunes de consulta en un departamento de Medicina Física y de Rehabilitación..

La intención de este trabajo consiste en actualizar brevemente algunos aspectos del conocimiento acerca del dolor cervical y síntomas asociados de origen no específico. Hemos seleccionado literatura sobre el dolor cervical aparecida desde el año 1988 hasta el momento actual. Por otra parte estudiamos otros síntomas relacionados con zona cervical, asociación con otras patologías y hallazgos radiológicos, procedentes de 33 pacientes.

Los resultados de este estudio mostraron que, en esta serie, las molestias relacionadas con la región cervical como dolor irradiado a miembros superiores (45,4%) y parestesias en miembros superiores (42%), fueron los más frecuentes. También aparecieron sensación de inestabilidad y vértigos (24%). Los hallazgos radiológicos mas frecuentes se localizaron en C5-C6 y C6-C7, los segmentos más móviles. Encontramos fibromialgia (9%) y obesidad (6,6%) como procesos patológicos mas comúnmente asociados.

Se concluyó que debe realizarse una evaluación psiquiátrica a fin de establecer un perfil psicológico de los pacientes que sufren dolor cervical de origen inespecífico.

Consideramos necesario realizar estudios comparativos para establecer la relación entre radiología y cervicalgia inespecífica.

Los síntomas referidos a la región cervical como dolor referido, parestesias, inestabilidad y vértigos se hallan también presentes en la literatura

**Palabras clave:** cervicalgia, vértigos, inestabilidad, fibromialgia, tender points, Barré-Lieou

**Abstract:**

*Cervical pain, associated or not with other symptoms, is one of the most frequent subject of consultation in a Rehabilitation Medicine Department.*

*The aim of this work is to update briefly some aspects of the knowledgement about cervical pain and associated symptoms from nonespecific origine. On one hand we have chosen literature about cervical pain from 1988 to the present. On the other hand we have considered other symptoms related to cervical area, pathological associations and radiologic findings from 33 patients have been studied.*

*The results of the study showed that, in this serie, the complaints related to the cervical area, as referred pain to upper limb (45,4%) and parhesthesia (42%) have been the most frequent. Inestability and vertigo also appeared (24%). The most common radiological findings have been located on C5-C6 and C6-C7, these are the most mobile segments. Finally, fybromialgia (9%) and obesity (6,6%) seem to be the most common associated pathologies..*

*In the end we came to the conclusion that, psychiatic evaluation should be performed in order to establish a psychological profile in patients suffering non-specific cervical pain, comparative studies are necessary to point out the relation between radiology and non-specific cervicalgia, and that symptoms related to the cervical area as referred pain, parhesthesia, inestability and vertigo are also present on literature.*

**Key Words:** *cervicalgia, vertigo, inestability, fybromialgia, tender points, Barre-Lieou*

**DOLOR CERVICAL, BUSCANDO UNA ETIOPATOGENIA:**

El dolor de origen cervical puede deberse, en primer lugar, a lesiones orgánicas en las estructuras que forman el cuello, casi todas ellas poseen un gran número de terminaciones nerviosas, incluyendo las articulaciones interapofisarias y sinoviales de articulaciones atlanto axoidea y atlanto occipital así como ligamentos, discos, arterias vertebrales y músculos regionales, sin olvidar el periostio de las estructuras óseas.

Por tanto, todos aquellos procesos capaces de estimular las terminaciones nerviosas pueden producir distintos grados de dolor cervical. De este modo luxaciones y subluxaciones de las vértebras, fracturas, tumores, inflamaciones, hernias discales y otros trastornos conforman un grupo de alteraciones que justifican la aparición de algias en dicha región anatómica. Dichas cervicalgias reciben en conjunto el nombre de cervicalgias específicas. Mucho menos clara está la relación entre las llamadas disfunciones cervicales o cervicalgias inespecíficas y el dolor cervical, que a veces aparece acompañado de un cortejo sintomático

constituido por sensaciones de vértigo, inestabilidad y dolores referidos o irradiados a cabeza y miembros superiores. Algunos de estos casos se clasifican como cervicalgias o cefaleas tensionales, y en ellos se atribuye el dolor a espasmos o contracciones de la musculatura cervical, en especial de los trapecios o esternocleidomastoideos. Sin embargo, no se ha encontrado experimentalmente una actividad electromiográfica aumentada en muchos de los casos de este tipo, a pesar de que, a veces, el cuadro responde bien al tratamiento con medicación relajante muscular. La clínica produce manifestaciones de dolor de origen occipital o suboccipital irradiado a la parte alta de la cabeza siguiendo un patrón "en casco" y generalmente bilateral, y a veces dolor referido a hombro, miembro superior homolateral e incluso presencia de "Tender Points" o "Trigger Points" de localización cervical. Dichos síndromes se han relacionado en conjunto con fallos en la modulación del dolor (1), y se clasifican como "síndromes miofasciales regionales"(2,3), si bien los "Tender points" son más característicos de la fibromialgia reumática (1-3), una entidad caracterizada por dolor generalizado. Dichos puntos se han relacionado con fenómenos hipóxicos locales debido a que algunos estudios muestran disminución local de la temperatura (3) y otros los señalan como puntos en los que no existen evidencias de inflamación (3) ni de aumento de temperatura local (4). A veces se producen síntomas que hacen difícil el diagnóstico diferencial con presencia de crisis migrañosas, acompañadas de náuseas, vómitos, vértigos, inyección conjuntival o aumento de la secreción lacrimal y fotofobia. A esto se añaden mala respuesta al tratamiento con antiinflamatorios y agravamiento con los movimientos del cuello. La presentación suele ser unilateral, conformando un cuadro conocido como "Migraña de origen cervical". El síndrome simpático cervical posterior o de Barre-Lieou consiste en un conjunto de síntomas que para algunos autores carece de entidad propia, clásicamente se ha definido como cervicalgia o cefalea con "mareo" definido como vértigo o sensación de inestabilidad, visión borrosa o trastornos auditivos. Fue enunciado en 1926 y en él se admite una personalidad predisponente, si bien esta no se halla claramente definida; el trastorno se alivia a veces con medicación psiquiátrica. El síndrome de Barre-Lieou se atribuye a irritación mecánica de las raíces del plexo simpático por alteraciones anatómicas de los cuerpos y articulaciones vertebrales, este hecho relaciona este síndrome con el anteriormente descrito (migraña cervical). Tanto en el caso de la migraña de origen cervical como en el síndrome de Barre-Lieou se supone la existencia de patología compresiva, bien sea de la arteria vertebral en el primer caso y del plexo simpático en el segundo. El sistema simpático cervical posterior se describe como de aparición espontánea, como en el caso estudiado anteriormente o asociado a traumatismos cervicales, especialmente en aquellos en los que se produce una hipermovilidad del cuello (síndrome del "latigazo cervical") aunque clínicamente se consideran

indistinguibles la comparación realizada por Radanov (5) entre ambos, con respecto a la presencia de trastornos cognitivos, no muestra alteraciones significativas en el grupo del síndrome de Barre-Lieou pero sí en el conjunto de pacientes que sufrió un “latigazo cervical”. Otras publicaciones muestran anomalías radiológicas compatibles con síndromes vertiginosos de origen cervical (6); así en un 7% de los 923 pacientes estudiados se encontró una deformidad del orificio de paso de la arteria vertebral en el arco posterior del Atlas. Dicha deformidad constriñe la arteria. La escisión completa de los estrechamientos seguida de simpatectomía bajo visión directa de la arteria consiguió la remisión de todos los síntomas. La presencia de esta misma deformidad ha sido relacionada con la aparición de cefalea de características migrañosas (6-8). Se ha llevado a cabo la valoración de pacientes con síndrome cervical y síntomas visuales y auditivos con estudios previos de radiología, electro miografía y tomografía axial computerizada normales, mediante la aplicación de potenciales evocados visuales y auditivos (9). Este grupo de pacientes, que presentaba síntomas de 6 meses de evolución, no mostró diferencias significativas en la latencia, amplitud de onda o forma de la misma con respecto al grupo control. Reseñar que se excluyeron de este ensayo los pacientes con intervención quirúrgica previa y aquellos cuyas pruebas otorrinolaringológicas y oftalmológicas mostraron anomalías orgánicas. Por último señalar que en algunos trabajos se hace referencia a la asociación de estos procesos con síntomas psiquiátricos, especialmente depresión (10), hecho especialmente estudiado en la fibromialgia reumática (10,11), pero del que también se puede suponer extensible al resto de síndromes no generalizados, como el caso de los miofasciales, y cervicalgias inespecíficas (12), hecho apoyado por la buena respuesta al tratamiento con psicofármacos (12), que en algunos casos se evidencia.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

En el estudio presente se revisaron 113 historias clínicas, (90 mujeres y 43 hombres), procedentes del Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

De las 113 historias clínicas se seleccionaron 33 que cumplían los criterios de inclusión en el estudio.

### **Criterios de inclusión**

- Historias disponibles en el archivo
- Historias debidamente cumplimentadas
- Historias pertenecientes a pacientes adultos
- Patología cervical, acompañada o no de otros síntomas

- Patología cervical sin traumatismo previo
- Ausencia de cirugía cervical previa

#### **Criterios de exclusión**

- No disponibles en nuestros archivos en ese momento
- Datos insuficientes
- Patología con cirugía cervical previa
- Pacientes con antecedente traumático previo
- Pacientes psicóticos o con trastornos psiquiátricos graves

#### **RESULTADOS:**

Se presentan en la tabla 1 los resultados de la sistematización de procesos asociados a dolor cervical y, en los casos en los que fue posible, los hallazgos radiológicos.

Con respecto a la edad, la franja que con más frecuencia presenta este tipo de patología se encuentra entre los 50 y 59 años. Con respecto al sexo predomina en mujeres (75,7%)

La asociación sintomatológica más frecuente se encuentra entre dolor local cervical e irradiación a miembro superior, en concreto, predomina la irradiación a miembro superior izquierdo con un 45,4%, seguida de asociación con parestesias en miembros superiores en un 42%, y mareos definidos como sensación de inestabilidad en un 24% (Tabla 1) (Figura 1). Con respecto a la asociación con otras patologías no se encuentra un predominio claro (Tabla 1) (Figura 2), apareciendo de forma más frecuente la fibromialgia (9%) y la obesidad (6,6%).

Por último la revisión radiológica señala patología degenerativa C5-C6 como lugar preferente de localización. Tabla (1) (Figura 3)

Tabla 1. Resultados

DISTRIBUCIÓN POR EDADES

	Nº de casos	Porcentaje
30-39	6	18,18
40-49	7	21,21
50-59	12	36,36
60-69	5	15,15
Mayor de 69	3	9,09

	Nº de casos	Porcentaje
HTA	3	9,09
Endocrinopatías	3	9,09
Fibromialgia	9	27,27
Otros procesos reumatológicos	3	9,09
Alteraciones ginecológicas	3	9,09
Síndr de túnel carpiano	6,6	20,00
Obesidad	6,6	20,00
Depresión	3	9,09
Infecciones	3	9,09

	Nº de casos	porcentaje
Dolor irradiado a 1 ó 2 mmss	15	45,45
Parestesias en 1 ó 2 mmss	14	42,42
Dolor lumbar	3	9,09
Dolor dorsal	1	3,03
Insuficiencia basilar	1	3,03
"Mareos" sin diagnóstico	8	24,24

ANOMALÍAS RX SIMPLE

**Osteofitos y signos degenerativos**

	Nº de casos	Porcentaje
C2-C3	15	45,45
C4-C5	14	42,42
C5-C6	3	9,09
C6-C7	1	3,03
C7-D1	1	3,03

**Disminución de agujeros de conjunción**

	Nº de casos	Porcentaje
C4-C5	1	3,0
C5-C6	1	3,0
C6-C7	2	6,1

**Subluxaciones vertebrales**

	Nº de casos	Porcentaje
C5-C6	1	6,6

**Pinzamientos intervertebrales**

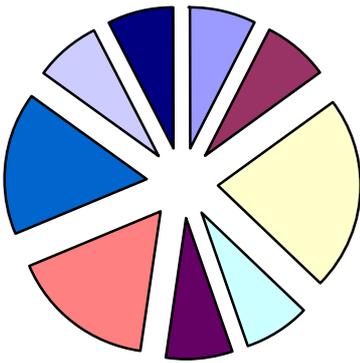
	Nº de casos	Porcentaje
C3-C4	2	6,06
C5-C6	4	12,12
C6-C7	3	9,09

Figura 1: Otros síntomas de aparato locomotor relacionados con cervicalgia



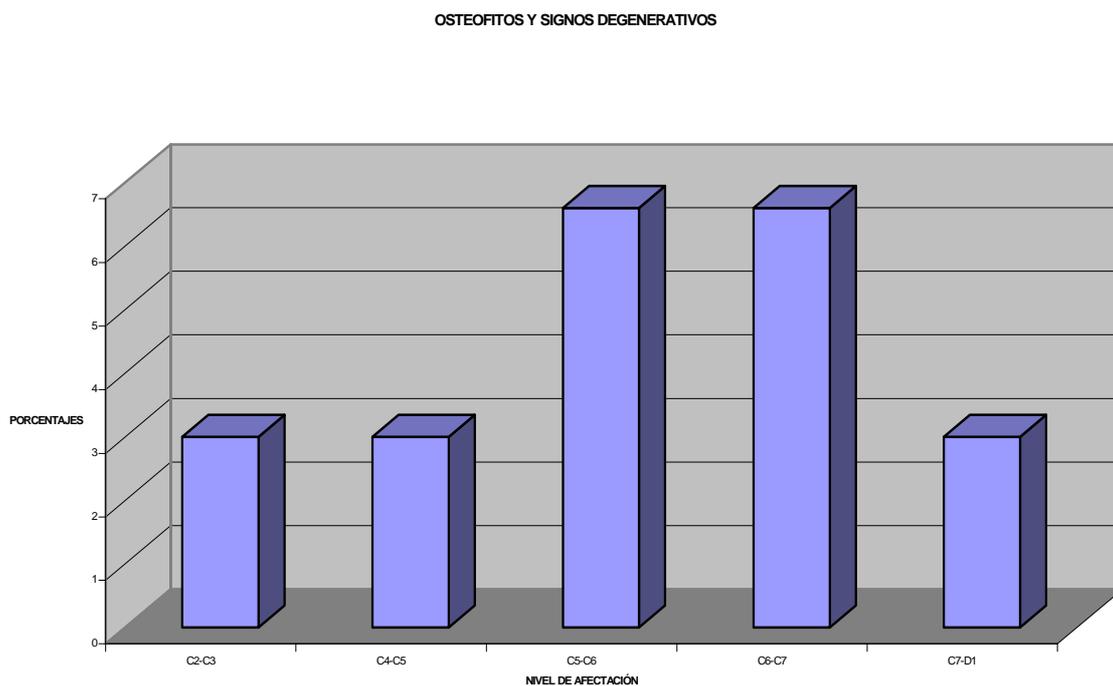
- Dolor irradiado a 1 ó 2 mmss
- Parestesias en 1 ó 2 mmss
- Dolor lumbar
- Dolor dorsal
- Insuficiencia basilar
- "Mareos" sin diagnóstico

Figura 2: Patologías asociadas



- HTA
- Endocrinopatías
- Fibromialgia
- Otros procesos reumatológicos reumáticos
- Alteraciones ginecológicas
- Síndr de túnel carpiano

Figura 3: Hallazgos radiológicos



### CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El dolor cervical se presenta como un proceso pluripatogénico dada la complejidad de las estructuras contenidas en el cuello y que pueden ser asiento de patología traumática o de otro tipo. Friedman et al. (13) aportan a este concepto clásico una sistematización que incluye condiciones musculoesqueléticas, neurológicas y sistémicas que amplían esta visión. Si excluimos los procesos orgánicos queda un nutrido grupo de casos en los que no se halla una causa desencadenante, en este sentido, Ferrari et al. (14) proponen la irritación permanente del sistema nervioso como base de perpetuación del dolor, lo cual amplía el concepto admitido de forma clásica de participación del sistema nervioso simpático en aquellos dolores cervicales acompañados de inestabilidad constituyendo el denominado “síndrome simpático cervical” y refuerza la hipótesis que relaciona la hiperactividad del sistema simpático con la génesis de otros tipos de dolor crónico como el dolor de miembro fantasma (Mailis) (15).

En nuestra serie la patología asociada con mayor frecuencia al síndrome cervical es la fibromialgia, enfermedad en la que se presupone la existencia de un sustrato psicobiológico predisponente o acompañante como aparece reflejado en la literatura consultada (16,17). Biewer et al. destacan como parte de este sustrato factores tales como hipocortisolismo, hipersensibilidad, antecedentes de experiencias adversas y desórdenes

psiquiátricos acompañantes (16). Consideramos importante un seguimiento por un especialista en salud mental de todos aquellos casos de cervicalgias inespecíficas asociadas o no a otros síntomas. En este sentido se pronuncian Henningsen et al. (18) al extender el espectro psiquiátrico a otras situaciones de dolor crónico. Kroenke realiza un estudio epidemiológico y de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con padecimientos somáticos (19).

Por último, con respecto a la radiología, cabe destacar únicamente el hecho de que los trastornos morfológicos asociados aparezcan en los segmentos más móviles de la columna cervical (C5-C6), debido al mayor riesgo de traumatismo y degeneración a ese nivel, pero es probable que exista una alta prevalencia de los mismos hallazgos en grupos de pacientes asintomáticos de la misma edad y sexo, Peterson et al. no encuentran relación entre degeneración radiológica e intensidad del dolor. Recomendamos, en dicho sentido, ampliar los estudios para definir series de control con individuos sin síntomas cervicales.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Suman G, Biassi AL, Marcolongo G. Reactivity to superficial and deep stimuli in patients with chronic musculoskeletal pain. *Carli R. Pain.*2002; 100(3): 259-69
2. Graff-Radford SB. Regional myofascial pain syndrome and headache: principles of diagnosis and management. *Curr Pain headache Rep.* 2001; 5 (4): 376-81
3. M. Jeschonneck G. Grohman G. Hein and H. Sprott. Abnormal microcirculation and temperature in skin above tender points in patients with fibromyalgia.. *Rheumatology* 2000; 39: 917-21
4. Radakrhisna M, Burnham R Infrared skin temperature measurement cannot be used to detect myofascial tender spots. *Arch Phys Med Rehabil.* 2001; 82 (7): 902-5
5. Radanov BP, Hirlinger T, Di Stefano G, Valach L. Attentional Processing in Cervical Spine Syndromes. *Acta Neurol. Scandinav.*1992; 85 (5): 358-6
6. Limousin CA. Foramen arcuale and syndrome of Barre-Lieou. Its surgical treatment. *Int Orthop.* 1980; 4(1): 19-23
7. S Osborne N, Breen AC. Wigth Incidence of ponticulus posterior of the atlas in migraine and cervicogenic headache. *J Manipulative Physiol Ther.* 1999 ;22 (1): 15-20
8. Chung Hua Wa. Foramen Arcuale and Vertigo..*Ko Tsa.Chi.*October 1990; 28(10): 592-4
9. Brainstem Auditory and Visual Potentials in Patients with Chronic Cervical Pain.*Bull. Hosp. Jt. Dis.Orthop. Ins* 1988; 48 (2): 176-81

10. Fassbender K, Samborsky W, Kellner M, Muller W, Lautembacher S. Tender points, depressive and functional symptoms: comparison between fibromyalgia and major depression. *Clin Rheumatol.* 1997; 16 (1): 76-9
11. Dunne FJ, Dunne CA Fibromyalgia syndrome and psychiatric disorder.. *Br J Hosp Med.* 1995; 54 (5): 194-7
12. Dufour. Headache and cervicarthrosis: arthrosis, vascular or psychic origin?. *Sem Hosp* 1979 15; 55(37-38): 1761-2
13. Friedman MH, Nelson AJ Jr. Head and neck pain review: Traditional and new perspective. *J Orthop Sports Phys Ther.* 1996 Oct; 24 (4): 268-78
14. Ferrari, Shorter E. From railway spine to whiplash—the recycling of nervous irritation. *Med Sci Monit.* 2003 Dec; 9 (12): LE27
15. Mailis A, Furlan A. Sympathectomy for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; (2): CD002918
16. Biewer W, Conrad I, Hauser W. Fibromyalgia. *Schmerz.* 204 Apr; 18 (2): 118-24
17. Williams DA. Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and other syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2003 Aug; 17 (4): 649-65
18. Heningsen P, Derra C, Turp JC, Hauser W. Functional somatic pain syndromes : summary of hypotheses and their overlap and etiology. 2004 Apr; 18 (2): 136-40
19. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int Methods Psychiatric Res.* 2003; 12 (1): 33-43
20. Peterson C, Bolton J, R Wood A H K . A cross-sectional study of correlating degeneration of the cervical spine with disability and pain in United Kingdom Patients. *Spine.* 2003; 28 (2): 129-132