



ISSN: 1697-090X

Inicio Home

Indice del
volumen Volume
index

Comité Editorial
Editorial Board

Comité Científico
Scientific
Committee

Normas para los
autores
Instruction to
Authors

Derechos de autor
Copyright

Contacto/Contact:



Letters to the Editor / Cartas al Editor

ABORDAJE BASICO DEL PACIENTE CON CERVICOBRAQUIALGIA

**Rosmery Villa Delgado¹, Luis Rafael Moscote Salazar MD²,
Carlos Fernando Lozano Tangua MD², Rubén Sabogal Barrios MD³**

**¹ Estudiante de Medicina, ²Residente de Neurocirugía,
³ Docente de Neurocirugía
Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias. Colombia**

[neuromoscote @ gmail.com](mailto:neuromoscote@gmail.com)

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2009;2:76-78

Sr. Editor:

La cervicobraquialgia o síndrome cervicobraquial es el dolor originado en la región cervical que se irradia al miembro superior a través del territorio correspondiente a una raíz nerviosa cervical. Este síntoma constituye una causa importante de consulta en todas las edades¹. Las raíces más frecuentemente afectadas son C7 y C6, por este orden. La causa más frecuente de cervicobraquialgia es la compresión de una raíz nerviosa cervical baja a nivel de su emergencia radicular².

Es fundamental conocer la anatomía del plexo braquial, pues interviene en la inervación sensitiva y motora de todo el miembro superior exceptuado una parte adyacente al hombro cuya inervación depende del plexo cervical y la parte interna del brazo que depende de los nervios intercostales. El plexo braquial está formado por 5 raíces C5, C6, C7, C8 y T1 que conectan la médula espinal con los nervios más periféricos del brazo. Esta conexión con el sistema nervioso central permite que las órdenes originadas en el cerebro se transmitan a los músculos del brazo y de la mano y a su vez la información recibida por las terminaciones nerviosas sensitivas se transmitan al cerebro. Las ramas de C5 y C6 se unen y forman el tronco superior, la rama de C7 permanece individual y constituye el tronco medio y las ramas de C8 y T1, se unen y forman el tronco inferior. Al nivel de la clavícula, cada tronco se divide en dos ramas una anterior y otra posterior que luego se unen entre sí. La unión de las tres divisiones posteriores forma el cordón posterior o radiocircunflejo. La unión de las divisiones anteriores del tronco superior y el medio constituye el cordón lateral. La división anterior del tronco inferior forma el cordón medial. Estas ramas dan a su vez colaterales y terminales para inervar a los diversos músculos del brazo, antebrazo y la mano. Las variaciones anatómicas son comunes³.

Etiología: La cervicobraquialgia generalmente se debe a irritación de una raíz nerviosa que puede obedecer a diferentes causas dentro de las cuales se encuentran: hernias discales cervicales, trastornos degenerativos de la columna, inflamación, tumores (neurinoma, tumor de pancoast), canal medular estrecho, cervicobraquialgia postraumática (accidentes de tránsito), atrapamiento de los nervios o de los vasos que pasan a través de los músculos escalenos y clavícula⁴⁻⁵. Se pueden mencionar como otras causas de cervicobraquialgia, las enfermedades neuromusculares, lesiones del nervio torácico largo que provoca una escapula alada con la consiguiente flexión anterior del hombro, parálisis del nervio espinal accesorio, osteocondromas de la clavícula, inestabilidad glenohumeral, infecciones por herpes zoster⁴. En pacientes jóvenes generalmente se debe a cuadros

agudos como hernia discal traumática, y en pacientes de edad avanzada la comprensión es más crónica y suele deberse a espondiloartrosis¹.

Cuadro Clínico: La cervicobraquialgia se caracteriza por dolor cervical irradiado a lo largo del miembro superior, en ocasiones se irradia a región escapular; el dolor puede ser unilateral o bilateral (en raras ocasiones); constante o intermitente; la intensidad del dolor se evalúa mediante la escala visual análoga del (EVA), cuya puntuación oscila entre 0 a 10 puntos, siendo 0 sin dolor, 1-3 dolor leve, 4-6 dolor moderado y 7-10 dolor severo. Al dolor se le agregan otros signos y síntomas como trastornos de la sensibilidad, debilidad muscular, parestesias, hipoestusias en hombro y brazo que se extienden hasta la mano y en algunos casos disminución de los reflejos tendinosos del brazo¹. El dolor puede empeorar al levantar peso o hacer esfuerzo físico y mejorar al levantar los brazos, con los codos flexionados y abducción del hombro. Es importante definir de qué raíz nerviosa se origina el dolor que se esquematiza en el siguiente cuadro:

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, tercer y cuarto dedo	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 estiloradial	Tricipital	

El paciente además del cuadro clínico anterior también puede referir cefalea, limitación de los movimientos del cuello y miembro superior. En ocasiones el cuadro clínico o el dolor pueden simular un dolor de tipo anginoso sin traducción en el electrocardiograma².

Diagnóstico

Anamnesis: se debe interrogar al paciente acerca de antecedentes personales de lesión traumática, enfermedades reumáticas, neoplasias. Es necesario identificar las características del dolor (inicio, localización, intensidad, irradiación, acompañantes, tipo, que lo alivia y que lo exacerba), igualmente tratamientos previos⁵.

Exploración física: se realiza la exploración general del paciente, esto incluiría evaluación de la postura (antialgica), movilidad del cuello, fuerza muscular (por grupos musculares), sensibilidad, reflejos tendinosos, se debe valorar la maniobra de spurling (con el paciente sentado se hace presión de la cabeza hacia abajo del lado del dolor en el plano vertical, se considera positiva para cervicobraquialgia si se genera dolor y parestesias), en caso de hernia discal si se realiza la maniobra de valsava se generara dolor, igualmente se palparan las zonas de dolor.

Pruebas diagnósticas:

- 1. Estudios de laboratorios: están indicados para descartar enfermedades sistémicas, infecciosas, enfermedades reumáticas o patologías tumorales.
- 2. Estudios radiológicos: para determinar alteraciones estructurales⁶.
 - Radiografías de cuello. Deben hacerse en las tres proyecciones (AP, lateral y oblicua). Son útiles para descartar lesiones óseas o inestabilidad en caso de emergencia. En estas se pueden encontrar rectificación de la lordosis cervical, pérdida de la consistencia o contorno de los cuerpos vertebrales, osteofitos, artrosis o disminución de la altura cervical en caso de patologías degenerativas.
 - La tomografía axial computarizada (TAC) posee alto valor en las cervicobraquialgia cuando la causa es ósea. Este estudio nos permite visualizar muy bien la columna cervical. El mielo-TAC es mucho mejor que el TAC simple.
 - La Resonancia magnética nuclear (RMN) tiene gran importancia en esta patología como estudio de imagen complementario.
 - Electromiografía es una prueba complementaria para la radiculopatía o mielopatía. Esta prueba no se requiere para casos en los que la anamnesis, exploración física y estudios radiográficos evidencian el diagnóstico.

Tratamiento: El tratamiento va encaminado a reducir el dolor y mejorar la capacidad funcional del paciente. Conservador

- Medidas físicas: reposo de 2 a 3 semanas, calor local, ejercicios cuando el dolor empiece a ceder, rehabilitación.
- Antiinflamatorios: cualquier tipo de antiinflamatorio no esteroideo como naproxeno, diclofenaco, ibuprofeno. Se recomienda ir disminuyendo la dosis de estos en la segunda semana de tratamiento
- Analgésicos
- Relajantes musculares

- Corticoides para casos severos o que no respondan a AINES o en la fases hiperálgicas.
- Bloqueos nerviosos selectivos o infiltraciones epidurales para casos de dolor severo.⁷

Tratamiento quirúrgico: En caso de que los analgésicos o corticoides no logren controlar el dolor se pensara en la posibilidad de tratamiento quirúrgico dependiendo de la patología.

El tratamiento por radiofrecuencia se ha utilizado en varios síndromes dolorosos, en este caso sería el paciente con dolor cervical radicular, pues actúa bloqueando las vías de conducción de las señales del dolor⁷.

Pronóstico: En general estos pacientes tienen buen pronóstico, pues en la mayoría de los casos con una buena historia clínica y estudios complementarios se logra establecer el diagnóstico, sitio preciso de la lesión, con lo anterior se lograría un tratamiento adecuado y oportuno. La cervicobraquialgia suele tener una tendencia natural a la mejoría en un periodo de cuatro a seis semanas, aunque, puede que existan periodos de reincidencias del dolor⁶.

REFERENCIAS

1. Vázquez A. Cervico-braquialgia. En: Oliván AS, Pinillos MA, Agorreta J, Rubio T. Guía de Urgencias Hospital de Navarra 1999. Hoechst Marion Roussel; 1999: 267-268.
2. Van Zundert J, Harney D, Joosten EA, Durieux ME, Patijn J, Van Kleef M. Dolor Cervical Radicular Diagnostico, Fisiopatología y Tratamiento. Reg Anesth Pain Med. 2006; 31: 152-167.
3. Allieu Y, Cenac, P. Neurotization via spinal accessory nerve in complete paralysis due to multiple avulsion injuries of the brachial plexus. Clin Orthop 1988, 237: 67-74.
4. 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(4).
5. Villas C, Collía A, Aquerreta Jd, Aristu J, Torre W, Díaz De Rada P, Gocci S. Cervicobrachialgia And Pancoast Tumor: Value Of Standar Anteroposterior Cervical Radiographs In Early Diagnosis. Orthopedics. 2004;27:1092-1095.
6. Woo-Ram Shin, Hyoung-Ihl Kim, Dong-Gyu Shin, Dong-Ah Shin. Radiofrequency Neurotomy of Cervical Medial Branches for Chronic Cervicobrachialgia. J Korean Med Sci 2006; 21: 119-125.
7. Greenberg MS. Cervical disc herniation. En: Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. 4ª ed. Lakeland, Florida; Greenberg Graphics, Inc; 1997: 198-203.

Luis Rafael Moscote Salazar MD.
Residente de Neurocirugía. Facultad de Medicina. Campus de Zaragocilla.
Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias
mail neuromoscote@gmail.com

Recibido 25 de mayo de 2009.
Publicado: 14 de junio de 2009