



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1338 - Manejo de la cervicalgia en una consulta de atención primaria

B. Luque López^a, R. Romero Cortés^b, M. Ballesteros Barrón^c y M.J. Neila López^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Adoratrices. Huelva. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis Taracido. Bollullos Par del Condado. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 50 años, sin alergias ni hábitos tóxicos conocidos. Antecedentes personales de nódulo pulmonar solitario que no se confirmó en TAC en 2011, con revisiones por parte de Neumología desde entonces sin incidencias. No realiza tratamiento domiciliario ni refiere antecedentes de intervenciones quirúrgicas previas. Acude a consulta de Atención Primaria (AP) por cervicobraquialgia de más de dos semanas de evolución con parestesias irradiada a miembro superior derecho, sin otra sintomatología en el interrogatorio dirigido. Se indica tratamiento con Ibuprofeno 600 mg/8h. El paciente consultó a los 2-3 días por no mejoría de la clínica y se indica tratamiento con gabapentina.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general con contractura de musculatura paravertebral cervical con limitación a la lateralización de cuello. Fuerza y sensibilidad conservada en todas las extremidades. Movimientos activos y pasivos de hombro izquierdo dolorosos Los ROTS en ambos miembros son normales y la sensibilidad no se encuentra alterada. Las maniobras subacromiales en ambos hombros son negativas. Drop test y maniobra de Jobe negativa, así como el palm-up. Resto de exploración por aparatos normal. Radiografía de columna cervical antero-posterior y lateral en la que se objetiva destrucción de cuerpo vertebral de C7, con fractura en acuñamiento en dicho nivel.

Juicio clínico: Cervicalgia a estudio.

Diagnóstico diferencial: Mecánicas (esguince, hernias discales, espondilosis, mielopatía). Reumatólicas (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, artropatía reactiva, síndrome de Reiter, fibromialgia, enfermedad por microcristales). Infecciosas (osteomielitis, meningitis, neuropatía herpética). Referidas (síndrome torácico superior, esofagitis, cardiopatía isquémica). Neoplásicas (metástasis, mieloma múltiple, tumores primarios óseos, neurofibroma). Neurológicas (neuropatías periféricas, DSR).

Comentario final: La cervicobraquialgia es un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria que se define por dolor en región cervical que se puede irradiar a extremidades superiores. La mayoría de los casos mejora entre la 4-6 semana sin precisar estudio radiológico ni analítico, aunque existe un 20% aproximadamente de pacientes que presentan síntomas que persisten en el tiempo o son recidivantes. Es fundamental realizar una anamnesis adecuada y una exploración clínica correcta. Resulta fundamental insistir en las características del dolor y sus mecanismos desencadenantes, así como en los factores que lo alivian o lo empeoran. Los estudios de imagen y de laboratorio se reservarán para aquellos pacientes con exploración sugestiva de radiculopatía, lesión medular, afectación sistémica, signos de alarma asociados o patología subyacente de mayor trascendencia. Este puede y debe ser iniciado en AP comenzando con la realización de

una radiología simple, que está siempre a nuestro alcance, para continuar luego el diagnóstico diferencial que se considere según la sospecha etiológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buckup K, Buckup J. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona. Elsevier España. 5^a edición, 2014.
2. Neira F, Ortega JL. Fisiopatología del dolor cervical. Actualizaciones en Dolor. 2000;1(3):127-43.