



Dolor de Cuello

Resumen 1

Introducción

Hay pocos temas en la medicina intervencionista del dolor y la columna vertebral tan controvertidos como el diagnóstico, la etiología y el tratamiento del dolor de cuello. El dolor de cuello y cabeza posterior tiene una alta tasa de prevalencia tanto en regiones desarrolladas como no desarrolladas, siendo particularmente común en los EE. UU., Europa Occidental, Asia Oriental, África del Norte y Oriente Medio.

Una revisión sistemática estimó las tasas de prevalencia anual y de por vida en 37,2% (rango 16,7-75,1%) y 48,5% (rango 14,2-71%), respectivamente.

Según el estudio Global Burden of Disease 2016, el dolor de columna (incluidos el cuello y la parte baja de la espalda) es la causa más común de discapacidad en América del Norte y en todo el mundo para las personas de 25 a 64 años de edad.

La edad está positivamente relacionada con el riesgo de dolor de cuello, la obesidad probablemente no esté relacionada y las mujeres tienen más probabilidades de experimentar dolor de cuello.

Cuando la prevalencia se desglosa por articulación o segmento de la columna, la frecuencia citada de dolor en la articulación atlanto-axial (AA) varía desde un 16 % hasta un 60 % en pacientes con sospecha de cefalea cervicogénica.

Pregunta 1: ¿Se pueden usar la historia clínica y el examen físico para identificar articulaciones AO o AA dolorosas o para seleccionar personas para bloqueos de pronóstico?

La enfermedad de las articulaciones AO y AA (atlanto-occipital (AO), atlanto-axial (AA)) puede ser una fuente tanto de dolor de cuello como de cefalea. El diagnóstico preciso y el tratamiento del dolor de cuello y cabeza pueden ser un desafío. El dolor puede provenir de otras fuentes cervicales, incluidos los discos intervertebrales cervicales, las articulaciones facetarias cervicales, los ligamentos, la fascia y los músculos. La historia clínica y el examen físico detallados pueden ser valiosos para ayudar a distinguir la etiología del dolor y para identificar los objetivos de inyecciones terapéuticas y de diagnóstico.



Recomendaciones

En resumen, *no existen signos históricos patognomónicos o exámenes físicos* que puedan predecir de manera confiable la respuesta a los bloqueos articulares AA o AO en personas con dolor de cuello crónico. El dolor en las articulaciones AA y AO generalmente se manifiesta en la distribución del nervio C1, C2 o trigémino, y el dolor AA tiene síntomas más reproducibles y consistentes que el dolor en las articulaciones AO. Concluimos que la historia y el examen físico no pueden identificar de manera confiable las articulaciones AO o AA dolorosas, pero pueden guiar las decisiones de inyección que podrían confirmar que las articulaciones AO y AA son generadoras de dolor.

Protocolos propuestos para identificar articulaciones facetarias cervicales dolorosas

Rango de movimiento de la columna cervical (ROM)

Las mediciones del ROM cervical para flexión y extensión en el plano sagital, flexión lateral izquierda y derecha y rotación se toman con el paciente sentado. Se le pide al paciente que informe sobre cualquier respuesta de dolor y estas respuestas se clasifican como aumentadas, disminuidas o sin cambios en el dolor de la columna cervical inicial.

Pruebas de extensión-rotación (ER).

Los pacientes se sientan y se les pide que extiendan completamente la cabeza, seguido de rotación hacia ambos lados. Los sujetos informan cualquier dolor al final del movimiento. Una prueba positiva para el dolor que surge de las articulaciones facetarias cervicales es la provocación del dolor de la columna cervical basal.

Examen espinal manual (ESM)

El paciente se coloca en decúbito prono con la columna cervical en posición neutra. El evaluador aplica una fuerza dirigida posteroanterior sobre los pilares articulares de C2-3 a C6-7 en cada lado. El sujeto informa cualquier provocación de dolor, por lo que una prueba positiva se define como un empeoramiento del dolor inicial o referido cuando el evaluador percibe una resistencia moderada o marcada al movimiento.

Palpación de sensibilidad segmentaria (PSS).

La PST se realiza con el sujeto en decúbito prono. El evaluador palpa los músculos segmentarios que recubren las articulaciones facetarias (C2-3 a C6-7) bilateralmente. Estos músculos tienen la misma inervación que la(s) articulación(es) dolorosa(s) y provocan sensibilidad y espasmo. La prueba se considera positiva si el paciente refiere un aumento del dolor de base, ya sea localizado o referido. Se informó que la sensibilidad paraespinal predice una respuesta positiva a la ablación por radiofrecuencia (ARF) de la rama medial del cuello en un estudio.



Conclusiones

Ensayos clínicos que evalúan bloqueos facetarios cervicales y A RF se caracterizan por resultados muy dispares, y existe una enorme variación en la selección de pacientes y la realización de procedimientos.

Estas pautas de múltiples sociedades se han desarrollado para servir como una hoja de ruta para mejorar los resultados, mejorar la seguridad y minimizar las pruebas y procedimientos innecesarios.

A diferencia de los estándares, que a menudo provienen de una autoridad intachable y definen los estándares de atención, nuestras recomendaciones no pretenden usurpar el juicio clínico o la medicina personalizada.

Como se ha resumido elocuentemente anteriormente, la práctica de la medicina del dolor basada en la evidencia debe considerar no solo la mejor investigación disponible, sino también la experiencia y los conocimientos clínicos, los valores y preferencias del paciente y las preocupaciones prácticas.

Referencia Hurley, Robert W., et al. "Consensus practice guidelines on interventions for cervical spine (facet) joint pain from a multispecialty international working group." *Pain Medicine* 22.11 (2021): 2443-2524.



Resumen 2

Contexto

El dolor de cuello es una enfermedad multifactorial y es un problema importante en la sociedad moderna. Aunque el dolor de cuello puede no ser el trastorno musculoesquelético más común, sigue siendo muy importante.

La carga económica que provoca el dolor de cuello, es notable e incluye costos de tratamiento, productividad reducida y problemas relacionados con el trabajo. En 2016, entre las 154 afecciones, la lumbalgia y el dolor de cuello tuvieron el mayor gasto en atención médica en los Estados Unidos con un estimado de US \$ 134,500 millones. En 2012, el dolor de cuello fue responsable de las ausencias laborales entre 25,5 millones de estadounidenses, que perdieron un promedio de 11,4 días de trabajo. En 2017, la prevalencia global estandarizada por edad y la tasa de incidencia de dolor de cuello fueron 3551,1 y 806,6 por 100 000, respectivamente.

No existe un tratamiento definitivo para el dolor de cuello. Sin embargo, se han recomendado diferentes tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, que incluyen terapia con láser, masajes, acupuntura, yoga y terapia acuática.

Factores de riesgo

El dolor de cuello es una enfermedad multifactorial. Varios estudios basados en la población han explorado el papel de varios factores de riesgo modificables y no modificables para el dolor de cuello, como la edad avanzada, ser mujer, poco apoyo social y antecedentes de dolor de cuello o espalda baja. Dado que existe una tendencia a que el dolor de cuello se convierta en un problema crónico, es importante identificar los factores de riesgo para permitir la prevención y el diagnóstico precoz. Dado que el dolor de cuello es una enfermedad multifactorial, existen una serie de factores de riesgo que pueden contribuir a su desarrollo. Sin embargo, hay más evidencia de algunos factores de riesgo, como la falta de actividad física, la duración del uso diario de la computadora, el estrés percibido y ser mujer [13]. La identificación de factores protectores o de riesgo, desencadenantes y resultados puede ayudar a guiar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el manejo del dolor de cuello.



Factores psicológicos

La literatura demuestra un vínculo claro entre las variables psicológicas y el dolor de cuello/espalda. Un estudio basado en la Encuesta de Salud Mental de China mostró que la prevalencia del dolor crónico de espalda o cuello entre las personas con cualquier tipo de trastorno mental era más del doble que las personas sin un trastorno mental, con una prevalencia particularmente alta entre las personas con trastornos del estado de ánimo.

Las investigaciones prospectivas han demostrado que las variables psicológicas están relacionadas con el inicio y la gravedad del dolor (es decir, agudo, subagudo y crónico).

Se ha descubierto que el estrés, la angustia, la ansiedad, el estado de ánimo y las emociones, el funcionamiento cognitivo y los comportamientos relacionados con el dolor son factores importantes en el desarrollo del dolor de cuello.

Factores de riesgo

El dolor de cuello es una enfermedad multifactorial. Varios estudios basados en la población han explorado el papel de varios factores de riesgo modificables y no modificables para el dolor de cuello, como la edad avanzada, ser mujer, poco apoyo social y antecedentes de dolor de cuello o espalda baja. Dado que existe una tendencia a que el dolor de cuello se convierta en un problema crónico, es importante identificar los factores de riesgo para permitir la prevención y el diagnóstico precoz. Dado que el dolor de cuello es una enfermedad multifactorial, existen una serie de factores de riesgo que pueden contribuir a su desarrollo. Sin embargo, hay más evidencia de algunos factores de riesgo, como la falta de actividad física, la duración del uso diario de la computadora, el estrés percibido y ser mujer [13]. La identificación de factores protectores o de riesgo, desencadenantes y resultados puede ayudar a guiar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el manejo del dolor de cuello.

Factores psicológicos

La literatura demuestra un vínculo claro entre las variables psicológicas y el dolor de cuello/espalda. Un estudio basado en la Encuesta de Salud Mental de China mostró que la prevalencia del dolor crónico de espalda o cuello entre las personas con cualquier tipo de trastorno mental era más del doble que las personas sin un trastorno mental, con una prevalencia particularmente alta entre las personas con trastornos del estado de ánimo.

Las investigaciones prospectivas han demostrado que las variables psicológicas están relacionadas con el inicio y la gravedad del dolor (es decir, agudo, subagudo y crónico).

Se ha descubierto que el estrés, la angustia, la ansiedad, el estado de ánimo y las emociones, el funcionamiento cognitivo y los comportamientos relacionados con el dolor son factores importantes en el desarrollo del dolor de cuello.



En general, factores como el estrés, la catastrofización del dolor, los síntomas depresivos, la baja calidad del sueño y el consumo de alcohol pueden desempeñar algún papel en el cambio del procesamiento central del dolor en la columna vertebral, el tronco encefálico o los niveles corticales, lo que puede manifestarse como hiperalgesia remota. Sin embargo, se necesitan más investigaciones sobre el papel que tienen estos factores cognitivos, afectivos y de estilo de vida en el procesamiento del dolor central en el dolor de cuello no traumático. Los cuatro dominios psicológicos (es decir, cogniciones, emociones, dominios sociales y conductuales) involucrados en el dolor de cuello se describieron cuidadosamente y se exploraron en profundidad. En primer lugar, existe un componente cognitivo que se compone de actitudes, creencias y cogniciones en relación con el dolor, la discapacidad y la salud percibida. Un segundo tema es la dimensión emocional, en la que la angustia, la ansiedad y la depresión son las variables más importantes. En tercer lugar, existe una dimensión social, donde los problemas familiares y laborales parecen estar relacionados con el dolor de cuello y espalda, aunque los datos son menos convincentes.

Finalmente, también ha surgido un dominio conductual, en el que el llevar la carga, las conductas de dolor y los patrones de actividad son elementos importantes.

Referencia: Kazeminasab, Somaye, et al. "Neck pain: global epidemiology, trends and risk factors." *BMC musculoskeletal disorders* 23.1 (2022): 1-13.