

EVALUACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR CERVICAL FACETARIO

THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CERVICAL FACET PAIN

DR. LYONEL BEAULIEU L. (1) DR. CARLOS VALENZUELA C. (1)

1. Centro de Columna. Departamento de Traumatología y Ortopedia. Clínica Las Condes.

Email: lbealieu@clc.cl

RESUMEN

Se define como dolor cervical facetario el dolor localizado en la región cervical, occipital y/o escapular posterior. Es considerado un cuadro autolimitado y se resuelve típicamente dentro de las primeras seis semanas de evolución. El diagnóstico es principalmente clínico, complementándose con la imagenología cuando evoluciona de forma tórpida, con el fin de objetivar y descartar probables fuentes etiológicas. Dada la característica de ser autolimitado, el manejo conservador es la primera línea de tratamiento (manejo farmacológico asociado a rehabilitación kinésica). Inyecciones espinales, como bloqueos cervicales, son alternativas mínimamente invasivas para el manejo del dolor cervical

Palabras clave: Dolor facetario cervical, dolor cervical, columna cervical.

SUMMARY

Cervical facet pain is defined as pain occurring in the cervical, occipital, or posterior scapular areas but not radiating into the upper extremities. Cervical facet pain typically is considered to be selflimiting and to resolve within 6 weeks. The evaluation of cervical facet pain begins with a focused history and physical examination. Imagine generally should be used

for confirmation of a diagnosis. The treatment begin with conservative management (brief periods of rest, analgesics and rehabilitation). Spinal injections, are minimal invasive options for the management.

Key words: Axial pain, cervical facet pain, cervical spine.

INTRODUCCIÓN

El dolor es definido como "una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada con daño potencial o actual, o descrito en términos de ese daño" (1).

Es de importancia conocer que la cabeza, el cuello, la cintura escapular y las extremidades superiores conforman una unidad funcional en la cual los diferentes componentes dependen los unos de otros. Las múltiples articulaciones y uniones músculo-ligamentosas proporcionan a cada componente una movilidad casi selectiva, a la que contribuye una importante musculatura, que confiere una movilidad muy diferenciada a cada componente.

La región cervical está sometida durante la actividad diaria a importantes requerimientos. De este modo, habrá situaciones de sobrecargas funcionales que, asociadas a los cambios degenerativos, las lesiones y otras afecciones, generarán en forma directa o indirecta episodios de dolor cervical.

El dolor cervical facetario es una de las mayores causas de atención médica. La incidencia de dolor cervical llega a un 66% (2) es, junto con el dolor lumbar, responsable de un sustancial costo económico, incluyendo costos directos como terapias médicas, diagnósticos por imágenes, hospitalizaciones e incluso intervenciones quirúrgicas. Genera también costos indirectos como días laborales perdidos y disminución en la productividad laboral, entre otros.

DEFINICIÓN

Se define como dolor cervical facetario el dolor localizado en la región cervical, occipital y/o escapular posterior, que no se irradia a extremidades superiores en alguna distribución dermatomérica, siendo su etiología el proceso inflamatorio derivado del proceso degenerativo cervical.

Dependiendo de la duración del dolor cervical, éste se puede categorizar según temporalidad. Es así que se define dolor cervical agudo cuando está presente por menos de 4 semanas; subagudo entre 4 a 12 semanas; y crónico cuando su duración es mayor a 12 semanas (3).

El dolor cervical facetario típicamente es considerado un cuadro autolimitado y se resuelve generalmente dentro de las primeras seis semanas de evolución (5). Sin embargo, existe literatura que muestra que la definición de "cuadro autolimitado" también se puede considerar arbitraria. De Palma y colaboradores evaluó la historia natural del dolor cervical no tratado y dio cuenta que un 21% de los pacientes tuvo remisión completa del dolor; 49% tuvo un parcial alivio del dolor; y un 22 % no tuvo alivio de la sintomatología (4).

Fisiopatología del Dolor Cervical Facetario

La etiología del dolor cervical es multifactorial y a menudo difícil de precisar sin embargo, es conocido que los cambios degenerativos pueden ser causal directa o indirecta de este cuadro clínico. Es por esto que toman relevancias algunas características específicas de la región cervical.

El origen del dolor tiene, básicamente, relación con:

- Procesos lesivos de la musculatura cervical, cintura escapular
- Proceso degenerativo discal
- Alteraciones de estructuras de soporte posterior (fundamentalmente facetario) secundarios a procesos degenerativos

En relación al dolor cervical de origen facetario, éste tiene sustrato anatómico en las articulaciones zigoapofisiarias cervicales (estructura de soporte posterior), las cuales son articulaciones sinoviales, que al igual que cualquier otra articulación de estas características, se someten a un proceso degenerativo inexorable, generándose transferencia anómala de las cargas mecánicas a nivel zigoapofisiario en forma secundaria al proceso degenerativo discal. Esto se traduce en movilidad anormal y un proceso degenerativo articular progresivo y sintomático, provocando un proceso inflamatorio facetario. Se activan nociceptores periféricos ubicados en complejo ligamentario posterior y cápsulas articulares, por

estímulos químicos, físicos o inflamatorios (aumento de mediadores inflamatorios interleukinas, factor de crecimiento tumoral, entre otros) (5).

Cuadro clínico y examen físico

Los pilares para la evaluación y el manejo del dolor cervical son la anamnesis y el examen físico del paciente. La finalidad es lograr plantear el diagnóstico etiológico facetario para proponer la alternativa terapéutica adecuada.

En la historia es importante aclarar en primer lugar, el inicio del dolor, si existe algún mecanismo desencadenante inicial, cuáles son las actividades que aumentan o disminuyen la intensidad, características del dolor y duración, son entre otras las características que se deben identificar. Clásicamente el dolor facetario es de predominio matinal asociado a rigidez, que con el paso del tiempo y aumento de la actividad diaria va disminuyendo en intensidad y que característicamente aumenta con las posiciones y actividades en extensión al igual que las rotacionales.

El examen físico debe incluir la inspección de eventuales posiciones anatómicas, alineamiento coronal y sagital, rangos articulares de columna cervical (tanto axial como subaxial). El examen neurológico completo y no sólo de extremidades superiores, ayuda a descartar radiculopatías y/o mielopatías concurrentes que pudiesen existir.

La articulación del hombro debe examinarse de regla, como probable fuente de dolor referido, así como también descartar patologías vasculares como el síndrome del opérculo torácico.

La posibilidad de patología no orgánica también es cierta y se debe sospechar en pacientes con dolor severo a la palpación sin distribución dermatómica, variación de los hallazgos en el examen físico, dolor desproporcionado y expresión sobrexagerada, entre otros.

Estudios de Imágenes

El estudio por imágenes no siempre se realiza debido a la naturaleza autolimitada del dolor cervical facetario. Es de regla obtener, por ejemplo, radiografías de pie AP y lateral neutra en pacientes que llevan más de seis semanas de evolución de dolor cervical.

Cambios degenerativos en las radiografías son hallazgos frecuentes. Es así como el 95% de hombres y el 70% de mujeres asintomáticas, mayores de 65 años, tienen al menos un hallazgo radiológico degenerativo cervical. La degeneración es más frecuente en C5-C6, seguido por C6-C7 y luego C4-C5 (6).

Las radiografías oblicuas se utilizan para la visualización de las articulaciones facetarias y la unión cervicotorácica. Las imágenes dinámicas en flexión y extensión deben ser consideradas para la evaluación de la inestabilidad, mientras que la proyección transoral se usa para visualizar patologías de la articulación Atlantoaxoidea (C1-C2), que puede ser fuente de dolor osteoartrotico.

La Resonancia Magnética (RM) es el estudio por imagen de elección en dolor cervical facetario persistente. Ésta provee una clara visión de estructuras neurales, cuerpos vertebrales, estructuras articulares y tejidos blandos, así como también es capaz de evaluar el estado de degeneración discal (si existe pérdida de altura discal, deshidratación, entre otros). Es de relevancia tener en cuenta la alta tasa de cambios degenerativos en pacientes asintomáticos, por lo que se debe interpretar de manera juiciosa las imágenes obtenidas en las distintas adquisiciones de este estudio. La RM es sensible y específica para diagnosticar osteoartritis facetaria como fuente etiológica de la sintomatología. Los principales hallazgos imagenológicos a nivel facetario incluyen: pérdida del cartilago articular, derrame articular, quistes sinoviales y periartritis facetaria (7).

TRATAMIENTO

El dolor cervical facetario agudo debe inicialmente manejarse con reposo, cese de las actividades generadoras de dolor y un limitado tiempo en relación a uso de medicamentos. Es también necesario considerar tratamiento coadyuvantes, como el uso de terapia física, período de inmovilización con órtesis cervicales y modalidades locales de tratamiento (frío local en las primeras horas de evolución, calor local, masoterapia, ultrasonido, estimulación eléctrica transcutánea, entre otros).

El uso de bloqueos espinales (bloqueos facetarios, bloqueos peridurales, entre otros) deben ser considerados en cuadros de dolor cervical facetario recurrente o crónico, con certeza diagnóstica. La mayoría de las modalidades de tratamiento anteriormente descritas, han tenido múltiples reportes en relación a los efectos que poseen, por lo que su efectividad depende en gran medida de un diagnóstico acucioso en relación a el o los generadores de dolor cervical.

Fármacos

Antiinflamatorios No Esteroidales (AINES), Paracetamol, Tramadol, relajantes musculares, antidepresivos y opioides son utilizados para el tratamiento del dolor axial crónico. En pacientes con dolor cervical crónico, el sólo uso de analgésicos como Paracetamol o Tramadol, en combinación con antidepresivos parecen tener una gran eficacia (8).

Los relajantes musculares pueden ayudar en algunos pacientes, pero existe débil evidencia de su eficacia y los beneficios deben ser comparados con sus potenciales efectos adversos.

El uso prolongado de opioides parece ser seguro sin embargo, posee una modesta eficacia en pacientes con dolor facetario crónico refractario. Éstos poseen reacciones adversas como alteración del comportamiento, del estado de alerta, depresión del sistema nervioso central y alteración motora, entre otras, por lo que su uso indiscriminado y prolongado no parece ser apropiado (9).

Los AINES son los fármacos más utilizados en el dolor cervical agudo y crónico sin irradiación, aunque con reportes de beneficios mixtos en

la literatura. Estos medicamentos deben ser prescritos con precaución debido a la alta prevalencia de patologías cardiovasculares de la población.

Terapia física

Los programas de entrenamiento físico se basan en el acondicionamiento aeróbico y en el fortalecimiento y elongación muscular. Éstos tienen una moderada calidad de evidencia en relación a la disminución del dolor si se compara con el uso de medicamentos y la indicación de reposo (10).

No existe claro beneficio (incluso el nivel de evidencia es débil) para el uso de maniobras de tracción en pacientes con dolor cervical crónico, independiente de su etiología (11).

Terapia alternativa

La acupuntura es, actualmente, la principal corriente de terapia alternativa para el tratamiento del dolor axial crónico. Aún no se comprende, de parte de la medicina occidental, su real base científica sin embargo, se conoce la satisfacción real de muchos pacientes que utilizan esta terapia, que posee baja tasa de incidencia de efectos adversos (12).

Bloqueos cervicales

Los bloqueos cervicales (inyecciones espinales, según la literatura anglosajona) corresponde a un tipo de terapia mínimamente invasiva que provee alivio del dolor en pacientes que no mejoran con las modalidades de tratamiento conservador "no invasivo" (figura 1). Es-

FIGURA 1. BLOQUEO CERVICAL



Foto de Bloqueo Peridural Cervical, Dr. Lyonel Beaulieu L.

tos bloqueos (bloqueos facetarios, bloqueos peridurales y bloqueos foraminales) no intentan ser el tratamiento definitivo sin embargo, su principal objetivo es aliviar la sintomatología por un período de tiempo, por lo que en pacientes con dolor cervical crónico ofrecen una real alternativa para el alivio del dolor, con baja incidencia de reacciones adversas (13).

SÍNTESIS

El dolor cervical de tipo facetario es motivo de consulta frecuente, siendo un cuadro autolimitado la gran mayoría de las veces. El diagnóstico básicamente es clínico, pudiendo ser apoyado por imágenes. El tratamiento es conservador, teniendo como último recurso el uso de los bloqueos cervicales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Merskey H, Bogduk N: IASP Task Force on Taxonomy, Classification of chronic pain . Seattle: IASP Press , 1994, 209- 214.
2. Coté P, Cassidy J, Carroll L: The Saskatchewan Health and Back Pain Survey: The prevalence of neck pain and related disability in Saskatchewan adults. Spine 1998; 23 (15): 1689- 1698.
3. Ahn UN, Ahn UM, Ipsen B et Al: Mechanical neck pain and cervicogenic headache. Neurosurgery 2007 ; 60 (1) : 21- 27.
4. De Palma AF et al: Anterior interbody fusión for severe cervical dis degeneration. Instr Course Lect 1978; 27: 202- 215.
5. Cavanaugh j et al. Pain Generation in Lumbar and Cervical Facet Joints. J Bone Joint Surg Am 2006 ;88A (2) : 63 - 67.
6. Wieser ES, Wang JC: Surgery for neck pain. Neurosurgery 2007; 60 (1, suppl 1) : S51- S56.
7. Boden SD, McCowin PR, Davis DO et al: Abnormal magnetic- resonance scans of the cervical spine in asymptomatic subjects: A prospective investigation. J Bone Joint Surg Am 1990 ; 72 (8): 1178- 1184.
8. Malanga G, Wolff E: Evidence- informed management of chronic low back pain with nonsteroidal antiinflammatory drugs, muscle relaxants and simple analgesics. Spine J 2008 ; 8(1) : 173- 184.
9. Schofferman J, Mazanec D: Evidence- informed management of chronic low back pain with opioid analgesics. Spine J 2008; 8(1): 185- 194.
10. Chiu TT, Hui-Chan CW, Chein G: A randomized clinical trial of TENS and exercise for patients with chronic neck pain. Clin Rehabil 2005 ; 19 (8): 850- 860.
11. Graham N, Gross AR, Glodsmith C: Mechanical traction for mechanical neck disorders: A systematic review. J rehabil Med 2006; 38 (3): 145- 152
12. Kelly RB: Acupuncture for pain. Am Fam Physician 2009; 80 (5): 481- 484.
13. Carragee EJ, Hurwitz EI, Cheng I et al: Treatment of Neck Pain: Injections and surgical interventions . Results of the Bone and Joint DEcade 2000- 2010. Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine 2010; 33 (4, Suppl): S153- S169

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.