

Dolor y rigidez cervical. A propósito de un caso

R. Cabral^a, E. Clemente^b, F. Vicente^c, A. Cabanillas^d, M.I. Ibáñez^e y S. Serrablo^e

^aCentro de Salud Alpes-Las Rosas. Área 4 de Atención Primaria. Madrid. España.

^bCentro de Salud Canillejas. Área 4 de Atención Primaria. Madrid. España.

^cESAD Área 7. Madrid. España.

^dCentro de Salud de Guadalupe. Cáceres. España.

^eCentro de Salud Doctor Cirajas. Área 4 de Atención Primaria. Madrid. España.

El dolor cervical es uno de los problemas reumatológicos que con más frecuencia motivan consulta en Atención Primaria. A menudo se debe a procesos autolimitados benignos que con una correcta historia clínica y exploración no precisan de pruebas complementarias para su diagnóstico.

Exponemos el caso de una paciente con cervicalgia crónica y rigidez cervical. La relevancia del caso viene dada por el descubrimiento radiológico de un defecto congénito que, aunque infrecuente, es importante por poder presentarse como un simple hallazgo radiológico, o acompañarse de severas anomalías que comprometen la vida.

Palabras clave: cervicalgia, rigidez cervical, Atención Primaria, síndrome de Klippel-Feil.

Neck pain is one of the rheumatological problems most frequently consulted for in Primary Health Care. It is often due to self-limited benign processes that would not require complementary tests for their diagnosis if there is a correct clinical history and examination.

We present the clinical case of a female patient with chronic neck pain and limited cervical motion. This case is important because of the radiological discovery of a congenital defect which, although rare, is important as it can be found as a simple radiological finding or accompanied by severe life-threatening anomalies.

Key words: neck pain, limited cervical mobility, Primary Health Care, Klippel-Feil syndrome.

INTRODUCCIÓN

La cervicalgia es el dolor en la región posterior del cuello que puede incluir la musculatura paravertebral cervical uni o bilateralmente¹. Se estima que más de la mitad de la población general padece dolor cervical y que la tercera parte de los pacientes que consultan por cervicalgia presentan síntomas de duración superior a 6 meses, o el cuadro es de carácter recidivante².

Los problemas mecánicos como los traumatismos y la patología degenerativa son las causas más frecuentes de dolor cervical. No obstante, el diagnóstico es muy amplio e incluye patología inflamatoria, neoplásica, infecciosa y los dolores referidos³. Clasificamos el dolor cervical según diversos criterios (tabla 1).

Correspondencia: R. Cabral Rodríguez.

Centro de Salud Alpes-Las Rosas.

C/ Suecia 62.

28022 Madrid.

Correo electrónico: rcabralr@hotmail.com

Recibido el 17-06-2007; aceptado para su publicación el 13-09-2007.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 64 años, ama de casa, que consulta por cervicalgia de varios meses de duración, sin traumatismo previo. No tiene antecedentes patológicos familiares ni personales de interés, excepto menopausia a los 46 años y dolor cervical recurrente por el que hace más de 15 años le diagnosticaron "artrosis".

El dolor es de características mecánicas y no se irradia; mejora con el reposo y no limita su actividad diaria. Refiere episodios similares desde hace años, que ocasionalmente se acompañan de vértigo y siempre ha tenido dificultad para girar la cabeza, incluso en la infancia. No presenta fiebre, afectación del estado general, astenia ni pérdida de peso. En la exploración observamos que tiene un cuello corto. La palpación de la musculatura paravertebral cervical es dolorosa y la exploración neurológica es normal. La flexión del cuello está dentro de rango normal. La rotación lateral con la cabeza en flexión no alcanza los 30°, lo que sugiere alteración al nivel de C₁-C₂. La rotación lateral con la cabeza erguida para explorar C₂-C₄ es menor de 50°, lo cual indica afectación a dicho nivel. Con la paciente en decúbito realizamos la maniobra de rigidez de nuca y objetivamos limitación de la movilidad cervical.

Tabla 1. Clasificación de la cervicalgia**En relación con las características del dolor**

Mecánica	Inflamatoria
Aparece durante el día	Aparece por la noche
Aumenta con la actividad	Despierta aun sin cambiar de postura
Mejora con el reposo	Rigidez matutina prolongada (más de 30 minutos)
Rigidez matutina menor de 30 minutos de duración	

Según su duración

Aguda	Subaguda	Crónica
< 7 días	> 7 días y < 7 semanas	> 12 semanas ó 3 meses

Según su origen

Alteraciones osteomusculares: tortícolis, artrosis (más frecuente C₄-C₅-C₆), espondilitis anquilosante, entesopatías, discopatía
 Posttraumatismo: esguince cervical, fractura, luxación
 Alteraciones neurológicas: radiculopatía, mielopatía, neuralgia
 Enfermedades óseas: artritis reumatoide, polimialgia reumática, enfermedad de Paget, osteomalacia, osteoporosis
 Infecciones: faríngeas, osteomielitis, meningitis
 Neoplasias (primarias o metastásicas)
 Déficits congénitos: enfermedad de Klippel-Feil, malformación de Arnold-Chiari, siringomielia
 Otros: fibromialgia, síndrome psicógeno

Con la sospecha de patología atlantoaxoidea se solicita radiografía cervical, apreciándose en la proyección lateral (fig. 1) fusión de las articulaciones interapofisarias posteriores y bloque C₂-C₄, con lo que se establece la sospecha diagnóstica de síndrome de Klippel-Feil. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC), donde se describe fusión occipito-atlantoidea, fusión de los cuerpos vertebrales y de los elementos posteriores de C₂, C₃ y C₄, atrofia de los discos intervertebrales y disminución del diámetro anteroposterior de los cuerpos vertebrales. Ante los hallazgos de la TAC se recomienda realizar una resonancia magnética (RM) para estudiar el canal medular. En la RM (fig. 2) se observa acentuación de la lordosis en los niveles C₂ - C₃ - C₄ asociada a fusión parcial de dichos cuerpos vertebrales con hipoplasia relativa de los mismos; se excluyen compromisos mecánicos extrínsecos sobre la unión bulbomedular o cordón medular. La RM confirma la existencia de síndrome de Klippel-Feil tipo 2 sin compromiso neurológico.

DISCUSIÓN

La causa más frecuente de cervicalgia es la sobrecarga mecánica de las estructuras cervicales⁴, siendo un proceso autolimitado de origen benigno que habitualmente no precisa de estudios complementarios.

Es fundamental llevar a cabo una anamnesis que recoja los antecedentes personales y traumáticos, infecciones recientes, enfermedades sistémicas, la actividad laboral, los hábitos posturales y la capacidad funcional. Hay que investigar las características del dolor cervical y la presencia o no de síntomas de alarma.

Realizar un examen clínico riguroso y sistemático que valore el balance articular, los puntos sensibles mediante la

**Figura 1.** Radiografía lateral de columna cervical con sinostosis en C2-C3-C4.**Figura 2.** Resonancia magnética que muestra hipoplasia y fusión parcial de los cuerpos vertebrales C2, C3 y C4.

palpación y la exploración neurológica nos puede ayudar a detectar la estructura en la que se produce el dolor. La valoración articular del raquis cervical determina la existencia o no de restricción de la movilidad. Esta limitación expresa una disfunción de las estructuras cervicales bien de origen musculoesquelético, bien articular⁴, y como ocurre en el caso expuesto la afectación predominante de las rotaciones nos debe hacer sospechar de afectación atlantoaxoidea³.

Los estudios radiológicos nos ayudan confirmando o descartando otras patologías mayores como fracturas o tumores cuando existen dudas diagnósticas⁵. La RM es un instrumento fundamental para el diagnóstico en el dolor cervical, identifica la compresión radicular o medular. Destaca su utilidad para identificar situaciones graves como la malformación de Arnold-Chiari, la sirringomielia, las infecciones o los tumores vertebrales o espinales⁴.

Sin embargo, la correlación entre la severidad radiológica y la presencia e intensidad de los síntomas no es muy alta. El examen radiológico, TAC y RM interpretados fuera del contexto clínico, pueden confundirnos con frecuencia, por ello es fundamental realizar una completa anamnesis y exploración.

Con demasiada frecuencia se comete la imprudencia de confiar la interpretación a partir sólo del examen radiológico y, en los últimos años, de otras técnicas de diagnóstico por la imagen. Con ello se olvidan tres hechos incuestionables: el origen del dolor puede ser extravertebral, hay trastornos de la columna que no se detectan en las imágenes radiológicas y hay alteraciones radiológicas que son asintomáticas⁶.

Nuestra paciente presenta dolor cervical crónico de carácter mecánico con limitación severa en la movilidad cervical, que junto con la rigidez detectada en la exploración aconsejan practicar estudio radiológico, mediante el que establecemos el diagnóstico de probable síndrome de Klippel-Feil. En el caso expuesto estamos obligados a realizar el estudio de RM para descartar mielopatía. Sin embargo, la inmensa mayoría de los dolores raquídeos no irradiados son de causa desconocida y de carácter benigno, y el estudio radiológico no explica la causa del dolor¹.

El síndrome de Klippel-Feil fue descrito por primera vez por Maurice Klippel y Andre Feil en 1912⁷. La malformación de Klippel-Feil es una sinostosis congénita de las vértebras cervicales por un fallo de segmentación entre la tercera y octava semanas de embriogénesis. La mayoría son casos aislados e idiopáticos⁸. Ocurre en 1 de cada 42.000 nacimientos, y en el 60% de los casos son mujeres⁷.

Las manifestaciones anatómicas y clínicas de este síndrome varían mucho, desde cuadros leves hasta grave discapacidad⁹.

La tríada clínica característica aparece en menos del 50% de los casos y consiste en cuello corto, implantación baja del cabello en la región occipital y movilidad cervical limitada. En su forma más frecuente tan sólo dos o tres

vértebras aparecen fundidas; otras veces es toda la columna cervical la que se une formando un bloque¹⁰. Se han descrito tres tipos de síndrome de Klippel-Feil:

- 1) Tipo 1: fusión cervical espinal en la que elementos de muchas vértebras son incorporados en un único bloque.
- 2) Tipo 2: fusión cervical espinal en la que hay falta de segmentación completa de sólo uno o dos niveles cervicales y puede incluir fusión occipito-atlantoidea.
- 3) Tipo 3: tipo 1 o tipo 2 con coexistencia de errores en la segmentación en la columna dorsal baja o lumbar¹¹.

El diagnóstico del síndrome de Klippel-Feil es radiológico. Con frecuencia se trata de hallazgos radiológicos, pero a veces se asocian a otros trastornos disráficos como la sirringomielia, la espina bifida o la malformación de Arnold Chiari¹⁰. El síndrome de Klippel-Feil suele asociarse a otras anomalías como escoliosis (60%), malformaciones renales (35%), sordera (30%), deformidad de Sprengel (30%), sincinesias (20%) y anomalías cardíacas (14%)¹². Se relaciona tanto con secuelas neurológicas espontáneas y progresivas como con predisposición para lesiones neurológicas graves tras pequeños traumatismos del cuello¹³. El tratamiento incluye la detección y el manejo de las anomalías coexistentes, así como la prevención de inestabilidad cervical o artropatía degenerativa futuras⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Humbría Mendiola A. Dolor raquídeo. En: Ferreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. 15th ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 1061-2.
2. Viljanen M, Malmivaara A, Uitti J, Rinne M, Palmroos P, Laipputa P. Effectiveness of dynamic muscle training, relaxation training, or ordinary activity for chronic neck pain: randomised controlled trial. *BMJ*. 2003;327:475-7.
3. Pérez García C, Pros A, Bordas JM. Patología de la columna cervical y dorsal. *FMC*. 1998;5:37-47.
4. Climent JM. Cervicobraquialgias. *FMC*. 2003;10:150-8.
5. Swagerty D, Hellinger D. Radiographic assesment of osteoarthritis. *Am Fam Physician*. 2001;64:279-86.
6. Roig Escofet D. Dolor de espalda y de cuello. En: Rodés Teixidor J, Guardia Massó J, editores. Medicina Interna. 1st ed. Barcelona: Masson; 1997. p. 119-26.
7. Lagravere MO, Barriga MI, Valdizan C, Saldarriaga A, Pardo JF, Flores M. The Klippel-Feil syndrome: a case report. *J Can Dent Assoc*. 2004;70:685-8.
8. Bernal Sánchez-Arjona M, Palomino A. Iconografía inusual en el síndrome de Klippel-Feil. *Neurología*. 2002;17:383.
9. McBride WZ. Klippel-Feil syndrome. *Am Fam Physician*. 1992;45:633-5.
10. Alfaro Giner A. Anomalías del desarrollo del sistema nervioso central. En: Ferreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. 15th ed. Madrid: Elsevier; 2004. p. 1506-15.
11. Vaidyanathan S, Hughes PL, Soni BM, Singh G, Sett P. Klippel-Feil syndrome - the risk of cervical spinal cord injury: a case report. *BMC Fam Pract*. 2002;3:6. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/3/6>.
12. Austrich Senosian E, Téllez Zenteno JF, García Ramos G, Corona R. Síndrome de Klippel-Feil. Imágenes por tomografía en tercera dimensión. *Gac Med Mex*. 2001;137:609-12.
13. Smith BA, Griffin C. Klippel-Feil syndrome. *Ann Emerg Med*. 1992;21:876-9.