

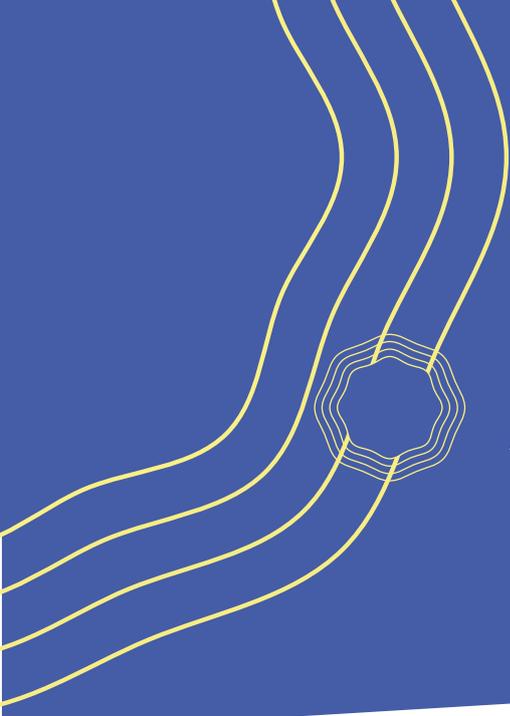
CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN DOLOR

Claudicación por estenosis de canal lumbar Cervicalgia



Avalado por





AUTORES

ANTONIO MONTES PÉREZ

Jefe de Unidad del Dolor.
Hospital del Mar (Barcelona)

FRANCISCA MARTÍNEZ RIVAS

Médico de familia en
Centro de Salud La Rambla,
Área de Gestión Sanitaria Sur de
Córdoba (Córdoba)

B. VANESSA DÉNIZ SAAVEDRA

MFYC. Facultativo IIPP.
Miembro del GT dolor
y paliativos de Semergen

Este texto presenta la información fiel y honesta proporcionada por el autor, respetando los derechos de propiedad intelectual. Ferrer únicamente publica y difunde estos contenidos

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2024 Ipatia Medical S.L.

ISBN: ?????



Presentación

Esta guía, avalada por SEMERGEN, ha sido diseñada para proporcionar a los médicos de Atención Primaria (AP) las herramientas necesarias para una **derivación adecuada** de los pacientes con algunos de los cuadros de dolor más habituales a los especialistas. En ella, se detalla la **información esencial**, junto a las **pruebas funcionales** requeridas, que permiten optimizar el proceso de referencia y facilitar el regreso del paciente al médico de AP para su **seguimiento y control** más eficaz.

Gracias al apoyo de **laboratorios Ferrer**, ha sido posible la elaboración de esta valiosa guía, que incluye los siguientes temas:

- Lumbalgia aguda con radiculalgía
- Lumbalgia aguda sin radiculalgía
- Claudicación por estenosis de canal lumbar
- Cervicalgia
- Gonalgia crónica

En esta primera entrega, el foco estará en la **lumbalgia**, proporcionando un recurso esencial para el manejo de esta patología en el ámbito de la Atención Primaria.

Claudicación por estenosis de canal lumbar

DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

La estenosis de canal lumbar (ECL) es un estrechamiento del espacio por donde pasan las raíces nerviosas a nivel lumbar. En la mayoría de los casos, su origen es degenerativo y provoca compresión de los forámenes raquídeos de los nervios lumbares, lo que genera los siguientes síntomas:

- Dolor lumbar persistente con irradiación a glúteos o a las piernas durante la marcha y que cede al descansar.
- En algunos casos, la claudicación puede ser sensitiva, con hormigueos y falta de sensibilidad en zonas de las piernas.

En casos avanzados, puede acompañarse de incontinencia de esfínteres e impotencia en los varones. La estenosis de canal lumbar degenerativa puede persistir durante décadas sin ningún síntoma, pero a menudo se precisa para su tratamiento una intervención quirúrgica para su resolución.

La ECL se define como cualquier estrechamiento del canal espinal o de los forámenes intervertebrales. Según la causa de la estenosis se puede clasificar en congénito o adquirido, o en función de su localización en central, foraminal o lateral. La estenosis central ocurre cuando el canal espinal y el saco dural están afectados, la estenosis foraminal cuando los agujeros inter-

vertebrales están afectados, y la estenosis lateral cuando los recesos laterales son los afectados. La ECL adquirida se asocia con el envejecimiento y con los procesos degenerativos de la columna vertebral.

La claudicación neurógena intermitente es la presentación más común, se manifiesta habitualmente con dolor lumbar, dolor en las extremidades inferiores y sensación de debilidad o pérdida de fuerza en las mismas, dificultando o imposibilitando la deambulacion. El diagnóstico diferencial se ha de realizar con la claudicación de origen vascular, pero en estos pacientes los pulsos periféricos pueden estar disminuidos o abolidos, y el dolor en las piernas suele ser más intenso que el dolor lumbar. El dolor desaparece con el decúbito y en sedestación, y también con la flexión lumbar (por ejemplo, al usar una bicicleta o empujando el carro de la compra), ya que la extensión lumbar ayuda al cierre del canal espinal.

EPIDEMIOLOGÍA

En un estudio realizado en Japón su prevalencia en personas de 40 a 49 años, se estimó en 1,7% en mujeres y 2,2% en hombres, y entre los 70 y 79 años fue del 11,2% y 10,3% respectivamente⁽¹⁾.

APROXIMACIÓN AL PACIENTE CON ECL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

No existen unos criterios ampliamente aceptados para el diagnóstico de ECL, pero la presencia de un estrechamiento de las estructuras neurales espinales es un requisito. La confirmación se realiza por la evaluación clínica y el examen físico.

La clínica debe ser congruente con dolor lumbar y en extremidades inferiores que aparece con la bipedestación y al caminar, mejorando o desapareciendo con la flexión lumbar y la sedestación. Las imágenes radiológicas suelen mostrar protusiones discales, pérdida de altura de los discos, artropatía facetaria, osteofitos e hipertrofia del ligamento amarillo, todo ello favoreciendo el estrechamiento del canal espinal.

La claudicación neurógena se produce como resultado de la isquemia (debido a la congestión y disminución del flujo sanguíneo arterial) o compresión mecánica de las raíces nerviosas. Caminar agrava los síntomas, pues se produce un incremento en la demanda de oxígeno de las raíces nerviosas espinales⁽²⁾. El estrechamiento del canal espinal también podría verse incrementando por el desplazamiento de un cuerpo vertebral hacia delante o hacia atrás, en relación con el cuerpo vertebral adyacente, es lo que se define como espondilolistesis.

La clasificación de la espondilolistesis se basa en el grado de desplazamiento de un cuerpo vertebral hacia delante o hacia atrás en relación con el cuerpo vertebral adyacente. El grado 1 tiene un desplazamiento <25%, el grado 2 del 25–50%, el grado 3 del 50–75%, el grado 4 del 75–100%, y el grado 5 (espondiloptosis) es >100% (Fig. 1)⁽³⁾.

La prueba de imagen inicial es la radiología simple. Permite evaluar pérdida de altura discal, alineación vertebral y osteofitos. Si se realiza en flexión o extensión dinámica permite valorar la existencia de inestabilidad espinal. También la

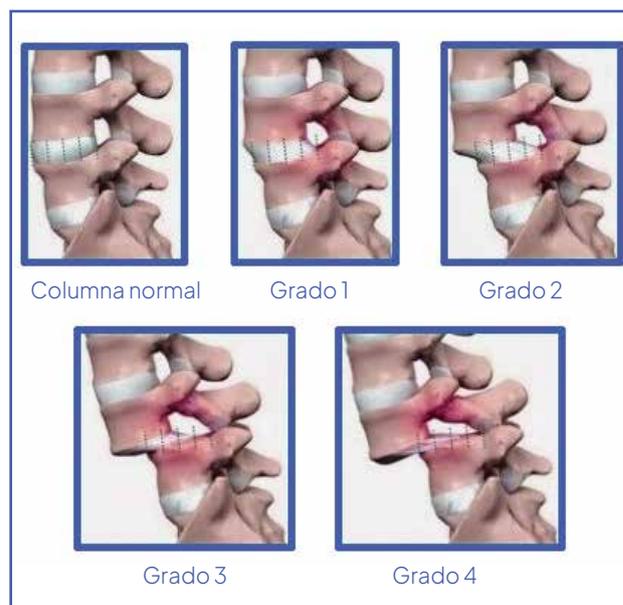


FIGURA 1. Grados de espondilolistesis.

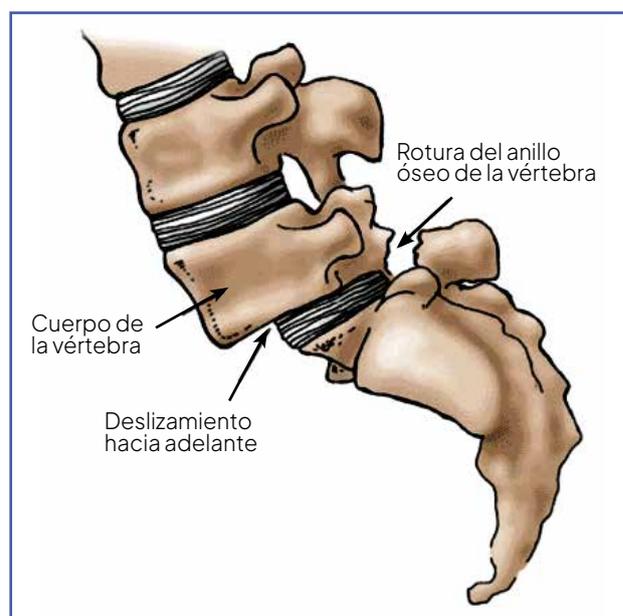


FIGURA 2. Espondilolistesis ístmica.

visualización del “Scotty Dog” permite apreciar defectos interarticulares con el objetivo de diferenciar entre una espondilolistesis ístmica o degenerativa (Fig. 2).

La radiología simple, sin embargo, tiene una capacidad muy limitada para evaluar tejidos blandos, discos y nervios, por lo que no es una

TABLA I. SIGNOS DE ALARMA O “RED FLAGS” EN LA LUMBALGIA

Edad >55 o <20
Sospecha de infección: Fiebre, inmunosupresión, procesos infecciosos concomitantes, uso de drogas por vía parenteral.
Sospecha de enfermedad inflamatoria: Dolor con ritmo inflamatorio de predominio nocturno, inicio gradual antes de los 40 años, rigidez matinal, limitación de la movilidad lumbar, afectación inflamatoria de articulaciones periféricas, historia familiar o presencia de uveítis, iritis, psoriasis, colitis o uretritis.
Sospecha de neoplasia: Síndrome tóxico, antecedente de proceso neoplasia previo, inmunosupresión.
Déficit motor significativo o progresivo: Identificación precoz de pacientes con afectación nerviosa grave o con síndrome de cola de caballo, caracterizado por disfunción de la vejiga urinaria (retención o incontinencia súbita), pérdida de tono del esfínter anal o incontinencia, anestesia perianal o debilidad global y progresiva de extremidades.

TABLA II. ADECUACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SEGÚN TIPOS DE LUMBALGIA

	Pruebas de diagnóstico por la imagen priorizadas
Lumbalgia no complicada. No signos de alerta	Ninguna prueba
Lumbalgia asociada a trauma menor, osteoporosis, edad > 70 años	RX simple RM o TC
Lumbalgia asociada a sospecha de cáncer, infección o inmunosupresión	RM
Lumbalgia asociada a radiculopatía	RM
Lumbalgia asociada a cirugía previa de la columna lumbar	RX simple RM
Lumbalgia asociada a síndrome de la cola de caballo	RM
Lumbalgia de curso crónico simple (> 6 semanas a pesar de tratamiento conservador, sin sospecha de infección o neoplasia)	RX simple RM

prueba para realizar el diagnóstico de ECL. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) si bien puede diagnosticar la estenosis espinal no detecta de forma sensible la estenosis radicular.

La Resonancia Magnética (RM) tiene una gran sensibilidad para diagnosticar estenosis espinal y radicular y para valorar tejidos blandos. Aunque

no existe un consenso generalizado, se considera estenosis espinal un diámetro medio sagital espinal del saco dural <10 mm, y el foramen neural se considera estenótico si su diámetro antero-posterior es <3 mm.

A partir de los datos de la visita se decidirá el especialista a quien derivar:

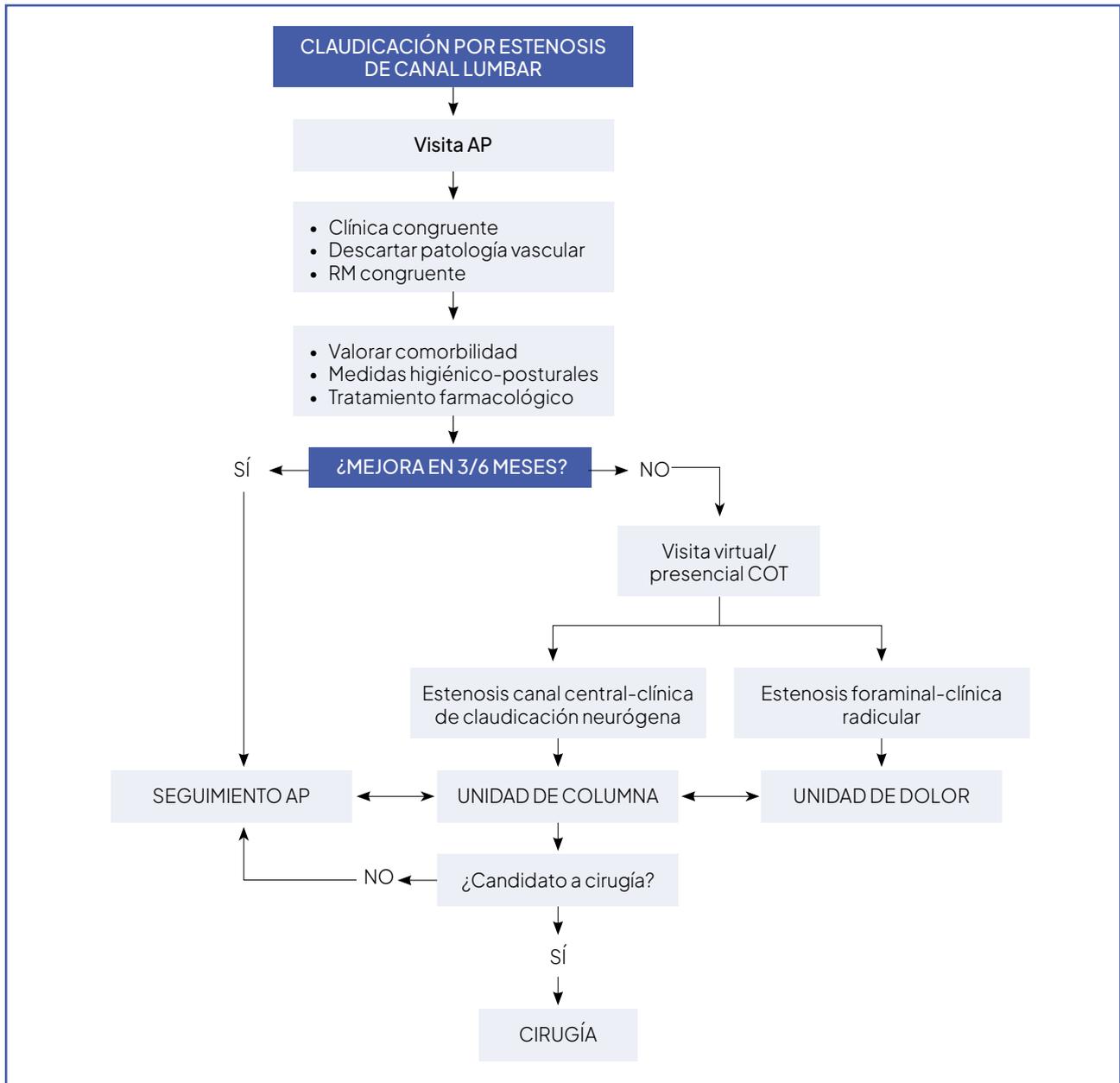


FIGURA 3. Ruta asistencial del paciente con "Claudicación por Estenosis de Canal Lumbar".

• **COT o "Unidad Funcional de Columna Vertebral" (UFCV):**

- Estenosis de canal lumbar con claudicación neurógena: derivar con RM lumbar.
- Dorso - Lumbalgia crónica con "red flags"/ Tabla I: valorar derivar a urgencias de COT o visita urgente a la UFCV para ver en una semana como máximo.

- Síndrome constitucional añadido.
- Pérdida de fuerza o inestabilidad en extremidades inferiores.
- Visitas repetidas a Urgencias en los últimos 3 meses.

• **Unidad del Dolor:**

- La derivación por sospecha de ECL sólo se realizará en casos de estenosis unisegmen-

taria y foraminal, en pacientes con escasas comorbilidades. Debe existir una RM lumbar reciente relacionada con el episodio actual, habiéndose agotado las medidas farmacológicas. Los estudios recientes muestran que en casos de ECL multisegmentaria las infiltraciones epidurales translaminares, foraminales o caudales, obtienen un escaso grado de mejoría del dolor y de la funcionalidad tanto a corto como a medio plazo⁽⁴⁾.

- Tratamiento Farmacológico:

- Debe prescribirse siguiendo un esquema analgésico escalonado, en función de la intensidad del dolor. Requiere un abordaje multimodal e individualizado que precisa combinar fármacos que actúen por distintos mecanismos.
- El analgésico de elección es paracetamol oral 1 g cada 8 horas (o cada 6 horas si es necesario; dosis máxima: 4 g/día).
- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) por vía oral son útiles si existe un componente inflamatorio. La dosis y duración de tratamiento han de ser los menores posibles, valorando la relación beneficio/riesgo, fundamentalmente en pacientes de edad avanzada o con otros factores de riesgo (gastrointestinal, cardiovascular, renal).
- Paracetamol puede asociarse a un AINE y a otros analgésicos. No se recomienda asociar dos AINE (incluyendo como tal a Metamizol).
- En casos de dolor intenso, el tratamiento de elección es paracetamol más un opioide débil, como tramadol.

- El uso de opioides fuertes (morfina, tapentadol, oxicodona, fentanilo e hidromorfona) deben reservarse sólo para situaciones de dolor intenso en las que los tratamientos anteriores no hayan resultado efectivos. Antes de iniciar un tratamiento con opioides fuertes se recomienda realizar una valoración del riesgo potencial de abuso, estabilizar trastornos psiquiátricos y retirar las benzodiazepinas y otros depresores del SNC. En caso de precisar opioides fuertes (morfina, fentanilo ...) para un dolor intenso, debe realizarse un seguimiento estricto sin sobrepasar dosis equivalentes a 90 mg de morfina/día y retirarlos en casos de ineficacia.

En la tabla II, se presenta un cuadro resumen de la adecuación de las distintas pruebas diagnósticas según el tipo de lumbalgia. Este cuadro está extraído del documento "Lumbalgia crónica: utilización apropiada de las pruebas de diagnóstico por la imagen" CT16/2010, elaborado por la Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud (AIAQS).

BIBLIOGRAFÍA

1. Yabuki S, Otani K, Sekiguchi M, et al. Prevalence of lumbar spinal stenosis, using the diagnostic support tool, and correlated factors in Japan: A population based study. *J Orthop Sci* 2013;18(6):893-900.
2. Foris LA, Dulebohn SC. *Spinal Stenosis and Neurogenic Claudication*. Florida: StatPearls Publishing; 2018.
3. Burton MR, Mesfin FB. *Isthmic Spondylolisthesis*. Florida: StatPearls Publishing; 2019.
4. Friedly JL, Comstock BA, Turner JA, et al. A randomized trial of epidural glucocorticoid injections for spinal stenosis. *N Engl J Med* 2014;371(1):11-2.

Cervicalgia

DEFINICIÓN DE LA PATOLOGÍA

La cervicalgia es el dolor localizado en la región cervical de la columna vertebral. Es una condición común que puede afectar a personas de todas las edades y puede tener múltiples etiologías. Este capítulo aborda la base anatómica de la columna cervical, las funciones de sus estructuras, los cuadros clínicos dolorosos más frecuentes, el árbol de decisión clínica diagnóstica, posibles tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, así como otros aspectos relevantes para el manejo integral de la cervicalgia.

Anatomía de la columna cervical

La columna cervical consta de siete vértebras (Fig. 1) (C1–C7). Estas vértebras tienen características únicas que permiten una gran movilidad y soportan el peso de la cabeza.

- **Vértebras C1 y C2 (Atlas y Axis):** Permiten el movimiento de la cabeza, el atlas (C1) soporta el cráneo y el axis (C2) permite la rotación gracias a la articulación atlantoaxial.
- **Vértebras C3–C7:** Tienen cuerpos vertebrales más pequeños y apófisis o procesos espinosos bifurcados.

Funciones de las estructuras cervicales

- **Discos intervertebrales.** Actúan como amortiguadores entre las vértebras, permitiendo flexibilidad y absorbiendo impactos. Cada disco tiene un núcleo pulposo gelatinoso rodeado por un anillo fibroso.
- **Ligamentos:**
 - Ligamento longitudinal anterior: recubre la parte frontal de las vértebras y discos intervertebrales, limitando la extensión excesiva de la columna.
 - Ligamento longitudinal posterior: cubre la parte posterior de las vértebras y discos, ayudando a prevenir la hiperflexión.
 - Ligamentos amarillos: conectan las láminas de las vértebras adyacentes, proporcionan elasticidad y ayudan en el retorno a la posición erguida.
 - Ligamentos interespinosos y supraespinosos: conectan las apófisis espinosas, ayudando a mantener la alineación y estabilidad de la columna.
- **Músculos.** Soportan y permiten los movimientos del cuello y la cabeza. Los músculos profundos (como los escalenos y el músculo largo del cuello) son cruciales para la estabilidad, mientras que los músculos superficiales

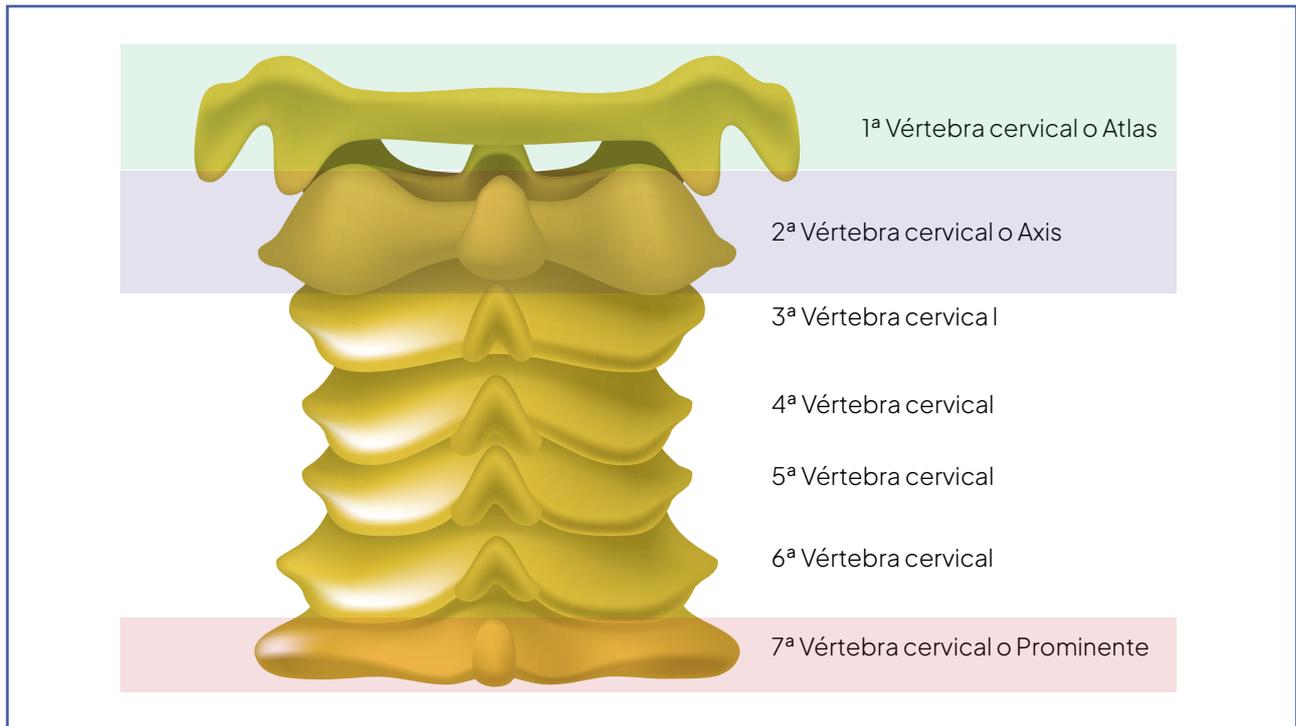


FIGURA 1.

(como el esternocleidomastoideo y el trapecio) facilitan el movimiento.

- **Nervios:** La médula espinal pasa por el canal vertebral y se extiende hasta aproximadamente la primera o segunda vértebra lumbar. Los nervios espinales cervicales (C1 a C8) emergen de la médula espinal y se distribuyen a diversas partes del cuerpo, controlando la sensibilidad y el movimiento de los miembros superiores, cuello y parte superior del tronco.

2. Hernia discales: Protrusión del disco intervertebral que puede comprimir raíces nerviosas.
3. Artrosis cervical: Degeneración de las articulaciones facetarias.
4. Síndrome cervicobraquial: Dolor que se irradia desde el cuello hacia el brazo, que se produce por irritación o alteración de las raíces nerviosas que conforman el plexo braquial.
5. Síndrome miofascial: Dolor debido a tensión muscular crónica (Fig. 2).

CUADROS CLÍNICOS DOLOROSOS MÁS FRECUENTES

Las patologías más frecuentes que nos encontramos más frecuentemente en Atención Primaria, con una frecuencia mayor del 80% son las de origen mecánico, sin embargo, hay que tener en cuenta las siguientes:

1. Cervicalgia mecánica: Dolor debido a la tensión muscular, desgarros o esguinces.

APROXIMACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Evaluación Inicial

Historia clínica y exploración física, donde indagaremos acerca de las características del dolor, siguiendo el acrónimo ALICIA.

Aparición: brusco o no, tras traumatismo o no.

Localización: el paciente deberá localizar dónde se encuentra el dolor, si ello es posible



FIGURA 2.

Irradiación: si existe o no. Es adecuado también recordar que hay que explorar los puntos gatillo de dolor miofascial que se encuentran localizados en región cervical o que pueden irradiar hacia esta zona, bien los que se localizan en occipucio y en la parte superior del tronco.

Características del dolor: para poder discriminar componente neuropático, osteomuscular (mécánico o inflamatorio) o ambos.

Intensidad: intentaremos que nos diga cuánto le duele, utilizando escalas para en consultas

posteriores, valorar la evolución y eficacia del tratamiento analgésico.

Analgesia: saber si hay algo que alivie o empeore el dolor, bien sea posición, maniobras de valsalva, el ejercicio, el reposo, el estrés.

Esta evaluación deberá ser periódica si el dolor no se resuelve en las primeras semanas, y pasa de ser un dolor agudo y protector, a un dolor crónico que puede llegar a convertirse en una enfermedad por sí misma.

De la misma manera, hay que explorar otras esferas en la consulta, como son: las expectativas del paciente con respecto a la duración del proceso, la eficacia de los analgésicos, las limitaciones que tiene y si se resolverán o no, las dificultades que ello le supone, si además hay que iniciar un proceso de incapacitación temporal y cuánto deberá durar, cuál es su estado anímico, cuál es su situación familiar, personal. En caso de los procesos dolorosos, suelen estar acompañados de un gran sufrimiento que pueden agravar e incapacitar más que el propio proceso en sí causante del dolor

Evaluar signos de alarma

Es el listado de síntomas o signos que debemos tener en cuenta porque el pronóstico del proceso puede cambiar de forma radical (Tabla I).

Indicaciones para realizar una prueba de imagen en una cervicalgia

En el manejo de la cervicalgia, la realización de pruebas de imagen no siempre es necesaria. Sin embargo, hay ciertas situaciones en las que estas pruebas son cruciales para identificar posibles causas subyacentes graves. A continuación, se detallan las indicaciones para realizar una prueba de imagen en pacientes con cervicalgia:

1. Presencia de señales de alarma

TABLA I. SIGNOS DE ALARMA Y SIGNIFICADOS EN CERVICALGIA

SÍNTOMAS O HALLAZGOS	SIGNIFICADO CLÍNICO
Fiebre	Sugestivo de infección
Antecedentes adicción a drogas via parenteral (ADVP)	Sospecha de infección en el disco o vertebral
Inmunosupresión	Sospecha de infección
Uso crónico de glucocorticoides	Sospecha de infección o compresión médula espinal
Pérdida de peso inexplicable	Sugestivo de malignidad
Antecedentes de procesos oncológicos	Sospecha de enfermedad metastásica
Cefalea, dolor de hombros o síntomas visuales en pacientes anciano	Sugestivo de enfermedad reumáticas (polimialgia reumática o arteritis de células gigantes)
Dolor cervical previo y/o asociado a dolor torácico	Sugestivo de enfermedad no cervical (como una angina o isquemia cardíaca)

- Déficit neurológico: Debilidad, pérdida de sensibilidad o reflejos anormales en las extremidades.
 - Dolor incontrolable: Dolor intenso que no responde a tratamientos conservadores.
 - Síntomas sistémicos: Fiebre alta, pérdida de peso inexplicada o malestar general que sugiere una posible infección o cáncer.
 - Incontinencia urinaria o fecal: Pérdida del control de los esfínteres, que puede indicar compresión de la médula espinal.
2. Historia de trauma:
 - Accidentes recientes: Lesiones por caídas, accidentes de tráfico u otros traumas significativos que podrían haber causado fracturas o lesiones graves en la columna cervical.
 3. Dolor Persistente o Progresivo:
 - Dolor que no mejora: Cervicalgia que persiste o empeora a pesar de un tratamiento conservador adecuado durante un período razonable (generalmente 6–8 semanas).
 4. Historia de cáncer:
 - Metástasis sospechada: Pacientes con antecedentes personales de cáncer, especialmente tipos que comúnmente metastatizan a los huesos, como el cáncer de mama, pulmón o próstata.
 5. Anomalías clínicas:
 - Deformidades: Presencia de una deformidad visible o palpable en el cuello.
 - Dolor nocturno: Dolor que despierta al paciente por la noche y que no se alivia con cambios posturales.
- En función de nuestra sospecha diagnóstica, solicitaremos una u otra prueba. Bien es cierto, que desde Atención Primaria, muchas de estas pruebas no son accesibles y habrá que derivar a otros especialistas para que un compañero pueda solicitarlas, describiendo en la interconsulta qué hemos encontrado en la anamnesis y exploración física, y qué necesitamos para completar el estudio del proceso que sufre el paciente.

TABLA II. PRINCIPALES INDICACIONES DE PRUEBAS DE IMAGEN EN CERVICALGIA

PRUEBA DE IMAGEN	INDICACIONES PRINCIPALES
Radiografía simple	Evaluación inicial de cervicalgia Detección de fracturas o luxaciones Cambios degenerativos (como la artrosis)
Resonancia Magnética Nuclear (RMN)	Síntomas neurológicos (alteración sensibilidad, radiculopatía, debilidad) Sospecha de hernia cervical Compresión nerviosa Sospecha de tumores o infecciones Evaluación de la médula espinal
Tomografía (TAC)	Evaluación de fracturas complejas Mejor visualización de estructuras óseas Alternativa a RMN cuando ésta está contraindicada
Mielografía	Alternativa a RMN cuándo esta no es posible Detección de hernias discales Detección estenosis de canal
Electromiografía (EMG)	Síntomas de radiculopatía o compresión nerviosa Evaluación funcional de nervios y músculos
Ecografía	Evaluación de tejidos blandos y músculos Guía para procedimientos intervencionistas (infiltración ecoguiada)
Tomografía por emisión de positrones (PET)	Detección de tumores

Diagnóstico diferencial

Determinar si es una patología traumática o no, y dentro de estas últimas: mecánica, inflamatoria, infecciosa o neoplásica entre otras:

- Esguince cervical.
- Latigazo cervical.
- Discopatía cervical.
- Dolor facetario cervical.
- Dolor miofascial cervical.
- Enfermedad de Forestier.

También hay que tener en cuenta si la patología produce radiculopatía asociada, lo que hace referencia a la alteración de la raíz nerviosa. Hay que tener en cuenta también el tiempo y el grado de evolución de la radiculopatía, si permanece en el tiempo, si produce afectación en las ac-

tividades de la vida diaria y si puede causar una secuela.

Plan de manejo

Basado en el diagnóstico, considerar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Tratamiento farmacológico

No hay ningún estudio que valore la eficacia de un antiinflamatorio frente a otro en cervicalgia, de forma que se escogerá en función del paciente, antecedentes de respuesta a los distintos aines, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de asma, úlcera gastrointestinal, insuficiencia hepática o renal, toma concomitante de otros

TABLA IV. POSIBILIDADES FARMACOLÓGICAS EN LA CERVICALGIA

FÁRMACO	INDICACIONES	DOSIS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
Paracetamol	Dolor leve a moderado	500–1000 mg cada 6–8 h (máx. 4 g/día)	Alcohol (aumenta riesgo de hepatotoxicidad) Anticoagulantes orales (potencia efecto)	Insuficiencia hepática severa Hipersensibilidad al paracetamol
Ibuprofeno	Dolor leve a moderado Procesos inflamatorios	200–400 mg cada 6–8 h (máx. 4 g/1600 mg/día)	Anticoagulantes (aumenta riesgo de sangrado) Antihipertensivos (reduce efectividad) Otros AINEs (aumenta riesgo de efectos adversos)	Úlcera péptica activa Insuficiencia renal
Diclofenaco (AINE)	Dolor moderado a severo Procesos inflamatorios	50 mg cada 8 h (máx. 400 mg/día)	Anticoagulantes (aumenta riesgo de sangrado) Antihipertensivos (reduce efectividad) Otros AINEs (aumenta riesgo de efectos adversos)	Úlcera péptica activa Insuficiencia renal Hipersensibilidad a AINEs
Tramadol	Dolor moderado a severo	50–100 mg cada 4–8 h (máx 150 mg/día)	Inhibidores de la MAO (riesgo de síndrome serotoninérgico) Antidepresivos (aumenta riesgo de convulsiones) Depresores del SNC (aumenta sedación)	Insuficiencia respiratoria severa Hipersensibilidad al tramadol Uso concomitante con alcohol
Ciclobenzaprina (relajante muscular)	Espasmos musculares	5–10 mg cada 8 h (máx. 30 mg/día)	Depresores del SNC (aumenta sedación) Alcohol (aumenta sedación) Antidepresivos tricíclicos (aumenta riesgo de arritmias)	Hipersensibilidad a la ciclobenzaprina Insuficiencia hepática Glaucoma de ángulo cerrado
Amitriptilina (antidepresivo tricíclico)	Dolor neuropático	10–25 mg antes de acostarse (máx. 150 mg/día)	MAO (aumenta riesgo de hipertensión) Alcohol (aumenta sedación) Otros antidepresivos	Hipersensibilidad a la amitriptilina Infarto reciente

fármacos (anticoagulantes, antidepresivos, corticoides) y preferencia del paciente.

Para el control del componente neuropático del dolor, los fármacos actualmente recomendados son:

- Los antidepresivos tricíclicos, especialmente amitriptilina.
- Los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), especialmente duloxetina.
- Antiepilépticos: pregabalina y gabapentina.

También tendrían indicación los tratamientos tópicos:

- Apósito de lidocaína al 5%: indicación en neuralgia postherpética.
- Parche de capsaicina al 8%.

Existe además la toxina botulínica, cuyo uso se encuentra prácticamente restringido a tratamiento de cuarto escalón analgésico.

Tratamientos no farmacológicos

1. Fisioterapia: Ejercicios de estiramiento, fortalecimiento y técnicas de manipulación.

TABLA III. CONTRAINDICACIONES PRUEBAS DE IMAGEN EN CERVICALGIA

PRUEBA DE IMAGEN	CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA	CONTRAINDICACIÓN RELATIVA
Radiografía simple	Ninguna	Embarazo (evitar exposición a radiación) Frecuencia de exposición (por acúmulo de radiación)
Resonancia magnética	Implantes metálicos no compatibles (marcapasos) Dispositivos electrónicos implantados	Claustrofobia (puede requerir sedación) Obesidad mórbida Primer trimestre del embarazo
Tomografía computerizada	Ninguna	Alergia a contraste yodado Insuficiencia renal (evaluación analítica previa)
Mielografía	Alergia al contraste	Infección en el sitio de punción (posibilidad de diseminación) Posibilidad de sangrado (hemofilia, tratamiento con anticoagulantes)
Electromiograma y pruebas de función nerviosa	Ninguna	Uso de anticoagulantes Infección en el sitio de punción (posibilidad de diseminación)
Ecografía	Ninguna	Ninguna
Tomografía por emisión de positrones (PET)	Ninguna	Embarazo y lactancia

2. Terapias Manuales.
3. Ejercicio Regular: Actividades aeróbicas y de fortalecimiento.
4. Ergonomía: Ajustes en el lugar de trabajo y posturas.
5. Terapias Alternativas: Acupuntura, masajes.

INDICACIONES PARA DERIVAR UNA CERVICALGIA

La derivación es crucial en ciertos casos de cervicalgia para asegurar un manejo integral y efectivo del dolor, así como para facilitar la recuperación funcional del paciente. A continuación se describen algunas de estas situaciones:

1. Persistencia del Dolor a Pesar del Tratamiento Inicial
 - Falta de mejoría: Cuando el dolor cervical

persiste a pesar de un tratamiento adecuado en atención primaria durante un período de 4–6 semanas.

- Recurrente o Crónico: Cervicalgia que ocurre frecuentemente o se convierte en un problema crónico.

2. Complicaciones Funcionales

- Limitación significativa: Pérdida considerable de la movilidad del cuello o disminución de la capacidad funcional que afecta las actividades diarias.
- Discapacidad: Incapacidad para realizar tareas laborales o domésticas debido al dolor o la rigidez del cuello.

3. Síntomas Neurológicos

- Radiculopatía: Dolor irradiado, debilidad, o entumecimiento en las extremidades superiores.

- Mielopatía: Síntomas de compresión medular, como pérdida de la coordinación, problemas de equilibrio, incontinencia o debilidad generalizada.
4. Requiere Terapias Especializadas
 - Terapias físicas avanzadas: Necesidad de técnicas de fisioterapia especializadas que no están disponibles en atención primaria, como la tracción cervical, ejercicios de fortalecimiento específicos, o terapia manual avanzada.
 - Intervenciones multimodales: Requiere un enfoque combinado de fisioterapia, terapia ocupacional y manejo del dolor.
 5. Condiciones Comórbidas
 - Enfermedades crónicas: Pacientes con condiciones médicas complejas o comórbidas que requieren un enfoque especializado y coordinado.
 - Problemas psicológicos: Presencia de factores psicológicos que contribuyen al dolor, como ansiedad, depresión o estrés, que pueden beneficiarse de un enfoque interdisciplinario.
 6. Fracaso de Tratamientos Farmacológicos
 - No respuesta a medicación: Falta de respuesta adecuada a los tratamientos farmacológicos tradicionales (AINEs, analgésicos, relajantes musculares).
 - Reacciones adversas: Presencia de efectos secundarios significativos que limitan el uso de medicamentos.
 7. Evaluación y Planificación de Intervenciones Quirúrgicas
 - Preoperatorio: Evaluación y fortalecimiento preoperatorio en casos donde se considera una cirugía.
 - Postoperatorio: Rehabilitación después de una intervención quirúrgica para maximizar la recuperación y funcionalidad.

DÓNDE MANEJAR Y DERIVAR LAS DIFERENTES PATOLOGÍAS CAUSANTES DE CERVICALGIA

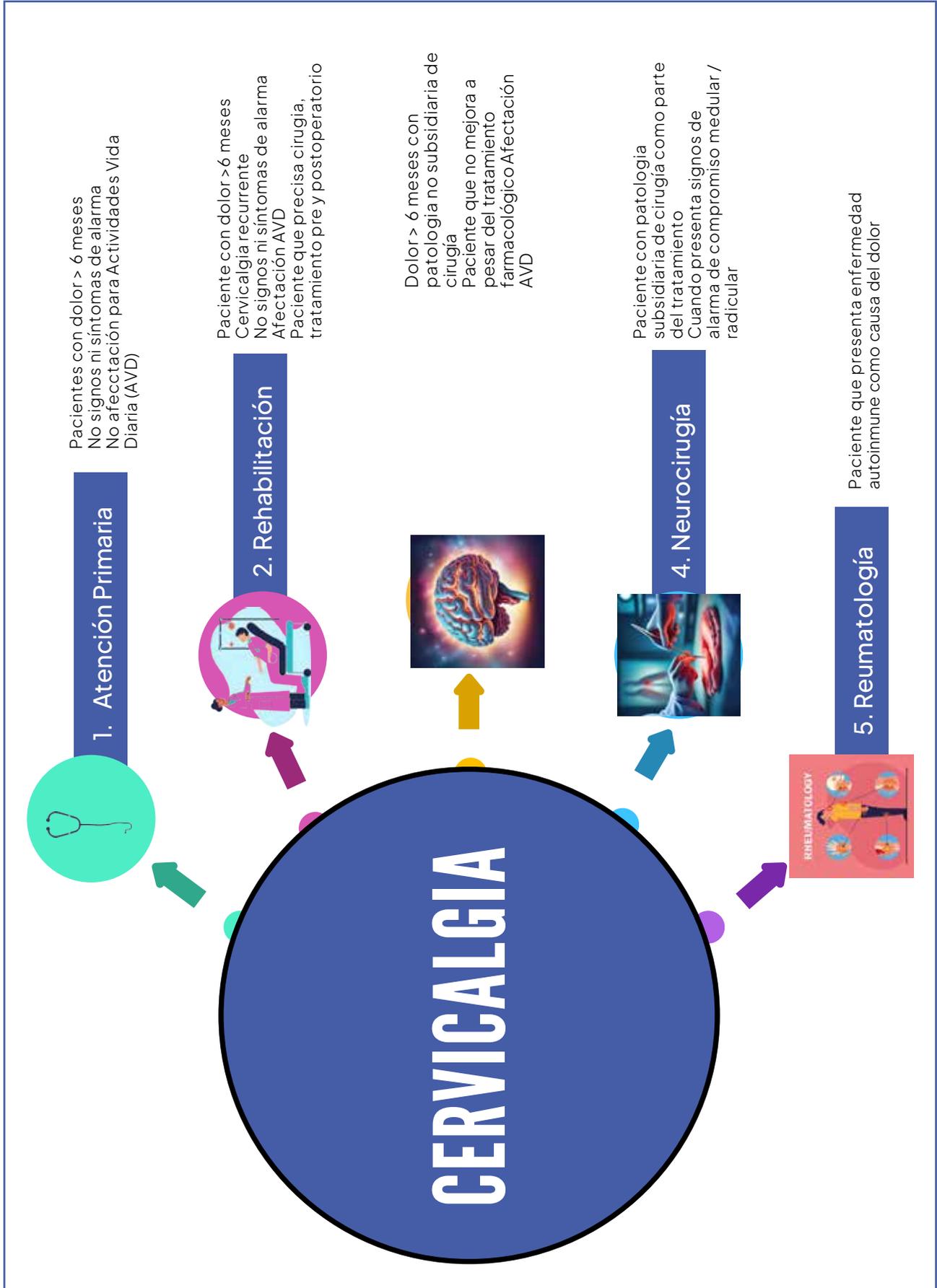
1. Atención Primaria:
 - Pacientes con dolor < 6 meses.
 - Paciente sin signos ni síntomas de alarma, con poca afectación para Actividades Vida Diaria (AVD).
2. Rehabilitación:
 - Paciente con dolor > 6 meses.
 - Cervicalgia recurrente sin signos ni síntomas de alarma con afectación AVD.
 - Tratamiento pre y posoperatorio de paciente que precisa tratamiento quirúrgico.
3. Unidad del Dolor:
 - Dolor > 6 meses con patología no subsidiaria de tratamiento quirúrgico.
 - Paciente que no mejora a pesar del tratamiento farmacológico con afectación de AVD.
4. Neurocirugía:
 - Paciente con patología subsidiaria de cirugía como parte del tratamiento.
 - Paciente que presenta signos de alarma de compromiso medular / radicular.
 - Paciente que presenta síntomas de alarma de déficit sensitivo o motor.
5. Reumatología:
 - Paciente con cervicalgia crónica con enfermedad mecánica o inflamatoria no controlable en atención primaria con afectación de AVD.
 - Paciente que presenta enfermedad autoinmune como causa del dolor.
6. Unidad de Toxicomanías:
 - Paciente con problema importante de Adicción.

TABLA IV. PRINCIPALES TRATAMIENTO PARA EL COMPONENTE NEUROPÁTICO

FÁRMACO	INDICACIÓN	DOSIS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES	RECOMENDACIÓN GRADE
Antidepresivos					
1. Tricíclicos (amitriptilina como más usado)	Dolor neuropático	Entre 10–25mg antes de acostarse	Inhibidores de la aminomono oxidasa (IMAO)	Hipersensibilidad a la amitriptilina	Primera línea
			Alcohol	Evento coronario reciente	
			Otros antidepresivos		
2. Inhibidores de la recaptación de Serotonina y Noradrenalina (ISRN)					
a. Duloxetina	Neuropatía diabética dolorosa	Hasta 120 mg/día			Primera línea
b. Venlafaxina	Dolor neuropático	150–225 mg/día dosis única			
Antiepilépticos					
a. Pregabalina	Dolor neuropático central y periférico	Hasta 600 mg/día repartido entre 2 o 3 tomas	Otros depresores del Sistema Nervioso Central (SNC)	Ajuste en enfermedad renal	Primera línea
b. Gabapentina	Dolor neuropático periférico	Hasta 2400 mg/día repartido en 3 tomas	Otros depresores del SNC	Ajuste en enfermedad renal	

TABLA IV. PRINCIPALES TRATAMIENTO PARA EL COMPONENTE NEUROPÁTICO

Opioides					
1. Tramadol	Dolor moderado a intenso	Hasta 400 mg/día repartido en 2 tomas (formulación retard)	Otros depresores del Sistema Nervioso Central (SNC)	Trastorno por consumo de opiáceos	Segunda línea
Inhibidores de la recaptación de serotonina, ya que puede producir Síndrome serotoninérgico					
Ajuste en enfermedad renal					
Uso concomitante de IMAO					
Otros depresores del SNC					
2. Opioides mayores	Dolor intenso	Según el fármaco	Otros depresores del Sistema Nervioso Central (SNC)	Otros depresores del SNC	Tercera línea
Tratamiento tópico					
1. Capsaicina crema	Neuralgia postherpética	3 o 4 veces/día	No	Se coloca sobre piel sana	Segunda línea
2. Parche de lidocaína al 5%	Dolor neuropático periférico	1 aplicaciónes/3 meses	No	Se coloca sobre piel sana	
Toxina botulínica	Dolor neuropático periférico	Cada 3 meses	No	No	Tercera línea



BIBLIOGRAFÍA

1. CIMA. Centro de información de medicamentos [Internet]. [citado 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
2. Michaleff ZA, Maher CG, Verhagen AP, Rebeck T, Lin CWC. Accuracy of the Canadian C-spine rule and NEXUS to screen for clinically important cervical spine injury in patients following blunt trauma: a systematic review. *CMAJ*. 6 de noviembre de 2012;184(16):E867–76.
3. Agarwal V, Shah LM, Parsons MS, Boulter DJ, Cassidy RC, Hutchins TA, et al. ACR Appropriateness Criteria® Myelopathy: 2021 Update. *Journal of the American College of Radiology*. 1 de mayo de 2021;18(5):S73–82.
4. Alcántara Montero A, Ibor Vidal PJ, Alonso Verdugo A, Trillo Calvo E. Actualización en el tratamiento farmacológico del dolor neuropático. *Semergen*. 1 de noviembre de 2019;45(8):535–45.
5. Hurley RW, Adams MCB, Barad M, Bhaskar A, Bhatia A, Chadwick A, et al. Consensus practice guidelines on interventions for cervical spine (facet) joint pain from a multispecialty international working group. *Reg Anesth Pain Med*. enero de 2022;47(1):3–59.
6. Pignatelli Vilajeliu A, Mestre Farràs N, Escalada Recto F, Coll Molinos M. Efectividad de las técnicas invasivas y no invasivas en el tratamiento del síndrome del dolor miofascial a nivel cervical: revisión sistemática. *Rehabilitación (Madr)*. 1 de julio de 2020;54(3):181–90.
7. Guidelines /ICHD [Internet]. International Headache Society. [citado 11 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://ihs-headache.org/en/resources/guidelines/>
8. Alcántara Montero A, Ibor Vidal PJ. Limitaciones, controversias y desafíos de las guías de práctica clínica sobre el manejo farmacológico del dolor neuropático. *Semergen* [Internet]. 1 de octubre de 2024 [citado 5 de agosto de 2024];50(7). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-limitaciones-controversias-desafios-guias-practica-S1138359324000868>
9. Huttunen MH, Paananen M, Miettunen J, Kalso E, Martinen MK. Multidisciplinary management of persistent pain in primary care—A systematic review. *European Journal of Pain*. 2024;28(6):886–900.
10. Finnerup NB, Haroutounian S, Kamerman P, Baron R, Bennett DLH, Bouhassira D, et al. Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. *Pain*. agosto de 2016;157(8):1599–606.
11. The American College of Radiology, with more than 30,000 members, is the principal organization of radiologists, radiation onc.
12. Andrew R, Derry S, Taylor RS, Straube S, Phillips CJ. The Costs and Consequences of Adequately Managed Chronic Non-Cancer Pain and Chronic Neuropathic Pain. *Pain Practice*. 2014;14(1):79–94.
13. Stubhaug A, Hansen JL, Hallberg S, Gustavsson A, Eggen AE, Nielsen CS. The costs of chronic pain—Long-term estimates. *European Journal of Pain*. 2024;28(6):960–77.
14. Bussièrès AE, Stewart G, Al-Zoubi F, Decina P, Descarreaux M, Hayden J, et al. The Treatment of Neck Pain-Associated Disorders and Whiplash-Associated Disorders: A Clinical Practice Guideline. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. octubre de 2016;39(8):523–564.e27.