

LUMBALGIA Y CERVICALGIA. DOLORES RADICULARES.

OBJETIVOS CONCRETOS

Realizar exploración clínica de dolor lumbar/ cervical y radicular, identificando las maniobras específicas e identificando los signos de alarma para la atención urgente neuroquirúrgica.

ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL ALUMNO

- Realizar las exploraciones pertinentes para el dolor lumbar/cervical así como para las radiculopatias.
- Reconocer los signos clínicos específicos para cada raíz cervical y lumbar.

PROPUESTA DE EVALUACIÓN

- Interpretar cuadro clínico de lumbalgia / cervicalgia
- Interpretar cuadro clínico radiculopatía cervical y lumbar
- Interpretación de imágenes de resonancia magnética cervical y lumbar.
- Interpretar los cuadros clínicos con signos de alarma de déficit neurológico por patología de columna con repercusión neurológica
- Recomendar tratamiento medio y/ o quirúrgico en relación con la patología evaluada

- **CERVICALGIA:** dolor centrado en zona cervical que puede extenderse hacia el cuello, parte alta de los brazos, cabeza y que generalmente limita la momientos.
- **CERVICOBRAQUIALGIA:** dolor cervical que se irradia al brazo por una metámera concreta según la raíz afectada, generalmente acompañada de parestesias y a veces de déficit motor.
- **LUMBALGIA:** Dolor en zona lumbar que puede extenderse a caderas, cintura pelviana, que generalmente limita los movimientos.
- **LUMBOCIÁTICA/DOLORES RADICULARES:** Dolor irradiado a miembro inferior siguiendo una distribución metamérica bien definida según la raíz afectada. Puede o no acompañarse de dolor lumbar, parestesias y déficit motor.

- Cuando se valora un paciente que presenta dolor cervical o lumbar con o sin irradiación, el objetivo fundamental es detectar datos de alarma:

- 1. Fiebre**
- 2. Síndrome constitucional**
- 3. Déficit neurológicos graves, de instauración brusca o rápidamente progresivos**
- 4. Antecedentes tumorales**
- 5. Traumatismos previos**
- 6. Primer episodio después de los 50 años o antes de los 20 años**
- 7. Dolor lumbar de características "inflamatorias"**
- 8. Tratamiento con corticoides**
- 9. Uso de drogas por vía parenteral, inmunodepresión o sida**
- 10. Ausencia de mejoría tras 6 semanas de tratamiento no quirúrgico**
- 11. Imposibilidad persistente de flexionar 5° la columna vertebral**

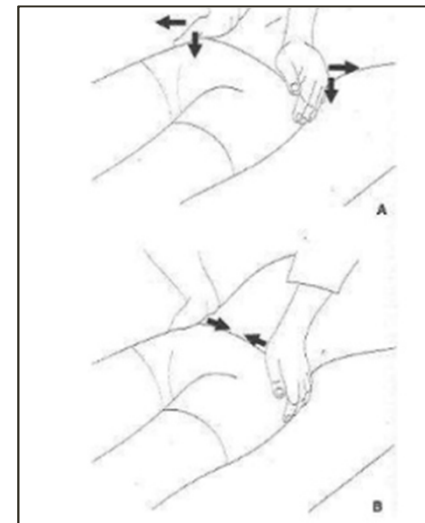
Lo que nos obligará a solicitar una prueba de imagen para llegar al diagnóstico

CASO CLÍNICO

- Varón de 45 años con cuadro de dolor en zona lumbar de aparición paulatina de meses de evolución, que hace 1 mes comienza con irradiación a glúteo derecho, cara posterior de muslo y pierna hasta planta del pie, con hormigueos por igual distribución. No refiere pérdida de fuerza.
- Por este cuadro acude a consulta de Neurocirugía derivado desde Atención Primaria.
- ¿QUÉ DEBEMOS HACER?
- - Exploración
- - Valorar pruebas diagnósticas
- - Proponer tratamiento.

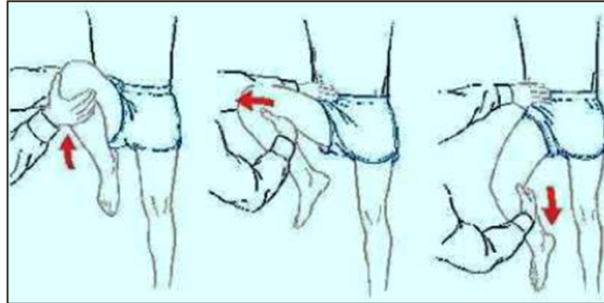
EXPLORACIÓN LUMBALGIA Y DOLOR RADICULAR:

- Visualizar zona lumbar y de irradiación para descartar presencia de lesiones como vesículas, inflamación, tumefacción, enrojecimiento....
- Palpación de zona lumbar para valorar presencia de dolor sobre apófisis espinosas y la presencia de masas superficiales.
- Exploración de columna lumbar y cintura pelviana.
- - Flexo-extensión de columna lumbar
- - Ericksen: En decúbito supino intentamos separar las palas iliacas y posteriormente cerrarlas. Nos sirve para ver estabilidad pelviana y si genera dolor en zona lumbosacra habrá que descartar sacroileitis.



Exploración de cadera:

-FABER: Flexión, rotación externa y abducción de la cadera, que si genera dolor o limitación en su movimiento nos debe alertar de patología coxofemoral.

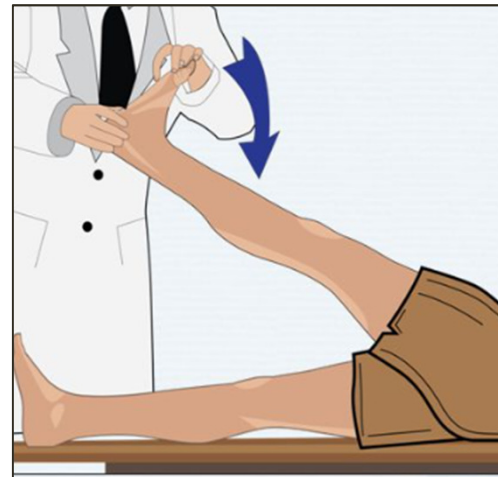


-Drechman: Flexión pasiva de cadera, que debe ir en ángulo recto hacia abdomen. Si se desvia sugiere patología articular de la cadera.

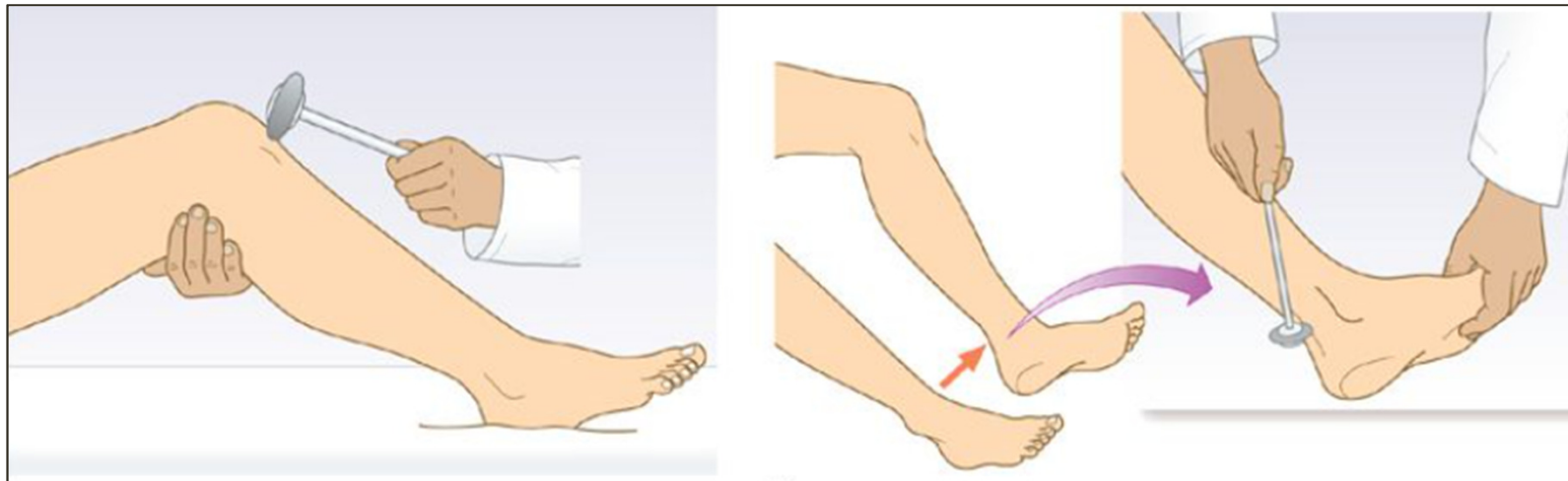
Maniobras de estiramiento radicular:

- Lassegue: En decúbito supino, realizar extensión del miembro inferior, siendo positivo cuando genera dolor ciático entre 15 a 60 grados (para raíces L5-S1)

- Bragard: Con miembro inferior extendido, se realiza flexión dorsal de pie, que en caso de compromiso radicular L5-S1 será doloroso.

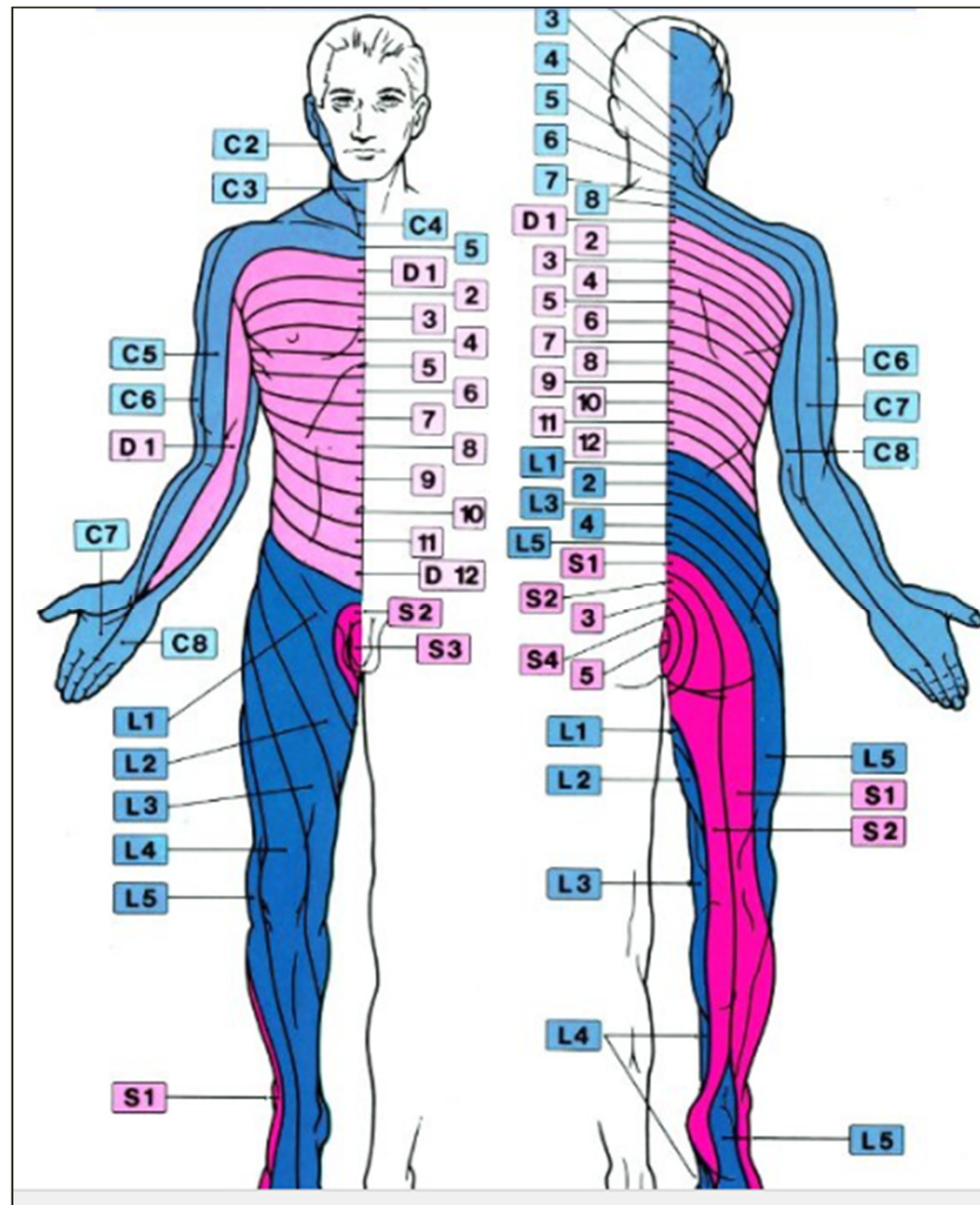


- Exploración de Reflejos osteotendinosos:
 - Hipoactividad o ausencia de reflejo rotuliano sugiere compromiso L4 o L5
 - Hipoactividad o ausencia de reflejo aquileo sugiere compromiso S1.



- Exploración sensitiva: Generalmente existe una hipoestesia por la metámera correspondiente a la raíz afectada.

DISTRIBUCIÓN METAMÉRICA RADICULAR



- En la exploración de nuestro paciente existe:
 - Dolor leve a la flexoextensión de la columna lumbar, sin signos inflamatorios y sin lesiones dérmicas por zona de dolor
 - Hipoestesia por cara posterior de muslo y pierna derecha
 - No pérdida de fuerza ni atrofia muscular
 - EricKsen, FABER, Drechman negativos
 - Lassegue + a 30 grados en MID con Bragard +.
 - Reflejo aquileo derecho abolido.

¿CUÁL ES VUESTRA SOSPECHA DIAGNÓSTICA?

LUMBOCIATICA DERECHA POR TERRITORIO S1

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Aporta Rx simple de columna lumbar en AP y L:
 - Leves signos degenerativos, sin fracturas, acúñamientos ni deformidades.



- Aporta RM lumbar (prueba de imagen de elección):
 - HNP L5-S1 derecha con compromiso radicular S1



¿SE CONFIRMA VUESTRA SOSPECHA?

Se trata de una lumbociática derecha por territorio S1
secundaria a una HNP L5-S1 derecha

TRATAMIENTO:

- Si no hay datos de alarma, se debe proponer tratamiento conservador con al menos durante 6 semanas con:
 - - Analgésicos
 - - Adecuada higiene postural
 - - Rehabilitación
- Si el dolor no mejora en unas 6 semanas con un tratamiento conservador adecuado, se propone cirugía para la realización de una microdiscectomía y liberación radicular.

CERVICALGIA Y CERVICOBRAQUIALGIA

CASO CLÍNICO

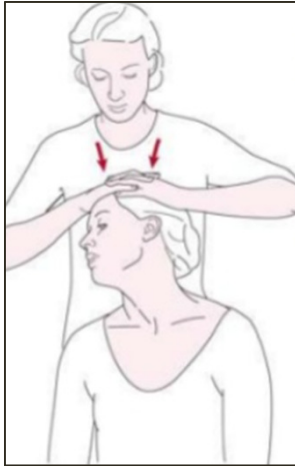
Varón de 46 años de edad, con cuadro de dolor cervical de semanas de evolución, sin irradiación a MMSS, que de forma rápida y progresiva presenta debilidad en MMII, hipoestesia en manos y miembros inferiores, con dificultad para caminar y retención urinaria, por lo que acude a urgencias.

No fiebre, no traumatismo previo.

EXPLORACIÓN:

Dolor a la movilización cervical.

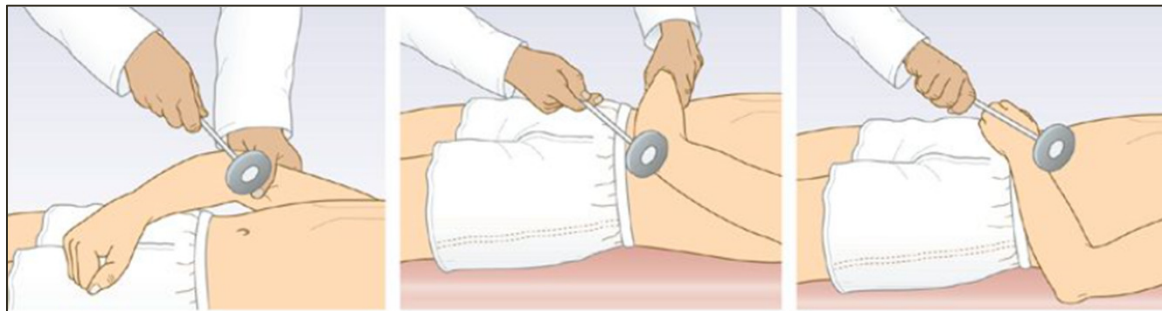
Spurling:



Con la cabeza lateralizada hacia un lado se comprime hacia abajo, y si genera dolor en brazo sugiere la presencia de una hernia discal.

Reflejos exaltados en MMSS e inferiores, con Hoffman + bilateral.

RCP extensor: Indica que existe afectación de la vía piramidal



Claudicación de ambos MMII. No atrofia muscular.

Imposibilidad para mantener la bipedestación.

Radiculopatías cervicales.

Raíz	Espacio	Dolor y/o Parestesias	Reflejo afectado	Pérdida motora
C5	C4-C5	Cara externa del hombro y del brazo hasta el codo.	Bicipital	Abducción y flexión del brazo (deltoides y bíceps).
C6	C5-C6	Cara externa del hombro, brazo, antebrazo, 1º dedo y a veces 2º dedo.	Bicipital y estiloradial	Flexión del brazo y supinación de la muñeca.
C7	C6-C7	Cara posterior del hombro, brazo, antebrazo, 2º, 3º, 4º dedo.	Tricipital	Extensión del brazo.
C8	C7-D1	Cara interna del brazo y antebrazo, 4º, 5º dedo.	Tricipital, estilocubital.	Extensión del brazo y de la muñeca.

- Nuestro paciente, ¿presenta signos y síntomas de alarma?
- Si, estos son:
 - - Déficit neurológico junto a alteración en el control esfinteriano de forma rápida y progresiva.
- ¿Qué debemos solicitar en urgencias?
- -RX de columna cervical: para descartar fracturas, tumores óseos...



- RM cervical urgente:



- Se observa una voluminosa hernia discal con compresión medular.
- ¿Qué debemos hacer?
- Avisamos a neurocirujano.

- TRATAMIENTO:
- En este caso, cirugía urgente, para la realización de discectomía cervical anterior y descompresión medular.
- En caso de presentar hernia discal con dolor radicular sin datos de alarma, se debe proponer tratamiento conservador al menos por 6 semanas con analgesia y rehabilitación, y en caso de no existir mejoría o aparición de datos de alarma, se propone cirugía.