

Cervicalgia y dorsalgia

Fecha de la última revisión: 16/11/2016

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo llegamos al diagnóstico?](#)
3. [¿Cómo tratamos el dolor cervical y dorsal?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La cervicalgia es el dolor en la región cervical que puede extenderse al cuello, cabeza o a la extremidad superior, que limita los movimientos y que se puede acompañar de disfunción neurológica (1% de los casos).

La dorsalgia es menos frecuente que el dolor en región cervical y lumbar, pero es frecuente que exista juntamente con éstos. Es importante considerar que muchos dolores dorsales son referidos, es decir, son manifestación de patología existente en órganos torácicos y abdominales (Hogg-Johnson S, 2008; Mulero Mendoza J, 2005).

El dolor cervical es muy frecuente con una prevalencia puntual entre el 10-13%, apareciendo en algún momento de la vida hasta en el 70% de la población. Ocasiona entre 11-14% de bajas laborales (Calvo Gutiérrez J, 2013).

La mayoría de los pacientes se recuperan antes de las 6 semanas, pero entre un 10 y un 15% llegan a ser crónicos (Meseguer Henarejos AB, 2000). Factores predictivos de dolor persistente son la edad (>40 años), la existencia de lumbalgia y dolor de cabeza, dolor cervical por traumatismo, la existencia de irradiación del dolor, episodios previos de dolor y tener trabajo (insatisfacción laboral, trabajo monótono). El dolor crónico es más frecuente en mujeres, con una mayor prevalencia en la etapa de los 55-64 años. Se relaciona con trabajos con alta exigencia o en los que haya que realizar un mayor esfuerzo físico (posturas forzadas o mantenidas con la cabeza o los brazos, trabajos sedentarios, sobrecarga física, y movimientos repetitivos) y ausencias de pausas en el trabajo. Makela observó que hay algunos factores de carácter funcional, como la obesidad y las disfunciones en la región lumbar y en la articulación glenohumeral, y otros relacionados con los hábitos de vida como el tabaquismo que se relacionan con la aparición de cervicalgia. No existe evidencia de que los cambios degenerativos comunes de la columna cervical sea un factor de riesgo de la cervicalgia (Haldeman S, 2008; Hogg-Johnson S, 2008), ya que es normal la existencia de artrosis en la radiografía a partir de los 30 años, apareciendo en el 85% de los mayores de 60 años. Tampoco existe correlación entre el grado de artrosis en la radiografía y la intensidad del dolor. Se ha observado que la personalidad neurótica y la presencia de cuadros depresivos son factores que aumentan la probabilidad de recurrencia de dolor cervical (Côté P, 2008; Haldeman S, 2008).

La cervicalgia puede ser consecutiva a trastornos mecánicos (80%) o a enfermedades de carácter inflamatorio, tumoral o infeccioso que supone el 20% de los casos. Puede ser expresión de trastornos psicosomáticos sin base orgánica. Según la duración, la cervicalgia puede ser aguda (<7 días), subaguda (7 días hasta 7 semanas), y crónica (>7 semanas). Una de las causas más frecuentes de dolor agudo es el esguince cervical y la cervicalgia postraumática secundaria a un accidente de tráfico conocida como "**latigazo cervical**".

Las causas más frecuentes de dolor cervical se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Causas de dolor cervical.		
Dolor cervical mecánico	Cervicalgia irradiada	- No segmentaria. - Segmentaria: radiculopatías.
	Enfermedades reumáticas	- Artritis reumatoide. - Espondilitis anquilosante y otras espondiloartropatías. - Fibromialgia. - Artritis crónica juvenil. - Polimialgia reumática. - Polimiositis. - Enfermedad Forestier-Rotes Querol. - Hiperostosis anquilosante vertebral.
Dolor cervical inflamatorio	Tumores (primarios o metastáticos): cánceres de próstata, mama, riñón, pulmón y tiroides.	
	Infecciones	- Discitis: <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, Brucella. - Osteomielitis. - Meningitis. - Herpes zóster. - Enfermedad de Lyme.
Dolor cervical referido	Enfermedades abdominales y diafragmáticas: vesícula biliar, absceso subfrénico, páncreas, hernia hiatal, úlcera péptica.	

	• Cardiopatía isquémica. • Aneurisma de aorta. • Tumores del vértice pulmonar. • Insuficiencia vertebrobasilar. • Patología acromioclavicular. • Patología temporomandibular. • Síndrome del desfiladero torácico.
--	--

La **cervicalgia aislada o simple** suele localizarse en la parte paramedial posterior de la musculatura cervical, irradiándose hacia el occipucio, o hacia el hombro y la región periescapular. Puede aparecer el dolor bruscamente por espasmo muscular pero lo más frecuente es un comienzo insidioso en relación a artrosis cervical (cervicoartrosis) que afecta a las zonas de más presión C4-C5 y C5-C6. Los pacientes suelen referir rigidez en una o más de las direcciones del espacio, siendo frecuentes las cefaleas. No existe ninguna distribución metamérica. El dolor referido suele asociarse a sensación de calor y hormigueo, y a fenómenos relacionados con el sistema nervioso autónomo (piloerección y sudoración). También puede haber zonas localizadas de dolor en el músculo. La palpación profunda de alguna de dichas zonas (puntos gatillo) suele producir unos patrones típicos de dolor referido. Un dolor cervical anterior, a lo largo del músculo esternocleidomastoideo, que empeore con la rotación hacia el lado contralateral suele deberse a una distensión muscular. Un dolor en los músculos posteriores del cuello que empeore al flexionar la cabeza sugerirá una etiología miofascial. Si un dolor en la parte posterior del cuello suele empeora con la extensión y las rotaciones, probablemente tendrá un componente discogénico. Los pacientes con dolor intenso en la región suboccipital suelen tener cambios patológicos en la columna cervical superior. El dolor en dichos pacientes puede irradiarse a la parte posterior del oído o a la parte inferior del cuello. Es frecuente que la rotación cervical esté muy limitada.

Cuando el dolor se extiende por la metámera de una raíz o territorio de un nervio periférico, hablamos de una **radiculopatía**. Los pacientes suelen referir dolor agudo y sensación de hormigueo o quemazón en el área afectada. Puede haber pérdida sensitiva o motora, correspondiente a la raíz nerviosa afectada, pudiendo también estar disminuida la actividad refleja. Las raíces que con más frecuencia se afectan son C7, C6 y C5 como se resume en la tabla 2. El dolor suele aumentar con la hiperextensión de la cabeza. Es más frecuente a partir de los 60 años así como en pacientes con enfermedades metabólicas (por ejemplo diabetes) que tengan neuropatía.

La **mielopatía** es una causa rara de dolor cervical que aparece por el estrechamiento del canal espinal con afectación de la médula por lo que aparecen síntomas neurológicos como debilidad de manos y miembros inferiores, dificultad para mantener el equilibrio con alteraciones de la marcha con aumento de la base de sustentación, incontinencia (44% casos), disfunciones sexuales. Es más frecuente en varones. A diferencia de las radiculopatías la irradiación puede ser o no segmentaria. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con patologías neurológicas como esclerosis múltiple, degeneración subaguda combinada de la médula, esclerosis lateral amiotrófica (Rao R, 2005; Mendioroz Iriarte M, 2005). Cuanto más precoz sea el diagnóstico y se realice la descompresión medular mejor es el pronóstico y la recuperación neurológica.

Tabla 2. 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

Ante una dorsalgia es importante diferenciar si el dolor ha comenzado bruscamente o si por el contrario ha aparecido lentamente. Debemos sospechar una **fractura patológica** en una mujer que ante un traumatismo de baja intensidad o un sobreesfuerzo comienza con dolor. Toda fractura osteoporótica que asiente por encima de D6 debe hacernos sospechar de neoplasia. La columna vertebral es también asiento frecuente de mieloma (Mendioroz Iriarte M, 2005).

En los niños y jóvenes puede existir dolor dorsal por la existencia de alteraciones en la alineación como cifosis y escoliosis. Aunque es más frecuente en los adultos ya que además existen lesiones artrósicas asociadas. La **enfermedad de Scheuermann** o cifosis juvenil es un dolor en D5-D12. Se caracteriza por ir produciendo un acuñamiento progresivo de las vértebras, por lo que se genera una cifosis.

La **artrosis dorsal** por sí sola rara vez es causa de dolor. Sí es más frecuente encontrar mujeres entre los 16-40 años con dolor continuo de diferentes características en región dorsal, sobre todo D2-D5, que se asocia a contracturas musculares y se acompaña de parestesias y sensación de pérdida de fuerza. Es la dorsalgia crónica benigna. Aparece aumentada en profesiones con flexión del tronco (por ejemplo, administrativas) y durante la lactancia (Mendioroz Iriarte M, 2005; Cheng JS, 2012).

En la tabla 3, se recogen las causas más frecuentes de dorsalgia.

Tabla 3. Causas de dolor dorsal.		
Dorsalgia mecánica	Aguda	• Fractura (patológica o no) vertebral. • Hernia discal.
	Crónica	• Enfermedad Scheuermann (cifosis juvenil o displasia de crecimiento). • Cifosis y escoliosis. • Espondiloartrosis. • Dorsalgias funcionales: dorsalgia funcional benigna.
Dorsalgia inflamatoria	Enfermedades reumáticas	• Fibromialgia. • Espondiloartrosis y degeneración discal. • Espondilitis anquilosante y otras espondiloartropatías. • Osteoporosis (aplastamientos vertebrales/fracturas).

		Síndrome dolor miofascial.
	Tumores: primarios, metastáticos, mieloma.	
	Infecciones.	
Dorsalgia referida	- Enfermedades abdominales: vesícula biliar, páncreas, úlcera péptica. - Cardiopatía isquémica. - Pericarditis. - Aneurisma de aorta. - Herpes zóster.	

¿Cómo llegamos al diagnóstico?

Lo más importante es realizar una buena anamnesis y una correcta exploración física. Las pruebas de imagen no son necesarias desde el inicio, y su solicitud debe venir a confirmar las sospechas diagnósticas y correlacionarse con los síntomas y signos que presenta el paciente.

- **Antecedentes personales:** tipo de trabajo, práctica de deportes, antecedentes familiares de enfermedades inflamatorias, problemas psíquicos.
- **Características del dolor:** en principio, debemos diferenciar si se trata de un dolor mecánico o bien es de características inflamatorias (tabla 4). Además se debe registrar cuándo apareció, dónde se localiza, por dónde se extiende, síntomas acompañantes. Una forma de comienzo aguda sugiere contractura muscular o irritación radicular, mientras que una forma progresiva es más habitual en la patología degenerativa. El dolor referido suele tener una localización profunda e imprecisa y no suele acompañarse de parestesias. La afectación neurológica viene determinada por la existencia de déficit motor, disminución o abolición de reflejos osteotendinosos y maniobras radiculares positivas. El grado de limitación funcional puede registrarse de acuerdo a la siguiente clasificación:
 - Grado I: no signos de patología grave y mínima interferencia en las actividades diarias.
 - Grado II: no signos de patología grave pero interferencia en las actividades diarias.
 - Grado III: cervicalgia con síntomas o signos neurológicos (radiculopatía).
 - Grado IV: cervicalgia con patología grave (fractura, mielopatía, infección tumores, etc.).

Esta clasificación puede ser útil para determinar la realización de pruebas de imagen desde el inicio y la necesidad de tratamientos más agresivos (grados III y IV).

Tabla 4. Tipos de dolor.		
Dolor mecánico	- No constante. - Se produce con la movilización. - Mejora con el reposo. - Puede dificultar el inicio del sueño, pero no despierta al paciente.	- Patología degenerativa. - Lesiones óseas, ligamentosas y de partes blandas.
Dolor inflamatorio	- Constante. - Aumenta con los movimientos. - No mejora con reposo. - Despierta al paciente por la noche. - Rigidez matutina.	- Inflamaciones articulares. - Infecciones. - Tumores.

La exploración física debe basarse en 3 puntos:

- Inspección y palpación de todo el raquis con el paciente en bipedestación. Hay que observar las curvaturas, si existen asimetrías o masas, posiciones antiálgicas, atrofas musculares.
- Comprobar la movilidad (figura 1), primero la activa y posteriormente la pasiva y la movilidad contrarresistencia (sólo en la columna cervical). Cuando la movilidad activa está limitada o es dolorosa sugiere lesión articular y/o extraarticular (músculos o tendones). En la artrosis cervical está limitado principalmente los movimientos de lateralización.

Tabla 5. Movimientos cervicales normales según la edad.			
Edad (años)	Flexión/extensión (grados)	Rotación lateral (grados)	Flexión lateral (grados)
<30	90	90	45
31-50	70	90	45
>50	60	90	30



Figura 1. Músculos que deben ser explorados ante un dolor cervical.

Fuente original: Andersen LL, Hansen K, Mortensen OS, Zebis MK. Prevalence and anatomical location of muscle tenderness in adults with nonspecific neck/shoulder pain. BMC Musculoskelet Disord. 2011; 12: 169. Copyright ©2011 Andersen et al; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

- En columna cervical es importante explorar la sensibilidad, la fuerza y los reflejos. Existen una serie de maniobras especiales para explorar la región cervical. Las llamadas radicales provocan estiramiento o compresión de las raíces nerviosas, por tanto si son positivas, indican lesión de las mismas como se puede ver en la tabla 6.

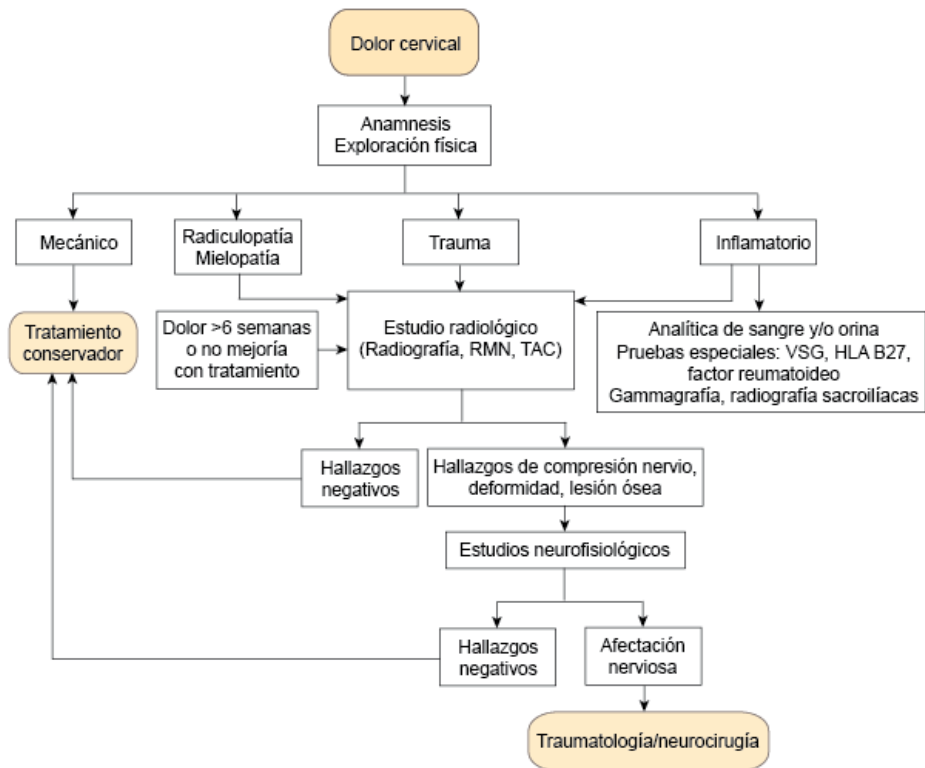
Tabla 6. Maniobras de exploración cervical.		
No radicales		
Maniobra de Adson	Paciente en bipedestación y el explorador detrás y a un lado. Se palpa pulso radial, se lleva brazo hacia atrás en extensión y rotación externa y se gira la cabeza hacia el lado explorado.	Si disminuye pulso radial sugiere síndrome del escaleno o costilla cervical.
Maniobra de Bustos	Paciente sentado. Se desliza el dedo por la línea media occipital desde C2 hasta C6-C7.	No se debe palpar relieve alguno.
Radicales		
Síntoma de Lhermitte	Flexión de la columna cervical.	Es positivo si el paciente refiere dolor como descarga eléctrica que desciende por el raquis incluso hasta EEII.
De estiramiento o de Lassegue del brazo	Brazo en abducción 90 °C y el antebrazo vertical. Se extiende el codo tirando del brazo hacia abajo y hacia atrás. Con la otra mano se flexiona lateralmente la cabeza del paciente hacia el lado contrario.	Es positivo si aumenta o desencadena dolor.
De compresión caudal de la cabeza o de Spurling	Paciente sentado y explorador detrás. Con ambas manos el explorador presiona la cabeza del paciente en sentido craneocaudal y con una ligera inclinación sobre el lado afecto.	Es positivo si aumenta o desencadena dolor.
Tracción cervical	Paciente sentado y explorador detrás. Maniobra contraria a la de Spurling.	Es positivo si disminuye el dolor.

La prueba de imagen fundamental será la radiografía de columna cervical y dorsal. Se solicitarán 2 proyecciones anteroposterior (AP) y lateral. La proyección AP es útil para valorar la altura y alineación de los cuerpos vertebrales, las articulaciones unciformes, así como las apófisis espinosas. La lateral es la de mayor valor, ya que visualiza el 70% de las alteraciones detectables. Se considera una proyección lateral adecuada cuando permite visualizar desde la base occipital hasta T1. En algunos casos está indicada una proyección oblicua, cuando se sospecha afectación de los agujeros de conjunción y de la articulación interapofisaria, si existe clínica de radiculopatía. Cuando exista traumatismo o dolor de características inflamatorias, las radiografías se solicitarán desde el inicio. Son también indicación de radiografía: >50 años con nueva sintomatología, síndrome constitucional, dolor >6 semanas, hallazgos neurológicos, riesgo de infección (inmunocomprometidos, abuso de drogas), paciente con neoplasia.

La existencia de clínica neurológica obliga a solicitar una RMN, ya que es la técnica que mejor visualiza la patología intrarraquídea. Hasta en un 30% de sujetos asintomáticos se pueden detectar protrusiones o extrusiones de disco intervertebral. Para localizar las raíces o nervios afectados se utiliza el electromiograma. El TAC es útil para el estudio de las partes blandas (McRae R, 2004; Sanfélix Genovés J, 2005) y para procesos que afectan al hueso.

Muchas de las maniobras que usamos en la práctica clínica no están avaladas por ensayos clínicos de alta calidad (Rubio-Ochoa J, 2016; Rubira López DJ, 2012).

El diagnóstico del dolor cervical y dorsal es similar y viene recogido en el algoritmo (Fernández Castro M, 2009; Cheng JS, 2012):



Actuación ante el dolor cervical

¿Cómo tratamos el dolor cervical y dorsal?

(Isaac Z, 2016; Calvo Gutiérrez J, 2013)

La mayoría de los pacientes con cervicalgia y dorsalgia mecánica mejorarán en 2-3 semanas. El tratamiento debe incluir modificación de la postura sobre todo al dormir y ejercicios en casa (reeducación muscular y medidas higiénicas de la columna). Si a pesar de estos tratamientos, persiste el dolor se puede realizar rehabilitación. No existe suficiente evidencia para recomendar la realización de tracción cervical como tratamiento.

Tabla 7. Medidas higiénicas de la columna. (González Ramírez S, 2005)

Posturales	• Acostado boca arriba: deberá colocarse una almohada pequeña en cabeza sin abarcar hombros, y una almohada pequeña bajo las rodillas para mantener una flexión de 15 grados. • Acostado de lado: colocar una almohada grande entre cuello y hombro y una almohada entre las rodillas. • Acostado boca abajo: colocar una almohada bajo la cintura y una pequeña bajo los tobillos; la cabeza rotarla del lado que se desee. • Sentado: utilizar de preferencia una silla con respaldo recto con flexión de cadera a 90 grados y de rodillas a 90 grados. • De pie: se recomienda semiflexionar una rodilla (posición de descanso del soldado) o apoyarla en un banquito de aproximadamente 20 centímetros de altura. Así mismo, se deberá alternar la semiflexión de la rodilla con ambas piernas. • Adoptar las posiciones a las actividades de la vida diaria y laborales.
Manejo de cargas	• Al recoger objetos del piso, pesen o no, deberá agacharse con las rodillas flexionadas y cargar el objeto pegado al cuerpo. • Al cargar un objeto, se deberá intercambiar el peso en cada brazo. • Al cargar dos objetos se deberá realizar simétricamente para nivelar la carga. • Para cargar objetos muy pesados se deberá auxiliar con carritos, ganchos y montacargas. • Para empujar o jalar objetos, se deberá colocar una pierna adelante, flexionando la rodilla al realizar el movimiento.

La fisioterapia es fundamental en el tratamiento y la prevención del dolor recurrente cervical. Se debe iniciar cuando persiste el dolor a pesar de las medidas higiénicas de la columna, y se puede realizar conjuntamente con terapia manual. La terapia manual no debe ser un tratamiento realizado de forma aislada, sobre todo en pacientes ancianos.

Para el alivio del dolor en dolores moderados se recomiendan tratamientos breves con **paracetamol** y antiinflamatorios no esteroideos, a los que se pueden añadir opioides menores si el dolor es grave. Si el dolor interfiere con el descanso nocturno, se puede prescribir un relajante muscular por la noche o dosis muy bajas durante el día si existe contractura muscular. Los antidepresivos tricíclicos pueden ser útiles en dolores crónicos y si el dolor altera el sueño.

El collarín cervical no debería ser utilizado más de 3 horas al día, sólo si existe un dolor muy importante y no más de 1-2 semanas ya que aumenta el riesgo de atrofia muscular y retrasa la curación. Se puede retirar mientras el cuello no soporte el peso de la cabeza. No retirar durante el sueño, cuando la relajación es máxima y existe más riesgo de movilidad incontrolada.

La cirugía no se recomienda en ausencia de síntomas de radiculopatía o mielopatía. Si existe radiculopatía se debe comenzar por un tratamiento conservador con

analgésicos orales y si el dolor es importante se puede añadir dosis bajas de **prednisona**. Cuando el dolor está controlado, se puede iniciar rehabilitación. Si a pesar del tratamiento persisten los síntomas de dolor, pero no existe empeoramiento neurológico, se pueden administrar esteroides vía epidural, antes de plantearse la cirugía.

Bibliografía

- Andersen LL, Hansen K, Mortensen OS, Zebis MK. Prevalence and anatomical location of muscle tenderness in adults with nonspecific neck/shoulder pain. BMC Musculoskelet Disord. 2011;12:169. PubMed **PMID: 21777478**. **Texto completo**
- Calvo Gutiérrez J, Collantes Estévez E. Protocolo diagnóstico de la cervicalgia inflamatoria. Medicine. 2013;11(31):1949-53.
- Castellón de Arce P. Dolor cervical y dorsal. En: Blanco García FJ, Carreira Delgado P, editores. Manual SER de las enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. 4.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2004.
- Cheng JS, McGirt MJ, Degin C. Neck pain. En: Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR, editors. Kelly's Textbook of Rheumatology. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012.
- Côté P, Van der Velde G, Cassidy JD, Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Holm LW, et al; Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. The burden and determinants of neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine (Phila Pa 1976). 2008;33(4 Suppl):S60-74. PubMed **PMID: 18204402**
- Fernández Castro M. Protocolo diagnóstico de la cervicalgia. Medicine. 2009;10(30):2038-41.
- González Ramírez S, Chaparro Ruiz ES, De la Rosa Alvarado M del R, Díaz Vega M, Guzmán González JM, Jiménez Alcántara JA, et al. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con esguince cervical, en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2005;43(1):61-8. PubMed **PMID: 15998482**
- Gross M. Cinesiterapia de las cervicalgias. Kinesiterapia - Medicina física. 2006;27(3):1-15.
- Haldeman S, Carroll L, Cassidy JD, Schubert J, Nygren A; Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. The Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: executive summary. Spine (Phila Pa 1976). 2008;33(4 Suppl):S5-7. PubMed **PMID: 18204400**
- Hogg-Johnson S, Van der Velde G, Carroll LJ, Holm LW, Cassidy JD, Guzman J, et al; Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Spine (Phila Pa 1976). 2008;33(4 Suppl):S39-51. PubMed **PMID: 18204398**
- Isaac Z. Evaluation of the patient with neck pain and cervical spine disorders. En: Atlas SJ, Dashe JF, editors. UpToDate; 2016 [consultado 20-2-2016]. Disponible en: **<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-patient-with-neck-pain-and-cervical-spine-disorders>**
- Isaac Z. Treatment of neck pain. En: Atlas SJ, Dashe JF, editors. UpToDate; 2016 [consultado 20-2-2016]. Disponible en: **<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-neck-pain>**
- Makela M, Heliovaara M, Sievers K, Impivaara O, Knett P, Aromaa A. Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland. Am J Epidemiol. 1991;134(11):1356-67. PubMed **PMID: 1755449**
- McRae R. Ortopedia y fracturas: exploración y tratamiento. Madrid: Editorial Marbán; 2004.
- Mendioroz Iriarte M, Poza Aldea JJ. Mielopatía y radiculopatía por cerviccoartrosis. Tumores de la médula espinal. Medicine. 2005;8(99):5339-44.
- Meseguer Henarejos AB, Medina i Mirapeix F, Cánovas Gascón JJ, Esteban Argente I, Torres Vaquero AI, Alcántara F. Prevalencia, consecuencias y factores de riesgo de la cervicalgia. Fisioterapia. 2000; 22 Supl 2:4-12. **Texto completo**
- Mulero Mendoza J. Protocolo diagnóstico de cervicalgia. Medicine. 2005;9(32):2125-7.
- Rao R. Dolor cervical, radiculopatía cervical y mielopatía cervical: fisiopatología, historia natural y valoración clínica. En: Cáceres Palou E, Rao R, coordinadores. Patología degenerativa de la columna cervical. Monografías AAOS - SECOT. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2005. p. 9-19. **Texto completo**
- Robinson J, Kothari MJ. Clinical features and diagnosis of cervical radiculopathy. En: Shefner JM, Dashe JF, editors. UpToDate [consultado 14-3-2016]. Disponible en: **<http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-cervical-radiculopathy>**
- Robinson J, Kothari MJ. Treatment of cervical radiculopathy. En: Shefner JM, Dashe JF, editors. UpToDate [consultado 14-3-2016]. Disponible en: **<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-cervical-radiculopathy>**
- Rubio-Ochoa J, Benítez-Martínez J, Lluch E, Santacruz-Zaragoza S, Gómez-Contreras P, Cook CE. Physical examination tests for screening and diagnosis of cervicogenic headache: A systematic review. Man Ther. 2016;21:35-40. PubMed **PMID: 26423982**
- Rubira López DJ, Sánchez Sánchez JA. Mi paciente consulta por cervicalgia. En: Casado Vicente V, Córdón Granados F, García Velasco, G, editores. Manual de exploración física. Basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia manual. Barcelona: semFYC; 2012.
- Sanfélix Genovés J, Giner Ruiz V. Exploración de la columna y articulación sacroilíaca. Madrid: Luzán 5, S.A.; 2005.
- Zebis MK, Andersen LL, Pedersen MT, Mortensen P, Andersen CH, Pedersen MM, et al. Implementation of neck/shoulder exercises for pain relief among industrial workers: A randomized controlled trial. BMC Musculoskelet Disord. 2011;12:205. PubMed **PMID: 21936939**. **Texto completo**

Más en la red

- Childress MA, Becker BA. Nonoperative Management of Cervical Radiculopathy. Am Fam Physician. 2016 May 1;93(9):746-54. PubMed **PMID: 27175952**
- Cohen SP. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. Mayo Clin Proc. 2015 Feb;90(2):284-99. PubMed **PMID: 25659245**
- Kendler DL, Bauer DC, Davison KS, Dian L, Hanley DA, Harris ST, McClung MR, Miller PD, Schousboe JT, Yuen CK, Lewiecki EM. Vertebral Fractures: Clinical Importance and Management. Am J Med. 2016 Feb;129(2):221.e1-10. PubMed **PMID: 26524708**

Autores

- | | |
|------------------------------------|--|
| ▪ Sonia López Cuenca | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ▪ Daymi Luján Morera | Médico Especialista en Medicina del Deporte (2) |
| ▪ Rosario Lucinda Osorio Prudencio | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3) |

(1) Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.
(2) MC-Mutual. España.
(3) Residencia de ancianos Gran Residencia. Madrid. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

