

El dolor cervical en el enfermo con artritis reumatoide

Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez,* Dr. José L González-García,** Dr. José A Betancourt-Sandoval,**
Dr. Roberto Rodríguez-Miranda****

* Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán» en la Ciudad de México, Distrito Federal. Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor.

** Unidad de Medicina del Dolor del Instituto Estatal de Cancerología «Dr. Miguel Dorantes Mesa» en Xalapa, Veracruz. Colegio de Anestesiólogos del Estado de Veracruz (Capítulo Xalapa).

*** Departamento de Anestesiología del Hospital General de Culiacán «Bernardo J Gastelum» en Culiacán, Sinaloa. Departamento de Anestesiología del Hospital Civil de Culiacán en Culiacán, Sinaloa.

**** Servicio de Anestesia del Hospital San Rafael de Alajuela en Costa Rica.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Alfredo Covarrubias-Gómez
Vasco de Quiroga Núm. 15,
Sección XVI, Tlalpan, 14000, México, D.F.
Tel: (52) 5554870900, ext. 5011
E-mail: alfredocov@yahoo.com

Recibido para publicación: 28-07-13.

Aceptado para publicación: 26-11-13.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

RESUMEN

Antecedentes: El dolor de la columna cervical es un problema frecuente y está conformado por un grupo heterogéneo de enfermedades. Se ha estimado que presenta una prevalencia en la población general de los países industrializados del 20% y que es más común en mujeres que en hombres. **Objetivo:** Presentar al lector una información actual respecto a los mecanismos involucrados en la generación de este síndrome doloroso en el paciente con artritis reumatoide. **Resultados:** Entre las enfermedades asociadas al dolor de la columna cervical se encuentra la artritis reumatoide, generando alteraciones en este segmento del axis en el 10 al 86% de los individuos que la padecen. La inestabilidad de este segmento en el paciente con artritis reumatoide es potencialmente letal y promueve modificaciones biomecánicas capaces de producir manifestaciones neurológicas como: (i) radiculopatía, (ii) mielopatía y (iii) compromiso de los nervios craneales. Se han utilizado diversos abordajes terapéuticos para el alivio del dolor, entre los que se encuentran abordajes como: (i) farmacológicos, (ii) no farmacológicos, (iii) intervencionistas y (iv) quirúrgicos. **Conclusiones:** El dolor de la columna cervical requiere de una evaluación acuciosa que permita identificar su etiología y en consecuencia proporcionar un abordaje terapéutico óptimo.

Palabras clave: Dolor, cervical, artritis, diagnóstico, tratamiento.

SUMMARY

Antecedents: Pain in the cervical column is a frequent complain and is constituted by a heterogeneous group of diseases. It's been estimated that its prevalence in general population of industrialized countries is of 20% and that is more frequent in women. **Objective:** To present to the reader actual information about the mechanisms involved in the genesis of this painful syndrome in patients with rheumatoid arthritis. **Results:** Rheumatoid arthritis is a disease associated to pain in cervical spine; it promotes alterations in skeletal axis in 10 to 86% of patients. The instability of this skeletal segment is potentially lethal and cause biomechanical alterations capable of generate neurological symptoms, such as: (i) radiculopathy, (ii) mielopathy, and (iii) involvement of cranial nerves. Diverse therapeutic approaches had been used to relief pain, such as: (i) pharmacologic, (ii) non-pharmacologic, (iii) interventionist, and (iv) surgical. **Conclusions:** Pain in the cervical spine requires a precise evaluation that allows to identify its etiology and in consequence provide an optimal therapeutic approach.

Key words: Pain, cervical, arthritis, diagnosis, treatment.

INTRODUCCIÓN

Tomando en consideración la definición del dolor propuesta por el Comité de Taxonomía de la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés)⁽¹⁾, el dolor de la columna cervical puede definirse como «una experiencia sensorial y emocional no placentera, la cual se asocia a un daño real o potencial de los tejidos, o bien descrita en términos de dicho daño», ésta se encuentra localizada en la región comprendida por el cuello y las estructuras adyacentes.

Esta entidad, es un problema frecuente en la población general, siendo superada por el dolor de espalda baja^(2,3). No obstante a lo anterior, esta localización del dolor, presenta un reto para el clínico debido a lo heterogéneo de su etiopatogenia⁽⁴⁾. La diversidad de las enfermedades asociadas al dolor cervical, dificultan su abordaje terapéutico; sin embargo, es posible que cada uno de estos sub-grupos se beneficie con un tratamiento dirigido específicamente a la enfermedad que lo produce.

Con base en estas consideraciones, el presente documento tiene el objetivo de presentar al lector una información actual respecto a los mecanismos involucrados en la generación del dolor cervical de origen reumático y proporcionar las herramientas que faciliten su evaluación y tratamiento.

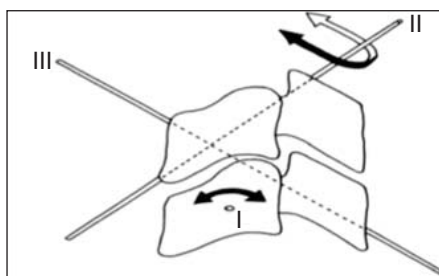
LA EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR EN LA REGIÓN CERVICAL

Se estima que la prevalencia del dolor cervical presenta variaciones regionales y en la población general de los países industrializados suele ser del 40 al 70%⁽⁵⁾, y en el seguimiento a un año sugiere que ésta es del 20%⁽⁶⁾. Se ha documentado que esta localización del dolor es más frecuente en mujeres que va del 10 al 15%, en hombres es del 7 al 10%^(7,8), y que afecta a cerca del 46% de los individuos entre los 50 y 69 años de edad⁽⁹⁾.

EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE Y LA COLUMNA CERVICAL

La artritis reumatoide (AR) afecta a cerca de dos millones de estadounidenses⁽¹⁰⁾. Se ha documentado que esta enfermedad inflamatoria crónica, lesiona con mayor frecuencia a la columna cervical⁽¹⁰⁾; ya que del 10 al 86% de los pacientes que la padecen, presentan alteraciones en este segmento del esqueleto axial^(11,12) (Figura 1).

La inflamación crónica observada en la AR, lesiona al cartílago articular y a las articulaciones sinoviales de la columna cervical⁽¹¹⁾, favoreciendo la presencia de las alteraciones en los ligamentos estabilizadores del área atlanto-axial⁽¹³⁾ e inestabilidad de este segmento del esqueleto axial⁽¹²⁾.



Rangos de movimiento de la columna cervical
Modificado de: Bogduk N, Mercer S. Clin Biomechan. 2000; 15: 633-648.

Segmento	Tipo de movimiento		
	Rotación axial (promedio de grados [DS])	Flexión/extensión (promedio de grados [DS])	Flexión lateral (promedio de grados [DS])
Occ-C2	75 (12)	-14 (6)	-2 (6)
C2-C3	7 (6)	0 (3)	-2 (8)
C3-C4	6 (5)	-3 (5)	6 (7)
C4-C5	4 (6)	-2 (4)	6 (7)
C5-C6	5 (4)	2 (3)	4 (8)
C6-C7	6 (3)	3 (3)	3 (7)



Figura 1. La columna cervical normal. En la parte superior izquierda de esta figura se muestran los tipos de movimiento de la columna: (i) flexión lateral (marcado con el número I romano), (ii) rotación axial (marcado con el número II romano), (iii) flexión-extensión (marcado con el número III romano). La tabla en la parte inferior izquierda muestra los grados de movilidad normal en promedio con su desviación estándar (DS). La radiografía en la mitad derecha corresponde a una enferma con artritis reumatoide con afección en la columna cervical apreciando rectificación de la curvatura, disminución del espacio discal, picos de loro foraminales, entre otras.

La inestabilidad de la columna cervical es una manifestación potencialmente letal⁽¹²⁾. Los patrones de la inestabilidad más frecuentemente observados son: (i) la inmovilización craneal y (ii) la inestabilidad de la unión atlanto-axial y (iii) de la sub-axial⁽¹⁰⁾. Se han propuesto diversas técnicas radiológicas para evidenciar estos patrones (Cuadro I).

LA BIOMECÁNICA DE LA COLUMNA CERVICAL

Se requiere de familiaridad con la anatomía de la columna cervical para identificar las estructuras que se encuentran

involucradas en la producción del dolor⁽⁶⁾. Cabe destacar, que el cuello en condiciones normales, realiza más de 600 movimientos por hora⁽¹⁴⁾; de igual forma, la función normal de la columna cervical, requiere de: (i) flexibilidad que permite el movimiento de la cabeza y (ii) fuerza muscular para hacer posible dicho movimiento⁽⁶⁾.

Por tal motivo, el conocimiento anatómico-funcional de la columna cervical, nos ayudará durante la exploración física del enfermo, a identificar a aquellas estructuras que interfieran con la movilidad habitual del cuello y en consecuencia a evidenciar a las que resulten responsables de la generación del dolor (Figura 2).

Cuadro I. Categorización de la afección en el segmento C1-C2 observada en los pacientes con artritis reumatoide.

Categorías	Porcentaje de afección	Hallazgos radiológicos
Grupo 1	46	Estrechamiento severo del espacio articular y esclerosis subcondral con colapso de la masa lateral
Grupo 2	44	Estrechamiento del espacio articular y esclerosis subcondral sin colapso de la masa lateral
Grupo 3	10	Subluxación lateral con/sin estrechamiento del espacio articular y esclerosis subcondral

Las estructuras óseas implicadas en la biomecánica cervical

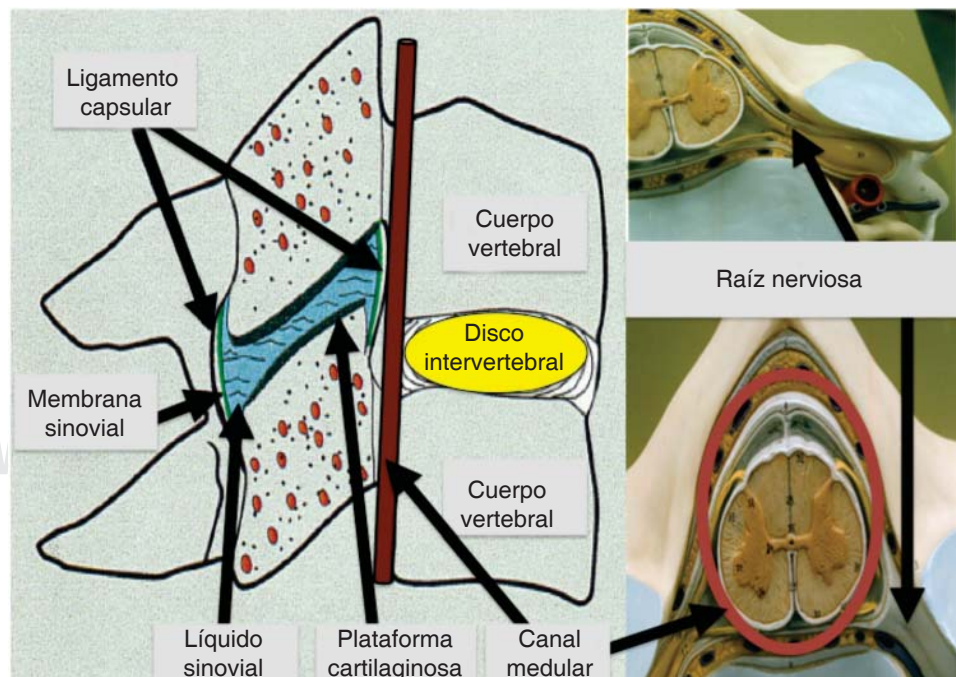
Con fines descriptivos, la columna cervical se divide en cuatro unidades; las cuales debido a su morfología única, determinan la cinemática y la funcionalidad del segmento axial cervical. Estas unidades son: el atlas, el axis, la unión C2-C3 y el resto de las vértebras cervicales⁽¹⁵⁾. Cada una de éstas participan en la flexión, extensión, rotación y mantenimiento de la posición de la cabeza⁽⁶⁾.

El movimiento de completa extensión o flexión de una vértebra tiene forma de arco y su centro se encuentra en la vértebra inferior; este sitio, ha sido denominado centro de rotación instantánea (CRI) y puede ser calculado matemáticamente. Los mecanismos de la lesión que interfieren con la biomecánica de la columna cervical son: (i) la fuerza, (ii) la presión⁽¹⁶⁾ y (iii) el impacto de éstas sobre el CRI⁽¹⁵⁾.

Figura 2.

Estructuras que conforman la columna cervical.

Esta figura muestra algunas de las estructuras que conforman las articulaciones vertebrales. Otras estructuras extra-articulares que incluyen a: (i) piel, (ii) tejido graso, (iii) fascia aponeurótica, (iv) músculo e inserciones musculares, (v) ligamentos, (vi) cápsula y sinovial facetaria, y (vii) otras. Entre las estructuras del canal medular: (i) duramadre anterior, (ii) raíz nerviosa, (iii) médula espinal, (iv) tejido graso, (v) plexos vasculares, y (vi) otras.



Las estructuras no-óseas implicadas en la biomecánica cervical

Los elementos óseos de la columna cervical se conectan a una gran variedad de estructuras, que en conjunto se denominan «tejidos blandos». Entre estas estructuras se encuentran diversos tipos de ligamentos que contactan los cuerpos óseos y los elementos posteriores de las vértebras, extendiéndose sobre uno o más segmentos⁽¹⁷⁾.

Otros tejidos blandos son: (i) las cápsulas fibrosas que circundan las articulaciones sinoviales, (ii) los anillos fibrosos de los discos intervertebrales y (iii) las articulaciones uncovertebrales. Estas estructuras en conjunto, permiten la movilidad de las vértebras cervicales dentro de los rangos de los arcos de movimiento, y así manteniendo su integridad^(17,18).

El diseño estructural y los materiales que conforman a los tejidos blandos permiten compensar la presión y la fuerza que se ejerce en este segmento del esqueleto axial. En este sentido, las estructuras ligamentarias están compuestas de colágena y elastina dispuesta en forma uniaxial, lo cual permite soportar cargas de tensión. Por el contrario, el núcleo de los discos intervertebrales está conformado por proteoglicanos y es capaz de soportar cargas de compresión. En el caso de los anillos fibrosos de los discos, su diseño y composición les permite soportar la tensión, torsión y el desplazamiento⁽¹⁷⁾.

La biomecánica de la columna cervical en la artritis reumatoide

El impacto sobre el sistema musculoesquelético

La afectación de las articulaciones sinoviales a consecuencia de la AR, ha sido descrita ampliamente. El depósito de los complejos inmunes en el cartílago y en el líquido sinovial de las articulaciones promueve la formación del tejido fibrovascular o pannus. Así mismo, la inflamación persistente, conduce a la pérdida de cartílago y a la erosión ósea, favoreciendo la presencia de laxitud ligamentaria^(11,13). Más aún, la presencia de sinovitis produce degeneración de los ligamentos transversos y promueve la luxación anterior de atlas sobre el axis⁽¹⁰⁾.

Las alteraciones osteocartilaginosa aunadas a la osteopenia⁽¹³⁾, condiciona cambios en la densidad de las estructuras óseas y en la degeneración cartilaginosa⁽¹⁹⁾. Lo anterior permite que estos elementos sean más susceptibles a la influencia de la presión y a la fuerza; modificando el centro de gravedad y el centro de rotación instantánea⁽¹⁵⁾. Así mismo, la laxitud y la degeneración ligamentaria disminuye la resistencia a las cargas de tensión y a las modificaciones sobre los discos intervertebrales, las cuales disminuye la resistencia a las cargas de compresión, promoviendo la inestabilidad de la columna cervical^(10,13,17).

Se ha descrito que las articulaciones más frecuentemente afectadas en la AR son: (i) la atlanto-axial, (ii) la periodontal y (iii) la zigapofisial⁽¹¹⁾. Además de soportar peso, la articulación atlanto-axial permite la rotación axial sobre la articulación periodontal en un rango de 47 grados⁽¹⁵⁾. Los factores como la laxitud y la degeneración ligamentaria, así como la modificación del CRI, permiten la ocurrencia de la hipermovilidad en este segmento, favoreciendo la luxación y subluxación atlanto-axial⁽¹³⁾. La subluxación atlanto-axial, puede ser: (i) anterior, (ii) posterior o (iii) lateral; la más frecuentemente observada es la de localización anterior, esto debido a la distribución anormal de las cargas en este segmento^(10,15).

El impacto sobre las estructuras nerviosas

Las alteraciones biomecánicas de la columna cervical secundarias de la AR, favorecen el compromiso neurológico, ya sea por compresión radicular o medular^(11,13). Las manifestaciones neurológicas de la AR por afección de la columna cervical son: (i) radiculopatía, (ii) mielopatía y (iii) compromiso de los nervios craneales⁽¹³⁾.

El problema radicular más frecuentemente observado es la cefalea occipital por irritación del segundo nervio craneal a consecuencia de la degeneración atlanto-axial o inestabilidad cervical⁽¹¹⁾. De igual forma, la protrusión del proceso odontoideo en el canal espinal posterior, puede condicionar la presencia de dolor o neuralgia suboccipital y mielopatía⁽¹⁰⁾. La radiculopatía observada en otros segmentos puede acompañarse de alteraciones motoras, las cuales pueden asociarse a colapsos en los discos intervertebrales o subluxación subaxial^(11,13).

Así mismo, el compromiso medular puede ser el resultado de la inestabilidad cervical o de un fenómeno de masa condicionado por la presencia de pannus^(10,11,13,20). Una subluxación atlanto-axial de 9 mm, reduce el área del canal espinal en un 60%, de tal forma que la rotación normal es de 47 grados y dejaría un canal espinal del 21 %, favoreciendo la compresión medular, ya que en condiciones normales la médula ocupa del 27 al 30% del canal⁽¹⁰⁾. Ranawat ha propuesto una clasificación para describir el compromiso neurológico en el paciente con AR (Cuadro II)^(10,11,21).

El impacto sobre las estructuras vasculares

Aunado a lo anterior, las modificaciones biomecánicas asociadas a la artritis reumatoide pueden comprometer el aporte de las arterias vertebrales⁽¹¹⁾. Esto se debe a que estos elementos vasculares pasan a través de los agujeros transversos de las primeras seis vértebras; las cuales permiten una rotación de la cabeza de 160 grados en condiciones

Cuadro II. Clasificación de Ranawat para describir el daño neurológico.

Categorías	Hallazgos clínicos
Grado 1	Presencia de dolor sin déficit neurológico
Grado 2	Presencia de parestesias, disestesias, hiperreflexia y debilidad subjetiva
Grado 3	Presencia de parestesias, disestesias, hiperreflexia y debilidad motora objetiva

3A = pacientes ambulatorios
3B = pacientes no-ambulatorios

Cuadro III. Caracterización del dolor de la columna cervical respecto a su etiología.

Grupo 1. Problemas cervicales generados por afección de las articulaciones cervicales y asociados a ligamentos y músculos	Grupo 2. Problemas cervicales generados por la afección de las raíces nerviosas o la médula espinal
Dolor y limitación de la movilidad	Dolor neuropático que sigue un trayecto dermatómico cervical
El dolor es profundo, episódico y con sensación de opresión dolorosa	El dolor es agudo, superficial, constante y de tipo ardoroso
El dolor se incrementa con el movimiento y disminuye con el reposo	El dolor se incrementa con la hiper-extensión del cuello
Irradiación a hombro por afección muscular	Irradiación a hombro y brazo por el compromiso de las raíces que componen el plexo braquial
Cefalea por afección muscular	Neuralgia occipital
Sin alteraciones sensitivas	Con alteraciones sensitivas

normales⁽²²⁾. Sin embargo, en presencia de las alteraciones estructurales severas un rango de rotación es de 90 grados, puede condicionar la oclusión de estas arterias⁽²³⁾ y promover alteraciones neurológicas secundarias a isquemia o infarto cerebral⁽²²⁾.

EVALUACIÓN DEL DOLOR CERVICAL EN EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

La intensidad del dolor en el paciente con artritis reumatoide

En general se ha documentado que en el adulto mayor se presenta: (i) que la prevalencia del dolor crónico se incrementa⁽²⁴⁾, (ii) que aumenta en intensidad hacia la séptima década de la vida⁽²⁵⁾ y (iii) que la edad es un factor de riesgo para la presentación del dolor cervical en el paciente con AR⁽²²⁾.

En estos pacientes, la escala verbal análoga (EVA) de cinco puntos (no dolor, dolor leve, medio, moderado y severo) para evaluar su intensidad al parecer es la más confiable⁽²⁶⁾. Más aún, se ha descrito que esta escala resulta útil en el enfermo con AR⁽²⁷⁾.

Evaluación clínica

Como se expresó anteriormente, la identificación de la etiología depende de una acuciosa evaluación. Se ha descrito que las causas del dolor cervical pueden dividirse en dos grandes grupos: (i) aquellas que ocurren por afección de las articulaciones, ligamentos y músculos, y (ii) las que involucran a los nervios craneales o la médula espinal^(10-12,22,28) (Cuadro III).

Se ha sugerido que el interrogatorio, debe incluir síntomas urinarios (incontinencia, impotencia, etc.), intestinales y en extremidades inferiores (parestesias, debilidad, etc.), esto se debe a que independientemente de la etiología, estos síntomas se pueden presentar inclusive en pacientes con dolor cervical leve^(22,28).

En el paciente con AR la exploración puede ser difícil debido a: (i) contracturas musculares, (ii) deformidades, (iii) inflamación, (iv) debilidad motora, (v) limitación funcional, o (vi) dolor^(11,12). La exploración física debe incluir la inspección de cabeza y cuello, la exploración de los arcos de movilidad del cuello, presencia de puntos dolorosos a la palpación y la evaluación neurológica de extremidades superiores e inferiores^(22,28) (Cuadro IV).

Cuadro IV. Hallazgos clínicos en la evaluación neurológica del dolor de la columna cervical.

Signo	Descripción
Prueba de Spurling	Inclinación lateral de la cabeza hacia la extremidad dolorosa y compresión hacia abajo realizada por el examinador, genera parestesia y dolor irradiado a la extremidad, sugiriendo compresión radicular
Prueba de tracción	La tracción ascendente de la cabeza realizada por el examinador, genera una reducción transitoria del dolor, sugiriendo compresión radicular
Prueba de Lhermitte	La flexión del cuello, genera parestesia irradiada a la región dorsal y en ocasiones a extremidades, sugiriendo mielopatía
Prueba de Babinski	Debilidad espástica de las extremidades con hiperreflexia, sugiere mielopatía

Asimismo, se sugiere explorar la presencia de dolor o induración de la arteria temporal y de crecimiento o induración linfática cervical o tiroidea; debido a que estas estructuras causan dolor cervical en este grupo de edad y en pacientes reumatológicos⁽²⁸⁾.

Evaluación por imagen

En el paciente con dolor con asiento en esta área, la radiografía simple del cráneo con la boca abierta permite una vista de la odontoides^(11,13); las proyecciones laterales en flexión-extensión, facilitan la observación de osteopenia, erosión de las articulaciones facetarias atlantoaxiales y subaxiales, del proceso odontoides, y elementos que condicionan inestabilidad cervical⁽¹¹⁾. La proyección lateral con flexión completa del cuello, es parte esencial de la evaluación radiológica, ya que permite la mayoría de las subluxaciones y otras alteraciones⁽¹³⁾ (Cuadro I).

La tomografía computada, permite una visualización más detallada de la anatomía ósea de este segmento del esqueleto axial; en comparación con las radiografías, ésta permite una mayor demostración de las articulaciones facetarias y del proceso odontoides⁽¹¹⁾.

La resonancia magnética permite la identificación de sinovitis activa⁽¹³⁾ y es la modalidad de elección para la evaluación de los pacientes con alteraciones neurológicas⁽¹¹⁾.

Sin embargo, las pruebas dinámicas, pueden dificultar la evaluación correcta del grado de subluxación⁽¹³⁾.

EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CERVICAL EN EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Generalidades

Un elemento importante del abordaje es establecer el pronóstico, el cual se ha documentado que cerca de dos tercios de los pacientes con dolor cervical, sin afección neurológica o con enfermedad sistémica, presentan resultados favorables a largo plazo. Sin embargo, un tercio de estos pacientes pueden continuar con dolor. Del mismo modo, los pacientes con dolor neuropático con frecuencia obtienen un alivio parcial de la sintomatología dolorosa⁽²⁸⁾; lo que limita su actividad y características de vida.

Tratamiento farmacológico

Este abordaje incluye: (i) la utilización de analgésicos no-opioides⁽²⁹⁾, (ii) antiinflamatorios no esteroideos (AINE)^(22,29), (iii) esteroides orales⁽²²⁾ y (iv) opioides⁽²⁹⁾.

El acetaminofen (paracetamol) es un analgésico no-opioide que ha sido utilizado en el tratamiento del dolor por AR en combinación con medidas no farmacológicas⁽²⁹⁾. La utilización de este fármaco debe considerar: (i) que prolonga la vida media de la warfarina sódica⁽³⁰⁾ y (ii) que debido a su posible hepatotoxicidad, su empleo debe ser cuidadoso en pacientes con historia de alcoholismo o de enfermedad hepática⁽³¹⁾. Este fármaco puede utilizarse en combinación con AINE⁽³²⁾.

Con respecto a los AINE, se debe considerar el riesgo de sangrado, perforación, edema, hipertensión e insuficiencia cardíaca congestiva⁽²⁹⁾. No se recomienda la utilización de dos AINE⁽³²⁾. Respecto a los esteroides orales, se sugiere su empleo por períodos breves de tiempo⁽²²⁾ y no se recomienda su combinación con AINE^(22,32).

Entre los analgésicos opioides se encuentra el tramadol, este fármaco disminuye las dosis de AINE⁽²⁹⁾, no debe emplearse a dosis mayores de 400 mg/día⁽³²⁾ y debe considerarse su empleo en pacientes que consumen inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

El empleo de opioides no sustituye la utilización de analgésicos no-opioides o AINE⁽²⁹⁾; sin embargo, pueden ser empleados como adyuvantes en aquellos pacientes que no responden al tratamiento ortodoxo⁽³³⁾.

Tratamiento no-farmacológico

Los objetivos de este abordaje son el control del dolor y mejorar la función^(22,29). En este rubro se incluyen: (i) el

ejercicio (educación postural, ejercicios aeróbicos, etc.), (ii) la educación (pérdida de peso, autocuidado, etc.), (iii) terapias manuales (masaje, tracción manual, etc.), (iv) agentes físicos (el ultrasonido, las compresas calientes o frías, etc.), (v) electroterapia (estimulación eléctrica transcutánea, (vi) terapia psicológica (cognitivo-conductual, terapia ocupacional)^(22,28,29,34).

Algunos autores, sugieren la inmovilización de la columna cervical mediante el empleo de un collarín⁽²²⁾, no se recomienda la inmovilización por períodos prolongados⁽²⁸⁾.

Se ha documentado el empleo de la acupuntura en pacientes con dolor en la columna cervical, observando una disminución en la intensidad del dolor; sin embargo, se requiere un mayor número de estudios con respecto a la efectividad de este abordaje⁽³⁵⁾.

Tratamiento intervencionista

Se han utilizado técnicas de analgesia regional para establecer el pronóstico y tratamiento de los pacientes con dolor crónico⁽³⁶⁾. Estos abordajes han sido criticados debido a diversas controversias metodológicas que limitan su amplia recomendación.

Sin embargo en individuos con dolor en la columna cervical, se ha documentado que el bloqueo repetido de la rama medial cervical en las articulaciones facetarias de la columna, disminuye considerablemente la sintomatología dolorosa⁽³⁷⁾ y a un año la disminución de su intensidad es superior al 50%⁽³⁸⁾.

Tratamiento quirúrgico

La indicación tradicional para el manejo quirúrgico de la AR en la columna cervical es la presencia de dolor y deterioro neurológico⁽³⁹⁾. Se ha sugerido que los pacientes sin deterioro neurológico pueden ser tratados de forma conservadora. Sin embargo, no obstante a que los analgésicos y las ortésis proporcionan un alivio sintomático, estos abordajes no disminuyen el progreso de la enfermedad y no proporcionan una estabilidad adicional a la columna cervical⁽¹¹⁾.

CONCLUSIONES

La artritis reumatoide en la columna cervical es un padecimiento frecuente en la población general y genera severas repercusiones sobre la calidad de vida de los sujetos.

Su abordaje diagnóstico y terapéutico se ha intentado desde diferentes perspectivas por diversos grupos de especialistas.

Un porcentaje considerable de estos pacientes, presentan dolor de difícil control que favorece el empleo de múltiples alternativas terapéuticas con resultados poco determinantes.

Debido a que la evidencia actual es limitada respecto al número de estudios enfocados a la terapéutica farmacológica de esta entidad y ante la carencia de «guías de manejo», se recomienda el empleo cuidadoso de los recursos farmacológicos y métodos conservadores como lo son: la medicina física, la rehabilitación y los métodos cognitivos conductuales; los cuales, propician un adecuado control del dolor, por lo que deben privilegiarse sobre otras alternativas.

REFERENCIAS

- Merskey H. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*. 1986;S3:345-356.
- Wolsko PM, Eisenberg DM, Davis RB, Kessler R, Phillips RS. Patterns and perceptions of care for treatment of back and neck pain: results of a national survey. *Spine*. 2003;28:292-298.
- Webb RMA, Brammah T, Lunt M, Unwin M, Allison T, Symmons D. Prevalence and predictors of intense, chronic and disabling neck and back pain in the UK general population. *Spine*. 2003;28:1195-1202.
- Childs JD, Fritz JM, Piva SR, Whitman JM. Proposal of a classification system for patients with neck pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2004;34:686-696.
- Anderson G. The epidemiology of spinal disorders. In: Frymoyer JW, et al. *The adult spine: principles and practice*. New York: Raven Press; 1991:107-146.
- Borenstein DG, Wiesel S, Boden SD. Neck pain: medical diagnosis and comprehensive management. WB Saunders Co. EUA. 1996:26.
- Guez M, Hildingsson C, Nilsson M, Toolanen G. The prevalence of neck pain: a population-based study from northern Sweden. *Acta Orthop Scand*. 2002;73:455-459.
- Mäkelä M, Heliövaara M, Sievers K, Impivaara O, Knekt P, Aromaa A. Prevalence, determinants and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol*. 1991;134:1356-1367.
- Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*. 2004;110:361-368.
- Nguyen HV, Ludwig SC, Silber J, Gelb DE, Anderson PA, Frank L, Vaccaro AR. Rheumatoid arthritis of the cervical spine. *Spine J*. 2004;4:329-334.
- Kolen RE, Schmidt MH. Rheumatoid arthritis of the cervical spine. *Semin Neurol*. 2002;22:179-186.
- Thonse R, Belthur M. Rheumatoid arthritis and neck pain. *Postgrad Med J*. 2003;79:711.
- Kauppi MJ, Barcelos A, da Silva JAP. Cervical complications of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:355-358.
- Nakano KK. Neck pain. In: Kelley W, Haris E, Ruddy S, Sledge C, et al. *Textbook of rheumatology*. 4th. edition. WB Saunders Co. EUA. 1994, p. 397.
- Bogduk N, Mercer S. Biomechanics of the cervical spine, part 1: Normal kinematics. *Clin Biomechan*. 2000;15:633-648.
- Nusholtz GS, Di Domenico L, Shi Y, Eagle P. Studies of neck injury criteria based on existing biomechanical test data. *Accid Anal Prev*. 2003;35:777-786.
- Yoganandan N, Kumaresan S, Pintar FA. Biomechanics of the cervical spine part 2. Cervical spine soft tissue responses and biomechanical modeling. *Clin Biomechan (Bristol, Avon)*. 2001;16:1-27.
- Yoganandan N, Halliday A, Dickman C, Benzel E. Practical anatomy and fundamental biomechanics. In: Benzel E, et al. *Spine surgery:*

- techniques, complication avoidance and management. New York, NY: Churchill Livingstone, 1999, pp. 93-118.
19. Madsen OR, Sorensen OH, Egsmose C. Bone quality and bone mass as assessed by quantitative ultrasound and dual energy X ray absorptiometry in women with rheumatoid arthritis: relationship with quadriceps strength. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:325-329.
20. Eyres KS, Gray DH, Robertson P. Posterior surgical treatment for the rheumatoid cervical spine. *Br J Rheumatol*. 1998;37:756-759.
21. Heywood AW, Learmonth ID, Thomas M. Internal fixation for occipitocervical fusion. *J Bone Joint Surg Br*. 1988;70:708-711.
22. Devereaux MW. Neck pain. *Prim Care Clin Office Pract*. 2004;31:19-31.
23. Brown B ST J, Tatlow WF. Radiographic studies of the vertebral arteries in cadavers. Effects of position and traction on the head. *Neuroradiology*. 1963;81:80-88.
24. Andersson HI. The course of non-malignant chronic pain: a 12-year follow-up of a cohort from the general population. *Eur J Pain*. 2004;8:47-53.
25. Leong IY, Helme RD. Considerations in the assessment and management of older people with chronic pain. *Ann Acad Med Singapore*. 2003;32:771-777.
26. Gagliese L, Melzack R. Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain*. 2003;104:597-608.
27. ten Klooster PM, Vlaar AP, Taal E, Gheith RE, Rasker JJ, El-Garf AK, et al. The validity and reliability of the graphic rating scale and verbal rating scale for measuring pain across cultures: a study in Egyptian and Dutch women with rheumatoid arthritis. *Clin J Pain*. 2006;22:827-830.
28. Tsang I. Rheumatology: 12. Pain in the neck. *CMAJ*. 2001;164:1182-1187.
29. DeAngelo NA, Gordin V. Treatment of patients with arthritis-related pain. *J Am Osteopath Assoc*. 2004;104:S2-S5.
30. Hylek EM, Heiman H, Skates SJ, Sheehan MA, Singer DE. Acetaminophen and other risk factors for excessive warfarin anticoagulation. *JAMA*. 1998;279:657-662.
31. Schiødt FV, Rochling FA, Casey DL, Lee WM. Acetaminophen toxicity in an urban country hospital. *N Engl J Med*. 1997;337:1112-1117.
32. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Hernández-Ortiz A. Practice guidelines for the management of acute pain. *Cir Cir*. 2005;73:393-404.
33. American Academy of Pain Medicine and the American Pain Society. The use of opioids for the treatment of chronic pain. Glenview, IL: American Academy of Pain Medicine and American Pain Society; 1997.
34. Saturno PJ, Medina F, Valera F, Montilla J, Escolar P, Gascón JJ. Validity and reliability of guidelines for neck pain treatment in primary health care. A nationwide empirical analysis in Spain. *Int J Qual Health Care*. 2003;15:487-493.
35. White P, Lewith G, Prescott P, Conway J. Acupuncture *versus* placebo for the treatment of chronic mechanical neck pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004;141:911-919.
36. Stanton-Hicks M. Nerve blocks in chronic pain therapy-are there any indications left? *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001;45:1100-1107.
37. Manchikanti L, Singh V, Pampati V, Damron KS, Beyer CD, Barnhill RC. Is there correlation of facet joint pain in lumbar and cervical spine? An evaluation of prevalence in combined chronic low back and neck pain. *Pain Physician*. 2002;5:365-371.
38. Manchikanti L, Manchikanti KN, Damron KS, Pampati V. Effectiveness of cervical medial branch blocks in chronic neck pain: a prospective outcome study. *Pain Physician*. 2004;7:195-201.
39. Christensson D, Säveland H, Rydholm U. Cervical spine surgery in rheumatoid arthritis. A Swedish nation-wide registration of 83 patients. *Scand J Rheumatol*. 2000;29:314-319.