

# Dolor en la región cervical - Cervicalgia

## 1 INTRODUCCIÓN, GENERALIDADES Y DEFINICIÓN

---

El dolor cervical es una causa habitual de consulta en los centros de atención primaria, la mayoría de los casos resuelve, con tratamiento o sin él, en el plazo de un mes; a diferencia de las afecciones dolorosas de la región lumbar no es una causa habitual de ausentismo. Suele ser uno de los motivos de consulta que más solicitud de exámenes complementarios innecesarios genera en la atención primaria. Es sabido que los exámenes radiológicos simples no aportan datos de relevancia para el diagnóstico y el tratamiento en la amplia mayoría de los casos, y los exámenes de imágenes más complejos sólo resultan de utilidad en un grupo muy reducido de pacientes con indicación muy precisa según veremos.

El minucioso interrogatorio del paciente sobre sus síntomas, el relevamiento cuidadoso de los antecedentes en general y sobre la realización de movimientos o la adopción de posturas potencialmente generadores del cuadro, asociados a un correcto y atento examen físico que comprenda el análisis de los movimientos espontáneos que el paciente realiza, suelen ser suficientes para resolver una amplia mayoría de las consultas.

La evaluación de la presencia de contracturas musculares secundarias como factor de perpetuación del cuadro doloroso y los trastornos del sueño, son dos factores que nunca deben ser soslayados en el análisis de los pacientes con dolor cervical, ya que su correcto abordaje puede aportar positivamente al tratamiento del cuadro de base.

La persistencia del cuadro clínico más allá de varias semanas, el agravamiento progresivo o la aparición de signos generales o de déficit neurológico, son indicadores de alarma para considerar la presencia de una patología grave subyacente y ampliar el abanico de exámenes complementarios para arribar al diagnóstico y definir una eventual derivación.

Definimos como cervicalgia al dolor o la sensación molesta en la columna cervical o en los músculos paravertebrales (incluyendo el esternocleidomastoideo) y los dolores irradiados y referidos en esta zona anatómica.

## 2 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

---

El dolor cervical afecta al 10% de la población adulta, se calcula que entre el 30 y el 35% de los adultos padecerá dolor cervical en algún momento de sus vidas y este porcentaje aumenta al 50% si consideramos la población de varones adultos laboralmente activos. El 1% de los pacientes que padecen cervicalgia presentan algún tipo de déficit neurológico. Se considera que las causas principales de estos cuadros se deben a procesos degenerativos (OA) o mecánicos.

La gran mayoría de los pacientes que padecen cervicalgia resuelven su cuadro en el curso de 2 a 8 semanas, y el 80% estarán completamente asintomáticos transcurridos 3 meses desde el inicio de los síntomas.

### 3 CUADRO CLÍNICO

Hay varios aspectos insoslayables a la hora de encarar la evaluación clínica de un paciente con dolor cervical: el tiempo de evolución del dolor, si se instaló progresiva o bruscamente, si es permanente u oscilante, si es un fenómeno aislado o se reproduce en forma reiterada, si el dolor persiste en reposo, si existen síntomas de compromiso general (fiebre, pérdida de peso, artritis, astenia, etc.), qué tipo de maniobras o movimientos agravan el dolor y el tipo de actividad laboral o deportiva que realiza el paciente.

Debemos conocer las estructuras que pueden ser responsables del síntoma, y éstas van más allá de los componentes óseos vertebrales: los ligamentos, la musculatura, las articulaciones intervertebrales (cigapofisarias), las estructuras nerviosas y los anillos fibrosos de los discos intervertebrales pueden provocar dolor cervical.

El examen físico debe iniciarse con el paciente de pie y de espaldas al médico, con la cabeza erguida mirando al frente. Se deben inspeccionar y palpar las estructuras musculares en busca de asimetrías, posturas antálgicas, contracturas, puntos gatillo de dolor, curvaturas anormales, atrofiaciones musculares y adenopatías. Se deben buscar signos clínicos dermatológicos, articulares y óseos que orienten hacia la posibilidad de una enfermedad sistémica. Se explorarán también los ángulos de movilidad del cuello, tanto en flexión, en extensión como en rotación y movimientos laterales.

Es imprescindible la exploración neurológica y la determinación de la existencia de dolor en el territorio de inervación sensitiva correspondiente al plexo braquial (Tabla N°1).

Tabla N°1: Signos y síntomas clínicos en lesiones típicas de raíz cervical aislada				
Vía	Dolor	Entumecimiento	Debilidad	Reflejo afectado
<b>C5</b>	Cuello, hombro, escápula	Región lateral del brazo (territorio del nervio axilar)	Abducción del hombro, rotación externa, flexión del codo, supinación del hombro.	Bicipital, braquioradial.
<b>C6</b>	Cuello, hombro, escápula, parte lateral del brazo, antebrazo y mano	Parte lateral del antebrazo, dedos pulgar e índice.	Abducción del hombro, rotación externa flexión del codo, supinación y pronación del antebrazo.	Bicipital, braquioradial.
<b>C7</b>	Cuello, hombro, dedo medio, mano.	Dedos índice y medio, palma.	Extensión de codo y muñeca (radial), pronación del antebrazo, flexión de muñeca.	Tricipital
<b>C8</b>	Cuello, hombro, parte media del antebrazo, cuarto y quinto dedos, parte media de la mano.	Parte media del antebrazo y la mano, cuarto y quinto dedos.	Extensión de los dedos, extensión de muñeca, flexión distal extensión, abducción y aducción de los dedos, flexión distal del pulgar.	Ninguno
<b>T1</b>	Cuello, parte media del brazo, antebrazo	Parte anterior del brazo y media del antebrazo.	Abducción del pulgar, flexión distal del pulgar, abducción y aducción de los dedos.	Ninguno

Es menester conocer la topografía sintomática radicular del plexo braquial y los reflejos que informan sobre cada raíz nerviosa. En la tabla N°1 y la Ilustración N°1 se pueden visualizar resumidamente estos aspectos.

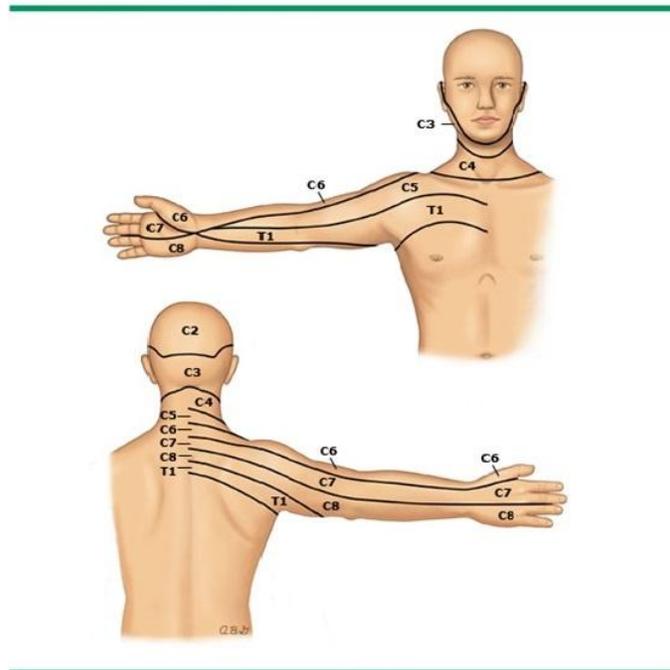


Ilustración N°1: Dermatomas cervicales

El origen radicular cervical del dolor puede sustentarse en la positividad de algunas simples pruebas semiológicas que describiremos a continuación:

- Maniobra de Valsalva: esta maniobra provoca aumento de la presión intracraneana, y con ello, genera fenómenos mecánicos que hacen aparecer o agravan el dolor originado en el canal medular o en la raíz del nervio. Por lo tanto la aparición o incremento del síntoma doloroso con el Valsalva suma a favor de la presencia de un compromiso radicular.
- Maniobra de Spurling: esta maniobra consiste en generar una compresión en dirección cefalocaudal de la cabeza con el paciente sentado, la aparición de dolor hace pensar en un origen radicular del problema.

## 4 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico, en la amplia mayoría de los casos se sustenta en el interrogatorio y el examen semiológico, no se considera de utilidad solicitar estudios complementarios de imágenes y laboratorio al inicio de la sintomatología dolorosa, siempre y cuando el cuadro no obedezca a una causa traumática reciente o el paciente no presente compromiso general, antecedentes de inmunosupresión, neoplasia o evidencia que avale la posibilidad de un origen infeccioso.

Reforzando el anterior concepto, las radiografías, la RMN, el laboratorio y el electromiograma, sólo serán necesarios en un grupo reducido de pacientes. Dada la frecuencia con que las enfermedades

degenerativas como la OA provocan cambios en las imágenes de columna, dichas alteraciones, para ser asumidas como relevantes, deberán correlacionarse con lo observado en la clínica. De nada sirve decirle a un paciente que “su columna es un verdadero desastre” y “que la artrosis ha provocado muchas alteraciones en sus vértebras cervicales” si ninguno de los hallazgos radiológicos explican la presencia del cuadro clínico que el paciente padece.

#### 4.1 ¿CUÁNDO INDICAR UN ESTUDIO POR IMÁGENES?

Como se mencionó previamente, en la amplia mayoría de los casos de dolor cervical los estudios complementarios son totalmente innecesarios, y pueden contribuir negativamente adjudicando el origen del síntoma a causas que no son las que originan el cuadro. Es probable que los pacientes insistan en la necesidad de un estudio complementario considerando que los mismos son necesarios para definir la etiología de su dolor, en estos casos es menester tomarnos el tiempo necesario para explicarles y convencerlos de la importancia de no generar intervenciones que pueden llevar a diagnósticos incorrectos o a demostrar la presencia de trastornos que no son los verdaderos causantes del malestar.

La presencia de dolor secundario a un fenómeno traumático, ya sea por trauma directo, una caída o un latigazo, impone la necesidad de un examen por imágenes consecutivo al examen clínico. En estos casos la Rx de columna cervical F y P debe complementarse con la Rx de articulación atlantoideo-axoidea que se realiza con incidencia del rayo a través de la boca. Es fundamental que hasta que se descarte la presencia de una lesión inestable de columna el paciente permanezca con la columna cervical inmovilizada, sobre todo si en el examen clínico hemos detectado la presencia de dolor a la palpación de las apófisis espinosas de las vértebras cervicales.

Ante la presencia de un dolor cervical de origen no traumático es lícito solicitar un estudio por imágenes (Rx, TAC, RMN) en las siguientes circunstancias:

- Pacientes mayores de 50 años con síntomas de reciente aparición: Rx de columna cervical F, P y ambas oblicuas.
- Síntomas de compromiso general (fiebre, escalofríos, pérdida de peso inexplicable): RMN o TAC.
- Dolor cervical moderado a grave durante las últimas seis semanas con mala respuesta al tratamiento: Rx, TAC o RMN.
- Hallazgos neurológicos progresivos: RMN.
- Riesgo de infección (ej.: abuso de drogas IV, inmunosupresión): RMN o TAC.
- Historia de enfermedad maligna: TAC o RMN.

Debe tenerse en cuenta el rendimiento que cada uno de los estudios mencionados tiene en cada caso en particular y el costo de los mismos a la hora de decidir uno u otro.

##### 4.1.1 ¿Cuándo pedir Rx convencionales?

Las radiografías convencionales son de utilidad para determinar la presencia de procesos degenerativos como la OA, el compromiso de los agujeros de conjunción (proyecciones oblicuas) y la presencia de pérdida de los espacios intervertebrales en la patología discal.

##### **Indicaciones de Rx de columna cervical:**

- Defectos congénitos de columna cervical.

- Traumatismo de columna, sospecha de fractura (evaluar siempre la apófisis odontoides por incidencia transbucal). Tener en cuenta que la RX puede no diagnosticar el 40% de las fracturas cervicales, la TAC es el estudio de mayor sensibilidad para estos casos.
- Sospecha de espondilitis seronegativas (espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, Enfermedad de Reiter)
- Sospecha de tumores vertebrales (primarios o metastásicos –mieloma múltiple, mama, próstata, pulmón, riñón, tiroides, etc.)
- Sospecha de procesos infecciosos (espondilodiscitis por gérmenes piógenos, tuberculosos, brucelosis).

#### 4.1.2 ¿Cuándo pedir TAC?

La tomografía axial computarizada (TAC) nos brinda información muy precisa sobre las estructuras óseas y el espacio del canal medular, tiene la ventaja de realizarse rápidamente y sin condiciones que puedan volverse intolerables para pacientes con claustrofobia, la contra es la exposición a rayos X, que no es depreciable, y el requerimiento de contraste yodado en ocasiones, con su potencial nefrotoxicidad.

#### **Indicaciones de TAC en cervicalgias:**

- Sospecha de defectos congénitos de la columna cervical en los niños.
- Imposibilidad de realización de una RMN cuando ésta esté indicada (claustrofobia, presencia de prótesis metálicas, etc.).
- Presencia de lesión a la parte superior de la columna (compromiso sospechado de lesión a nivel de primeras vértebras cervicales).
- Sospecha de tumores del hueso.
- Sospecha de fractura ósea.
- Sospecha de compresión de la médula espinal o de la raíz nerviosa por hernias de disco.

#### 4.1.3 ¿Cuándo pedir RMN?

La resonancia magnética nuclear (RMN) es particularmente útil para la valoración de tejidos blandos y permite confirmar procesos inflamatorios, cuando hay compromiso radicular o de las articulaciones.

#### **Indicaciones de RMN en cervicalgias:**

- Dolor intenso en el cuello o el brazo que no mejora después de tratamiento.
- Dolor en el cuello junto con debilidad, entumecimiento u otros síntomas neurológicos.
- Sospecha de defectos congénitos de la columna vertebral.
- Sospecha de infección que involucra la columna vertebral.
- Sospecha de lesión o traumatismo en la columna vertebral.
- Sospecha de esclerosis múltiple.
- Presencia de escoliosis grave.
- Sospecha de tumor o cáncer en la columna vertebral.
- Presencia o sospecha de artritis en la columna vertebral.

## 4.2 APORTES DEL LABORATORIO

La utilidad de los exámenes complementarios del laboratorio es bastante restringida en la gran mayoría de las entidades que provocan cervicalgia. La presencia de valores elevados en reactantes de fase aguda como la velocidad de sedimentación globular (VSG) o la proteína C reactiva (PCR) puede orientarnos hacia la presencia de una enfermedad infecciosa, autoinmune o neoplásica y orientar nuestra pesquisa en consecuencia. La presencia de leucocitosis con desviación izquierda también podrá guiarnos hacia una causa infecciosa, siempre y cuando el paciente no haya estado bajo tratamiento con corticoides en el momento de la toma de la muestra. Pero el ámbito donde el laboratorio se vuelve un gran aliado es en el de las enfermedades autoinmunes y reumáticas.

## 4.3 ESTUDIOS EN CÁMARA GAMMA

Pueden ser de utilidad en la localización de lesiones inflamatorias, infecciosas o tumorales. Pero sólo son recursos necesarios en un número pequeño de pacientes con dolor cervical.

## 4.4 ELECTROMIOGRAMA

Puede servir para detectar o confirmar el compromiso radicular en un paciente con cervicalgia, pero raramente aportan argumentos para definir conductas terapéuticas y es anecdótico su uso en atención primaria.

# 5 MANEJO CLÍNICO DEL DOLOR CERVICAL

---

Comentaremos en orden de frecuencia los cuadros clínicos que afectan la región cervical produciendo como síntoma cardinal el dolor.

- Por lejos la consulta más frecuente se debe a compromiso muscular de las estructuras paravertebrales, la región de los trapecios y el esternocleidomastoideo. Las contracturas localizadas a este nivel son causa habitual de consulta y suelen ser secundarias a esfuerzos desmedidos o vicios posturales. Por lo general estos cuadros se asocian con actitudes antálgicas que cierran el círculo vicioso de dolor-contractura-dolor, y el músculo primariamente afectado demuestra dolor cuando se intenta su elongación. La evolución es benigna y por lo general mejoran con antiinflamatorios, relajantes musculares como la ciclobenzaprina (que aseguren un sueño reparador y profundo) y eventualmente la asociación de paracetamol o AINEs con opiáceos débiles (tramadol o codeína) en los casos rebeldes al tratamiento inicial. No se recomienda aquí la realización de exámenes complementarios, ya que en la gran mayoría de los casos, de hallarse algún tipo de imagen “patológica”, es muy poco probable que el cuadro descrito sea secundario a la misma, y se generan de esta forma distractores que perturban la decisión terapéutica, generan ansiedad en el paciente y en el médico, y desencadenan el pedido de nuevos estudios complementarios, siempre inconducentes.
- La osteoartritis (OA) suele ser una causa frecuente de dolor cervical, la inflamación de las articulaciones facetarias (interapofisarias) o de las unciformes (entre cuerpos vertebrales) alteradas por el compromiso discal, pueden ser generadoras de dolor. La OA también puede causar, debido a la formación de osteofitos que invaden el agujero de conjunción, compromiso

de tipo radicular, manifestado por dolor de tipo urente, quemante o tipo descarga eléctrica, que persiste en el reposo y durante la noche; puede asociarse a alteraciones sensitivas en el dermatoma correspondiente a la raíz afectada, a hipo o arreflexia y a déficit motor en los estadios más avanzados. Los cuadros graves con respuesta insuficiente al tratamiento farmacológico y kinésico requieren un abordaje quirúrgico. En estos casos resulta de utilidad la realización de placas radiográficas estándar en tomas de frente, perfil y ambas oblicuas.

- Otro motivo de consulta un poco menos frecuente son los generados por el dolor miofacial y la fibromialgia, en ambos casos se pueden identificar puntos dolorosos, en el caso del dolor miofacial ubicados en la región cervical, el esternocleidomastoideo, el trapecio y los escalenos, con el típico comportamiento en gatillo, donde la presión sobre el punto genera dolor referido en el rostro, en el cuello o en la región craneana. La fibromialgia tiene un comportamiento más generalizado, los puntos dolorosos se distribuyen por distintas partes del cuerpo y el dolor tiene una distribución más amplia. Ambos cuadros dolorosos responde bien al tratamiento con agentes útiles para el tratamiento del dolor neuropático como la pregabalina o el gabapentin, en los casos más sintomáticos puede ser de utilidad la asociación de tramadol, un opiáceo débil que suma a su acción agonista de los receptores opioides un efecto inhibitor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, que lo tornan el analgésico de acción central de elección para el tratamiento del dolor neurítico; este perfil único del tramadol debemos tenerlo en cuenta a la hora de tratar los síndromes radiculares, que suelen mostrarse resistentes a la acción de los AINEs. En estos casos tampoco resultan de utilidad los exámenes complementarios.
- Los compromisos radiculares o del canal medular, provocados por una hernia discal son infrecuentes, generalmente se ven en gente relativamente joven y suelen ser secundarios a un traumatismo. EL canal estrecho cervical secundario a la presencia de osteofitos no son infrecuentes en personas de edad avanzada, y causan una mielopatía caracterizada por debilidad en las extremidades con parestesias, dificultad en la marcha, espasticidad en los miembros superiores y torpeza manual; estos cuadros muchas veces son difíciles de interpretar en los ancianos, y pueden ser adjudicados a deterioros de otra naturaleza. En estos casos la TAC de columna cervical puede aportar datos de valor diagnóstico.
- Podríamos mencionar como causas poco frecuentes de dolor cervical a la AR, algunas malformaciones vasculares, problemas infecciosos, la siringomielia y la esclerosis múltiple, la presencia de tumores (primarios o metastásicos). En todos estos casos los exámenes complementarios resultan de mucho valor, tanto las imágenes como el laboratorio.

A continuación proponemos un algoritmo destinado a facilitar el enfoque de los pacientes con dolor cervical, a fin de que el médico de atención primaria pueda establecer con claridad en qué situaciones puede tener valor la realización de exámenes complementarios y en cuáles no, y en qué situaciones debe reconocer una falta de respuesta al tratamiento. También facilitará la decisión a la hora de contemplar la derivación al especialista o a un centro de mayor complejidad (ver Figura N°1).

## 6 ENFOQUE DEL TRATAMIENTO

---

La gran mayoría de los cuadros dolorosos cervicales solo requieren de tratamientos breves con analgésicos, AINEs y/o relajantes musculares. El paracetamol puede ser un buen recurso en el tratamiento inicial de los cuadros agudos, si la respuesta es insuficiente puede ser reemplazado por un AINE, pero debe tenerse en cuenta que la gran mayoría de las cervicalgias son cuadros benignos y que evolucionan a la curación en días o semanas; por esto, debe evitarse, dentro de lo posible, exponer a los pacientes a riesgos vinculados con efectos adversos de la medicación. Debe tenerse en cuenta que los AINEs deben ser indicados por el menor tiempo y en la menor dosis que se considere efectiva, a fin de manejarlos con un margen de seguridad apropiado. Hay que contemplar la posibilidad de asociar un inhibidor de la bomba de protones en pacientes de alto riesgo para padecer daño gastrointestinal y en pacientes con alto riesgo para enfermedad cerebro o cardiovascular deberán evitarse los antiinflamatorios con un perfil negativo para estas patologías (diclofenac) y reemplazarlos por aquellos que han demostrado un efecto más seguro en estos pacientes (naproxeno). Las terapias físicas, la administración de frío ante los cuadros agudos o de calor en los procesos que se prolongan en el tiempo es apropiado, y la kinesioterapia orientada a producir relajación de los músculos afectados puede colaborar en la resolución del cuadro. Los relajantes musculares como la ciclobenzaprina, asociado o no a AINEs puede ser un recurso de mucha utilidad, sobre todo administrados durante la noche, de forma que no solo provoquen relajación del músculo, sino un reposo reparados con una adecuada proporción de fases profundas del sueño durante el descanso. El uso de opiáceos débiles, solos o asociados a paracetamol, puede ser necesaria en cuadros dolorosos de mucha intensidad, pero por lo general no son habituales en estos pacientes.

Dos situaciones merecen un enfoque particular: el dolor que se prolongue en el tiempo más de lo habitual (3 a 5 semanas) y el dolor con componente radicular y dolor de tipo neuropático. Cada vez que el dolor se prolongue en el tiempo a pesar del haberse indicado un tratamiento apropiado según las normas de procedimiento, deberá sospecharse la presencia de algún factor estructural o mecánico como factor desencadenante, y deberá procederse en consecuencia solicitando los exámenes complementarios que el caso amerite en función de la presunción diagnóstica. El uso de drogas específicas para el tratamiento del dolor neuropático en los casos en que los pacientes relaten síntomas característicos de este compromiso (dolor urente, quemante, parestesias, sensación de descargas eléctricas, hiperestesia o alodinia) se vuelve imprescindible ante el fracaso de los analgésicos y antiinflamatorios habituales para este cuadro. La administración de pregabalina o gabapentin, de antidepresivos (tricíclicos o duloxetina) y de analgésicos centrales con mecanismo de acción dual como el tramadol, que asocia al efecto opiáceo la inhibición de recaptación de serotonina y noradrenalina, pueden mejorar el cuadro mientras se busca una solución definitiva (cirugía) para el compromiso de la raíz nerviosa. El uso de antidepresivos, pregabalina, gabapentin y tramadol puede hacerse extensivo a los pacientes con fibromialgia o dolor miofascial, ya que estos cuadros se presentan también como refractarios al tratamiento con AINEs.

## 7 SEGUIMIENTO Y CONSIDERACIONES SOBRE LA DERIVACIÓN

---

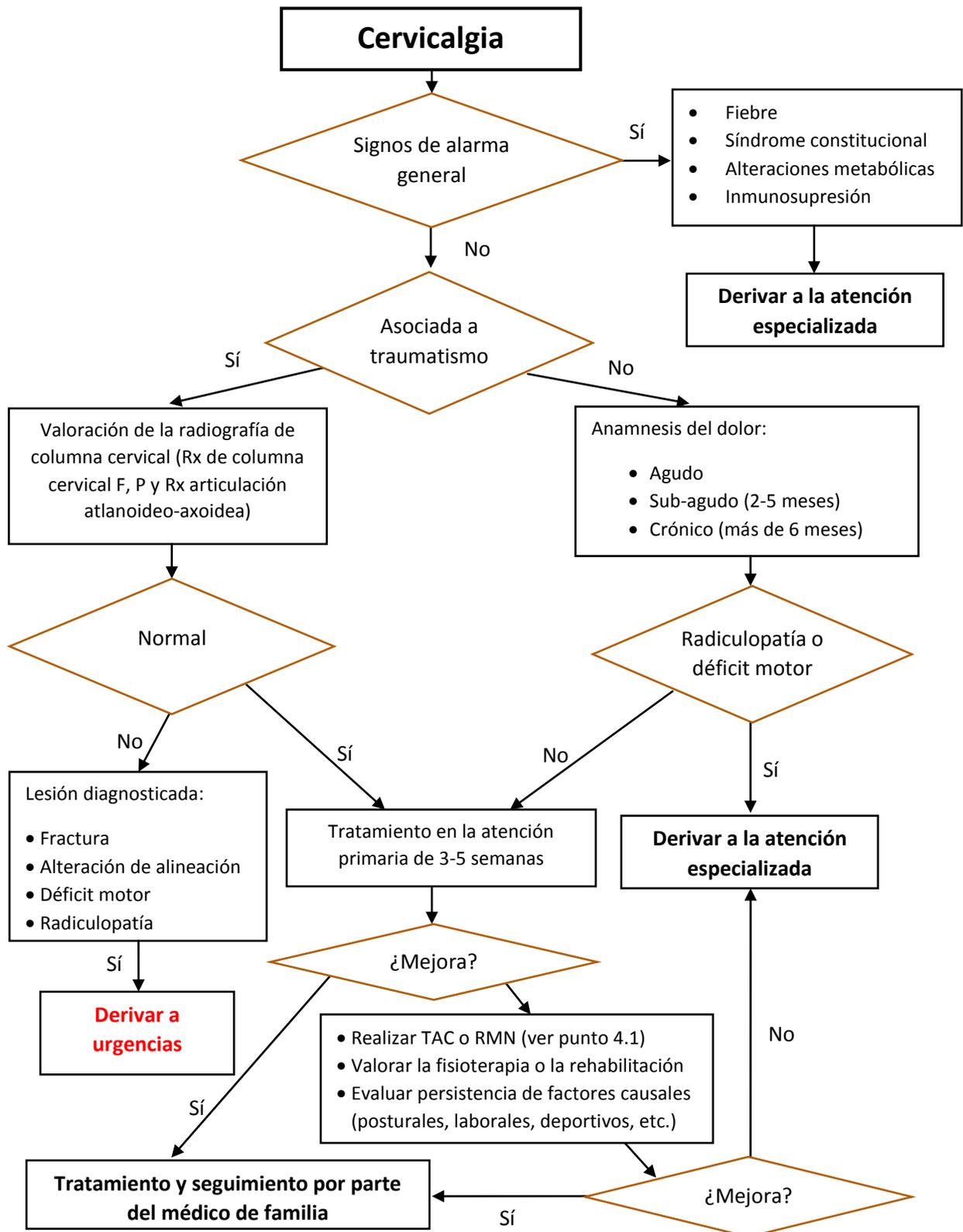
Los pacientes deben ser debidamente informados acerca del cuadro que padecen, deben ser contenidos y se les debe explicar cuáles son las expectativas respecto al tratamiento y el tiempo que se estima para

la resolución de su cuadro; de esta forma se reducirá el componente de ansiedad que pueden presentar estos pacientes y que contribuye negativamente a la evolución del cuadro.

La indicación de reposo debe ser breve y transitoria, se debe estimular el pronto regreso a las tareas habituales y no se debe prolongar por demasiado tiempo la inmovilización y el uso de collares cervicales, ya que la dilación de esta indicación ha demostrado ser contraproducente.

La prolongación del cuadro sin respuesta terapéutica después de 5 semanas, la progresión de los síntomas, el compromiso motor o sensitivo en los casos de afección radicular, la presencia de síntomas generales, fiebre, pérdida de peso inexplicable u antecedentes de inmunosupresión o abuso de drogas intravenosas o la definición de una conducta quirúrgica, debe orientar al médico de atención primaria a la interconsulta o derivación del paciente a un nivel de mayor complejidad.

Algoritmo para el diagnóstico y manejo clínico de los pacientes con cervicalgia en el consultorio de atención primaria



## INFORMACIÓN PARA PACIENTES

---

¿Qué puede causar el dolor de cuello? - El dolor de cuello se produce cuando hay un problema o una lesión en algunas de las partes (“estructuras”) del cuello, entre las cuales se incluyen:

- Huesos - El cuello tiene 7 huesos apilados uno encima del otro. Estos huesos componen la parte superior de la columna y se llaman “vértebras cervicales”. El dolor de cuello puede producirse cuando los huesos se desgastan o desarrollan crecimientos anormales (llamados “protuberancias óseas” u “osteofitos”).
- Ligamentos – Los ligamentos son tejidos fuertes que conectan los huesos entre sí. El daño en los ligamentos puede producirse cuando el cuello hace un movimiento repentino de atrás hacia adelante (llamado “latigazo”), como en un accidente automovilístico.
- Discos – Los discos son almohadillas que se apoyan entre los huesos. Cuando los discos cambian de forma o se salen de su lugar, pueden provocar síntomas.
- Músculos – Los músculos sostienen la cabeza derecha y mueven el cuello. El dolor de cuello puede estar causado por una torcedura o tensión en un músculo, por ejemplo a causa de una mala postura o el estrés.
- Nervios – Un conjunto de nervios (llamados médula espinal) baja por la mitad de la columna. Los nervios se ramifican desde la médula espinal hacia todo el cuerpo. Las personas pueden sufrir síntomas si los nervios están irritados o si están presionados por huesos o discos cercanos.

¿Qué síntomas pueden tener las personas con dolor de cuello? - Las personas pueden tener diferentes síntomas, que incluyen:

- Dolor, rigidez u opresión en el cuello, los hombros, la parte superior de la espalda o los brazos
- Dolores de cabeza
- Debilidad en el cuello
- Incapacidad de mover o girar el cuello
- Dolor al girar o inclinar la cabeza
- Adormecimiento o sensaciones extrañas (como si lo estuvieran pinchando con agujas) en los hombros o brazos
- Problemas para caminar o mover las piernas
- No tener control de la vejiga ni las evacuaciones

¿Debo consultar a un médico o enfermero? - Consulte a un médico o enfermero si tiene:

- Una lesión grave en la cabeza o en el cuello
- Dolor intenso
- Incontinencia de vejiga o de evacuaciones
- Adormecimiento o debilidad en los brazos o piernas
- Un dolor que no se alivia después de tratarlo en casa durante una semana

¿Debo realizarme alguna prueba? - La mayoría de las personas no necesitan hacerse pruebas. Su médico le hará un examen. Palpará los músculos y examinará el movimiento de la cabeza y el cuello.

Algunas personas sí podrían necesitar realizarse pruebas. Estas son algunas de las pruebas:

- Radiografía, tomografía, resonancia magnética nuclear u otros estudios de imágenes – Los estudios de imagen brindan imágenes del interior del cuerpo.
- Pruebas en los músculos o los nervios para ver si funcionan normalmente.

¿Hay algo que pueda hacer por mi cuenta para sentirme mejor? - Sí. Para reducir sus síntomas, puede:

- Tomar una medicina para el dolor
- Masajearse los músculos rígidos o tensos
- Ponerse hielo en la zona para disminuir el dolor – Puede pasarse hielo en la zona durante 5 a 7 minutos. Puede colocarse una bolsa de algún alimento congelado o un paquete de gel frío en la zona durante 20 minutos, unas cuantas veces al día.
- Aplicar calor en la zona para reducir el dolor y la rigidez – Dese una ducha o baño caliente, o colóquese una toalla caliente sobre la zona. No aplique calor por más de 20 minutos por vez ni use nada que sea demasiado caliente como para quemarle la piel.
- Hacer ejercicios de cuello – Diferentes ejercicios pueden servirle para estirar el cuello, los hombros y los músculos de la espalda, además de fortalecerlos. Pregúntele a su médico o enfermero si debe hacer estos ejercicios y cuáles pueden aliviar los síntomas.
- Disminuir el estrés – El estrés puede empeorar el dolor y evitar que los síntomas desaparezcan. Por lo tanto, intente sufrir menos estrés. Puede consultar a su médico o enfermero acerca de ejercicios para relajarse.
- Cuidar su postura – Intente mantener el cuello derecho en relación con el cuerpo y evite actividades que requieran de mucho movimiento de cuello. Al dormir, alinee la cabeza y el cuello con el cuerpo, y trate de no dormir boca abajo con la cabeza hacia un lado.

¿Qué otros tratamientos podría realizarme? - Su médico puede probar otros tratamientos si el dolor de cuello no disminuye después de tratarlo en casa. Por ejemplo, es posible que le recomiende que vea a un experto en ejercicios llamado fisioterapeuta o que le inyecte una medicina para adormecer el cuello.

¿Se puede evitar el dolor de cuello? - Para evitar el dolor de cuello, puede:

- Tener una buena postura - Sostenga la cabeza recta y los hombros bajos.
- Evitar sentarse en la misma posición durante mucho tiempo.
- Evitar hacer tareas por encima de la cabeza durante mucho tiempo.
- Evitar poner peso o presión en la parte superior de la espalda.
- Mantener el cuello alineado con el resto del cuerpo al dormir.