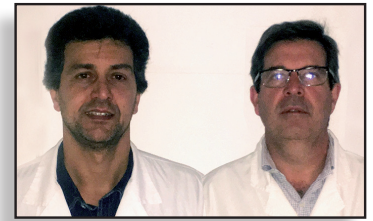


Encare clínico de la lumbalgia

Dr. Gabriel Maciel*, Prof. Dr. Jorge Facal**

* *Profesor Agregado de Clínica Médica 1. Especialista en Medicina Interna y en Reumatología. Facultad de Medicina. Hospital Maciel. Universidad de la República.*

** *Profesor Director de Clínica Médica 1. Especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. Facultad de Medicina. Hospital Maciel. Universidad de la República. Director Médico de Hospital Británico. Montevideo, Uruguay.*



G. Maciel

J. Facal

Resumen. La lumbalgia es un motivo frecuente de consulta. Se define por la topografía del dolor en la zona lumbar, correspondiendo en la mayor parte de los casos a lumbalgias mecánicas inespecíficas.

La anamnesis y el examen físico permiten realizar el diagnóstico sindromático y descartar patologías importantes, evitando retardos diagnósticos.

Los exámenes paraclínicos se solicitan en función de la sospecha clínica, pero son innecesarios en la mayoría de los casos.

El tratamiento en primer lugar debe aliviar el dolor y posteriormente indicar el tratamiento específico en función de la patología de base.

Abstract. Low back pain is a frequent reason of medical care. It is defined by the topography of pain in the lumbar area, corresponding in most cases to nonspecific mechanical low back pain.

History and physical exam allow syndromic diagnosis and also rule out significant etiologies, avoiding diagnostic delays.

Paraclinical exams are ordered based on clinical suspicion, and are unnecessary in most cases.

The goal of care for patients is pain relief and later specific treatment based on the underlying cause.

Palabras clave: lumbalgia, dolor lumbar, diagnóstico, tratamiento.

Keywords: low back pain, diagnosis, treatment.

Introducción

La lumbalgia es uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto en el departamento de emergencia como en diversas policlínicas. Alrededor del 80% de la población presenta este síntoma al menos una vez en la vida^(1,2).

Se define por la **topografía del dolor** que debe localizarse en la zona lumbar, comprendida entre el borde inferior de las últimas costillas y los pliegues glúteos. El 90% de las veces corresponde a **lumbalgias mecánicas inespecíficas**, pero una correcta semiología permitirá identificar patologías más graves como las inflamatorias, infecciosas y neoplásicas.

E-mail: jfacal@hotmail.com

Formas clínicas

La anamnesis y el examen físico son claves para realizar un diagnóstico sindromático que conduzca a una correcta orientación diagnóstica clínica. Esto es trascendente para poder identificar patologías importantes y evitar frecuentes retardos diagnósticos.

La lumbalgia se presenta mayoritariamente entre los 30 y 55 años de edad.

Se consideran agudas las que tienen hasta 6 semanas de evolución, subagudas entre 6 a 12 y crónicas más de 3 meses.

Lumbalgia mecánica

La lumbalgia mecánica es la causa más frecuente de dolor lumbar. Se caracteriza por **aparecer o empeorar con el esfuerzo, movimientos, posición sentada**

prolongada y mejorar o calmar con el reposo. No presenta componente nocturno aunque esto es relativo, porque el dolor puede aparecer al moverse el paciente en la noche y despertarlo. Habitualmente cede en no más de 4 semanas.

Frecuentemente se asocia con *patología degenerativa de raquis* pero existen múltiples estructuras locales que pueden causar dolor, ya que la zona es rica en músculos, tendones, ligamentos y discos intervertebrales.

El dolor puede ser referido y topografiarse cerca de la lesión o irradiado algo hacia arriba, a los costados y hacia abajo frecuentemente a la región glútea o incluso hacia la cara posterior de los muslos, sin sobrepasar los huesos poplíteos.

Con frecuencia el dolor puede volverse crónico y vincularse a condiciones degenerativas de la columna; aunque la correlación entre los síntomas clínicos y los signos radiológicos degenerativos sea mínima o inexistente.

Existen factores de riesgo como obesidad, tabaquismo, sexo femenino, sedentarismo, trabajo extenuante tanto físico como psicológico, bajo nivel educacional, stress y depresión. La insatisfacción laboral y la búsqueda de compensaciones económicas pueden también estar presentes⁽²⁻⁴⁾ (ver tabla 1).

Si bien las lumbalgias mecánicas no se corresponden en general con enfermedades graves, no se debe olvidar que el encare sigue esquemas clínicos y estos no siempre se cumplen.

Se debe profundizar en estudios para descartar otras etiologías no evidentes, cuando la lumbalgia mecánica se acompaña de síntomas y/o signos de alarma (*banderas rojas o red flags*) (ver tabla 2):

- duración mayor a 4 semanas,
- intensidad progresiva,

Causas de lumbalgia mecánica

- **Espondilolisis**
- **Espondilolistesis**
- **Escoliosis**
- **Patología discal**
- **Artrosis interapofisarias posteriores**
- **Lumbalgia por sobrecarga funcional y postural**
- **Dismetrías pélvicas**
- **Hipotonía muscular abdominal**
- **Hipertonía muscular posterior**
- **Sobrecargas articulares y discales**
- **Embarazo**
- **Sedentarismo**
- **Hiperlordosis deportivas**

Tabla 1

- fiebre,
- trauma previo,
- anemia,
- repercusión general,
- edad mayor a 50 años,
- antecedentes de cáncer,
- ingesta de corticoides o anticoagulantes.

Dolores de origen óseo

Los dolores osteócopos o de origen óseo son aquellos que dependen de la presencia de patología ósea. Las causas más frecuentes son los **tumores óseos y las fracturas**.

Las fracturas (traumáticas o patológicas) al igual que las hernias discales agudas a menudo se producen **bruscamente** y frecuentemente el paciente recuerda en forma precisa el inicio del dolor. Suele ser intenso y en el caso de las hernias presenta irradiación que sigue a la raíz comprometida, las más frecuentes son L5 y S1.

El síndrome fracturario genera un dolor permanente que suele ser intenso y desaparece en un plazo de aproximadamente 3 semanas. Se produce como consecuencia de traumas importantes o menores, pero incluso puede aparecer de forma espontánea en el caso de fracturas patológicas como en la osteoporosis vertebral.

Lumbalgias inflamatorias

Las lumbalgias inflamatorias, por el contrario, aparecen en reposo, con máxima intensidad **en la mañana**, suelen mejorar a lo largo del día y tienen **componente nocturno**. Se acompañan con frecuencia de rigidez matinal mayor a media hora.

El prototipo de las lumbalgias inflamatorias son las **espondiloartropatías**. Estas enfermedades pueden clasificarse, según el compromiso articular, en axiales,

periféricas o mixtas. El modelo de la espondiloartropatía con compromiso axial es la espondilitis anquilosante en la cual la lumbalgia inflamatoria suele ser la clave del diagnóstico.

El grupo ASAS (*Assesment of Spondylo Arthritis International Society*) definió en el año 2009 las características clínicas que deben cumplirse para el diagnóstico de **espondiloartritis**. Este grupo elaboró criterios de clasificación con una sensibilidad de 77% y especificidad de 92% (ver tabla 3)⁽⁵⁾.

El reconocimiento de estas características es fundamental para la orientación y evitar retrasos diagnósticos (*frecuentes, incluso de años*) con consecuencias negativas importantes para los pacientes.

La **osteomielitis vertebral** y la **espondilodiscitis** constituyen una unidad patológica. Los microorganismos causales son comunes y llegan en forma directa por inoculación locoregional o por vía hematogena instalándose en el hueso o a nivel discoespondilar. Se pueden presentar con dolor inflamatorio pero que frecuentemente aumenta con los movimientos. No siempre se acompañan de fiebre, la que está ausente aproximadamente la mitad de las veces. Los reactantes de fase aguda como VES y PCR no siempre están elevados o solo en forma moderada.

Banderas rojas diagnósticas

- **Dolor que no alivia con reposo o cualquier modificación postural**
- **Dolor que no se modifica a pesar de tratamiento durante 2 a 4 semanas**
- **Dolor muy intenso**
- **Dolor cólico o dolor asociado a características viscerales**
- **Cáncer conocido o previo**
- **Fiebre o inmunodepresión**
- **Alto riesgo de fractura (ancianos, osteoporosis)**
- **Asociación con astenia, fatiga o adelgazamiento**
- **Compromiso neurológico progresivo**
- **Disfunción vesical o intestinal**
- **Rigidez matinal severa como molestia predominante**
- **Incapacidad para deambular o cuidarse por si mismo**

Tabla 2

Exámenes paraclínicos

El estudio de estos pacientes depende de la orientación diagnóstica.

Si el paciente presenta una lumbalgia mecánica sin síntomas y/o signos de alarma **no debe realizarse ningún estudio de imagen**, ni siquiera una radiografía de columna lumbo-sacra, a menos que en la evolución supere las 4 semanas de duración. Esta recomendación se basa en que ningún examen aporta habitualmente datos que puedan modificar la conducta.

Lumbalgia inflamatoria Criterios ASAS 2009

Lumbalgia inflamatoria > 3 meses y al menos 4 de los siguientes:

- **Mejoría con el ejercicio**
- **Dolor nocturno**
- **Comienzo insidioso**
- **Inicio antes de los 40 años**
- **No mejora con el reposo**

Tabla 3

En los demás casos, la solicitud de exámenes de imagen o laboratorio estará guiada por el planteo clínico. Se solicitará un estudio de imagen, inicialmente una **radiografía de columna lumbar anteroposterior y perfil** en pacientes mayores de 50 años y en aquellos con dolor persistente en reposo, historia de traumatismo severo, u otras condiciones de base (ej. *cáncer, fractura, enfermedad ósea metabólica, infección, artropatía inflamatoria*). El rendimiento de la radiografía para el diagnóstico de causas secundarias importantes de lumbalgia es mínimo fuera de las situaciones señaladas y por otra parte, el ahorro económico y temporal es importante.

La **TAC de columna** es un estudio diagnóstico efectivo cuando existen nivel espinal y neurológico bien definido y se sospecha patología ósea.

La **RNM de columna** es más útil cuando el nivel espinal y neurológico es menos claro, se sospecha alteración de la médula espinal o tejidos blandos, o se plantea una causa neoplásica o infecciosa subyacente.

Tratamiento

Se hará referencia al tratamiento de las lumbalgias inespecíficas. En los demás casos dependerá de la patología de base.

No se aconseja el reposo en cama, ya que esto puede incrementar el dolor y hacer que la recuperación sea más lenta⁽³⁾. El paciente debe volver a sus actividades lo antes posible. Estas deben ser restringidas el menor tiempo posible y se deben incrementar progresivamente en la medida que el dolor lo permita. Aquellos individuos con tareas de menor carga, como las de oficina, se reintegrarán antes que quienes efectúen otras como el trabajo en la construcción.

Se debe iniciar tratamiento farmacológico con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), especialmente **ibuprofeno o naproxeno** que suelen ser los más efectivos descendiendo las dosis en la medida que el paciente

mejore. El paracetamol es menos efectivo y debe ser utilizado solo si existen contraindicaciones para AINE.

En caso de no existir mejoría se pueden combinar ambas opciones y/o utilizar **relajantes musculares benzodiazepínicos o no benzodiazepínicos**.

Los opioides como el tramadol se reservarán para aquellos que no respondan.

No hay evidencia que respalde el uso de los agentes tópicos, corticoides, antidepresivos y antiepilépticos, si bien con frecuencia son prescritos.

El **calor local, tracción vertebral, terapia física y ejercicios supervisados** pueden ser útiles, sin que se haya demostrado la superioridad de uno sobre los otros. Se aconsejan ante el fracaso de la terapia higiénica y farmacológica.

El uso de **corsé lumbar** puede ser beneficioso.

Finalmente, la **higiene de columna y el fortalecimiento de la musculatura paravertebral y abdominal** puede reducir las recurrencias que son frecuentes.

Conclusión

Las lumbalgias en su gran mayoría son inespecíficas y no revisten gravedad, pero no se puede soslayar la posibilidad de que sean secundarias a causas subyacentes graves, como ser inflamatorias, neoplásicas o infecciosas.

Una correcta anamnesis y examen físico completo son las claves para la orientación clínica.

Los exámenes paraclínicos se deben solicitar en función de la sospecha clínica, pero en principio no son necesarios en la mayoría de los casos.

El tratamiento debe seguir las mismas premisas, destacando en primer lugar las medidas para aliviar el dolor y posteriormente el tratamiento específico en función de la patología de base.

Aprobado para publicación: 06/12/2021

Bibliografía

1. Deyo RA, Tsui-Wu YJ. Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine* 1987; 12:264-8.
2. Cassidy JD, Carroll LJ, Côté P. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine* 1998; 23:1860-6.
3. Croft PR, Papageorgiou AC, Thomas E, et al. Short-term physical risk factors for new episodes of low back pain. Prospective evidence from the South Manchester Back Pain Study. *Spine* 1999; 24:1556-61.
4. Steffens D, Ferreira ML, Latimer J, et al. What triggers an episode of acute low back pain? A case-crossover study. *ArthritisCare Res* 2015; 67:403-10
5. Rudwaleit M, Jurik AG, Hermann K-GA et al. Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: A consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1520-7.