

Generalidades de las lumbalgias.

Low back pain overview.

Mónica Paniagua Gómez¹Rebeca Soto Rodríguez²Rebeca Watson Hernández³

1, Médico general. Trabajador independiente, San José Costa Rica.

2, y 3 Médico general. Trabajador independiente, Heredia Costa Rica.

Contacto: monipani@hotmail.com rebecasotoro@gmail.com rebewatsonhdez_@hotmail.com

RESUMEN

La lumbalgia es el dolor de la zona vertebral y paravertebral del área entre las últimas costillas hasta la región sacra. Puede ser aguda o crónica y presenta múltiples etiologías tales como: Síndrome de Cauda Equina, fracturas, espondilolistesis, procesos infecciosos, hernias de disco, y entre las más frecuentes se encuentran las causas mecánicas por mala postura. Es vital realizar una buena historia clínica y examen físico para descartar las banderas rojas de la lumbalgia. Las banderas rojas se refieren a los signos y síntomas que sugieren etiologías patológicas y graves de la lumbalgia; y en caso de estar presentes se deben realizar estudios complementarios. También se deben considerar las banderas amarillas como factores psicosociales y emocionales que indican la probabilidad de desarrollar lumbalgia crónica. El manejo va dirigido según la causa del dolor y el paciente. El tratamiento usual de las lumbalgias agudas se basa en la terapia farmacológica como el uso de AINES, relajantes musculares y neuromoduladores. Sin embargo, no se debe olvidar que la terapia psicológica, física y rehabilitación es un pilar fundamental en lumbalgias tanto agudas como crónicas.

Palabras Clave: Lumbalgia, banderas rojas, dolor.

ABSTRACT

Low back pain is the pain of the vertebral and paravertebral area between the last ribs and the sacral region. It can be acute or chronic, and has multiple etiologies such as Cauda Equina Syndrome, fractures, spondylolisthesis, infectious processes, herniated discs, and among the most frequent are the mechanical causes due to poor posture. It is vital to take a good medical history and physical exam to rule out the red flags of low back pain. The red flags refer to the signs and symptoms that suggest pathological and serious etiologies of low back pain. If these flags are present, complementary studies should be made. Yellow flags such as psychosocial and emotional factors should also be considered because they have a strong probability of developing chronic low back pain. Management is directed according to the cause of the pain. The usual treatment of acute low back pain is based on pharmacological

Cómo citar:

Paniagua Gómez, M., Rodríguez, R. S., & Watson Hernandez, R. Generalidades de lumbalgia. Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos, 5(5), Pág. 27-34. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i5.312>

Recibido: 01/jun/2021

Aceptado: 24/sep/2021

Publicado: 18/oct/2021



therapy such as the use of NSAIDs, muscle relaxants and neuromodulators. However, it should not be forgotten that psychological, physical and rehabilitation therapy are a cornerstone in both acute and chronic low back pain.

Keywords: Low back pain, red flags, pain.

INTRODUCCIÓN

La lumbalgia es una de las principales consultas a nivel de atención primaria sin distinción de edad, factores ocupacionales, físicos o psicosociales. Dicha enfermedad tiene como definición el dolor referido en la zona vertebral y paravertebral localizado debajo del margen de las últimas costillas hasta la región sacra sin interferir con los miembros inferiores. A raíz de ser una de las patologías más frecuentes es importante el estudio de las causas y la semiología, para poder diferenciar las lumbalgias mecánicas en las cuales no se les encuentra causa alguna, a las específicas que si tienen una causa a la que se les puede atribuir el dolor (1).

Causas

Las causas son muy variables, ya que depende de la historia clínica que se logre recopilar o se tenga a la disposición. Se pueden describir según su tiempo de aparición (agudo si dura menos de 4 semanas, subagudo con una duración entre 4 y 12 semanas y crónico cuando la duración supera las 12 semanas), si conocemos la causa o no (específica y no específica) y por su descripción del dolor (localización, inflamatorio que usualmente empeora con reposo y mejora con actividad física, o mecánico el cual se exacerba con la actividad física o sobrecarga, mejora con el reposo y posturas antiálgicas).

Entre las causas específicas donde se conoce el mecanismo estructural están: espondilólisis, espondilolistesis, escoliosis, patología discal, artrosis interapofisarias posteriores, lumbalgia por sobrecarga funcional y postural, disimetrías pélvicas, hipotonía muscular abdominal, hipertonia muscular posterior, sobrecargas articulares y discales, embarazo, sedentarismo, hiperlordosis deportivas (2).

También están las no específicas o no mecánicas, las cuales usualmente pueden ser dolores referidos o inflamatorios que involucran alteraciones gastrointestinales, retroperitoneales, ginecológicas, entre otras.

Semiología

Para lograr una adecuada semiología de la lumbalgia, se necesita una adecuada anamnesis del comienzo del dolor, localización, irradiación, síntomas asociados y además de la exploración física adecuada.

La exploración física se inicia con la inspección de la piel en busca de signos dermatológicos que indiquen inflamación local, se inspecciona si hay posibles deformidades que indiquen posiciones inadecuadas de la columna lumbar (hiperlordosis, cifosis dorsolumbar, escoliosis).

Además, hay importantes maniobras para descartar radiculopatías que las podrían poner en la clasificación de lumbalgias mecánicas:

1. Maniobra de Lasegue: Se realiza con el paciente en posición decúbito supino, se le solicita al paciente elevar la extremidad de forma extendida sin levantar o flexionar la pierna contralateral. Dicha maniobra sería positiva si produce un dolor en todo el recorrido del nervio ciático al estar a los 30° a 60° de flexión de cadera (3).
2. Maniobra de Bragard: En decúbito supino, se le solicita al paciente la elevación de la pierna extendida hasta que aparezca dolor, cuando este aparezca se realiza una dorsiflexión pasiva del pie, si el dolor es continuo se dará como positiva la prueba (3).

En la literatura se encuentran diversas maniobras las cuales están dirigidas según el diagnóstico diferencial

que se plantee cuando se realiza la historia clínica al paciente.

Se continúa el examen físico con la palpación de la zona dolorosa que expone el paciente para valorar contracturas musculares o rupturas de ligamentos cuando el dolor es en las apófisis espinosas y además se debe valorar si es un dolor localizado o referido.

Se debe realizar un adecuado examen neurológico en el cual se valorará fuerza muscular, sensibilidad y reflejos osteotendinosos.

Banderas rojas

Las banderas rojas son signos y síntomas que sugieren etiologías patológicas y graves de la lumbalgia. La presencia de estos hallazgos requiere de estudios adicionales para brindar un manejo oportuno (4). La triada clásica de fiebre, lumbalgia y déficit neurológico se presenta solo en un 10% de los pacientes con absceso epidural espinal (5).

Ahora bien, existen las llamadas banderas amarillas que son factores de riesgo para el desarrollo de lumbalgia crónica. Los factores psicosociales y emocionales son fuertes predictores de cronicidad (6). Algunos ejemplos de banderas amarillas son: depresión, estrés, sentimientos de desesperanza, somatización, trastornos de la personalidad, entre otros (7).

Banderas rojas de lumbalgia, signos y síntomas con patologías asociadas (5)	
Síntomas	Patología asociada
Menores de 18 años	Anormalidad congénita
Mayores de 50 años	Fractura y malignidad
Uso de anticoagulantes	Hematoma espinal
Fiebre	Infección y malignidad
Retención urinaria, disfunción eréctil	Síndrome de cauda equina
Inmunocompromiso	Fractura, infección
Uso de drogas IV	Infección
Trauma	Fractura, hematoma espinal
Signos	Patología asociada
Hipotonía del esfínter anal	Síndrome de cauda equina
Hiperreflexia	Compresión aguda de la médula espinal
Hiporreflexia o arreflexia	Síndrome de cauda equina
Debilidad de miembros inferiores	Síndrome de cauda equina o compresión aguda de la médula espinal

Tabla 1. Banderas rojas de lumbalgia, signos y síntomas con patologías asociadas

Estudios complementarios

Los estudios de imagen no se recomiendan en la mayoría de los pacientes con lumbalgia mecánica no específica en ausencia de banderas rojas (4). En este caso, se aconsejan solo si no hay mejoría sintomática después de seis semanas de manejo conservador y terapia física.

Los laboratorios pueden ser útiles en caso de que se sospeche etiología inflamatoria o infecciosa. El panel básico puede incluir PCR, VES y un hemograma completo (8). Las radiografías, en caso de ser necesarias, permiten identificar defectos de la cortical ósea como fracturas u otros defectos. Se puede realizar una

resonancia magnética y una tomografía computarizada en caso de que se sospeche de osteomielitis, tumores o espondilodiscitis.

Básicamente, los estudios complementarios se realizan en caso de que el médico sospeche de una causa específica que vaya a cambiar el manejo de una lumbalgia mecánica no específica (9).

Diagnóstico diferencial

La etiología de la lumbalgia se puede diferenciar basado en la historia clínica y examen físico del paciente y en algunas ocasiones, con imágenes radiológicas (6)(10).

El dolor miofascial es una queja comúnmente vista, especialmente después de trauma o injuria secundaria a movimientos repetitivos. El mismo se caracteriza por presencia de puntos gatillo miofasciales, localizados en la fascia, tendones y/o músculos, los cuales cuando se activan resultan en una respuesta dolorosa. Los pacientes comúnmente se quejan de dolor paraespinal, el cual irradia hacia el glúteo y muslo. A la exploración física se revela dolor localizado y puntos sensibles (6).

El dolor mediado por articulación facetaria es resultante de un proceso multifactorial asociado a degeneración del disco intervertebral que lleva a degeneración de la articulación. El dolor puede ser propiamente causado por osteoartritis de la articulación facetaria o por estrés dentro de la capsula articular. El dolor típicamente se describe como profundo, con una distribución unilateral o bilateral. Ocasionalmente, puede irradiar a uno o ambos glúteos, ingle o muslos, pero para arriba de la rodilla. Los factores que pueden exacerbar el dolor mediado por faceta incluyen estresores psicosociales, aumento o disminución de actividad física, extensión lumbar con o sin rotación y sedestación o bipedestación prolongada. Al examen físico se evidencia dolor a la extensión, movimientos laterales y a la palpación paraespinal.

Otra causa común de dolor lumbar es el dolor discogénico. Se estima que hasta un 30% de los dolores lumbares se atribuyen a discos intervertebrales. La disrupción del disco intervertebral es causada primariamente por degradación del disco y sus componentes nucleares y puede complicarse con fisuras radiales que extienden desde el núcleo al anillo.

La historia clínica típica es de dolor en el centro del dorso lumbar con irradiación mínima, sin embargo, si existe radiación, se localiza en los glúteos o muslos. El dolor se describe como profundo, sordo. Los pacientes reportan que el dolor mejora a la bipedestación y al acostarse y se reduce con la extensión. El dolor empeora al manejar un vehículo, doblarse, girar, con la maniobra de Valsalva y al toser.

Se ha observado que existe una incidencia más alta de dolor discogénico en pacientes obesos y tabaquistas. Adicionalmente, los pacientes con trabajos sedentarios que requieren períodos prolongados de sedestación o aquellos con trabajos que requieren levantar objetos pesados o vibración tienen mayor incidencia. Para ayudar al diagnóstico, se recomienda realizar resonancia magnética para evidenciar la degeneración del disco intervertebral (6). Se denotan áreas hiperdensas en el anillo posterior, discos que protruyen o deshidratación.

Posterior a instrumentación vertebral, el paciente está en mayor riesgo de desarrollar dolor lumbar persistente o recurrente con o sin síntomas radiculares; conocido como síndrome post laminectomía lumbar.

La estenosis espinal es una condición en que cambios degenerativos lumbares llevan a disminución del espacio disponible para elementos neuronales y vasculares. Sus síntomas incluyen dolor en glúteo y en extremidades inferiores, además de fatiga. Es desencadenado por ejercicios en bipedestación como al caminar, o cambios posicionales que producen síntomas de claudicación neurogénica. El examen de gabinete ideal para su estudio es la resonancia magnética, que revelaría la estenosis del canal espinal o pinzamiento nervioso (11).

El dolor en la articulación sacro-ilíaca ocurre típicamente en la espalda baja o glúteo superior sobre la articulación. La articulación sacro-ilíaca es una articulación sinovial disartrodial con inervación profusa, lo

que la hace propensa a provocar dolores lumbares. No existe imagen de gabinete que ayude a su diagnóstico (6). El test de Patrick y Gaenslen reproducen el dolor clínicamente.

En sospecha de malignidad se puede utilizar la VES o PCR así como radiografías simples (12).

Para radiculopatías, se puede utilizar la electromiografía y la velocidad de conducción nerviosa para diferenciar entre lesiones agudas de crónicas.

Estudios de imagen solo se recomiendan en ciertas circunstancias, sobretodo en aquellos pacientes con lumbalgia mayor a 4 semanas. Asimismo, se debe obtener en aquellos pacientes con déficit neurológico severo o progresivo, o cuando se sospecha de enfermedad neurológica severa (13).

TRATAMIENTO

El tratamiento de la lumbalgia varía de persona a persona. Los tratamientos que existen son: terapia farmacológica, psicológica, rehabilitación y terapia física, hasta medicina complementaria y alternativa, además de intervención percutánea mínimamente invasiva (6).

Los antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol han mostrado eficacia para mejorar el dolor a corto plazo. El paracetamol es incluso comparable a dosis de hasta 4 g/día a otros AINES.

Los AINES también son muy utilizados para dolor agudo y crónico, con una mayor preferencia por los COX-2 selectivos. Se deben usar con cautela por sus efectos adversos renales y gastrointestinales. Lo ideal es utilizarlos en la dosis más baja disponible por el tiempo más corto posible (14).

Los relajantes de músculo esquelético también han demostrado ser efectivos en el dolor lumbar agudo. Sus principales efectos adversos son sedación y riesgo de caídas.

Los opioides como el tramadol deben considerarse con cautela solo para dolores severos e incapacitantes que no mejoran con los tratamientos ya mencionados. Deben utilizarse en un ciclo corto por el riesgo que conllevan a farmacodependencia (6).

Los antidepresivos tricíclicos han demostrado su efectividad debido a que aplican analgesia mediante la inhibición de recaptación de norepinefrina y serotonina. Sus efectos adversos incluyen xerostomía, constipación y mareos. De la misma manera, los antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina y norepinefrina como la duloxetina y venlafaxina también se han demostrado benéficos en cuanto a sintomatología (15).

Por último, en la terapia farmacológica se pueden utilizar antiepilépticos. La gabapentina y el topiramato han demostrado eficacia en cuanto a analgesia y mejoría en calidad de vida.

La terapia psicológica en forma de terapia cognitivo conductual ha demostrado ser de eficacia en aquellos pacientes con diagnósticos de cronicidad (6).

La terapia física y rehabilitación, así como complementación con ejercicio físico han demostrado a corto plazo mejorar la intensidad del dolor. Los ejercicios de estiramiento especialmente son lo más benéficos.

La intervención percutánea de la articulación facetaria se trata mediante inyecciones intraarticulares de esteroides y bloqueos nerviosos. Las complicaciones del procedimiento son raras.

En aquellos pacientes que necesiten intervención de la articulación sacro-ilíaca, igualmente pueden beneficiarse de inyecciones de esteroides (15).

En cuanto a la radiculopatía y estenosis espinal, se pueden utilizar inyecciones epidurales como terapia alternativa, con alivio hasta de tres meses.

CONCLUSIÓN

Los cuadros de lumbalgia son una consulta frecuente de todas las edades y en todos los servicios de emergencias. La mayor parte de esta consulta se debe a causas mecánicas; por lo que es necesario que todo médico aplique de manera adecuada la semiología, banderas rojas y el manejo inicial. De esta manera no se realizarán estudios innecesarios al paciente que no lo amerite y se estudiará con más detenimiento a la persona con signos de alarma para no retrasar el diagnóstico y su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaji, Amy, Hockberger R. Evaluation of thoracic and lumbar spinal column injury - UpToDate. Aug 2018. 2020;1-16.
2. Patrick N, Emanski E, Knaub MA. Acute and Chronic Low Back Pain. *Med Clin North Am* [Internet]. 2016;100(1):169-81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2015.08.015>
3. Movasat Hajkhan A, Bohórquez Heras C, Turrión Nieves A, Álvarez de Mon Soto M. Protocolo diagnóstico del dolor lumbar mecánico. *Med* [Internet]. 2017;12(26):1541-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2017.01.016>
4. Will JS, Bury DC, Miller JA. Mechanical low back pain. *Am Fam Physician*. 2018;98(7):421-8.
5. Depalma MG. Red flags of low back pain. *J Am Acad Physician Assist*. 2020;33(8):8-11.
6. Urits I, Burshtein A, Sharma M, Testa L, Gold PA, Orhurhu V, et al. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(3):1-10.
7. Casser HR, Seddigh S, Rauschmann M. Akuter lumbaler Rückenschmerz: Diagnostik, differenzialdiagnostik und therapie. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;113(13):223-33.
8. Popescu A, Lee H. Neck Pain and Lower Back Pain. *Med Clin North Am*. 2020;104(2):279-92.
9. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017;389(10070):736-47.
10. Medica E. Lumbalgias : técnicas de diagnóstico. 2018;138-42.
11. Tavee JO, Levin KH. Low Back Pain. *Contin Lifelong Learn Neurol*. 2017;23(2):467-86.
12. Fernandes IM da C, Pinto RZ, Ferreira P, Lira FS. Low back pain, obesity, and inflammatory markers: Exercise as potential treatment. *J Exerc Rehabil*. 2018;14(2):168-74.
13. Karimi N, Akbarov P, Rahnema L. Effects of segmental traction therapy on lumbar disc herniation in patients with acute low back pain measured by magnetic resonance imaging: A single arm clinical trial. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2017;30(2):247-53.
14. Zhao L, Manchikanti L, Kaye AD, Abd-Elsayed A. Treatment of Discogenic Low Back Pain: Current Treatment Strategies and Future Options—a Literature Review. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(11).

15. Urquhart DM, Wluka AE, Van Tulder M, Heritier S, Forbes A, Fong C, et al. Efficacy of Low-Dose Amitriptyline for Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2018;178(11):1474-81.