

ORTOPEDIA

MANEJO INICIAL DEL PACIENTE CON LUMBALGIA

Jeison Aguilar Rivera*
 Fiorella Rodriguez Montero**
 Francisco Cruz Pérez***
 Lensy Barboza Gamboa****

SUMMARY

Low back pain is a common pathology which can be seen at different phases of life, nevertheless it affects more while people increase in age. Even do many low back pains disappear spontaneously, it is important to look for the “red flags”, which make reference to signs and symptoms that may be part of systemic diseases, or focal injuries that require more interventionism, or that may represent neurological injuries. For this reason one must analyze the patient in a proper way, to give a good treatment, in the absence or presence of these signs, or if necessary one must begin other analysis.

Key Words: Low Back Pain, Lumbago, Sciatica (Source: DeCS)

INTRODUCCIÓN

Para el médico general, la lumbalgia es una entidad frecuente de consulta, sin embargo, la palabra como tal no hace diagnóstico de una patología, simplemente hace referencia a un dolor a nivel lumbar, que puede tener diversas causas. Muchas veces, estas entidades son resueltas por el médico general, sin necesidad de enviar a un especialista. Diversos estudios mencionan que hasta en un 65% de los casos agudos son

resueltos por el médico que inició el manejo del paciente (24). La frecuencia de las lumbalgias, varía entre diferentes estudios; Cassidy y colaboradores mencionan en un estudio realizado que en adultos de 20 a 69 años, el 19% de 318 pacientes que nunca habían sufrido de lumbalgia, en un período de un año después de entrar al estudio tuvieron al menos un episodio de lumbalgia moderada (3). Diferentes autores que mencionan que la lumbalgia afecta a ambos sexos por igual, con un pico entre 30 a 40 años, y que la población en general tiene una incidencia a lo largo de la vida de un 85% de padecerla (16, 11).

* Médico General. CCSS, Área Salud Osa, Puntarenas. Correo: j_7_aguilar@hotmail.com

** Médico General. CCSS, Área Salud Corredores, Puntarenas.

*** Médico General. CCSS, Área Salud Osa, Puntarenas.

**** Médico General. CCSS. Hospital Ciudad Neily, Puntarenas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de artículos científicos, originales, revisiones sistemáticas y revisiones bibliográficas de la base de datos de mdconsult.com, la revista Cochrane, y la página oficial de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Con los indicadores dolor de la región lumbar, ciática y lumbalgia, seleccionándolos de acuerdo a relevancia y aporte científico, de acuerdo al manejo y diagnóstico inicial de pacientes con dolor lumbar bajo.

CLASIFICACIÓN

Las lumbalgias se pueden dividir en términos generales en agudas o crónicas, y las primeras hacen referencias aquellas que tienen una duración menor a 3 meses (25). Aunque también se pueden clasificar en agudas (<6 semanas), subagudas (6 a 12 semanas) y crónicas (>12 semanas) (25). Existe otra clasificación propuesta, esta divide los dolores lumbares en: (25) Lumbalgia mecánica simple. (95%). Predomina entre los 20-55 años, es un dolor mecánico en el área lumbosacra, glúteos y piernas. Paciente no tiene otras alteraciones (25). Lumbalgia por compresión radicular. (< 5%). Usualmente unilateral irradiado a pierna, de mayor severidad que la simple,

se irradia por debajo de la rodilla con sensación de adormecimiento y parestesias. Presenta signos neurológicos positivos (25). Patología espinal severa. (< 2%); debe ser considerada en aquellos pacientes con historia de trauma previo o en aquellos pacientes ≤ 20 o ≥ 50 años. Existe una variedad de signos de alarma como el dolor gradual no relacionado a la actividad física, rigidez matutina o limitación funcional en todas las direcciones. Los pacientes con este tipo de dolor deben ser referidos al especialista (25). Lumbalgia crónica: Aquella de más de 3 meses, deben ser referidos a un especialista. Es por este motivo que a la hora de abordaje de un paciente con dolor lumbar, lo primero que se debe hacer es clasificarlo basado en historia clínica.

ABORDAJE INICIAL

Inicialmente se debe clasificar

al paciente con lumbalgia, entre agudos, subagudos y crónicos. Sin embargo existen múltiples causas de dicho síntoma. Siempre antes de examinar un paciente es importante conocer las diversas causas de su síntoma, por eso se mencionan las más importantes. Se muestra en la Tabla 1. las principales patologías que causan lumbalgia de tipo radiculopática. Entre las de tipo mecánica simple, son las más frecuentes, las múltiples divisiones de la masa muscular, numeroso tejido conectivo, tendones ligados a pequeñas áreas vertebrales, ayudan a explicar el porqué de su prevalencia y la dificultad de localizar la fuente de dolor. Deyo y colaboradores mencionan, que no se logra identificar la fuente exacta de dolor lumbar en aproximadamente 85% de los pacientes (7). Sin embargo, es posible que la mayor cantidad de veces, la principal causa en estos casos sea la contractura muscular

Tabla 1. Principales patologías causantes de lumbalgia tipo radiculopática

Tipo	Ejemplo
Degenerativas	Espondilosis, hernia disco
Estructurales	Estenosis espinal
Inflamatorias	Espondilitis anquilosante, artritis reumatoide
Infecciosas	Osteomielitis, pielonefritis, abscesos
Neoplasias	Mieloma múltiple, linfoma, metástasis secundaria
Metabólicas	Osteoporosis, osteomalacia, enfermedad de Paget
Trauma	Fracturas, espondilolistesis

Adaptado de: Devereaux M. Low back pain. Neurological Institute, 2009 (6)

(6).

RELACIÓN ENTRE ESPONDILOISIS Y LUMBALGIA

Espondilosis es el término adecuado a la hora de referirse a artrosis de columna, ya que mucho de este desgaste no es causado por cambios inflamatorios (19). Corresponde a un proceso natural en la vida, a tal punto que a la edad de 79 años todos los individuos tienen cierto grado de desgaste (6). Existe poca relación entre la espondilosis vista en radiografías y el dolor lumbar, de hecho existen pacientes con marcados cambios de artrosis, que no presentan dolor. La hernia de disco, un componente de la espondilosis, es un hallazgo frecuente, que en muchas ocasiones cursa sin dolor,

así como existen pacientes con mucha lumbalgia y sin cambios degenerativos (2, 26). Por esto, se deben tratar pacientes, y no tratar imágenes ni exámenes.

LUMBOCIÁTICA

Se refiere a aquel dolor lumbar irradiado a uno de los miembros inferiores, distal a la rodilla ocasionada por radiculopatías, más comúnmente entre L5 y S1. Usualmente causa de herniación de disco. En ocasiones la zona del cuerpo con dolor, puede señalar cuál es la raíz nerviosa afectada (6). En la tabla 2, se muestra los lugares que pueden verse afectados dependiendo de donde se encuentre la radiculopatía. La lumbociática usualmente puede tener otras manifestaciones tales como parestesias, debilidad, y en

ocasiones síntomas abdominales y urinarios (6).

EXAMEN FÍSICO

A la hora de examinar un paciente con dolor lumbar, es importante tomar en cuenta que en el momento de revisar la parte neurológica, ésta puede verse afectada por el dolor mismo (1). Es necesario tomar en cuenta, las llamadas “red y yellow flags”, ya que dependiendo de estos signos, el manejo puede cambiar. Las “red flags” o “banderas rojas”, son aquellos signos que sugieren la necesidad de manejo quirúrgico inmediato u otras condiciones como malignidad e infecciones (15). Al encontrar estas banderas rojas, se ha estandarizado desde 1994 el uso de estudios por imágenes complementarios (21, 23).

Tabla 2. Signos y síntomas asociados con radiculopatía.

Raíz	Distribución dolor	Distribución sensorial	Debilidad	Reflejo afectado
L1	Región Inguinal	Región Inguinal	Flexión cadera	Cremastérico
L2	Región Inguinal	Muslo anterior	Flexión y aducción cadera	Cremasterico aductor
L3	Muslo anterior	Muslo distal anteromedial	Extensión rodilla, flexión cadera, aducción cadera	Aductor muslopatelar
L4	Muslo anterior y rodilla	Zona medial pierna	Extensión rodilla, flexión y aducción cadera	Patelar
L5	Muslo anterior	Pierna lateral, 1 ortejo, pie dorsal	Dorsiflexión pie, ortejos, flexión rodilla aducción cadera	—
S1	Muslo posterolateral, pierna lateral, pie medial	Pierna Posterolateral y pie lateral	Flexión Plantar pie, flexión ortejos y rodilla, extensión cadera	Aquiles

Adaptado de: Levin KH, Covington EC, Devereaux MW, et al. Neck and back pain. Continuum: Lifelong Learning Neurol 2001;7:16 (11) y de Devereaux M. Low back pain.(6)

Tabla 3. Red flags en dolor lumbar bajo

Edad >70	Trauma menor con <50 a
Fiebre inexplicada	Trauma importante
Infección urinaria	Dolor nocturno
Déficit neurológico progresivo	Pérdida peso inexplicada
Osteoporosis	Inmunosupresion
Antecedente de cáncer	Abuso de drogas IV

Tomado de: Duffy L (2010), Low Back Pain: An Approach to Diagnosis and Management. Primary Care: Clinics in Office Practice - W. B. Saunders Company. Vol 37, Issue 4. (8)

En la tabla 3. se resumen algunos de las banderas rojas más importantes.

Las banderas amarillas por otra parte son una combinación de comportamientos, factores sociales, afectivos, creencias, entre otros que empeoran el pronóstico o retrasan la curación (14, 15, 23, 26). El examen físico debe ser guiado por la historia clínica y se deben sospechar ciertas patologías dependiendo de la historia del paciente. Este se inicia con la toma de signos vitales. Seguido de la inspección, palpación y percusión de la zona dolorosa. Se debe revisar la zona para verificar o sospechar radiculopatía. Existen ciertas maniobras las cuales nos van a ayudar a poder sospechar esto. En ausencia de red flags, se puede omitir la mayoría de las veces estudios por imágenes, a menos que el dolor sea mayor a 6 semanas a pesar de tratamiento conservador (6, 13). Dentro de los estudios que se utilizan con mayor

frecuencia para las lumbalgias se encuentran la radiografía, el TAC, y la resonancia magnética, la cual es la mejor para ver daños estructurales del tejido (15). Un examen físico completo, incluye la revisión de reflejos, la parte motora y sensitiva y exámenes neuromecánicos, dentro de los cuales se realizan diversas maniobras (6). Se mencionan las más importantes. Lasegue: Paciente en posición supina, se flexiona la pierna sintomática hacia rodilla y cadera hasta 90°, luego se extiende rodilla, lo que genera dolor por compresión de L5-S1. Pierna extendida: Consiste en elevar todo el miembro inferior afectado hasta 30° a 70° para ver si produce dolor, caso positivo en hernia de disco. Bragard: En una posición supina, con la pierna estirada en una altura que no genere dolor, se realiza dorsiflexión del pie, que en caso de radiculopatía, ésta genera dolor. Posición prono, pierna estirada elevándose:

Consiste en acostar al paciente en posición prono y elevar la pierna afectada, la cual genera dolor en zona anterior de muslo de ser positiva. Valsalva: Al realizar valsalva aumenta la presión intratecal lo que genera dolor en radiculopatías. Brudzinski: Consiste en elevar la cabeza del paciente hacia el mentón.

MANEJO

El manejo de un paciente con lumbalgia, va a depender de si existen o no las ya mencionada “red flags”. Es importante dividir el tratamiento entre si es tipo quirúrgico o conservador. La mayor cantidad de veces solamente se va a requerir de un tratamiento conservador, es por esto que al tratarse de un artículo donde se habla de manejo inicial, se mencionan las opciones para el manejo conservador, las cuales se encuentran en la tabla 4.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Entre los medicamentos más usados para tratar las lumbalgias se encuentra el acetaminofén y los AINES, relajantes musculares, antidepresivos, antiepilepticos y opioides (19). La evidencia muestra que todos estos medicamentos tienen la misma eficacia en reducir el dolor, y que alivian parcialmente ese

Tabla 4. Manejo no quirúrgico de la lumblagia

Educación	
Medicación	Analgésicos Narcóticos Topicos AINES Relajantes musculares Corticoesteroides Antidepresivos
Terapia cognitiva y de comportamiento	
Rehabilitación Multidisciplinaria	
Inmovilización y soporte	
Ejercicios de terapia	
Terapia con masajes	
Acupuntura	
Manipulación	
Tracción	
Inyecciones	Epidural Punto gatillo Sacroiliaca Intradiscal
Ortosis	Abuso de drogas IV
Estimulación transcutánea de nervio	

Adaptado de: Shen FH, Samartzis D, Andersson GB. *Nonsurgical management of acute and chronic low back pain*. J Am Acad Orthop Surg 2006;14:480. (26)

síntoma en el mejor de los casos (4). De todos los mencionados, el acetaminofén y los aines se recomiendan como medicamentos de primera línea. Con respecto a los relajantes musculares, la evidencia menciona que se deben usar por ciclos cortos los de tipo antiespasmódicos (4, 19). Los antidepresivos se deben usar sobre todo en pacientes con lumbalgias crónicas y que no responden a

medicamentos de primera línea y se deben iniciar a dosis bajas e irse graduando. Además, la evidencia habla de que pacientes con lumbalgia crónico muchas veces asocian depresión por lo que resultan ser efectivos al tratar ambos síntomas (20, 22). Los antiepilepticos también se deben usar en pacientes que no responden a medicamentos de primera línea y que además tienen lesión de raíz

nerviosa. Igualmente se deben ir graduando con la dosis. Por último los opioides se pueden utilizar en lumbalgia aguda, con el cuidado de evitar adicciones por lo que se recomiendan por ciclos cortos.

TERAPIA MECÁNICA

Dentro de este tipo se incluye todos los métodos como tracción lumbar, manipulación manual, terapias con frío y calor, entre otras. Con respecto a la aplicación de calor, éste se usa más que todo en lumbalgias crónicas, ya que produce vasodilatación y aumenta la flexibilidad de los diferentes tejidos, además de llevar nutrientes. Por otra parte la aplicación de frío se utiliza más en lumbalgias agudas, por la vasoconstricción que causa disminución de la inflamación y alivio del dolor, sin embargo no hay clara evidencia sobre su eficacia (26). Los ejercicios de espalda son ampliamente recomendados. Un meta análisis que evaluó 61 estudios controlados randomizados con un total de 6390 pacientes, la evidencia mostró la eficacia de la terapia con ejercicios, al reducir dolor y mejorar función (22, 26). Otras terapias válidas son: el masaje que estimula el drenaje de fluidos y el aumento de hormonas como endorfina y la tracción mecánica sin embargo no ha demostrado ser más efectiva que placebo (26). En

conclusión, es importante antes de analizar un paciente con lumbalgia conocer las diferentes causas de ésta, buscar las “red flags”, y en ausencia de ellas brindar un tratamiento adecuado y oportuno, y si se presentasen enviar estudios por gabinete para diagnóstico y su posterior tratamiento.

RESUMEN

La lumbalgia es una patología muy frecuente, que se presenta en diversas etapas de la vida, sin embargo afecta más a las personas conforme aumenta la edad (24). Es importante, que a pesar de que muchas lumbalgias resuelven espontáneamente, tener en cuenta las llamadas “red flags”; las cuales hacen referencia a signos y síntomas que pueden significar enfermedades sistémicas o lesiones a nivel local que requieren de mayor intervencionismo, o que pueden significar lesiones neurológicas. Por este motivo, se debe analizar al paciente de manera adecuada, para brindar un tratamiento efectivo, en ausencia o presencia de dichos signos, o en caso necesario iniciar estudios de gabinete.

Palabras clave: Dolor de la Región Lumbar, Ciática, Lumbalgia (fuente: DeCS)

BIBLIOGRAFÍA

1. Bigos SJ, Bowyer OR, Braen GR, et al (1994). Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
2. Boden SD, Davis DO, Dina TS, et al (1990). Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects: a prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 72: 403-408.
3. Cassidy JD, Cote P, Carroll LJ, et al (2005). Incidence and course of low back pain episodes in the general population. *Spine*. 30: 2817-2823.
4. Chou R, Hoyt-Huffman L (2007). Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guidelines. *Ann Intern Med*. 147: 505-514.
5. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al (2007): for the Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians, American College of Physicians, American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 147. (7): 478-491.
6. Devereux M. Low back pain. Neurological Institute, University Hospitals, Case Medical Center, 11100, 2009.
7. Deyo RA, Cherkin D, Conrad D, et al (1992). Cost, controversy, crisis: low back pain and the health of the public. *Annu Rev Public Health*. 12: 141-155.
8. Duffy L (2010), Low Back Pain: An Approach to Diagnosis and Management. Primary Care: Clinics in Office Practice - W. B. Saunders Company. Vol 37, Issue 4. 2010
9. Grant D (2012). Mechanical Therapy for Low Back Pain. Primary Care: Clinics in Office Practice. W. B. Saunders Company. Vol 39, Issue 3.
10. Haldeman S, Dagenais S (2008). A supermarket approach to the evidence-informed management of chronic low back pain. *Spine J*. 8 (1): 1-7.
11. Hayden J, van Tulder MW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. 2011.
12. Hegmann K.T (2007). Low back disorders. In: Glass L.S, ed. Occupational medicine practice guidelines: evaluation and management of common health problems and functional recovery in workers, 2nd edition American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM)Elk Grove Village: 366.
13. Institute for Clinical Systems Improvement (2008). Adult low back pain. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Bloomington.
14. Jensen S (2004). Back pain—clinical assessment. *Aust Fam Physician*. 33. (6): 393-401.
15. Kinkade S (2007). Evaluation and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician*. 75: 1181-1188.
16. Kroenke K, Bair M, Damush T, et al (2009). Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 301 (20): 2099-2110.
17. Lee T (2010) . Pharmacologic Treatment for Low Back Pain: One Component of Pain Care. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. Saunders, Elsevier. Vol 21, Issue 4.
18. Levin KH, Covington EC, Devereux MW, et al (2001). Neck and low back pain. *Continuum,Lifelong Learning Neurol*. 7. 1-205.
19. Machado L, Kamper S, Herbert R, et al (2009). Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Rheumatology*. 48. 520-527.
20. Mallen CD, Peat G, Thomas E, et al (2007). Prognostic factors for musculoskeletal pain in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 57. (541): 655-661.
21. Karppinen J. Management of Degenerative Disk Disease and Chronic Low Back Pain. Orthopedic Clinics of North America. W.B. Saunders Company. Vol. 42, Issue 4. Pp 513- 28. (2011)
22. Maus T (2010) Imaging the Back Pain Patient. Physical Medicine and

- Rehabilitation Clinics of North America. Saunders, Elsevier. Vol 21, Issue 4. Pp 725-6
23. New Zealand Guidelines Group (2004). New Zealand acute low back pain guide. Wellington, New Zealand. 2004.
24. Praemer A, Furnes S, Rice D (1992). Musculoskeletal conditions in the United States. American Academy of Orthopedic Surgeons Rosemont.: 23-33.
25. Salazar A, Muñoz J (2005). Tratamiento de la lumbalgia en el primer y Segundo nivel de atención. Revista Cochrane.:1-7.
26. Shen FH, Samartzis D, Andersson GB (2006). Nonsurgical management of acute and chronic low back pain. J Am Acad Orthop Surg.14: 480.