

Criterios para el estudio y manejo del dolor bajo de espalda

Dr. Víctor Mauricio Axotla Bahena,* Dr. David González Aceves**

RESUMEN

El dolor lumbar constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria. Según varios estudios, del 70 al 80 % de nuestros pacientes presentarán dolor lumbar en algún momento de su vida. En un 90 % de los casos la causa radica en trastornos mecánicos de la columna. Los episodios tienden a resolverse de forma espontánea en una o dos semanas, pero la mayoría de pacientes mostrarán alguna recidiva posterior. Los siguientes episodios son, por lo general, de mayor gravedad y duración que el inicial. Desde un punto de vista económico, la lumbalgia es una de las principales causas de ausentismo laboral en nuestra sociedad. Hay que tener en cuenta que uno de los grupos de edad más afectado por esta dolencia es el correspondiente a adultos jóvenes, personas en una etapa vital de elevado rendimiento social y laboral.

Palabras clave: Dolor lumbar, lumbalgia, atención primaria.

ABSTRACT

This review article considers the frequency of lumbar pain which presents in 70 to 80% or cases seen at the Orthopedic Clinic at our Hospital.

In 90% of cases the etiology is mechanical. Episodes resolve spontaneously in a few weeks but most patients will come back with the same problem. The subsequent events are of greater severity and duration than the original ones.

This is a main cause of lost labor days and many patients are young adults.

Key words: Lumbar pain, low back pain, primary care attention.

INTRODUCCIÓN

Una de las mayores dificultades con que se encuentra el médico de atención primaria (AP) es la complejidad para abordar y resolver numerosos casos de lumbalgia, especialmente cuando se trata de un dolor lumbar crónico. Tanto en el origen del dolor lumbar, como en la respuesta al tratamiento y en el pronóstico, intervienen factores físicos pero también factores psicológicos, sociales y laborales difíciles de estimar y resolver y que desempeñan un papel de gran importancia.

ETIOPATOGENIA DEL DOLOR LUMBAR

Las lumbalgias que más frecuentemente se atienden en las consultas de atención primaria son las de tipo mecánico, ya sean por causas degenerativas (osteoarticulares) o por alteraciones musculoesqueléticas de otros tipos (sobrecargas, contracturas, traumatismos, etc.). En conjunto, las lumbalgias degenerativas óseas predominan en edades más avanzadas de la vida, mientras que la afectación muscular y ligamentosa se da con mayor frecuencia en adultos más jóvenes. Sin em-

* Médico residente del Servicio de Ortopedia y Traumatología.

** Médico adscrito del Servicio, Ortopedista y Traumatólogo.



bargo, en la mayor parte de los casos es imposible determinar cuál de las estructuras anatómicas es la responsable del dolor lumbar, ya sea porque muchas de ellas pueden originar este dolor o bien porque existe una gran superposición entre las localizaciones del dolor originado por las diferentes estructuras anatómicas.

Desde un punto de vista biomecánico, las fuerzas de compresión que recibe una vértebra se reparten entre el disco intervertebral, las articulaciones interapofisarias, los ligamentos y los músculos vertebrales. En líneas generales, la unidad funcional de la columna en cada nivel es la constituida por los dos cuerpos vertebrales adyacentes, el disco intervertebral y las articulaciones interapofisarias, que actúan de forma sinérgica en todos los movimientos de la columna. Su movilidad está limitada por los ligamentos y las propias estructuras articulares. Los músculos, por su parte, activan las palancas óseas, conservan la forma de la columna y dan estabilidad a la misma.

El disco intervertebral es una estructura fibrocartilaginosa, compuesta principalmente por agua, que se nutre por difusión desde los tejidos óseos vecinos. Existe una relación directa entre el grado de presión intradiscal y la degeneración del disco, que es la causa de un elevado porcentaje de episodios de lumbalgia. La presión intradiscal varía de forma notable según la postura y alcanza su mayor intensidad en la región lumbar, ya que es la zona que soporta más peso. Además, la columna lumbar es la que permite un mayor grado de flexión, que es el movimiento que produce más lesiones en el disco intervertebral.

Es evidente que la repetición continuada de movimientos forzados (los trabajadores de una cadena de montaje son el ejemplo más claro) y la adquisición, a lo largo de la vida, de hábitos posturales incorrectos provocan un reparto desigual de las fuerzas de compresión entre las distintas estructuras vertebrales, sobrecargan el disco intervertebral, propician una más rápida e intensa degeneración del disco y aumentan los episodios de lumbalgia. Con todo ello, se favorece la aparición de lesiones musculares (contracturas, esguinces) que también causan numerosos episodios de dolor lumbar, sobre todo en adultos jóvenes.

Frente al predominio de las lumbalgias mecánicas, un 10 % de los casos de dolor lumbar se debe a alteraciones específicas (enfermedades del metabolismo óseo, procesos infecciosos óseos, neoplasias primarias o metastásicas y entidades reumatológicas diversas como la espondilitis anquilosante u otras espondiloartropatías).

A continuación, se trata de desarrollar de forma muy esquemática y práctica los puntos básicos a tener en cuenta en relación con la anamnesis, las exploraciones físicas y complementarias y el tratamiento médico de las lumbalgias.

ANAMNESIS

Sin duda, un interrogatorio sistemático bien realizado constituye la primera parte de una aproximación correcta a un paciente con lumbalgia. Los datos obtenidos a partir de la anamnesis permitirán orientar inicialmente el episodio y determinar cuál será la actitud diagnóstica y terapéutica más adecuada a seguir en cada caso. Se debe interrogar sobre la existencia, o no, de episodios previos de lumbalgia, los antecedentes personales o familiares de enfermedades reumáticas, el tipo de actividad laboral habitual (posturas que adopta durante la misma, manejo de cargas o pesos, etc.), y también sobre la posible aparición de síntomas de alerta (fiebre, pérdida de peso, antecedentes de neoplasias que puedan haber originado metástasis, etc.). Desde un punto de vista práctico, los aspectos fundamentales del interrogatorio son el ritmo del dolor, el tiempo de evolución del mismo y su localización (*Cuadro I*).

Ritmo del dolor

El principal aspecto a tener en cuenta al realizar la anamnesis es determinar el ritmo de la lumbalgia y diferenciar entre lumbalgia mecánica y lumbalgia inflamatoria. Si el dolor lumbar aumenta con la actividad física o determinados movimientos, cede con el reposo y con determinadas posturas antiálgicas, y no llega a despertar al paciente por la noche, se puede etiquetar el cuadro como lumbalgia mecánica. En muchos casos el dolor suele ser de aparición más o menos súbita, y con frecuencia el paciente recuerda algún traumatismo previo, alguna postura forzada, un "mal gesto", etc. Se trata de lumbalgias que precisan menos cantidad de pruebas complementarias y un tratamiento más conservador. Por el contrario, cuando el dolor no tiene una relación clara con el movimiento o la actividad física, persiste en reposo (hasta el punto de impedir a veces el sueño del paciente o a despertarlo por la noche), se clasifica como lumbalgia inflamatoria. Procesos neoplásicos o infecciosos óseos suelen originar un dolor lumbar de estas características, por lo que ante un paciente con una lumbalgia que siga este ritmo la actitud diagnóstica será, en general, más agresiva desde un principio. A diferencia

Cuadro I. Anamnesis.

Tiempo de evolución	<i>Lumbalgia aguda.</i> Menos de 15 días. <i>Lumbalgia subaguda.</i> Superior a 15 días e inferior a 3 meses. <i>Lumbalgia crónica.</i> Superior a 3 meses (o 6 meses, según autores).
Localización del dolor	Localizado. Referido a distintos niveles. Irradiado (*).
Ritmo del dolor. Factores de alivio o empeoramiento	<i>Dolor de tipo mecánico.</i> Relación con esfuerzo, movimientos o adopción de posturas concretas. Mejora con reposo o determinadas posturas antiálgicas. <i>Dolor inflamatorio.</i> Sin relación clara con el movimiento o esfuerzo, presencia de un dolor más o menos mantenido, presente (incluso a veces aumentado) durante el reposo nocturno. <i>Sospecha de canal medular estrecho.</i> Dolor irradiado a extremidad inferior, acompañado de alteraciones sensitivas y/o motoras, que aumenta al caminar y obliga al paciente a sentarse, con lo cual calma en unos minutos.
Forma de comienzo del dolor	<i>Dolor mecánico.</i> Súbito o relacionado con posturas, esfuerzos, sobrecargas o traumatismos. <i>Dolor de ritmo inflamatorio.</i> Progresivo, gradual, sin causa aparente.

(*) Se considera que existe una ciática cuando el dolor irradia a lo largo del territorio correspondiente a un dermatoma y se acompaña de afectación neurológica de algún tipo (motora o sensitiva).

de las lumbalgias mecánicas, la aparición del dolor en las lumbalgias de ritmo inflamatorio suele ser más gradual y sin factores desencadenantes aparentes.

Tiempo de evolución

Aunque las definiciones varían según los autores^{1,5,7,12} en general se clasifica como lumbalgia aguda cuando la duración del dolor es inferior a las dos semanas. Por encima de los tres meses, hablamos de lumbalgia crónica. Las lumbalgias que superan las dos semanas de evolución, pero aún no se han convertido en crónicas, se definen como lumbalgias subagudas. Según algunos autores, la repetición de tres o más episodios de lumbalgia aguda en el periodo de un año también debería clasificarse como lumbalgia crónica.

Mientras que una lumbalgia aguda (sobre todo si se trata de un primer episodio o una recidiva después de un largo periodo sin síntomas) exige una actuación conservadora por parte del médico, a partir de las seis semanas de evolución las posibilidades de resolución espontánea son menores y aumenta considerablemente la probabilidad de convertirse en crónica por lo que, llegados a este punto, la actitud diagnóstica y terapéutica debería ser más intervencionista.

Localización del dolor

Es importante determinar si el dolor está localizado exclusivamente en la zona lumbar o se presenta como un dolor referido. En este caso, hay que interrogar sobre otros síntomas asociados a una posible afección obstructiva o infecciosa del riñón o de las vías urinarias, enfermedades ginecológicas en las mujeres, alteraciones del ritmo deposicional, etc. Si el dolor es irradiado, se tendrá que determinar el dermatoma afectado, y valorar la posible existencia concomitante de alteraciones de tipo sensitivo (parestias y disestesias), debilidad, síntomas de claudicación neurógena, etc.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A continuación se resumen de forma esquemática todos los aspectos a considerar en una exploración completa ante un caso de lumbalgia.

Inspección

Paciente desvestido y de pie. Comprobar alineación, valorar las curvas de la columna, posibles asimetrías y contracturas musculares.



Palpación

Paciente en decúbito prono para palpar apófisis espinosas. Determinar la posible existencia de contracturas musculares y puntos dolorosos.

Movilidad

Flexión anterior: amplitud normal entre 40-60 grados.

Extensión: amplitud normal entre 20-35 grados. Suele limitarse si hay hiperlordosis y/o afectación de interapofisarias.

Flexión lateral: de 15 a 20 grados. Si aumenta el dolor en el mismo lado, sospechar afección articular o protrusión discal lateral. Si aumenta en el lado opuesto, considerar afección muscular o protrusión discal medial a la raíz nerviosa.

Rotación: entre 3 y 18 grados. Fijar la pelvis con las manos o hacer con el paciente sentado.

Exploración neurológica

Maniobra de Lasègue. Paciente en decúbito supino. Se le hace estirar la extremidad inferior con la rodilla extendida (se estira el nervio ciático). Si entre 30 y 60 grados aparece dolor irradiado hacia la extremidad, se considera positiva. No valorable si aparece por encima de 70° ni si el dolor aumenta en región lumbar e/o irradiado sólo hasta la nalga. Es aconsejable confirmar afección radicular mediante la maniobra de Bragard, que consiste en hacer bajar al paciente la extremidad hasta el momento que desaparezca el dolor, y entonces ordenar al paciente que haga una flexión dorsal del pie. Si esto reproduce el dolor, indica afectación radicular.

Reflejos osteotendinosos (el reflejo rotuliano depende de la raíz L4 y el reflejo aquileo depende de S1).

Sensibilidad: explorar en caso de que las maniobras de Lasègue y Bragard hayan resultado positivas.

Caminar de puntillas (valora afectación motora de S1) o sobre talones (valora afectación motora de L5).

Exploración de articulaciones sacroiliacas

Presión directa sobre articulaciones sacroiliacas. Valorar si produce o no dolor. Distracción de las articulaciones sacroiliacas. Se aplica presión lateralmente y hacia atrás sobre espinas ilíacas anterosuperiores, con el paciente en decúbito supino, para ver si desencadena dolor.

Compresión de las articulaciones sacroiliacas. Se hace compresión directa sobre ambas espinas ilíacas anterosuperiores hacia el centro (intentando "acercarlas") para comprobar si aparece o aumenta el dolor.

Maniobra FABERE (flexión, abducción y rotación externa). Con el paciente en decúbito supino, flexionar una rodilla. El talón de esta pierna flexionada se apoya sobre la rodilla contralateral extendida. Se hace presión hacia abajo y hacia fuera sobre la rodilla flexionada manteniendo fija la pelvis (presionando sobre la espina ilíaca anterosuperior del lado contralateral). Hay que tener en cuenta que la aparición del dolor al realizar esta prueba no siempre indica afección sacroiliaca, ya que puede desencadenar dolor en caso de coxopatías.

Uno de los aspectos más relevantes de la exploración física del paciente es el estudio de la existencia de una posible afectación radicular. Las llamadas maniobras radiculares (maniobras de Lasègue y de Bragard) son de obligada realización en caso de dolor irradiado hacia la nalga o la extremidad inferior, uni o bilateralmente. No todo el dolor irradiado es indicativo de afectación de una de las raíces nerviosas. La positividad de estas pruebas exige llevar a cabo un estudio exhaustivo de posibles alteraciones motoras y/o sensitivas. En el *cuadro II* se describen las manifestaciones neurológicas en relación con las raíces nerviosas lesionadas con mayor frecuencia.

En caso de que la anamnesis oriente hacia una afectación sistémica (fiebre, síndrome tóxico, ritmo inflamatorio del dolor, etc.) será preciso llevar a cabo una exploración física general en busca de signos que puedan ser útiles para el diagnóstico (adenopatías, visceromegalias, masas abdominales, etc.).

FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL DOLOR LUMBAR

Una vez realizadas la anamnesis y la exploración física, se habrán determinado las características de la lumbalgia que afecta al paciente, y se catalogará dentro de alguno de los siguientes grupos:

- Lumbalgia mecánica (lumbago, lumbago común).
- Lumbalgia de ritmo inflamatorio.
- Lombociatalgia o ciática: en este caso, a la lumbalgia se añade la irradiación del dolor hacia una o ambas extremidades inferiores, con las maniobras radiculares positivas.

Para cada tipo, según la duración, la lumbalgia será catalogada como aguda, subaguda o crónica con las

Cuadro II. Exploración física del dolor lumbar.

Inspección	<p>Paciente desvestido y de pie.</p> <p>Comprobar alineación, valorar las curvas de la columna, posibles asimetrías y contracturas musculares.</p>
Palpación	<p>Paciente en decúbito prono para palpar apófisis espinosas.</p> <p>Determinar la posible existencia de contracturas musculares y puntos dolorosos.</p>
Movilidad	<p><i>Flexión anterior:</i> amplitud normal entre 40-60 grados. La prueba de Schober consiste en hacer una marca en el espacio intervertebral L5-S1 (se encuentra a la altura de la línea horizontal que une los hoyuelos situados sobre las espinas ilíacas posterosuperiores) y otra marca en las apófisis espinosas de la columna, justo 10 cm por encima de la primera. Al flexionar la columna, en condiciones normales la amplitud entre ambos puntos aumenta como mínimo hasta los 15 cm. Si el aumento es menor de 4 cm, se considera que la flexión está limitada.</p> <p><i>Extensión:</i> amplitud normal entre 20-35 grados. Suele limitarse si hay hiperlordosis y/o afectación de interapofisarias.</p> <p><i>Flexión lateral:</i> de 15 a 20 grados. Si aumenta el dolor en el mismo lado, sospechar afección articular o protrusión discal lateral. Si aumenta en el lado opuesto, considerar afección muscular o protrusión discal medial a la raíz nerviosa.</p> <p><i>Rotación:</i> entre 3 y 18 grados. Fijar la pelvis con las manos o hacer con el paciente sentado.</p>
Exploración neurológica	<p><i>Maniobra de Lasègue.</i> Paciente en decúbito supino. Se le hace estirar la extremidad inferior con la rodilla extendida (se estira el nervio ciático). Si entre 30 y 60 grados aparece dolor irradiado hacia la extremidad, se considera positiva. No valorable si aparece por encima de 70° ni si el dolor aumenta en región lumbar e/o irradiado sólo hasta la nalga. Es aconsejable confirmar afección radicular mediante la maniobra de Bragard, que consiste en hacer bajar al paciente la extremidad hasta el momento que desaparezca el dolor, y entonces ordenar al paciente que haga una flexión dorsal del pie. Si esto reproduce el dolor, indica afectación radicular.</p> <p><i>Reflejos osteotendinosos</i> (el reflejo rotuliano depende de la raíz L4 y el reflejo aquileo depende de S1).</p> <p><i>Sensibilidad:</i> explorar en caso de que las maniobras de Lasègue y Bragard hayan resultado positivas.</p> <p><i>Caminar de puntillas</i> (valora afectación motora de S1) o sobre talones (valora afectación motora de L5).</p>
Exploración de articulaciones sacroilíacas	<p><i>Presión directa sobre articulaciones sacroilíacas.</i> Valorar si produce o no dolor.</p> <p><i>Distracción de las articulaciones sacroilíacas.</i> Se aplica presión lateralmente y hacia atrás sobre espinas ilíacas anterosuperiores, con el paciente en decúbito supino, para ver si desencadena dolor.</p> <p><i>Compresión de las articulaciones sacroilíacas.</i> Se hace compresión directa sobre ambas espinas ilíacas anterosuperiores hacia el centro (intentando "acercarlas") para comprobar si aparece o aumenta el dolor.</p> <p><i>Maniobra FABERE (flexión, abducción y rotación externa).</i> Con el paciente en decúbito supino, flexionar una rodilla. El talón de esta pierna flexionada se apoya sobre la rodilla contralateral extendida. Se hace presión hacia abajo y hacia fuera sobre la rodilla flexionada manteniendo fija la pelvis (presionando sobre la espina ilíaca anterosuperior del lado contralateral). Hay que tener en cuenta que la aparición del dolor al realizar esta prueba no siempre indica afección sacroilíaca, ya que puede desencadenar dolor en caso de coxopatías.</p>



consiguientes implicaciones diagnósticas y terapéuticas que ello conlleva. El dolor lumbar de etiología no musculoesquelética no será tratado en este artículo.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

No es necesario recordar que la anamnesis y la exploración física del paciente constituyen la base de una aproximación al paciente con lumbalgia, y que sólo tras haber realizado correctamente los dos pasos anteriores estaremos en disposición de determinar si son o no necesarias pruebas complementarias, y cuál será la más adecuada en cada caso. En el *cuadro IV* se resumen las indicaciones de las distintas pruebas.

Radiografía simple de columna lumbar

Cualquier lumbalgia que presente ritmo inflamatorio o cualquier signo o síntoma de alarma (fiebre, síndrome tóxico, adenopatías, traumatismo previo importante, déficit neurológico, pacientes alcohólicos, adictos a drogas por vía parenteral, tratamiento prolongado con corticoides, etc.).

Lumbalgia aguda: en caso de que se presente por primera vez en un paciente de más de 50 años de edad, en pacientes con cualquiera de los signos o síntomas de alarma descritos con anterioridad o en pacientes con lumbalgias agudas de frecuente repetición.

Lumbalgia subaguda: Lumbalgia crónica: en un paciente que consulta por primera vez o que refiere cambios en las características habituales de su dolor y/o aparición de signos o síntomas de alarma.

TAC o RNM de columna lumbar

Lumbalgia mecánica subaguda o crónica con radiografía simple no diagnóstica y con sospecha de que la causa sea una alteración estructural. Dolor lumbar de ritmo inflamatorio en el que otras exploraciones complementarias (radiografía simple, gammagrafía ósea) no hayan permitido llegar a un diagnóstico.

Sospecha de afección específica. Sospecha de canal estrecho u otros tipos de afectación de médula espinal.

Valoración de un posible tratamiento quirúrgico.

Valoración de resultados postquirúrgicos (especialmente en casos de recidivas tras intervención).

Cuadro III. Signos y síntomas según la raíz nerviosa afecta.

Raíz	Zona de irradiación	Déficit motor	Déficit sensitivo
L4 (Disco L3-L4)	El dolor se irradia hacia cara anterior del muslo. A veces irradia hacia cara anterior del tercio superior de la pierna.	Atrofia o debilidad de cuádriceps. Disminución o abolición del reflejo rotuliano.	Disminuye sensibilidad en zona rotuliana.
L5 (Disco L4-L5)	Cara externa del muslo y la pierna	Debilidad extensión del primer dedo del pie.	Disminuye sensibilidad dorsal del pie, entre el 1º y 2º dedo.
S1 (Disco L5-S1)	En la parte baja de la pierna se hace anterior y llega al primer dedo del pie. Cara posterior del muslo y pierna, llega a la planta del pie y se dirige hacia el 5º Dedo	Dificultad para caminar sobre los talones. Atrofia o debilidad de los gemelos y sóleo Dificultad para caminar de puntillas. Disminución o abolición del reflejo aquileo. La flexión plantar del pie y del primer dedo puede estar afectada.	Disminuye sensibilidad en el 5º dedo del pie.

Cuadro IV. Exploraciones complementarias. Indicaciones.

Radiografía simple de columna lumbar	<p>Cualquier lumbalgia que presente ritmo inflamatorio o cualquier signo o síntoma de alarma (fiebre, síndrome tóxico, adenopatías, traumatismo previo importante, déficit neurológico, pacientes alcohólicos, adictos a drogas por vía parenteral, tratamiento prolongado con corticoides, etc.).</p> <p>Lumbalgia aguda: en caso de que se presente por primera vez en un paciente de más de 50 años de edad, en pacientes con cualquiera de los signos o síntomas de alarma descritos con anterioridad o en pacientes con lumbalgias agudas de frecuente repetición.</p> <p>Lumbalgia subaguda.</p> <p>Lumbalgia crónica: en un paciente que consulta por primera vez o que refiere cambios en las características habituales de su dolor y/o aparición de signos o síntomas de alarma.</p>
TAC o RNM de columna lumbar	<p>Lumbalgia mecánica subaguda o crónica con radiografía simple no diagnóstica y con sospecha de que la causa sea una alteración estructural.</p> <p>Dolor lumbar de ritmo inflamatorio en el que otras exploraciones complementarias (radiografía simple, gammagrafía ósea) no hayan permitido llegar a un diagnóstico.</p> <p>Sospecha de afección específica.</p> <p>Sospecha de canal estrecho u otros tipos de afectación de médula espinal.</p> <p>Valoración de un posible tratamiento quirúrgico.</p> <p>Valoración de resultados postquirúrgicos (especialmente en casos de recidivas tras intervención).</p>
Gammagrafía ósea	<p>Cualquier tipo de lumbalgia de ritmo inflamatorio, especialmente en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de metástasis óseas. • Sospecha de afección ósea infecciosa. • Sospecha de aplastamientos vertebrales recientes.
Electromiograma (EMG)	<p>Cuando, a pesar de la anamnesis y la exploración física, queden dudas sobre la existencia o no de afectación radicular.</p> <p>Cuando interese determinar cuál o cuáles son las raíces nerviosas afectadas.</p>

Gammagrafía ósea

Cualquier tipo de lumbalgia de ritmo inflamatorio, especialmente en los siguientes casos:

- Sospecha de metástasis óseas.
- Sospecha de afección ósea infecciosa.
- Sospecha de aplastamientos vertebrales recientes.

Electromiograma (EMG)

Cuando, a pesar de la anamnesis y la exploración física, queden dudas sobre la existencia o no de afecta-

ción radicular. Cuando interese determinar cuál o cuáles son las raíces nerviosas afectadas.

Análisis

Inicialmente no está indicado en lumbalgias mecánicas, salvo mala evolución o transformación en crónicas. Debería llevarse a cabo en aquellos casos en que la lumbalgia se presente con ritmo inflamatorio.

De entrada, estaría indicado solicitar hemograma con recuento y fórmula, VSG y estudio bioquímico básico. Según los datos obtenidos en la anamnesis y la exploración física, se debería estudiar la solicitud de otras



Cuadro V. Tratamiento médico del dolor lumbar

Reposo	<p>Primera medida terapéutica.</p> <p>Recomendable reposo en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas ligeramente.</p> <p><i>Periodos cortos de reposo:</i> de 2 a 4 días sería la duración ideal. En caso de lumbociatalgia, alargar la duración del reposo en cama hasta 5-7 días.</p>
Cinesiterapia	<p><i>Ejercicios suaves y progresivos para aumentar la flexibilidad y corregir posturas inadecuadas.</i> Evitar ejercicios que provoquen dolor. Evitar flexiones y rotaciones de columna. Es ideal que sean convenientemente supervisados.</p>
Tratamientos físicos	<p><i>Termoterapia.</i> Puede emplearse en forma de calor superficial (mantas eléctricas, inmersión en bañera, infrarrojos) o calor profundo (onda corta, microondas, ultrasonidos). Su principal indicación es la existencia de contracturas musculares, mientras que se debe valorar su indicación en caso de lumbalgias por traumatismo, ya que el calor puede aumentar el componente inflamatorio.</p> <p><i>Crioterapia.</i> Se puede realizar masaje con bolsas frías, aplicación de hielo, inmersión en bañera de agua fría, etc. El frío enlentece la transmisión de los impulsos nociceptivos y disminuye la inflamación y el espasmo muscular.</p> <p><i>Electroterapia, laserterapia y otras técnicas.</i> Deben ser indicadas por especialistas.</p>
Tratamiento farmacológico local	<p><i>Aplicación tópica (AINE, corticoides).</i> No hay demostración científica de la efectividad de esta vía de aplicación. Ventajas: aceptación por los pacientes, efecto placebo, efectos indeseables mínimos.</p> <p>Infiltraciones con anestésicos locales y/o corticoides: constituyen otra forma de administración localizada de fármacos. Son de mayor eficacia en casos agudos o subagudos. Practicar preferentemente por especialistas entrenados.</p>
Tratamiento farmacológico sistémico	<p><i>Analgésicos simples.</i> El más empleado es el paracetamol (500-650 mg/3-4 veces al día). Sin efectos antiinflamatorios. El ácido acetilsalicílico (AAS) se empleará en dosis de 325-650 mg/4 h, según la intensidad del dolor. Presenta la desventaja, frente al paracetamol, de sus posibles efectos adversos gastrointestinales. Otro analgésico sin efecto narcótico menos utilizado es el metamizol.</p> <p><i>AINE.</i> Rápido efecto. Mecanismo de actuación similar, pero características farmacocinéticas variables según el tipo. No alteran el curso normal de las lumbalgias de evolución crónica.</p> <p><i>Relajantes musculares.</i> Utilidad controvertida. Parecen eficaces en aquellos casos con contractura muscular asociada o si el dolor impide el sueño o causa gran ansiedad. Destacan diazepam y metocarbamol. En el caso del primero, su utilización debe ser muy limitada en el tiempo para evitar crear farmacodependencia.</p> <p><i>Antidepresivos.</i> Si bien no se conoce de forma precisa su mecanismo de acción, a dosis más bajas que las antidepresivas pueden reducir el dolor, sobre todo en casos de lumbalgia crónica.</p>

determinaciones (marcadores tumorales, serologías, hemocultivos, PPD, HLA B27, estudio del metabolismo del calcio y el fósforo, proteinograma, etc.).

Radiografía simple de la columna lumbar. La radio-

grafía convencional presenta el inconveniente de ser poco específica. Las alteraciones que puede mostrar son muy numerosas (alteraciones de la estática, anomalías de transición, anomalías degenerativas o predegenerativas,

anomalías del desarrollo, fracturas, etc.) y se encuentran descritas en el *cuadro V*. Las proyecciones que deben solicitarse son la de frente y la de perfil o lateral. En caso de sospechar afectación pedicular o de interapofisarias, se puede solicitar una radiografía en proyección oblicua, sin olvidar que el uso de esta proyección supone, en el caso de niñas y mujeres en edad fértil, una importante irradiación de las gónadas.

TRATAMIENTO DE LAS LUMBALGIAS MECÁNICAS AGUDAS Y SUBAGUDAS

Tratamiento médico del dolor lumbar

Reposo

Primera medida terapéutica.

Recomendable reposo en decúbito supino con las caderas y rodillas flexionadas ligeramente.

Periodos cortos de reposo: de dos a cuatro días sería la duración ideal. En caso de lumbociatalgia, alargar la duración del reposo en cama hasta 5-7 días.

Cinesiterapia

Ejercicios suaves y progresivos para aumentar la flexibilidad y corregir posturas inadecuadas. Evitar ejercicios que provoquen dolor. Evitar flexiones y rotaciones de columna. Es ideal que sean convenientemente supervisados.

Tratamientos físicos

Termoterapia

Puede emplearse en forma de calor superficial (mantas eléctricas, inmersión en bañera, infrarrojos) o calor profundo (onda corta, microondas, ultrasonidos). Su principal indicación es la existencia de contracturas musculares, mientras que se debe valorar su indicación en caso de lumbalgias por traumatismo, ya que el calor puede aumentar el componente inflamatorio.

Crioterapia

Se puede realizar masaje con bolsas frías, aplicación de hielo, inmersión en bañera de agua fría, etc. El frío enlentece la transmisión de los impulsos nociceptivos y disminuye la inflamación y el espasmo muscular.

Electroterapia, laserterapia y otras técnicas.

Deben ser indicadas por especialistas.

Tratamiento farmacológico local

Aplicación tópica (AINE, corticoides). No hay demostración científica de la efectividad de esta vía de aplica-

ción. Ventajas: aceptación por los pacientes, efecto placebo, efectos indeseables mínimos.

Infiltraciones con anestésicos locales y/o corticoides. Constituyen otra forma de administración localizada de fármacos. Son de mayor eficacia en casos agudos o subagudos. Practicar preferentemente por especialistas entrenados.

Tratamiento farmacológico sistémico

Analgésicos simples

El más empleado es el paracetamol (500-650 mg/3-4 veces al día). Sin efectos antiinflamatorios. El ácido acetilsalicílico (AAS) se empleará en dosis de 325-650 mg/4 h, según la intensidad del dolor. Presenta la desventaja, frente al paracetamol, de sus posibles efectos adversos gastrointestinales. Otro analgésico sin efecto narcótico menos utilizado es el metamizol.

AINE

Rápido efecto. Mecanismo de actuación similar, pero características farmacocinéticas variables según el tipo. No alteran el curso normal de las lumbalgias de evolución crónica.

AINE que inhibe la COX2

Relajantes musculares. Utilidad controvertida. Parecen eficaces en aquellos casos con contractura muscular asociada o si el dolor impide el sueño o causa gran ansiedad. Destacan diazepam y metocarbamol. En el caso del primero, su utilización debe ser muy limitada en el tiempo para evitar crear farmacodependencia.

Antidepresivos

Si bien no se conoce de forma precisa su mecanismo de acción, a dosis más bajas que las antidepresivas pueden reducir el dolor, sobre todo en casos de lumbalgia crónica.

Una vez catalogada la lumbalgia como aguda y tras haber descartado la existencia de síntomas de alarma, no es necesario solicitar radiografías de columna lumbar ni análisis.

El reposo en cama es la medida terapéutica básica ante un episodio agudo de lumbalgia. Actualmente, la mayoría de autores^{2,4,15,17} está de acuerdo en la necesidad de que esta fase no supere los 2-4 días, sobre todo cuando se sospeche que la causa del dolor sea muscular (contracturas, contusiones). Un reposo más prolongado puede producir una rápida atrofia de la musculatura lumbar y dificultar la reincorporación a las actividades habituales del paciente.



La aplicación de calor local está especialmente indicada en aquellos casos en los que se demuestre la existencia de contractura muscular. En estas primeras fases, no se precisará la derivación a un servicio de rehabilitación o fisioterapia, y la aplicación de calor se hará en el propio domicilio del paciente con métodos sencillos (es recomendable emplear pequeñas almohadillas térmicas, ya que proporcionan una intensidad de calor constante). La aplicación local de frío puede ser útil durante las primeras 24-48 horas, sobre todo en aquellos casos en los que el dolor lumbar es de origen traumático.

El tratamiento farmacológico del dolor se debe realizar con analgésicos simples (ácido acetilsalicílico, paracetamol) solos o asociados a codeína y con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). En caso de que haya contractura muscular pueden ser útiles los miorrelajantes.

La realización de terapia física podría iniciarse de forma progresiva en cuanto comience a disminuir el dolor y el paciente empiece a moverse. En cada caso, habría que estudiar la necesidad de derivación del paciente a un equipo especializado en fisioterapia y rehabilitación o a una escuela de espalda, lo que sería recomendable en caso de una mala evolución (dolor tras 4-6 semanas) o en aquellos casos en los que el paciente presente repetidos episodios de lumbalgia.

Es fundamental la educación del paciente. Hay que explicarle qué tipo de dolor padece, cuáles son las causas que pueden motivarlo, los posibles factores de agravamiento, el pronóstico en general benigno, las normas para evitar que se repita en el futuro, etc.

Si a pesar de un correcto cumplimiento de las medidas terapéuticas anteriores el dolor no remite al cabo de dos semanas, podemos hablar de lumbalgia subaguda. En este caso, está indicada la realización de radiografía de columna lumbar (proyecciones posteroanterior y lateral) y un análisis general con hemograma, VSG y bioquímica básica.

Cuando los resultados de estas pruebas realizadas sean normales, las medidas de tratamiento empleadas en la lumbalgia subaguda no diferirán de manera sustancial de lo descrito con anterioridad. Resulta de gran importancia insistir en la progresiva realización de ejercicios físicos y procurar una vuelta a sus actividades laborales lo antes posible, siempre que el estado del paciente lo permita.

En aquellos casos en que el dolor se prolonga a lo largo de varias semanas, aparecen con relativa frecuencia síntomas de ansiedad y depresión, por lo que ha-

bría que considerar el tratamiento con ansiolíticos o antidepresivos en cada paciente, y la derivación al equipo de salud mental en los casos más graves.

En general, no será necesario utilizar fajas o corsés lumbares, salvo en casos de inestabilidad de columna lumbar o dolor muy intenso a la movilización. La duración de su empleo debe ser lo más limitada posible a causa del riesgo de atrofia muscular lumbar.

TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA IRRADIADA (CIÁTICA)

En fases aguda o subaguda, el tratamiento no difiere sustancialmente con respecto a una lumbalgia mecánica no irradiada. Como diferencias más significativas, es recomendable que el reposo inicial en cama sea algo más largo (en torno a una semana), y la incorporación a la actividad normal más lenta y progresiva (al cabo de 3-4 semanas).

Desde un punto de vista farmacológico, son útiles los mismos fármacos que en una lumbalgia no irradiada, si bien en algunos casos en los que la remisión del dolor es muy lenta o se sospecha un importante componente inflamatorio pueden emplearse glucocorticoides (prednisona 15-20 mg/día durante 5-7 días p.o.).

En aquellos casos en que la afectación radicular determine la aparición de signos de alarma (pérdida sensible de fuerza en una o ambas extremidades inferiores, síndrome de cola de caballo) es necesaria la derivación urgente del paciente al especialista (neurólogo, neurocirujano o cirujano ortopédico, según las posibilidades de cada médico de AP) por si fuera preciso llevar a cabo tratamiento quirúrgico. También está justificada la derivación programada en aquellos casos en que la ciática se prolongue más allá de 4-6 semanas. En este caso se puede derivar al traumatólogo o al neurólogo según el grado de afectación neurológica observado.

TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA CRÓNICA

En general, el tratamiento de una lumbalgia crónica es muy complejo y excede al ámbito de la atención primaria, por lo que se hace necesaria la derivación del paciente a uno o varios especialistas.

En caso de una lumbalgia crónica es básica la aproximación integral al paciente y su problema. Algunos autores^{3,13,16} postulan la creación de equipos multidisciplinarios formados, entre otros, por médicos (tanto de atención primaria como especialistas en traumatología, reu-

matología y rehabilitación), psicólogos, fisioterapeutas, educadores sanitarios, trabajadores sociales e, incluso, asesores legales.

La terapia farmacológica con analgésicos o AINE es pieza básica en el tratamiento de estos pacientes, aunque se debe ser muy cauto y procurar emplearlos de forma racional y limitarlos a los casos de dolor moderado a intenso o en las reagudizaciones.

La realización de una adecuada fisioterapia por parte de un equipo especializado es básica para optimizar la situación de estos pacientes gracias a una mejoría de su estado muscular.

Conviene saber, sin embargo, que los casos en los que la indicación de cirugía es más probable son aquellos de dolor muy invalidante y prolongado, pérdida de fuerza en extremidades inferiores, síndrome de la cola de caballo, pacientes con espondilolistesis de grados avanzados, en deformidades progresivas y en casos concretos de patología discal.

En algunos casos, será necesario el empleo de ortesis (fajas lumbares, corsés) que suelen limitarse a aquellas situaciones en las que se aprecie inestabilidad de la columna lumbar. En cualquier caso, el empleo de estas medidas debería complementarse siempre con una adecuada fisioterapia para evitar la atrofia muscular.

Con frecuencia será necesaria una aproximación psicológica por parte del especialista.

Un aspecto poco desarrollado en nuestro medio en relación con la lumbalgia es el de la higiene laboral. Numerosas lumbalgias aparecen o se agravan con el mantenimiento de posturas forzadas durante la actividad laboral o con tareas laborales que requieren un esfuerzo físico importante a costa de la región lumbar. Lamentablemente, en la mayoría de los casos no es posible que el trabajador pueda desarrollar otro tipo de actividad dentro de la misma empresa.

Aunque muchas de las decisiones diagnósticas y terapéuticas en estos pacientes no sean competencia directa del médico de AP, éste debe desempeñar un papel muy importante coordinando la derivación a los distintos especialistas y realizando el seguimiento integral del paciente. Tan importante como una adecuada orientación en el momento oportuno es evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias y de distintas terapias físicas o de rehabilitación de eficacia no comprobada, etc.

TRATAMIENTO DE LA LUMBALGIA INFLAMATORIA

En general, el tratamiento de este tipo de lumbalgias se desarrolla fuera del ámbito de la AP. En cualquier caso,

conviene tener presente una serie de ideas claras en cuanto a la actuación ante una lumbalgia inflamatoria:

La presencia de fiebre en un paciente con este tipo de lumbalgia es indicación suficiente para derivarlo de manera inmediata a urgencias hospitalarias, sin demorar dicha derivación por la solicitud de pruebas complementarias, por muy rápida que fuera su realización.

Frente a una lumbalgia inflamatoria sin fiebre ni síndrome tóxico, conviene iniciar el estudio con anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias. Si se confirma la ausencia de datos de alarma, se puede iniciar un tratamiento conservador con reposo, analgésicos o AINE mientras se realizan las pruebas, lo que nos permitirá controlar la evolución del paciente a lo largo de 2-3 semanas. Según los resultados de las pruebas y la evolución clínica del paciente, se considerará la derivación al especialista adecuado (preferentemente reumatólogo).

HIGIENE POSTURAL Y EJERCICIOS TERAPÉUTICOS

La repetición o el mantenimiento de posturas inadecuadas a lo largo del día (tanto durante la actividad física como en fases de reposo), así como un precario estado de la musculatura lumbar, favorecen la aparición de lumbalgias. Al hacer referencia al estado muscular, no se trata solamente de los músculos de la parte posterior de la espalda, sino también de los músculos de la pared abdominal anterior, músculos de la región glútea, musculatura pélvica y musculatura anterior y posterior de los muslos. Alcanzar un buen estado muscular supone lograr unos músculos y tendones con un adecuado grado de flexibilidad, elasticidad, resistencia y fuerza. Si esto se logra, conseguiremos disminuir las lesiones directas del músculo (contracturas, roturas fibrilares, etc.) y, por otro lado, descargar de trabajo a la columna vertebral y estabilizar las estructuras osteoligamentosas y articulares de la misma.

Trataremos de prevenir la aparición de episodios de lumbalgia (prevención primaria) o de posteriores recidivas y estados crónicos (prevención secundaria) e incluso favorecer el funcionalismo de pacientes con lumbalgias ya crónicas, con la consiguiente limitación de su evolución hacia un mayor grado de incapacidad (prevención terciaria). Sería aconsejable identificar aquellos pacientes que, por sus características (episodios previos de lumbalgia, sobrepeso u obesidad, bajo tono muscular, repetición forzada de movimientos a lo largo



del día, mantenimiento prolongado de posturas más o menos fijas durante la actividad laboral, etc.) sospechemos que presentan un riesgo aumentado de padecer dolor lumbar. En este sentido, uno de los grupos que más puede aprovechar estas actividades de educación y prevención de la lumbalgia es el constituido por aquellas personas encargadas de la asistencia y cuidado de ancianos o incapacitados de algún tipo y que habitualmente deben levantar o mover a estas personas varias veces al día.

En todos estos "pacientes de riesgo", los conceptos explicados, los ejercicios terapéuticos y las normas de higiene postural deberían ser repasados en sucesivas visitas en nuestras consultas, de manera que se favorezca la asimilación de los mismos. En un principio, el padecimiento del dolor constituirá la motivación principal para que el enfermo acepte nuestros consejos pero, pasada esta primera fase, cuando el dolor ya no le afecte, es más que probable que el interés del paciente disminuya. Es muy importante que mantengamos esta motivación y le ayudemos a decidirse a aplicar nuestros consejos en su vida diaria. En cualquier caso, el paciente tiene que desempeñar un papel activo en su plan de recuperación y en el cambio de sus hábitos incorrectos (sedentarismo, posturas incorrectas, manejo de pesos y cargas, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

- Romera M, Mateo L, Roig D. Evaluación y tratamiento de la lumbalgia. *FMC* 1994; 1: 332-346.
- Carreño L, Sánchez-Atrio AI. Mecanismos de producción del dolor lumbar. *Medicine* 1992; 6: 206-214.
- Carreño L, Pérez T. Tratamiento del dolor lumbar. *Medicine* 1992; 6: 215-222.
- Moya F. Lumbalgia. En: *Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología*. Barcelona: Editorial Mosby-Doyma, 1996.
- Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *N Engl J Med* 1988; 318: 291-300.
- Gros B, Bertol V, Fernández A, Mallen M, García C, Ginés C. Las lumbalgias y su impacto en atención primaria. *Aten Primaria* 1992; 9: 319-321.
- Sabaté P, Bestatén J, Llor JL, Santigosa J, Murria MJ, Milá A et al. Estudio de las lumbalgias atendidas en un centro de salud. *Aten Primaria* 1992; 9: 208-211.
- Baré ML. Epidemiología de la lumbalgia: prevención prioritaria en Salud Laboral. *Medicina Integral* 1994; 23: 262-268.
- Martín P, Ballina FJ, Hernández R, Cueto A. Lumbalgia e incapacidad laboral. Epidemiología y prevención. *Aten Primaria* 1995; 16: 641-646.
- Naredo E. Lumbalgia: orientación diagnóstica. *Jano* 1995; XLIX: 467-472.
- Margo K. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes con dolor de espalda inferior. *Am Fam Phys* (ed. esp.) 1995; 2: 127-137.
- Castellano JA, Pascual E. Qué haría usted... ante un paciente con lumbalgia. *Medicina Integral* 1989; 14: 403-414.
- Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal, M. How many days of bed rest for acute low back pain? *N Engl J Med* 1986; 315: 1064-1070.
- Brancós MA. Tratamiento del dolor lumbar crónico. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 579-580.
- Papageorgiou AC, Rigby AS. Review of UK data on the rheumatic diseases. Low back pain. *Br J Rheumatol* 1991; 30: 208-210.
- Deyo RA, Diehl AK. Psychosocial predictors of disability in patients with low back pain. *J Rheumatol* 1988; 15: 1557-1564.
- Goertz MN. Prognostic indicators for acute low back pain. *Spine* 1990; 15: 1307-1310.

Correspondencia:

Dr. Víctor Mauricio Axotla Bahena
Valle de Aragón 3ra Sección
Calle de Tigris Número 108 Depto. 403
C.P. 55280
Tel./Fax: 55511872