

Diagnóstico diferencial en la estenosis espinal lumbar

Alberto Aceves Pérez*

RESUMEN

La estenosis degenerativa del conducto lumbar es la causa número uno de dolor, discapacidad y pérdida de la independencia en los adultos, caracterizado por presentar claudicación intermitente o continua de los miembros inferiores de tipo neurogénico. Su fisiopatología está dada por la hipertrofia de los elementos óseos, así como de las partes blandas adyacentes a la columna lumbar. El abordaje diagnóstico inicial del paciente con dolor lumbar debe orientarse a buscar factores de riesgo que requieren atención inmediata, establecer diagnósticos diferenciales e identificar cuadros de compresión con déficit neurológico. Una vez realizada la evaluación del paciente numerosos diagnósticos diferenciales deben ser considerados.

Palabras clave: Lumbar, estenosis, columna, diagnóstico, dolor.

SUMMARY

Degenerative lumbar duct stenosis is the number one cause of pain, disability and loss of independence in adults, characterized by intermittent or continuous claudication of the lower limbs of the neurogenic type. Its physiopathology is given by the hypertrophy of the osseous elements, as well as of the soft parts adjacent to the lumbar spine. The initial diagnostic approach of the patient with low back pain should be oriented to look for risk factors that require immediate attention, establish differential diagnoses and identify compression patterns with neurological deficit. Once the patient has been evaluated, numerous differential diagnoses should be considered.

Key words: Lumbar, stenosis, spine, diagnosis, pain.

INTRODUCCIÓN

En 1803, el Barón Antoine Portal describe el estrechamiento del conducto raquídeo en cadáveres y, en 1893, el doctor Wiltse reportó la primera laminectomía descompresora. En 1911, Casamajor describe el engrosamiento de las láminas, la hipertrofia del ligamento amarillo y de las facetas articulares. En 1934, se comienzan los estudios de los diámetros del conducto vertebral y se describe el pinzamiento de la raíz nerviosa secundario a un prolapsos discal. En 1949, el neurocirujano Henk Verbiest acuñó el término «conducto lumbar estrecho» y lo definió como una entidad patológica causada por un diámetro inferior medio sagital

* Cirujano Ortopédico, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. AOSpine Council Research, México. Profesor, Universidad de Guadalajara.

Dirección para correspondencia:

Dr. Alberto Aceves Pérez

Josefa Ortiz de Domínguez No. 4193, Col. Benito Juárez, 44790, Guadalajara, Jalisco, México.

Correo electrónico: alberthoap@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>

del conducto neural y describió los síntomas clínicos de claudicación neurógena como resultado de la estenosis espinal.¹

La estenosis degenerativa del conducto lumbar es la causa número uno de dolor, discapacidad y pérdida de la independencia en los adultos. Esta estenosis es un cuadro clínico caracterizado por presentar claudicación intermitente o continua de los miembros inferiores de tipo neurogénico. Se manifiesta a través de lumbalgia y radiculopatía que se acentúan con la marcha y atenúan con el reposo y el tronco en flexión. La estenosis del conducto lumbar se debe a la hipertrofia de los elementos blandos de la columna, así como de los óseos. En cuanto a las partes blandas, nos referimos al ligamento amarillo, la cápsula articular, el tejido sinovial o el disco intervertebral. Las estructuras óseas que provocan la disminución del calibre del conducto lumbar espinal son la hipertrofia de las facetas articulares, las láminas y los osteofitos posteriores de las plataformas de los cuerpos vertebrales.^{2,3}

El dolor lumbar no necesariamente puede ser asociado a una claudicación neurógena. Existen múltiples condiciones que pueden provocar discapacidad funcional y dolor radicular.² El dolor lumbar pragmáticamente es clasificado como específico y no específico. En el específico, por definición, una relación fisiopatológica entre el dolor y una alteración de una o más de las estructuras óseas o de partes blandas, al realizar el diagnóstico y encontrando la causa directa se inicia un tratamiento dirigido. En el caso del no específico no existe una relación causal clara entre los síntomas, los hallazgos clínicos y en estudios de gabinete, por lo que en este caso el profesional de la salud debe establecer un diagnóstico diferencial y dar un tratamiento acorde a la causa.³⁻⁵

El abordaje diagnóstico inicial del paciente con dolor lumbar tiene tres principios (*Cuadros I y II*):

1. Identificar las causas severas que requieren tratamiento urgente (banderas rojas).
2. Establecer diagnósticos diferenciales (banderas amarillas).
3. Identificar cuadros de compresión radicular y déficit neurológico.

Cuadro I. Signos y síntomas de alarma en pacientes con dolor lumbar (banderas rojas).			
Sospecha de lesión traumática	Sospecha de tumor	Sospecha de infección	Sospecha de compresión radicular
Trauma severo (accidente automovilístico, caída de gran altura, accidente deportivo)	Edad avanzada (> 50 años) Historia de tumoración Síntomas tumorales	Dolor nocturno Antecedente de infección	Disminución de la fuerza muscular Síndrome de cauda equina
Trauma menor (tosar, estornudar, levantar objeto de poco peso) Terapia con corticoides	(fiebre, pérdida de peso, diaforesis nocturna) Incremento del dolor en decúbito supino Dolor de predominio nocturno	Antecedente de procedimiento espinal Consumo de drogas intravenosas Inmunosupresión Viajes a zonas endémicas	Pérdida del control de esfínteres Hipoestesia perineal
Modificado de Casser Hans.			

Cuadro II. Factores de riesgo psicosociales de dolor no específico lumbar (bandera amarillas).			
Evidencia absoluta	Evidencia relativa	Evidencia limitada	Sin evidencia
Depresión Dolor relacionado con procesos cognitivos Trastorno pasivo de dolor	Dolor relacionado a síndromes de abstinencia Somatización	Trastornos de personalidad	Anormalidades psicopatológicas
Modificado de Casser Hans.			

HISTORIA Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Un interrogatorio e historia clínica meticolosos generalmente ofrecen un amplio panorama para establecer la etiología del dolor lumbar y diferenciarlo de la estenosis espinal lumbar (Figura 1). El médico debe orientar la anamnesis hacia las características del dolor y los síntomas específicos y posteriormente un examen físico cauteloso basado en:⁴⁻⁷

1. Inspección: condición general, asimetría muscular, deformidades y cambios en la piel.
2. Palpación del tono muscular.
3. Palpación y percusión de las estructuras de la columna y anillo pélvico.
4. Rangos de movimiento de la columna lumbar y las articulaciones de las caderas.
5. Evaluar los signos de irritación radicular.
6. Evaluar la sensibilidad en todos los dermatomos.

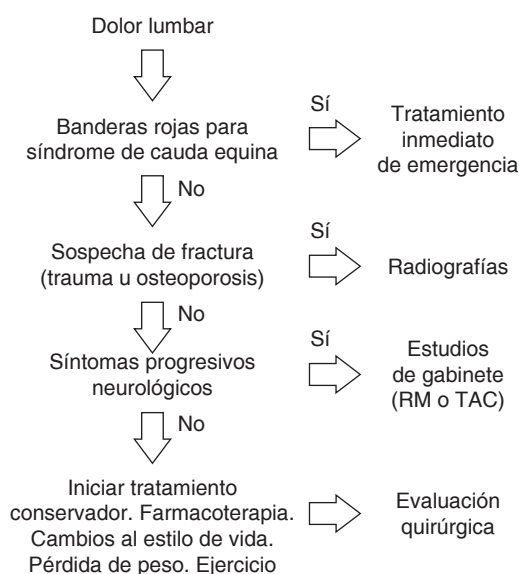


Figura 1. Esquema de abordaje diagnóstico para el dolor lumbar.

ESTUDIOS DE IMAGEN Y LABORATORIO

Radiografía simple: informara de los cambios degenerativos en general de la región lumbar, se podrán observar los elementos óseos y distancias entre ellos, así como de las articulaciones facetarias y de los forámenes.

La resonancia magnética y la tomografía sólo deben ofrecerse si existe el riesgo de que el dolor pueda convertirse en crónico y son necesarios si existen causas para algún tratamiento urgente. La sospecha clínica de una fractura, infección o radiculopatía es indicación para realizar una resonancia magnética o, en su defecto y acorde con la necesidad, una tomografía axial computarizada. La elección

para realizar los estudios puede ser influenciada por la disponibilidad en el hospital y los costos de los mismos. Si el dolor agudo empeora, persiste o se torna intratable se deben indicar los estudios de imagen. Estos estudios de gabinete deben ser indicados por el médico tratante y ser relacionados con los hallazgos clínicos encontrados en la exploración física (Figura 2).⁶

Generalmente los estudios de laboratorio tienen poca utilidad, a menos que se tenga sospecha de un proceso infeccioso, se puede solicitar en algunos casos un conteo de leucocitos con sus diferenciales, hemocultivos o reactantes de fase aguda. Asimismo algunos marcadores tumorales, exámenes de orina y enzimas musculares o pancreáticas para establecer un diagnóstico diferencial.⁶

Los estudios electrofisiológicos son muy variables y tienen el inconveniente de que valoran la parte motora de una raíz y la estenosis del conducto produce fundamentalmente una afección sensitiva. También es útil para el diagnóstico diferencial de las distintas neuropatías periféricas.

DIAGNÓSTICO

Una vez realizada la evaluación del paciente, numerosos diagnósticos diferenciales deben ser considerados. Las guías del *American College of Physicians* y la *American Pain Society* recomiendan categorizar el dolor para diferenciarlo y son útiles para iniciar un tratamiento adecuado para cada paciente y establecen algunos diagnósticos diferenciales como:^{7,8}

Aneurismas aórticos	Radiculitis
Espondilitis anquilosante	Disfunción de la articulación sacroiliaca
Abscesos epidurales	Fracturas
Fracturas de la <i>pars articularis</i>	Bursitis trocantérica
Metástasis	Herpes zóster
Artrosis de la cadera	Síndrome facetario
Osteoporosis	Síndrome miofascial
Síndrome del piriforme	Infección
Neuropatía diabética	Nefrolitiasis
Pancreatitis	Enfermedades psiquiátricas
Polineuropatías	Guillain-Barré

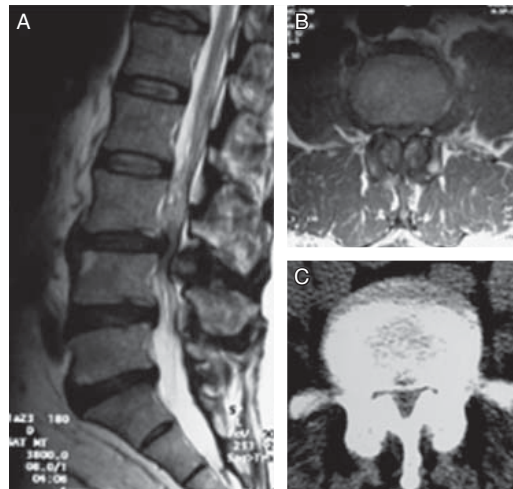


Figura 2. A) Resonancia magnética (RM) sagital de un paciente con estenosis a conducto a nivel de L3/L4. **B)** Resonancia magnética axial del mismo paciente en donde se observa protrusión discal y obliteración de los forámenes. **C)** Tomografía axial computarizada (TAC) en donde se aprecia importante hipertrofia facetaria.

En la actualidad el diagnóstico debe estar enfocado en la sospecha de patologías que requieren tratamiento inmediato y la toma de decisiones y tratamientos dependerán de múltiples factores y no sólo de lo que se encuentre en la exploración física o estudios de laboratorio y gabinete de forma aislada y de esta manera se establecieron los niveles de sensibilidad y especificidad para cada prueba diagnóstica.^{4,7}

CONCLUSIÓN

El conducto lumbar estrecho es la principal causa de claudicación neurógena provocando una gran variedad de síntomas en las extremidades inferiores que limitan las actividades de la vida cotidiana de los adultos. Otras condiciones comunes y algunas raras pueden también dar síntomas similares que dificultan establecer un diagnóstico específico, por lo que una historia clínica detallada, exploración física cuidadosa y correlación estrecha con los estudios paraclínicos y de gabinete nos ayudaran a entender la patología y fisiopatología de cada uno de los diagnósticos que pueden simular a la estenosis espinal y de esta manera establecer un tratamiento individualizado para cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sachs B, Fraenkel J. Progressive ankylotic rigidity of the spine. Spondilose Rizmehelique. J Nerv Ment Dis. 1990; 27: 1-15.
2. Ammendolia C. Degenerative lumbar spinal stenosis and its imposters: three case studies. J Can Chiropr Assoc. 2014; 58 (3): 312-319.
3. Herndon CM, Zoberi KS, Gardner BJ. Common questions about chronic low back pain. Am Fam Physician. 2015; 91 (10): 708-714.
4. Casser HR, Seddigh S, Rauschmann M. Acute lumbar back pain. Dtsch Arztebl Int. 2016; 113 (13): 223-234.
5. Petersen T, Laslett M, Juhl C. Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. BMC Musculoskelet Disord. 2017; 18 (1): 188.
6. Joaquim AF. Initial approach to patients with acute lower back pain. Rev Assoc Med Bras (1992). 2016; 62 (2): 186-191.
7. Suzuki H, Kanchiku T, Imajo Y, Yoshida Y, Nishida N, Taguchi T. Diagnosis and characters of non-specific low back pain in Japan: the Yamaguchi low back pain study. PLoS One. 2016; 11 (8): e0160454.
8. Jung DY, Cho KT, Lee SC. Atypical guillain-barré syndrome misdiagnosed as lumbar spinal stenosis. J Korean Neurosurg Soc. 2013; 53 (4): 245-248.