

## **DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE UNA SACROLUMBALGIA. EXAMEN FÍSICO**

*Julio Gómez Naranjo,<sup>1</sup> Rosa María Abad Hernández,<sup>2</sup> Miledy Rodríguez Domínguez<sup>3</sup> y Nora Lim Alonso<sup>4</sup>*

**RESUMEN:** Se propone y comenta un orden para seguir en el examen físico de un paciente con sacrolumbalgia, a partir de criterios de los autores. Se relacionan los hallazgos físicos potenciales con factores causales posibles.

Descriptores DeCS: **DOLOR DE LA REGION LUMBAR/ diagnóstico; EXAMEN FISICO/ métodos.**

La evaluación clínica del paciente que llega a nuestras consultas aquejando una sacrolumbalgia, con o sin irradiación a los miembros inferiores, constituye siempre un desafío para el médico, quien requiere de un hábil entrenamiento a fin de despejar las muchas incógnitas que el enfermo le plantea. Este entrenamiento es necesario tanto para el interrogatorio como para la realización del examen físico, porque una anamnesis detallada sólo es posible si el médico tiene una mente lúcida y sabe qué información debe buscar. Nada puede quedar al azar; conocimiento y habilidad son condiciones imprescindibles para arribar a un diagnóstico certero del cual se pueda derivar un tratamiento eficaz.

Durante unos 15 años de práctica especializada hemos recibido en la consulta a numerosos enfermos que aquejaban una sacrolumbalgia. Algunos pacientes llegan a la consulta del ortopedista por decisión propia, unas veces porque consideran que su dolencia requiere esta atención especializada, otras veces lo hacen porque han estado sometidos a tratamientos que no les han reportado curación o al menos alivio.

Otros, sin un tratamiento inicial, nos son directamente remitidos por el médico general. Como ya hemos expresado en ocasiones anteriores, la mayoría de los enfermos con sacrolumbalgia pueden ser asistidos eficientemente por el médico general,<sup>1</sup> sólo que éste requiere de una preparación mínima para estos fines.

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Asistente de Ortopedia de la Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera". Ciudad de La Habana.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación. Instructor del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Ciudad de La Habana.

<sup>3</sup> Residente de 3<sup>er</sup> año, Ortopedia y Traumatología. Hospital Ortopédico "Frank País".

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

El objetivo de este artículo es brindar a este especialista algunas herramientas de trabajo relacionadas con el examen físico, que le permitan enfrentar con mayor eficacia al enfermo que aqueja un síndrome doloroso lumbar y realizar así una mejor evaluación clínica, de la que dependerá ulteriormente la conducta terapéutica, la cual no nos proponemos abordar en el presente trabajo, por considerar lo controversial que resulta.<sup>2</sup>

### ***El examen físico***

La inspección del paciente de pie y sólo cubierto por sus ropas íntimas, nos permitirá identificar las asimetrías que puedan existir en hombros, escápulas y pelvis, indicadoras de deformidades escolióticas, así como rectificaciones de la lordosis lumbar o escoliosis antálgicas, que resultan frecuentes. El valor diagnóstico de una escoliosis, y la importancia de su seguimiento, en el adulto, ha ido cobrando valor en los últimos años, especialmente si es de localización lumbar y se asocia con una cialgia.<sup>3</sup>

En esta etapa del examen físico resulta fácil reconocer una asimetría en la longitud de los miembros inferiores si marcamos el nivel de las espinas ilíacas anterosuperiores (EIAS) y del polo superior de las rótulas. Aunque estas asimetrías no son reconocidas por todos como causa de lumbalgia,<sup>4</sup> otros autores sugieren incluso corregirlas,<sup>5</sup> de ahí que sea útil tomarlas en cuenta para el reconocimiento físico del enfermo.

La palpación es, a nuestro juicio, una parte sustancial del examen físico. Deben recorrerse las apófisis espinosas desde la región cervical hasta la lumbar. Esto se realiza mediante la compresión firme con el dedo pulgar, que puede apoyarse sobre el dedo

índice colocado en flexión bajo la base de la falange distal del pulgar (el pulgar se apoya sobre el borde externo o radial de la falange distal del índice, como si hiciéramos un número 6 con ambos dedos). La palpación es capaz de indicarnos el nivel de lesión a partir del cual se genera el dolor. A continuación deben recorrerse los canales paravertebrales, suavemente primero (como cuando palpamos el abdomen) para verificar si existe o no contractura paravertebral, firmemente después para comprimir las apófisis transversas y la emergencia de las raíces nerviosas. La palpación resulta frecuentemente dolorosa sobre la unión lumbosacra y hacia sus canales paravertebrales cuando existen alteraciones morfológicas de la 5ta. vértebra lumbar (sacralización o hemisacralización de L<sub>5</sub>) o de la primera vértebra lumbar (lumbarización de S<sub>1</sub>).

Las articulaciones sacroilíacas deben palparse firmemente en toda su extensión porque pueden ser la fuente del dolor.<sup>6</sup> Su exploración se puede completar si realizamos una compresión firme de los coxales entre nuestras manos o si se coloca al paciente de lado contra una pared y se empuja fuertemente con ambas manos sobre la cadera o el coxal libre. Esto puede también desencadenar dolor si alguna de las 2 articulaciones está dañada y es de gran valor, pues la palpación aislada puede ser dolorosa simplemente por irritación de los tegumentos o de las masas musculares vecinas.

La palpación no debe concluirse sin que exploremos los trocánteres mayores en ambos muslos. Muchas veces una bursitis trocánteriana se confunde con una cialgia incompleta. El dolor intenso y selectivo sobre una región trocánterica establece el diagnóstico, y su tratamiento resulta sencillo si establecemos el diagnóstico.

A continuación debemos explorar los movimientos del raquis lumbar. Para ello mantenemos al paciente de pie, y luego de solicitarle su cooperación, le imprimimos, apoyando una de nuestras manos en la espalda, el movimiento de flexión anterior. Con una mano apoyada en la región esternal y la otra sobre la región lumbar, mientras el paciente dirige su mirada hacia el techo, le imprimimos al tronco un movimiento de extensión o flexión posterior. Solo nos quedan por explorar los movimientos de lateralidad derecha e izquierda.

Con gran frecuencia alguno o varios de estos movimientos están restringidos, y la restricción será proporcional al grado de contractura muscular y a la intensidad del dolor.

La flexión lumbar suele desencadenar dolor, al incrementarse la presión sobre la porción dañada del anillo posterior a diferencia de lo que observamos en pacientes con una estenosis espinal lumbar, en quienes la flexión no incrementa los síntomas o puede incluso aliviarlos, al ampliarse, durante este movimiento, el diámetro del agujero de conjunción. La extensión lumbar es limitada aún en individuos normales. El desencadenamiento del dolor durante este movimiento suele asociarse con la osteoartritis fascetaria.

Se han descrito múltiples maniobras para la exploración del paciente que aqueja una sacrolumbalgia. Nosotros proponemos un grupo reducido de ellas que nos permitirán localizar el sitio de partida del dolor.

Aún con el paciente de pie, le aplicamos una fuerza de empuje a la cabeza para imprimirle un movimiento de flexión al cuello en dirección al pecho. Al tironearse el ligamento longitudinal posterior puede reproducirse el dolor.

Ahora acostaremos al paciente en decúbito supino. En esta posición realizamos el test de elevación de la pierna con la rodi-

lla en extensión. La elevación de la pierna extendida se hace a expensas de una flexión de la cadera. La positividad de esta maniobra, conocida comúnmente como prueba de *Lassegue*, dependerá de la aparición de dolor en el recorrido del ciático en un ángulo de flexión del miembro por debajo de los 60°. Su positividad suele ser elevada en los síndromes compresivos de 4to. y 5to. espacios lumbares (hernias discales, estenosis espinales), aunque no resulta patognomónico ni exclusivo de éstos y sí constituye un excelente indicador de ciatalgia. Como la raíz  $S_1$  se mueve más que la  $L_5$  durante esta prueba, ésta resulta positiva con un ángulo de elevación menor cuando el proceso irritativo afecta a  $S_1$  en comparación con el ángulo de elevación del miembro requerido para desencadenar respuesta en caso de irritación de  $L_5$ .<sup>7</sup>

La aparición de dolor en el miembro que el paciente indica como afectado, al elevar el miembro considerado como sano, sugiere un componente de lesión central, y se identifica como signo de *Lassegue* contralateral.<sup>7</sup> Este signo puede sufrir variaciones durante el curso del día, y se hace positivo con ángulos de elevación menores, al parecer causado por variaciones en la hidratación discal que guardan relación con el reposo y la carga de peso.<sup>8,9</sup>

La raíz  $L_4$  se desplaza poco durante la elevación del miembro inferior, de ahí que no resulte positiva dicha maniobra en los cuadros irritativos que la involucran. No obstante, para su exploración, se describe la maniobra del nervio femoral. Una forma fácil de explorarla sería colocando al paciente en decúbito prono con la rodilla del lado afectado flexionada totalmente. En esta posición, el examinador extiende el muslo gentilmente (lo eleva del plano de la mesa). La maniobra puede producir dolor en la cara anterior del muslo hasta la rodilla y algunas veces hasta por debajo de ésta.<sup>7,10</sup>

Con el paciente en decúbito supino exploramos ambas articulaciones coxofemorales mediante la maniobra de *Patrick*, que consiste en colocar el maléolo peroneo (cara externa del tobillo) sobre la rodilla opuesta. Para ello la cadera que se va a examinar se coloca en flexión, abducción y rotación externa y la rodilla de ese lado se flexiona en un ángulo cercano a los 90°. Si la maniobra produce dolor coxofemoral, o no se le puede completar por rigidez de la cadera, podemos sospechar una lesión de esta articulación.

Aun aquí podemos explorar nuevamente las articulaciones sacroilíacas si imprimimos un movimiento de empuje sobre las crestas ilíacas, con nuestras manos colocadas sobre éstas, que vaya dirigido contra el plano de la mesa de reconocimiento.

A continuación realizaremos la exploración neurológica. La sensibilidad superficial se examina en ambos miembros inferiores comparativamente, sobre territorios específicos: borde externo del pie (raíz  $S_1$ ), dorso del pie con excepción del grueso artejo (raíz  $L_5$ ) y cara anterointerna de la pierna (raíz  $L_4$ ). La exploración de la reflectividad requiere cierta práctica y debe ensayarse. Puede hacerse con el paciente en decúbito supino o sentado con los pies colgando por fuera de la mesa de reconocimiento. A veces resulta útil realizar esta exploración con el paciente tanto en decúbito, como sentado, para estar más seguros de sus resultados. No debemos olvidar que la utilidad de esta exploración depende de la comparación y el valor está en su asimetría. Una toma del reflejo aquiliano o del medio plantar nos sugiere una lesión de  $S_1$  y la disminución en el reflejo rotuliano sugiere lesión de raíz  $L_4$ .

Los patrones de sensibilidad descritos clásicamente y representados por dermatomas, nos resultan poco confiables

para una localización topográfica precisa. Esta observación la venimos haciendo desde nuestros primeros estudios y múltiples razones podrían explicar esta observación clínica.<sup>11</sup> (Gómez J. Estudio de sacrolumbalgias en un área de salud [trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Ortopedia y Traumatología] La Habana, 1984). Lo que sí resulta evidente es que el umbral de estimulación sensorial es más alto en el miembro del lado de una radiculopatía, lo que en la práctica se traduce por una disminución de la sensibilidad.<sup>11</sup>

La exploración de la fuerza muscular debe realizarse mediante el movimiento contra resistencia de flexión plantar del grueso artejo (raíz  $S_1$ ), flexión dorsal o extensión del grueso artejo (raíz  $L_5$ ) y extensión de la rodilla colocada previamente en flexión (raíz  $L_4$ ) que explora la fuerza del músculo cuádriceps. Esto último debe realizarse con el paciente sentado.

El examen físico debe completarse con la exploración del pulso pedio en ambos pies a fin de descartar una afección vascular, lo cual puede hacerse con el paciente en decúbito supino o en posición de sentado. No olvidemos que la diferencia entre una claudicación espinal (propia de las estenosis espinales) y una claudicación arterial, podemos fácilmente establecerla por la exploración de los pulsos distales en los miembros inferiores.

Este orden que proponemos para el examen físico puede ser variado por el explorador de acuerdo con su gusto o experiencia individual. Eso sí, sugerimos a cada quien que siga un orden determinado y trate de sistematizarlo y lo repita sucesivamente en cada paciente. Sólo así estará seguro de no haber perdido algún detalle que podría haber resultado esclarecedor.

Todo esto, de manera esquematizada, se puede observar en el anexo.

## ***¿Cómo detectar que el paciente exagera sus síntomas?***

Sobre este propósito existe una amplia bibliografía. No se trata de detectar a un simulador sino a un "exagerador". Este individuo se siente enfermo, pero magnifica la intensidad de sus molestias sin estar consciente de ello. Con frecuencia, después de consultar a un paciente me he dicho: "no me convence", refiriéndome a la intensidad de los hallazgos clínicos. *Sordon et al.* brindan una lista de síntomas y signos inapropiados o poco convincentes.<sup>7,12</sup> A continuación ofrecemos aquéllos que nos resultan más frecuentes e interesantes y que enriquecemos con algunas consideraciones personales.

### **SÍNTOMAS INAPROPIADOS**

1. El paciente llega con una lista escrita con sus síntomas, e incluso tratamientos realizados, fechas, etcétera.
2. No obtiene respuesta al tratamiento. El dolor no se alivia ni un momento o presenta intolerancia al tratamiento.
3. Desfallecimientos o desmayos causados por el dolor.
4. Paciente en camilla, se queja llamativamente, parpadea.
5. Dolor no relacionado con la actividad.
6. Arrastra la pierna al caminar.
7. El dolor sigue un recorrido no anatómico.
8. Entumecimiento de todo el miembro.
9. Debilidad de todo el miembro.
10. Insistencia en ser sometido a tratamiento quirúrgico.
11. Dolor en el coxis.

### **SIGNOS INAPROPIADOS**

1. Dolorimiento superficial (un toque leve lo desencadena).
2. Dolorimiento no anatómico.
3. Test de elevación de la pierna confuso.
4. Dolor ciático al flexionar la cadera y la rodilla.
5. Sobrerreacción al examen.
6. Dolor lumbar a la compresión axil de la cabeza en dirección al cuello.

La presencia aislada de uno de estos síntomas y signos no es suficiente para desacreditar la historia del paciente, sin embargo, la concurrencia de varios de ellos puede hacernos sospechar que el enfermo exagera el cuadro clínico y para ello puede también servirnos la anamnesis, si escuchamos en particular la historia que él nos relate con respecto a la atención que le da a su enfermedad, incluso de aspectos que pudieran calificarse como gananciales, relacionados con su vida privada o su vida laboral.

### ***Conclusiones***

1. El examen físico del paciente con sacrolumbalgia, unido a la anamnesis, constituye un elemento cardinal para el diagnóstico y una ulterior terapéutica.
2. Su realización requiere un orden lógico que abrevia tiempo y a la vez nos permite su sistematización.
3. Deben descartarse fuentes vecinas de dolor que pueden confundir el diagnóstico y hacer fracasar el tratamiento.
4. El examen físico debe considerarse en su conjunto y tomarse en cuenta el estado emocional del paciente que puede exagerar síntomas y signos.

ANEXO. Examen físico

Con el paciente de pie

- Inspección:* - Buscar asimetrías y deformidades.  
*Palpación:* - Apófisis espinosas.  
- Músculos paravertebrales.  
- Articulaciones sacroilíacas.  
- Trocánteres mayores.  
*Movimientos lumbares* - Flexión.  
- Extensión.  
- Lateralidad.  
*Maniobras:* - Flexión del cuello contra el pecho.  
- Compresión lateral de la cadera contra una pared (sacroilíacas).

Con el paciente en decúbito supino

- Maniobras:* - Elevación de la pierna.  
- Prueba de *Patrick* (coxofemorales).  
- Empuje de los coxales (sacroilíacas).

Con el paciente en decúbito prono

*Maniobras de exploración del nervio femoral*

Examen neurológico con el paciente en decúbito supino

- Sensibilidad:* - Borde externo del pie.  
- Dorso del pie.  
- Cara anteroexterna de la pierna.  
*Reflectividad:* - Reflejo aquiliano.  
- Reflejo medio plantar.  
- Reflejo rotuliano.  
*Fuerza muscular:* - Flexión plantar grueso artejo.  
- Flexión dorsal grueso artejo.  
*Examen vascular:* - Pulso pedio.

Examen neurológico con el paciente sentado

- Reflectividad:* - Véase arriba.  
*Fuerza muscular:* - Extensión de la rodilla flexionada contra resistencia.

**SUMMARY:** An order to be followed during the physical examination of a patient with low back pain is proposed and commented according to the authors' criteria. The potential physical findings are related to possible causal factors.

Subject headings: **LOW BACK PAIN/diagnosis; PHYSICAL EXAMINATION/methods.**

## **Referencias bibliográficas**

1. Gómez J, Benítez A. Manejo médico de la sacrolumbalgia. Estudio en el área de salud Capdevila. Rev Cubana Ortop Traumatol 1994;8(1-2):37-42.
2. Hant G, Deyo R, Cherkin D. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation and treatment pattern from U. S national survey. Spine 1995;20(1):11-9.
3. Grubb S A, Lipscomb H J, Coonrad R W. Degenerative adult onset scoliosis. Spine 1988;13(3):241-5.
4. Soukka A, Alavarta H, Tallnoth K, Heliovaara M. Leg-length inequality in people of working age. The association between mild inequality and low-back pain is questionable. Spine 1991;16(4):429-31.
5. Giles L G F, Taylor JR. Low back pain associated with leg length inequality Spine 1981;6(5):510-21.
6. Schwarzen A C, Aprill C A, Bogduk N. The sacroiliac joint in chronic low back pain. Spine 1995;20(1):31-7.
7. Dickson R A, Butt WP. Mini-symposium on lumbar disc disease Clinical and radiological assessment. Current Orthopaed 1995;9(1):73-84.
8. Porter R W, Trailescu I F. Diurnal changes in straight leg raising. Spine 1990;15(2):103-06.
9. Adam M A, Doland P. Diurnal changes in spinal mechanics and their clinical significance. J Bone Joint Surg 1990;72(2):266-70.
10. Dyck P. Lumbar Nerve Root. The enigmatic eponyms. Spine 1984;9(1):3-6.
11. Weise M D, Gorfin S R. Lower-extremity sensibility in patients with herniated lumbar intervertebral discs. J Bone Joint Surg 1985;67(8):1219-24.
12. Gordon W, Main C J, Morris E W, Di Paola M, Bray I C. Chronic low back pain. Psychological distress and illness behavior. Spine 1984;9(2).

Recibido: 3 de diciembre de 1996. Aprobado: 14 de marzo de 1997.

Dr. *Julio Gómez Naranjo*. Hospital Clínicoquirúrgico "Enrique Cabrera". Calzada de Aldabó No. 11 117, Altahabana, Ciudad de La Habana, Cuba.