

Manejo del síndrome doloroso lumbar

Management of lumbar syndrome

Rafael Rivas Hernández^I; Carlos A. Santos Coto^I

^IEspecialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología. Instructor. Hospital Ortopédico Docente "Fructuoso Rodríguez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica del síndrome doloroso lumbar y se seleccionaron los artículos relacionados con este síndrome publicados desde 1991 hasta 2009. Se hizo hincapié en la búsqueda de guías para el manejo del dolor lumbar en la práctica clínica, y sus criterios fueron revisados por el equipo de especialistas en Ortopedia y Traumatología del Servicio de columna vertebral del Hospital Ortopédico Docente "Fructuoso Rodríguez" y adaptados a las condiciones del Sistema Nacional de Salud cubano.

Palabras clave: Lumbalgia aguda, lumbalgia crónica, dolor lumbar, ciatalgia.

ABSTRACT

A bibliographic review on painful syndrome was made selecting the articles published from 1991 to 2009 related to this syndrome. Authors emphasize in the search of guides for management of lumbar pain in the clinical practice, whose criteria were analyzed by the team Orthopedics and Traumatology team of the spinal column service from the "Fructuoso Rodríguez" Hospital and adjusted to conditions of the Cuban Health System.

Key words: Acute back pain, chronic back pain, lumbar pain, sciatica.

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es tan frecuente en la población cubana que uno se pregunta si es realmente anormal experimentarlo alguna vez. Es un síntoma de presentación muy frecuente en la consulta de atención primaria. Entre el 70 y el 80 % de la población adulta mundial ha tenido un episodio de dolor lumbar al menos una vez en su vida, aunque la mayoría de ellos no han solicitado atención sanitaria.¹ De estos solo el 10-12 % tendrá ciática concomitante.² Este síndrome doloroso está entre las primeras causas de limitación física en individuos menores de 45 años.³ La lumbalgia genera un gran consumo de recursos económicos, relacionados con su alta prevalencia y sobre todo por la gran cantidad de días de trabajo perdidos, por lo que es la segunda causa de ausentismo después de las enfermedades respiratorias.^{1,2}

Afortunadamente solo en el 7 % de los pacientes los síntomas se prolongarán por más de 6 meses y entre 1-2 % requerirán intervención quirúrgica para el alivio de su dolencia.¹ En la mayoría de los pacientes se logra una remisión de los síntomas con métodos conservadores de tratamiento para lo cual es necesario un diagnóstico preciso y oportuno cuyo algoritmo ([fig.1](#)) debe ser conocido por el médico general pues tanto la causa del dolor lumbar como su solución, en un número importante de pacientes, puede ser determinada y resuelta en la atención primaria de salud.

CONCEPTO

El síndrome doloroso lumbar se caracteriza por dolor en la región lumbar, generalmente acompañado de espasmo, que compromete las estructuras osteomusculares y ligamentarias del raquis y su etiología es múltiple. Desde el punto de vista clínico comprende desde el borde inferior de la parrilla costal hasta la región glútea inferior.³

CLASIFICACIÓN

En relación con la evolución del proceso:²

1. Lumbalgia aguda: el dolor es de menos de 6 semanas de evolución.
2. Lumbalgia subaguda: el dolor tiene una duración entre 6 semanas y 3 meses.
3. Lumbalgia crónica: el dolor está presente desde hace más de 3 meses. Se habla de lumbalgia crónica recidivante cuando se presentan episodios repetitivos del dolor en la que la duración de cada episodio es inferior a 3 meses.

En el caso de la lumbalgia subaguda y crónica se determinará si la evolución del dolor es constante o progresiva y si existen o no fases de remisión.

Según las características del dolor y la naturaleza del proceso etiológico:²

1. Lumbalgia no mecánica.
 - Sugestiva de dolor referido.
 - Con características compatibles con un origen infeccioso.
 - Con características compatibles con un origen tumoral.
 - Sugestiva de enfermedad reumatológica inflamatoria.
2. Lumbalgia mecánica con afectación radicular.
3. Lumbalgia mecánica simple sin afectación radicular.

CONDUCTA

Evaluación inicial

La evaluación inicial de los pacientes con síndrome doloroso lumbar debe incluir un interrogatorio y examen físico dirigido a orientar y establecer el diagnóstico. El interrogatorio debe ir dirigido a determinar aspectos como inicio del dolor, localización, tipo y características, factores que lo aumentan y disminuyen, traumatismos previos en la región dorsolumbar, factores psicosociales de estrés en el hogar o en el trabajo, factores ergonómicos, movimientos repetidos y sobrecarga, si es o no el primer cuadro doloroso y la presencia de signos de alarma.

Al examen físico resulta de interés la apariencia exterior del paciente dado por las facies (escala visual análoga del dolor), postura, marcha y la conducta dolorosa en general. El examen de la columna vertebral incluye la inspección, palpación, movilidad y arcos dolorosos, maniobras y pruebas especiales de estiramiento de las raíces del nervio ciático y la evaluación neurológica.

Como orientación diagnóstica resultan clave los siguientes elementos:

- La relación con el reposo y la movilización de la columna es esencial para discriminar entre el dolor inflamatorio y mecánico.
- El dolor inflamatorio se caracteriza por no mejorar significativamente con el reposo, evolucionar progresivamente y asociarse con rigidez matutina de más de 30 min.
- La irradiación del dolor y la exploración física son claves para establecer la existencia de un compromiso radicular.
- La irradiación en caso de dolor radicular llega por debajo de la rodilla y sigue el trayecto de una metámera.

- Importante tener en cuenta la evolución de la lumbalgia.

Identificación de signos de alarma

Su presencia se traduce en enfermedades sistémicas y en la necesidad de iniciar protocolo de estudio y considerar envío a segundo nivel de atención.²⁻⁵ Entre ellos los siguientes:

- Edad mayor de 50 años o menor de 20: incrementa el riesgo de enfermedad sistémica o fractura.
- Historia de neoplasia previa.
- Pérdida de peso sin causa aparente: sospecha de cáncer, infección o enfermedades endocrinas.
- Historia de tratamiento con anticoagulantes o esteroides.
- Fiebre mayor de 38 °C por más de 48 h: infección de vías urinarias, de órganos pélvicos, estructuras retroperitoneales, shigellosis, salmonelosis y otras.
- Antecedentes de traumatismos (en ancianos incluso aquellos aparentemente leves).
- Dolor que empeora progresivamente.
- Dolor de reposo o que despierta al enfermo por la noche.
- Paciente toxicómano o alcohólico.
- Déficit neuromotor súbito con pérdida del control de esfínteres, alteraciones de la sensibilidad o de la fuerza de las extremidades inferiores.

Déficit neurológico

El examen neurológico debe comprender la exploración de la fuerza muscular, la sensibilidad y los reflejos osteotendinosos en los miembros inferiores. La correlación de estos tres elementos indica lesiones radicales representativas para las raíces L4, L5 y S1. La maniobra de elevación de la extremidad inferior en extensión con el enfermo acostado, provocando una exacerbación del dolor (Lasègue) complementa los datos obtenidos en la exploración neurológica que en conjunto traducen lesión radicular.

Criterios para estudios imagenológicos

La radiografía estándar de la columna lumbosacra con el paciente de pie constituye la base y punto de partida del estudio radiológico. Los hechos demuestran que los estudios radiológicos en los pacientes con dolor lumbar atendidos en el primer nivel de atención no están asociados con mejoría funcional del dolor o de la salud general; en cambio sí con un incremento en las cargas de trabajo del médico. Por tal razón deben ser realizados solamente en aquellos pacientes con indicaciones específicas.³

Indicaciones del estudio radiográfico simple:^{3,6,7}

- Historia de traumatismo severo.
- Déficit neurológico.
- Temperatura mayor a 38 °C.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Historia personal de cáncer.
- Uso de corticosteroides.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Sospecha de espondilitis anquilosante.

La tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) deben usarse no como una prueba diagnóstica, sino como confirmatoria de la sospecha clínica. La primera juega un papel importante en la evaluación del componente óseo del raquis mientras que la RMN es el método de elección cuando se sospecha anomalías discales, ligamentarias, tumores, infecciones, problemas de la médula espinal y otros trastornos de los tejidos blandos.⁸⁻¹⁰(Revilla Gutiérrez JR. Lumbalgia de origen mecánico: Concepto Mézières. Jornada Catalana de Fisioterapia postquirúrgica en Ortopedia y Traumatología. 2004 mar 1-4; Santa Coloma. Barcelona; 2004).

Indicaciones de la TAC y la RMN

- Dolor radicular, topográficamente bien definido, que no mejora tras un periodo de reposo absoluto entre 15 y 30 días.
- Dolor radicular recidivante e incapacitante.
- Existencia de síntomas compatibles con claudicación neurógena.
- Lumbalgia mecánica subaguda o crónica con Rx simple no diagnóstico y con sospecha de que la causa sea una alteración estructural como estenosis del canal, espondilolistesis, anomalías congénitas.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON LUMBALGIA AGUDA MECÁNICA

El tratamiento del paciente se basa en la educación, ya que se ha constatado que la falta de información, así como la poca confianza en la recuperación, es uno de los factores de mal pronóstico en la evolución de las lumbalgias agudas.

Es necesario explicarle al paciente qué le pasa, cuál es el tratamiento y cuál será la evolución más probable, junto con las medidas posturales y los ejercicios recomendados así como otras medidas higiénicas por ejemplo perder peso.^{2,11}

Medidas higiénicas y tratamiento farmacológico

Fase aguda. 1ro.- 4to. día

- Reposo absoluto en cama 2 o 3 días. El paciente solo se levantará para ir al baño. Permanecerá en posición semifetal o en decúbito supino con una almohada fina en la cabeza y las piernas flexionadas con un almohadón debajo de las rodillas. Llevar a cabo estimulación de piernas y pies para evitar problemas vasculares.
- Crioterapia si el inicio del dolor es menor de 48 h. La indicación es introducir hielo en una bolsa de plástico y mantenerla en movimiento sobre la región afectada, por períodos de 10 min, 3 o 4 veces al día.
- Calor local en el área dolorosa. Es utilizado frecuentemente para reducir el dolor después de las primeras 48 h. La recomendación es aplicar calor húmedo por 15 a 20 min, cada 2 horas. El calor no debe ser aplicado directamente a la piel porque puede producir quemaduras.
- Analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos y relajantes musculares.

Si hay afectación radicular prolongar el reposo hasta 7 días y realizar consulta de seguimiento donde se reevaluará al paciente y se le indicará Rx simple:

- Rx sin alteraciones valorables: prolongar el reposo 15-20 días, insistir en el tratamiento con analgésicos-AINES, relajantes musculares, vitaminoterapia y medicina natural y tradicional.
- Rx con alteraciones radiológicas: actuar según causa.
- Consulta de seguimiento si afectación radicular a los 15-20 días.
- Si hay mejoría: pasar a la fase de recuperación.
- Si no hay mejoría: reevaluar al paciente y solicitar una TAC:
 - TAC con compresión radicular congruente con el cuadro clínico: remitir a ortopedia y traumatología.
 - TAC sin compresión radicular: reevaluar al paciente (historia y exploración completa) y si no hay nuevos datos clínicos significativos realizar valoración psicosocial básica.²

Fase de recuperación. 4to.-10mo. día

- Durante esta etapa, salvo excepcional buena evolución, el paciente no se incorporará a su vida habitual sino que realizará un reposo relativo.
- Paseos de 20 a 30 min 3 veces al día.
- Si hay afectación radicular: se evitarán esfuerzos especiales (levantar pesos, postura mantenida, viajes largos, entre otros), durante 1 mes.
- Si hay mejoría: pasar a la fase de prevención de recidivas.
- Si no hay mejoría: solicitar un Rx lumbar y tratar al paciente como una lumbalgia persistente.

Fase de prevención de recidivas

El primer episodio de lumbalgia aguda tiende a la recuperación espontánea, no obstante recidiva en la mayoría de los casos. Por ello en el tratamiento se debe hacer tanto hincapié en las medidas dirigidas a evitar recidivas como en las curativas.

Se debe instruir al paciente en:

- Normas de higiene postural² ([fig.2](#)).
- Ejercicios de fortalecimiento de los músculos estabilizadores de la columna lumbar (psoas ilíaco, transverso abdominal, multífidos y erector espinal) ([fig.3](#)), como ejercicios aerobios de forma regular: andar, pasear, trotar o montar bicicleta.³

Consulta especializada

Remisión urgente a ortopedia y traumatología: paciente con indicios de tumor, infección o fractura en Rx, dolor ciático severo persistente a pesar del tratamiento conservador, episodios recidivantes e incapacitantes de ciática u otros signos neurológicos como:

- Sospecha de lesión de la cola de caballo.
- Debilidad motora progresiva.
- Existencia de marcada debilidad motora.
- Sospecha de afectación de raíces múltiples.
- Lumbociatalgia por encima de L5.
- Lumbociatalgia que afecta a múltiples raíces o es progresiva.

Remisión a rehabilitación: pacientes con lumbalgia que no mejora al mes de tratamiento.

Si hay afectación radicular enviar a rehabilitación aquellos pacientes con:

- Enfermedad discal sin criterios quirúrgicos que no han presentado mejoría o esta ha sido sólo parcial.

Remisión urgente a neurología cuando existen:

- Signos de afectación evidente del tracto largo (afectación piramidal).

Lumbalgia prolongada (subaguda, crónica y recidivante) con etiología específica: Actuaciones^{2,11-13}

Lumbalgia con afectación radicular

El resultado de la TAC lleva a uno de los siguientes diagnósticos:

- Síndrome de cola de caballo: derivar a ortopedia y traumatología.
- Hernia discal: derivar a ortopedia y traumatología.
- Estenosis de canal (claudicación neurógena): remitir a ortopedia y traumatología.
- Tumor vertebral: remitir a ortopedia y traumatología.

Lumbalgia sin afectación radicular o con afectación radicular y TAC sin datos significativos

El resultado de la historia clínica, exploración física, Rx simple y los exámenes complementarios permitirá identificar los siguientes factores etiológicos:

Alteración postural crónica

Habitualmente se trata de alteración postural simple, una inclinación pélvica (habitualmente por obesidad) o una falta de higiene postural.

- Si discrepancia en la longitud de los miembros inferiores, derivar a ortopedia y traumatología para tratamiento.
- Si no existe discrepancia en la longitud de los miembros inferiores, el tratamiento será una correcta higiene postural, ejercicio aerobio y pérdida de peso si lo precisa.

Factores de riesgo de osteoporosis sin otra causa de lumbalgia

Se solicitará una densitometría ósea de columna y cadera y si es positiva, se realizará tratamiento con ejercicios, terapia hormonal sustitutiva, calcitonina de salmón o bifosfonatos según la indicación. Si hay fractura por compresión (osteoporosis grupo IV) se indicará reposo y analgésicos y se remitirá a ortopedia y traumatología urgente.

Osteopenia generalizada

- Si la eritrosedimentación está acelerada y el proteinograma sugiere un mieloma múltiple: remitir a hematología.
- Si la eritrosedimentación está acelerada, no justificándose por otros procesos y el proteinograma es normal, se sospecharán otras neoplasias y se llevarán a cabo estudios específicos.
- Si hay una alteración del metabolismo del calcio tanto aumentada o disminuida, remitir a endocrinología.

Tumor óseo primitivo

Los más frecuentes son el osteoma osteoide, el hemangioma, el osteosarcoma. En todos los casos, remitir a ortopedia y traumatología.

Metástasis

Las más frecuentes son de cáncer de mama, pulmón, próstata, tiroides y los linfomas. En dependencia del estado clínico y los antecedentes se investigará la neoplasia primitiva, si es necesario mediante remisión para ingreso al hospital. Si este estudio no está indicado se realizará tratamiento sintomático.

Espondilodiscitis (signos degenerativos)

Hay una relación controvertida entre la clínica y las imágenes radiológicas.

- Si hay sintomatología compatible con estenosis del canal como claudicación neurógena remitir a ortopedia y traumatología para valorar tratamiento quirúrgico.

- Si no la hay, se realizarán medidas posturales, ejercicios orientados por el fisioterapeuta y analgésicos cuando hay dolor.

Mala alineación

- Si hay anomalías de transición, se tratará como si la radiografía fuera normal.

- Si hay escoliosis, se realizará Rx de columna total: si tiene un ángulo superior a 40 °, curva progresiva con signos de inestabilidad traslacional (listesis) o no, remitir a ortopedia y traumatología y si es inferior, a rehabilitación.

CONDUCTA ANTE EL PACIENTE CON LUMBALGIA NO MECÁNICA²

En todo paciente que tras su evaluación se determine que el dolor no sea claramente mecánico (no varía con los cambios posturales), existan hallazgos radiológicos específicos, o alteraciones de laboratorio (aumento de VSG) se procederá a actuar según la sospecha:

- Dolor lumbar referido. Actuar según orientación diagnóstica (localización y cuadro) de sospecha.

- Dolor con sospecha de enfermedad reumatológica. Interconsulta con reumatología.

- Dolor con sospecha de cuadro infeccioso. Interconsulta urgente con medicina interna

- Fibromialgia. Manejar según recomendaciones específicas.

-Sospecha de neoplasia primitiva o metastásica. Valorar estado general, estudio de confirmación e interconsulta por las especialidades médicas correspondientes.

CONSIDERACIONES FINALES

El síndrome doloroso lumbar es de presentación frecuente en la consulta médica. El diagnóstico incluye la búsqueda de los signos de alarma que traducen enfermedades sistémicas, cáncer, infecciones, fracturas, entre otras. Sin embargo en la mayoría de los pacientes la lumbalgia es de tipo vertebral mecánica, con un curso benigno y puede ser resuelta favorablemente con un tratamiento adecuado en la atención primaria de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kahanovitz N. Diagnosis and treatment of low back pain. New York: Raven Press; 1991.
2. Buil Cosiales P, Gurpegui Resano JR, Pascual Pascual P, Gimeno Aznar A, Lizaso Bacaicoa J, Loayssa Lara R, et al. La lumbalgia en atención primaria: Guía de actuación. Navarra: Servicio Navarro de Salud; 2000.
3. López Roldan V, Oviedo Mota M, Guzmán González JM, Ayala García Z, Ricardez Santos G, Burillo Bauret E, et al. Guía clínica para la atención del síndrome lumbar doloroso. Rev Med IMSS. 2003;41(supl):S123-S130.
4. Haldeman SD, Kirkaldy-Willis W, Bernard TN. Atlas of Back Pain. London: The Parthenon Publishing Group; 2002.
5. Curto Gamallo JM. Fisiopatología del dolor lumbar. Avances Reumatología Salamanca. 2003;37-43.
6. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Kerslake R, Miller P, Pringle M. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomized controlled trial. BMJ. 2001;322:400-5.
7. Pimienta L, Bellera Alonso F, León Parra M, Díaz Orduz RC. Clasificación radiográfica de la degeneración facetaria lumbar. Acta Ortopédica Mexicana. 2005;19(3):95-8.
8. Boos N, Aebi M. Spinal Disorders. Fundamentals of Diagnosis and Treatment. Berlin: Springer; 2008.
9. Pfirrmann CW, Dora C, Schmid MR, Zanetti M, Hodler J, Boos N. MR image-based grading of lumbar nerve root compromise due to disk herniation: reliability study with surgical correlation. Radiology. 2004;230:583-8.
10. Witte DH. Resonancia magnética en ortopedia y traumatología. En: Canale ST Campbell, editor. Cirugía ortopédica. 10ma. ed. Madrid: Harcourt Brace; 2004.p.135-9.
11. Patel AT, Ogle AA. Diagnosis and management of acute low back pain. Am Fam Phys. 2000;61(6):1779-86.

12. Ávila Ramírez J, Aguilar López R, Ávila Cervantes R. Estenosis lumbar adquirida. Características clínicas, tratamiento quirúrgico y resultado. Rev Mex Neurocir. 2006;7(1):90-4.

13. Tulder MW, Jellema P, Poppel M, Nachemson A, Bouter L. Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002; Issue 1.

Recibido: 10 de abril de 2009.
Aprobado: 15 de mayo de 2009.

Rafael Rivas Hernández. Servicio de columna vertebral. Hospital Ortopédico Docente "Fructuoso Rodríguez". Calle 29 e/F y G. El Vedado 10400. La Habana, Cuba.
E-mail: rafarivas@infomed.sld.cu

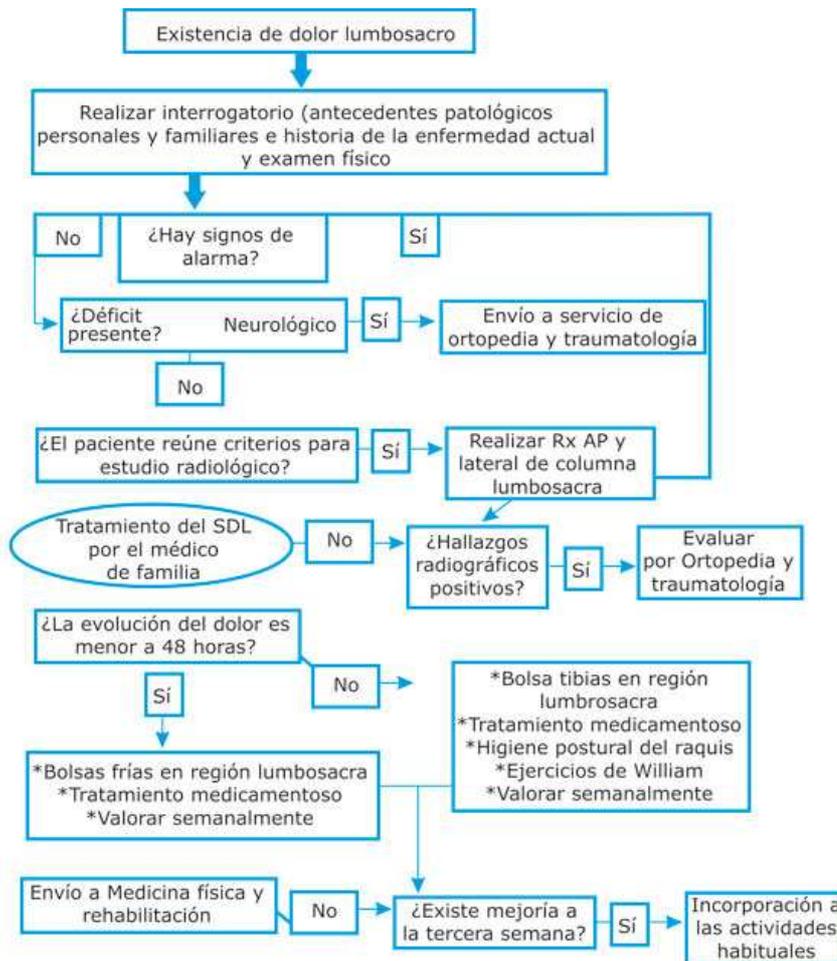


Fig. 1. Algoritmo resumen para el manejo del síndrome doloroso lumbar.

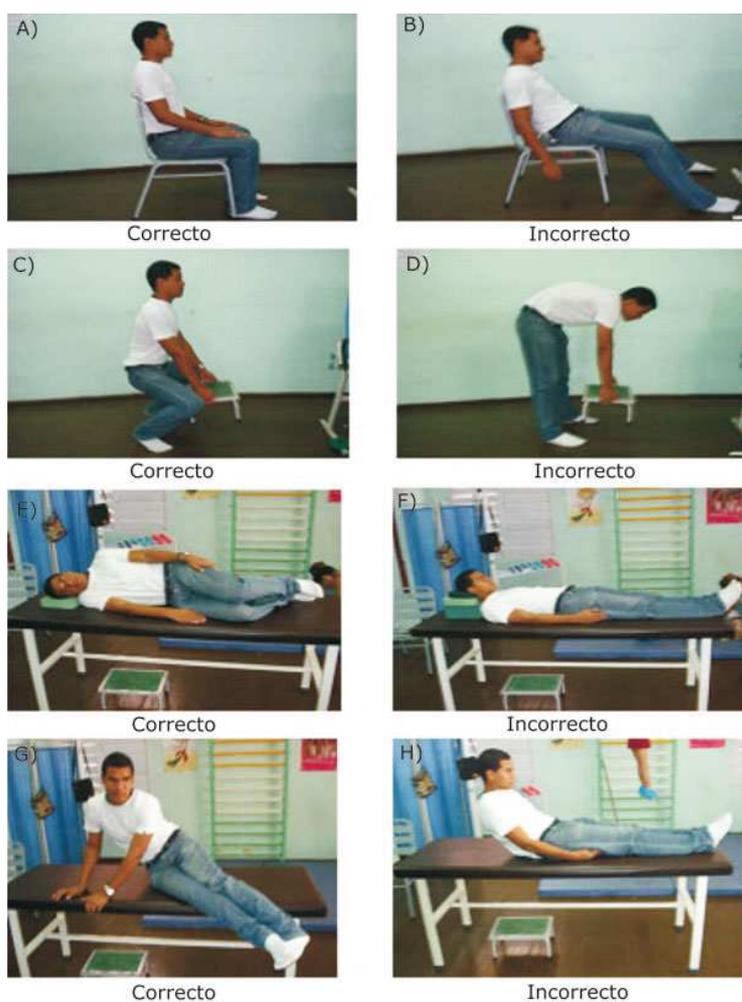


Fig . 2. Normas de higiene postural de la columna lumbosacra.



Fig .3. Ejercicios de fortalecimiento de los músculos estabilizadores de la columna lumbar.