



# Capítulo 88

## LUMBALGIA

*O. Málaga Shaw - I. Bonilla Madiedo*

### INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es un síntoma que hasta un 80% de los individuos padecerá al menos una vez en la vida. Así mismo, es una de las principales causas de absentismo laboral entre la población activa.

Las lumbalgias son en su mayoría episodios transitorios producidos por lesiones poco importantes, pero existe un porcentaje de ellas que tienen su origen en una patología sistémica grave, que puede incluso poner en peligro la vida del paciente, o ser cuadros de dolor que se prolonguen durante meses o incluso años produciendo graves trastornos personales, sociales o psicológicos al individuo que los padece.

### CLASIFICACIÓN

#### ▲ SEGÚN ETIOLOGÍA:

- Desde el punto de vista clínico y de tratamiento del paciente clasificaremos las lumbalgias en dos grandes grupos en función de las características del dolor:

**1.- Lumbalgia mecánica:** el dolor mecánico se relaciona con la movilización, mejora con el reposo, no existe dolor nocturno espontáneo. Puede ser debido a:

- Alteraciones estructurales.
- Sobrecarga funcional y postural.

Ambas causas referidas a los elementos que forman parte la columna vertebral: cuerpo vertebral, ligamentos, discos vertebrales, musculatura paravertebral.

**2.- Lumbalgia no mecánica:** el dolor es diurno y/o nocturno, no cede con el reposo, puede alterar el sueño. La gravedad que se esconde detrás de algunos cuadros de lumbalgia se presentan en este grupo clínico. Su origen puede ser:

- Inflamatorio.
- Infeccioso.
- Tumoral.
- Visceral.
- Miscelánea.

#### ▲ SEGÚN EVOLUCIÓN:

Este parámetro ayuda a orientar y definir más el cuadro y es de especial interés en las lumbalgias mecánicas ya que su tratamiento cambia según el tipo de evolución.

- **L. Aguda:** se denomina así a la que dura menos de seis semanas.
- **L. Subaguda:** cuando se sitúa entre seis semanas y tres meses.
- **L. Crónica:** aquella cuyo tiempo de evolución es mayor a tres meses.

### APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

#### ▲ ANAMNESIS:

- La Historia Clínica nos permite mediante la recogida de datos orientar el cuadro clínico con bastante precisión. Lograremos saber, en la mayoría de los casos, si estamos ante una lumbalgia mecánica o no mecánica.

Generalmente bastarán los datos obtenidos para poder encauzar el tratamiento y descartar aquellas causas poco frecuentes que son motivo de gravedad. Para enfocar bien el diagnóstico conviene responder a estas tres preguntas:

1) ¿Existe alguna causa sistémica que justifique el dolor? 2) ¿Existe compromiso neurológico que requiera evaluación quirúrgica? 3) ¿Existen factores sociales o psicológicos que puedan aumentar o prolongar el dolor?

## SOBRE EL DOLOR

- Forma de comienzo: **súbito** (esguinces, fracturas, hernia discal, aneurisma disecante de aorta) o **insidioso** (degenerativo, infeccioso, tumoral).
- Localización: dentro de la región lumbar puede ser **central, unilateral o bilateral**.
- El dolor irradiado a nalgas y cara posterior o externa de los muslos es muy frecuente, sin que ello implique la existencia de dolor radicular.
- El dolor irradiado no suele acompañarse de parestesias y no suele llegar por debajo de las rodillas a diferencia del dolor radicular. La lumbalgia **bilateral** será considerada de etiología maligna a priori.
- Tipo de dolor: **mecánico** (97%): contractura lumbar (70%), degeneración discal o articular (10%), hernia discal (4%), estenosis de canal (3%), fractura osteoporótica (4%), espondilolistesis (2%), fractura traumática (<1%) o **inflamatorio** (3%): **neoplasias** (0.7 %): mieloma múltiple, carcinoma metastásico, linfoma, tumores retroperitoneales, primarios vertebrales, medulares, **infecciones** (0.01%): osteomielitis, discitis, absceso paraespinal, **espondilitis inflamatorias** (0.3%): anquilosante, psoriásica, Reiter, **viscerales** (2%): aneurisma de aorta, pancreatitis, colecistopatías, litiasis renal.
- Síntomas acompañantes: fiebre, hipotensión, cuadro constitucional, déficit neurológico (si pérdida del control esfinteriano, anestesia en silla de montar y debilidad en miembros inferiores pensar en el síndrome de la cola de caballo).

## SOBRE EL PACIENTE

- Datos demográficos y socioculturales:
  - ▲ **Edad**. Causa de lumbalgia según la edad:
    - Niños: escoliosis, osteocondritis.
    - 15-30 años: espondiloartropatías inflamatorias, espondilolisis, espondilolistesis, fracturas, embarazo, postural, tumores vertebrales benignos.
    - 30-50 años: lumbalgia mecánica inespecífica.
    - Mayor 50 años: espondiloartrosis, enfermedad de Paget, fracturas vertebrales por osteoporosis, neoplasias, seudoespondilolistesis.
  - ▲ **Sexo**. Causa de lumbalgia según el sexo:
    - Varones: espondiloartropatías inflamatorias, osteomielitis, discitis infecciosa, enfermedad de Paget, hiperostosis anquilosante vertebral.
    - Mujeres: osteoporosis, fibromialgia, cristales de pirofosfato cálcico.
    - Ambos: trastornos mecánicos estructurales o posturales. Tipo de trabajo.
- Antecedentes personales: Enfermedades conocidas (tuberculosis, tumores, reumatismos inflamatorios), intervenciones quirúrgicas de la columna lumbar, hábitos posturales y de ejercicio físico, alteraciones del estado de ánimo y patología psiquiátrica, ingesta de lácteos no pasteurizados.
- Antecedentes familiares: En casos de enfermedades reumáticas: Espondilitis Anquilopoyética, Enfermedad de Whipple, Fiebre Mediterránea Familiar.



### ▲ EXPLORACIÓN:

- **General:** estado de nutrición, signos inflamatorios articulares, tensión arterial, frecuencia cardíaca, pulsos femorales, temperatura, exploración abdominal y renal.
- **De la espalda:**
  - **Inspección:** debe realizarse siempre con el paciente de pie, de espaldas al explorador, y se empezará por valorar la estática vertebral y después la marcha. Buscaremos deformidades y pérdida de la lordosis habitual.
  - **Exploración:** en busca de puntos dolorosos a la palpación tanto de las apófisis espinosas como de la musculatura paravertebral y reproducción del dolor a la movilización de la columna lumbar. Deben explorarse las articulaciones sacroilíacas mediante las maniobras de Ericksen (en decúbito supino se presionan las espinas ilíacas hacia dentro), contra – Ericksen (en la misma posición presionar hacia abajo y hacia fuera) y Fabre (en la misma posición realizar flexión, abducción y rotación externa de la pierna, estabilizando la cadera con la otra mano).
- **Neurológica:**
  - Exploración de fuerza, reflejos osteotendinosos, flexión y extensión de rodillas, tobillos y dedos del pie y sensibilidad incluida la perineal.
    - **Afectación de L2:** debilidad en flexión y aducción de cadera.
    - **Afectación de L3:** debilidad en extensión de rodilla, con abolición del reflejo rotuliano.
    - **Afectación de L4:** debilidad en extensión rodilla y dorsiflexión del pie con abolición del reflejo rotuliano.
    - **Afectación de L5:** debilidad en dorsiflexión del dedo gordo, flexión de la rodilla e inversión del pie.
    - **Afectación de S1:** debilidad a flexión plantar del pie y flexión de la rodilla con abolición del reflejo aquileo.
    - **Afectación de S2-S4:** "Síndrome de la cola de caballo", con incontinencia o retención urinaria, disminución del tono rectal y debilidad de la musculatura intrínseca del pie.
  - **Maniobras radiculares.** Por medio de las maniobras radiculares ponemos en tensión las raíces nerviosas que salen por los agujeros de conjunción vertebrales, y posteriormente, descienden a extremidades inferiores para constituir plexos y nervios periféricos. En situaciones patológicas la práctica de estas maniobras es dolorosa.
    - **Maniobra de Lasségue:** con el paciente en decúbito supino se eleva la extremidad en extensión. En condiciones normales no provoca dolor hasta llegar a los 70°-90°. Es positivo si en algún momento del trayecto, antes de los 70°, el paciente refiere dolor irradiado a la extremidad exploradora por debajo de la rodilla.
    - **Maniobra de Bragard:** se eleva la extremidad hasta el punto en que aparece el signo de Lasségue positivo, se retrocede unos 5° hasta que desaparece el dolor y se imprime una flexión dorsal del pie, con lo que aumentamos la tensión de la raíz nerviosa. Si hay lesión radicular el dolor reaparece.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Analítica:** generalmente no está indicado en el estudio de rutina de una lumbalgia, salvo sospecha de enfermedad sistémica, en cuyo caso se realizará Hemograma con VSG, y Bioquímica incluyendo según la sospecha determinación de Calcio, Fósforo, Fosfatasa alcalina y PSA.
- **Técnicas de imagen:**
  - **Radiología columna lumbar (PA, lateral y oblicuas):** sólo deben realizarse en caso de sospecha de enfermedad sistémica, si existe afectación neurológica, o edad superior a 50 años.
  - **TAC y RMN:** más sensibles en la detección de infecciones espinales incipientes, tumores, hernias discales y estenosis espinales. Deben reservarse para casos con sospecha clínica alta de estos padecimientos.
  - **Mielografía** en la actualidad no se utiliza como proceder diagnóstico sino como estudio preoperatorio.
  - **Radiografía de sacroilíacas:** si procediera.
  - **Gammagrafía osea (Ga-Tc):** puede ser útil en la detección precoz de tumores o infecciones y en casos incipientes de sacroileítis.

## TRATAMIENTO

### - MEDIDAS GENERALES:

- Reposo en cama dura no más de 4-5 días, con movilización temprana.
- Disminución de peso en caso de obesidad.
- Ejercicios para desarrollar la musculatura lumbar y abdominal.
- Actitudes posturales adecuadas.

### - TRATAMIENTO MÉDICO:

- Dolor lumbar agudo:
  - Antiinflamatorios:* Diclofenaco a dosis de 100 mg/8 horas, Indometacina a dosis de 25 mg/8 horas.
  - Relajantes musculares:* Diacepam a dosis de 5-10 mg/8-12 horas, Tetracepam a dosis de 50 mg/8-12 horas.
- *Dolor lumbar crónico:* el tratamiento inicial es conservador (médico y ortopédico) y según evolución se realizará tratamiento quirúrgico, se enviará a una unidad de dolor...

### - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- INDICACIONES: Dolor intenso, duradero o incapacitante.  
Fracaso del tratamiento médico.  
Déficit neurológico grave o progresivo.  
Estenosis espinal grave.  
Radiculitis adhesiva.  
Síndrome de la cola de caballo (urgencia quirúrgica).

## BIBLIOGRAFÍA

- ▲ Jenner JR, Barry M. Low back pain. BMJ 1995; 310: 929-32.
- ▲ Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med 2001; 334: 363-69.
- ▲ Diaz R, Cepeda MC, Machicado MA. Dolor lumbar. En: Acedo Gutiérrez MS, Barrios Blandino A, Diaz Simón R, Orche Galindo S, Sanz García RM, editores. Manual de Diagnóstico y Terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 4ª ed. Madrid: MSD; 1998. p. 91-98.