

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR

DR. MELCHOR LEMP M.
DEPARTAMENTO DE NEUROCIROLOGÍA.
CLÍNICA LAS CONDES.
mlemp@clc.cl

RESUMEN

El dolor lumbar es una afección muy frecuente y con alta repercusión socio-económica en la sociedad occidental, a pesar que en la mayoría de las veces su curso es autolimitado. La degeneración discal es un proceso de envejecimiento normal pero su rol en la etiopatogenia del dolor lumbar es significativo. Esta revisión muestra un enfoque clínico práctico para clasificar a estos enfermos en las primeras consultas, de manera de identificar rápidamente etiologías que requieren un manejo especializado y precoz. Enseguida, se describen recomendaciones acerca del manejo inicial en el dolor lumbar inespecífico, basadas en guías clínicas, propuestas por grupos de expertos en base a evidencias de la literatura publicadas recientemente.

SUMMARY

Mostly, back pain is a self limiting condition but, his high incidence involves great social and economics costs. Age-related changes of disc degeneration doesn't explain all the cases of lumbar problems. This review looks at a practical approach to this patients in the first examination for recognize the clinical entities that require early and specialized treatment. Then, it describes guidelines for the initial management in no specific back pain based in recent publications.

Keywords: Back pain / diagnosis / guidelines.

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en la consulta diaria, ya que hasta un 85% de la población ha pre-

sentado por lo menos un episodio en su vida. Después de una primera crisis de dolor lumbar, un 44 - 78% de los pacientes sufre recaídas y un 26.37 % lo hace con ausencia laboral. La prevalencia global es de un 12 - 33% y la prevalencia anual se eleva a un 22 - 65%. Mientras que la prevalencia acumulativa es de 11 - 84% (21). Por otra parte, en la infancia y la adolescencia la prevalencia acumulativa es de un 33%, con un 16% de incidencia anual y con una recurrencia de 50% y un 8% de cronicidad (1).

A pesar que la mayor parte de las veces es un proceso autolimitado, se ha convertido en un problema de salud pública, dado los días laborales perdidos y los costos que están involucrados por el tratamiento complejo de un porcentaje de estos pacientes que implican gastos considerables (3).

En este artículo, en base a una revisión actualizada de la literatura, se mostrará algunos aspectos fisiopatológicos del problema lumbar, el enfoque clínico que se aconseja, describiendo brevemente las características principales de los síndromes clínicos que deben tenerse en cuenta. Finalmente se muestran las sugerencias para su manejo inicial.

HISTORIA NATURAL Y ETIOPATOGENIA

Con el paso del tiempo se producen cambios dinámicos entre los segmentos de la columna vertebral que alteran su alineamiento. La espondilosis es una afección degenerativa relacionada con la edad y la columna lumbar se afecta más frecuentemente por la distribución del stress mecánico causado por los movimientos y la carga axial en la postura erecta a la cual está sometida. La mayoría de los cambios degenerativos que se presentan en la columna suelen ser asintomáticos y son más acentuados en los discos lumbares 4° y 5°, donde se produce

ARTÍCULO RECIBIDO: 02-04-08

ARTÍCULO APROBADO PARA PUBLICACIÓN: 21-04-08

más del 90% de la hernias discales (2). Estos trastornos se inician con el compromiso discal, el cual es seguido por cambios en las articulaciones facetarias causando su hipertrofia y también la de los ligamentos y la cápsula articular.

Las fibras nociceptivas provenientes de la columna vertebral se encuentran en los ligamentos supra e interespinosos, el ligamento amarillo, articulaciones facetarias y su cápsula y en la periferia de las fibras del anulo fibroso, por lo que cualquiera de estas estructuras puede originar dolor. Además, el compromiso directo de las raíces nerviosas produce dolor (por ej. la compresión radicular causada por una hernia). El lumbago también puede estar originado en las estructuras musculotendíneas adyacentes.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El dolor es una experiencia personal y su intensidad es difícilmente comparable entre uno u otro paciente. Para ello se han establecido diversas escalas de evaluación del dolor, dentro de las cuales destaca la escala análoga de EVA, que objetiva la intensidad del dolor agudo. Es de uso extendido y además permite que el enfermo se compare a sí mismo, durante la evolución de su afección, como las variaciones que percibe de la intensidad del dolor que lo afecta durante un tratamiento determinado. Pero frente a un problema de dolor lumbar prolongado, existen variadas escalas de evaluación, las que deben incluir la severidad y cualidades del dolor, la incapacidad (función física) y estado de ánimo (función emocional) (11).

Una clasificación simple y práctica divide el dolor lumbar en tres categorías: (20)

- Enfermedad vertebral específica.
- Dolor radicular.
- Dolor lumbar inespecífico.

De esta manera, cuando examinamos por primera vez a un enfermo aquejado de un síndrome de dolor lumbar, trataremos de incluirlo en alguna de estas categorías.

DOLOR LUMBAR ASOCIADO A UNA ENFERMEDAD LOCAL O SISTÉMICA

Los tumores malignos, ya sea primarios o secundarios, se presentan en un 0.7% de los pacientes que consultan por primera vez (4). En un 80% son pacientes mayores de 50 años. El dolor se caracteriza por no aliviarse o empeorar en el decúbito y por presentar síntomas sistémicos (decaimiento, anemia, etc.).

Infecciones: Habitualmente son de origen hematógeno, más frecuente en las edades extremas y en pacientes inmunodeprimidos. En oportunidades es muy importante tener presente el antecedente de abuso de drogas. Si bien pueden tener una evolución de curso subaguda y progresiva, existen formas más larvadas (por ej. el mal de Pott). En todo caso se presenta con un dolor intenso, acompañado de una gran

contractura muscular paravertebral.

Osteoporosis: Puede causar fracturas y muchos pacientes no tienen historia de trauma previo. La edad, especialmente en mujeres postmenopáusicas, y el uso prolongado de esteroides son antecedentes importantes. Se ha descrito que en mujeres mayores de 65 años, un 5% de ellas desarrollan a lo menos una fractura vertebral en cuatro años (10).

Fracturas: Generalmente existe un antecedente de trauma. Los más frecuentes y a veces más inadvertidos son los mecanismos de hiperflexión en la colisión de vehículos y la carga axial en las caídas.

Espondiloartropatías y las deformidades vertebrales: Las espondiloartropatías ocurren en un 0.8 a 1.9% de la población (15). La sacroileítis debe considerarse cuando el dolor predomina en esta área. Las deformaciones y/o deformaciones vertebrales están presentes en un 1 a 4%.

Espondilolisis y espondilolistesis: Muchas veces están incluidas como causas no específicas, dado que existe un número importante de enfermos portadores de estas anomalías que son asintomáticos (6-16). La incidencia anatómica es de un 5% (22).

DOLOR RADICULAR

Definido principalmente por su irradiación y distribución típicas, más el carácter urente, la mayoría de las veces está originado por problemas vertebrales degenerativos que comprimen en alguna parte del trayecto de la raíz. Su incidencia no está claramente establecida: un estudio de la incidencia en un año para la radiculopatía cervical es de 83/100.000; la incidencia de la radiculopatía lumbar probablemente es mucho más alta (12). Un 65% de estos pacientes que continúan en sus actividades diarias, mejoran después de 2 semanas y un 87% después de 4 meses (3). Estas características, junto con la evaluación neurológica completa y los exámenes complementarios habituales (Electromiografía, imágenes) permitirá establecer el diagnóstico etiológico.

Si existe un compromiso radicular múltiple, incluyendo déficit sensitivo en silla de montar y además el paciente relata trastornos esfinterianos, se plantea el diagnóstico de compresión de la cola de caballo.

Un dolor radicular de características especiales es la neuralgia postherpética, que se presenta a partir del compromiso viral inicial en el ganglio posterior que desencadena la afección dolorosa del dermatoma correspondiente, de tipo quemante, con paroxismos espontáneos y prácticamente sin intervalos libres de dolor. Los trastornos cutáneos típicos son más tardíos y pueden aparecer hasta 10 días después. La duración del cuadro es impredecible y el sufrimiento del paciente puede ser extremo. No existe un tratamiento probado, aunque se ha observado una disminución en su frecuencia e intensidad con el tratamiento antiviral precoz.

DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO

Se refiere al dolor lumbar que no queda incluido en las categorías precedentes. Una definición adecuada incluye un dolor o malestar localizado por debajo del reborde costal y por encima del nivel de los pliegues glúteos, con o sin dolor referido a la pierna. El dolor crónico se define cuando su evolución es mayor a tres semanas. La evaluación de un síndrome doloroso lumbar debe ser analizado en el contexto de signos y síntomas. Hasta un 20-30% de pacientes asintomáticos pueden tener evidencia de un disco herniado y un 5% presenta una estenosis raquídea significativa. En un 14% de los adultos que presentan lumbago, este tiene una duración de más de dos semanas. Un 85% de todos los casos no es posible efectuar un diagnóstico anatómico preciso a causa de la variabilidad de los síntomas y signos, que dificulta la localización del dolor y porque habitualmente las imágenes suelen mostrar sólo cambios degenerativos (2). La mayoría se definen como dolor proveniente de estructuras músculo-ligamentosas y ceden en menos de cuatro semanas. Por otra parte la prevalencia de un dolor lumbar crónico inespecífico alcanza un 23%. Sin embargo, hay un 12% de la población que está incapacitado por un dolor lumbar (21).

El diagnóstico diferencial de un dolor lumbar inespecífico puede ser indistinguible de dos situaciones clínicas que, sin embargo, poseen algunas características que las diferencian.

Síndrome miofascial lumbar

La mayor parte de los problemas musculares lumbares simples sanan en un lapso de dos a seis semanas. Compromisos más extensos de algunas áreas tendíneo-musculares requieren más tiempo (3 a 6 meses). Sin embargo, algunos pacientes desarrollan puntos de "gatillo" o puntos de gran sensibilidad, que persisten más allá de estos períodos de mejoría habituales. Los síntomas varían desde una restricción dolorosa del movimiento hasta un dolor invalidante provocado a partir de estas áreas de gatillo. No se conoce claramente el por qué se originan estos puntos de mayor sensibilidad y se cree que existen normalmente y suelen activarse en este tipo de pacientes. De esta manera, este síndrome se establece cuando su duración va más allá de dos meses. Estos puntos son vulnerables a reactivaciones frecuentes dado por esfuerzos físicos, la inactividad muscular, situaciones de stress, el calor o el frío y/o enfermedades subyacentes (por ej. artritis, neuritis). También este dolor puede formar parte de un cuadro más extendido, de curso crónico y más refractario al tratamiento, como es la fibromialgia (14).

Síndrome facetario lumbar

Una de las causas del lumbago crónico está dado por el compromiso de las facetas articulares de las vértebras lumbares, cuyo origen estaría en una inestabilidad vertebral, asociada a una enfermedad del disco intervertebral, que llevaría al compromiso sinovial y de la cápsula articular con los cambios degenerativos subsecuentes. Muchas veces el dolor facetario es difícil de diferenciar de un dolor radicular o de un dolor lumbar inespecífico, y solamente el bloqueo analgésico de la articulación permitirá diferenciarlos. El dolor habitualmente es vago, localizado en el área vecina a los procesos espinosos lumbares y con irradiación

muy pobre y vecina. Se acentúa en la hiperextensión lumbar y no deben encontrarse signos de compromiso radicular.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Teniendo en cuenta la sencilla y práctica clasificación antes mencionada, debemos establecer las prioridades diagnósticas que guiarán nuestro examen. En primer lugar debemos confirmar que el dolor lumbar es de origen músculo-esquelético. Enseguida hay que excluir una patología vertebral específica (Banderas rojas: tumores, infección o un síndrome de cauda equina). La siguiente prioridad es si el dolor lumbar está acompañado de un dolor radicular. Si se excluyen estas alternativas el paciente es catalogado como un dolor lumbar inespecífico. Es conveniente informar al paciente en un lenguaje comprensible y asegurarse que lo ha entendido.

Enseguida debe intentarse identificar los factores de riesgo asociados que prolongan el dolor y que dificultan la respuesta terapéutica (banderas amarillas), tales como actitudes y creencias inadecuadas sobre el dolor lumbar (ej: que puede quedar inválido); conducta inapropiada por el dolor (ej: temor y reducción de la actividad); problemas laborales y actitudes de compensación y los trastornos emocionales asociados.

La decisión sobre qué examen de imagen es más adecuado dependerá de nuestro análisis. Cuando existe gran dolor y/o un compromiso radicular, el examen más apropiado es una Resonancia Magnética. La Rx simple es útil cuando se observan deformidades. El electrodiagnóstico no es recomendado cuando se trate de un dolor lumbar inespecífico.

Aunque en un gran número de enfermos las causas pueden identificarse y por tanto un tratamiento fundamentado puede ser indicado, existen diversos factores que apuntan a una persistencia del lumbago, a los cuales debe prestarse atención precoz:

- El tipo de trabajo es un factor pronóstico de cronicidad en el dolor lumbar agudo.
- El paciente que trabaja con esfuerzos físicos y tiene dificultades para retornar a su empleo a las 4-12 semanas, mientras más tiempo se prolongue, tiene menos oportunidad de volver a su trabajo.
- El stress psicosocial, la conducta depresiva, la intensidad del dolor y su impacto funcional, las expectativas del paciente y el antecedente de episodios previos también son factores predictivos de cronicidad (9).

Tratamiento inicial

El manejo médico del dolor lumbar inespecífico se basa en la administración de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y relajantes musculares. Por los efectos colaterales, los analgésicos no esteroideos se recomienda usarlos por períodos cortos (no más de tres meses) y en las reagudizaciones.



Los analgésicos opioides se usan cuando no hay respuesta favorable con el uso de analgésicos comunes y si la situación lo amerita. De preferencia se indica aquellos de liberación prolongada para evitar adicción, administrados en forma horaria y no según necesidad. No se recomienda el uso de anticonvulsivantes cuando no exista dolor radicular.

No es recomendable la indicación de reposo absoluto excepto en situaciones muy precisas y por periodos cortos (19). Los ejercicios supervisados están recomendados como tratamiento de primera línea (8).

Otras consideraciones

El dolor lumbar y la ciática persistentes después de un tratamiento quirúrgico son un problema importante. El fracaso del tratamiento quirúrgico ("failed back") va de un 5 a 50% (7). Una de las causas más consistentes proporcionadas por la literatura es la pobre selección de los pacientes (17). Esto significa que un porcentaje de los pacientes con dolor lumbar inespecífico es operado basado en el diagnóstico radiológico de una patología discal que no es la responsable del dolor.

En la actualidad, el paciente que consulta viene más informado dada la disponibilidad de muchos sitios web de diverso origen y características. Muchas veces su apreciación no es la más correcta. Por ello el médico debe de orientar y dirigir esa información de manera de crear y/o validar sitios web de gran calidad que informen sobre el dolor lumbar (18).

Recomendaciones generales

La Asociación Americana para el Dolor y la Asociación Americana de Medicina publicaron el año 2007 las guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento del dolor lumbar. Sus recomendaciones se resumen en siete puntos (5-13):

- 1.- El médico debería efectuar una historia y examen físico dirigidos de manera de clasificar al paciente con dolor lumbar en una de las tres categorías siguientes: dolor lumbar inespecífico- dolor lumbar asociado a dolor radicular o estenosis raquídea y dolor lumbar asociado a una causa específica. La historia debe incluir evaluación de factores de riesgo asociados, con elementos de riesgo para dolor lumbar crónico.
- 2.- Los médicos no deberían efectuar rutinariamente estudios con imágenes en casos de dolor lumbar inespecífico.
- 3.- Debe efectuarse estudio con imágenes en aquellos pacientes con dolor lumbar severo o con déficit neurológico progresivo, o bien cuando se sospechen condiciones asociadas serias a partir de la historia y el examen físico.
- 4.- Se recomienda el estudio con Resonancia Magnética en aquellos pacientes con dolor lumbar persistente y con signos y síntomas de compromiso radicular o estenosis raquídea, o bien con tomografía computada solamente si ellos son candidatos potenciales para una

cirugía o para la inyección epidural de esteroides en el caso de una radiculopatía.

5.- Los médicos deberían entregar al paciente la información sobre el dolor lumbar basada en la evidencia, con un enfoque dirigido al curso esperado de la enfermedad, aconsejándole permanecer activos y entregando información sobre las opciones del cuidado por sí mismos.

6.- Debe considerarse el uso de medicamentos con beneficios probados en conjunto con información del cuidado de su columna. El médico debería evaluar la intensidad del dolor basal y los déficits funcionales, además de los beneficios potenciales, los riesgos y la eficacia relativa a largo plazo antes de iniciar un tratamiento. Para la mayoría de los pacientes, la medicación de primera línea son el acetaminofeno o los antiinflamatorios no esteroidales.

7.- Para los pacientes que no mejoran con la opción de autocuidado, el médico debe considerar la indicación de tratamiento no farmacológico con beneficios probados para el dolor lumbar agudo, como la manipulación lumbar. Para el dolor lumbar crónico, se recomienda la rehabilitación interdisciplinaria, ejercicios, acupuntura, masajes, manipulación lumbar, yoga, tratamiento cognitivo conductual o relajación progresiva.

En estas recomendaciones destaca la diferencia con el grupo europeo, para el manejo del dolor lumbar no específico de curso agudo o crónico, ya que en la publicación europea solo recomiendan los ejercicios supervisados. Para ellos, no hay evidencia que demuestre la eficacia de las otras formas de terapia mencionadas en las guías recomendadas por las asociaciones americanas.

CONCLUSIONES

Siendo el dolor lumbar un motivo frecuente de consulta para el médico general no especialista, es importante tener un enfoque práctico y útil para iniciar el estudio y el tratamiento inicial de un paciente con dolor lumbar. Aunque el episodio agudo y la primera consulta suele ser lo más frecuente, la alta recurrencia de estos episodios hace que nos veamos enfrentados una y otra vez a la lumbalgia de curso crónico, en la que no se ha encontrado un diagnóstico preciso y en el que suele encontrarse los factores de riesgo identificados sin un enfoque terapéutico efectivo. La presente revisión ha pretendido aportar un punto de vista práctico y global para estos enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balague F, Troussier B, Salminen JJ Non-specific low back pain in children and adolescents: risk factors. Eur Spine J, 8(6): 429-38. 1999.
2. Boden SD, Davis DO, Dina TS, et al.: Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. J Bone Joint Su 1rg (Am) 72:403, 1990.



3. Clinical standards advisory group. Report on back pain. London HMSO, 1994
4. Deyo RA, Rainville J, Kent DL) What can the history and physical examination tell us about low back pain? *Jama*, 268(6): 760-5. 1992.
5. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 147: 478-491. 2007.
6. Dickson RA, Stamper P, Sharp AM, Harker P (1980) School screening for scoliosis. *Br Med J*, 281(6235): 265-7.
7. Goupille P. Causes of failed back surgery syndrome. *Rev Rhum Engl Ed*, 63(4): 235-9. 1996.
8. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. 2005 www.backpaineurope.org
9. Fransen M, Woodward M, Norton R, Coggan C, Dawe M, Sheridan N (2002) Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine*, 27(1): 92-8.
10. Kado DM, Duong T, Stone KL, Ensrud KE, Nevitt MC, Greendale GA, Cummings SR (2003) Incident vertebral fractures and mortality in older women: a prospective study. *Osteoporos Int*, 14(7): 589-94.
11. Nicholas M, Asghari A, Blyt F. What do the numbers mean? Normative data in chronic Pain *J Neurosurg Spine* 3:255–261, 2005.
12. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O'Fallon WM, Kurland LT (1994) Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. *Brain*, 117 (Pt 2): 325-35.
13. Roger Chou; Amir Qaseem; Vincenza Snow; et als. Diagnosis and treatment of Low Back Pain: Guidelines. *Ann Intern Med*. 2007; 147: 478-91.
14. Rogers EJ, Rogers R: Fibromyalgia and myofascial pain, either, neither, or both? *Orthop Rev* 18: 1217, 1989.
15. Saraux A, Guedes C, Allain J, Prevalence of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis in Brittany, France. *J Rheumatol*, 26(12): 2622-7 1999.
16. Soler T, Calderon C (2000) The prevalence of spondylolysis in the Spanish elite athlete. *Am J Sports Med*, 28(1): 57-62.
17. Van Goethem JW, Parizel PM, van den Hauwe L, De Schepper AM Imaging findings in patients with failed back surgery syndrome. *J Belge Radiol*, 80(2): 81-4. 1997.
18. V. Gremeaux, E. Coudeyreb,*, P. Givronc, C. Hérissond, J. Pélissiere, S. Poiraudauf, C. Bénaïmg. Qualitative evaluation of the expectations of low back pain patients with regard to information gained through semi-directed navigation on the internet.
19. Vroomen P C, De Krom M C, Wilmink J T et al. Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. *N Engl J Med*; 340: 418-23 1999.
20. Waddell G A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine*, 12(7): 632-44 1987.
21. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord*, 13(3): 205-17. 2000.
22. Wiltse LL, Newman PH, Macnab I. Classification of spondylolysis and spondylolisthesis. *Clin Orthop*, (117): 23-9 1976.