

Tratamiento de la lumbalgia aguda

MATÍAS ALFONSO Y ÁLVARO SILVA
Clínica Universitaria de Navarra. Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Pamplona. España.

El dolor lumbar agudo es uno de los problemas de salud con mayor impacto económico en nuestra sociedad.

De los trastornos musculoesqueléticos es el que causa el mayor gasto económico en términos de días de baja laboral y es la principal causa de incapacidad laboral en pacientes menores de 45 años.

El dolor lumbar, lumbalgia o lumbago es un síntoma, un elemento de la anamnesis, no un diagnóstico. Aunque siempre debemos intentar realizar una búsqueda etiológica, en muchas ocasiones no llegaremos a saber cuál es la causa del dolor, puesto que suele ser un proceso autolimitado.

Áxel Oliveres



Puntos clave

● El dolor lumbar agudo es uno de los problemas de salud con mayor impacto económico en nuestra sociedad. Es la principal causa de incapacidad laboral en pacientes menores de 45 años.

● Habitualmente, el dolor lumbar es autolimitado y en el 80% de los pacientes cede en las 2 primeras semanas, lo que hace de la observación y los analgésicos un tratamiento tan bueno como la actuación con otras medidas.

● La realización de radiografías y pruebas complementarias es necesaria si el dolor persiste tras el tratamiento o si se presentan signos de alarma, como dolor nocturno o en reposo, fiebre, pérdida de peso, déficit neurológico o sospecha de fractura.

● La resonancia magnética no está indicada en la mayoría de las lumbalgias agudas.

● El tratamiento se basa en AINE, mio-relajantes, analgésicos, reposo (el estrictamente necesario) y reincorporación a la actividad laboral lo más rápidamente posible.

Epidemiología

En Estados Unidos, la incidencia anual de dolor lumbar es de un 5% y su prevalencia, de un 60-90%, por lo que algunos autores lo han calificado como una de las epidemias de nuestro tiempo¹. En el Reino Unido la prevalencia es del 39%.

Un 25% de los pacientes con dolor lumbar agudo persiste con dolor a los 12 meses². Esta cronificación del dolor lumbar es la principal causa de su repercusión económica. Cuanto mayor es el período de baja laboral por dolor lumbar, menos posibilidades hay de reincorporación laboral. Así, un paciente que está de baja laboral durante más de 6 meses tiene un 50% de posibilidades de reincorporación laboral; si el período de baja es mayor de 1 año, el porcentaje de reincorporación es de un 25%; y si es mayor de 2 años, es de sólo un 5%³.

Habitualmente, el dolor lumbar es autolimitado y el 80% de los pacientes mejora en las 2 primeras semanas, por lo que la observación y los analgésicos son un tratamiento tan bueno como la actuación con medidas más activas⁴. Esta rápida mejoría hace que en la mayoría de las ocasiones no se llegue a identificar el origen del dolor.

Diagnóstico

Las estructuras anatómicas que pueden causar dolor lumbar son los discos intervertebrales, las carillas articulares posteriores, los cuerpos y platillos epifisarios vertebrales y, de una manera teórica aunque difícil de evidenciar, los músculos y fascias que los envuelven. Se sabe que los factores psicológicos y emocionales, principalmente la depresión, tienen un papel importante en la percepción y cronificación del dolor⁵. El dolor que se origina en los discos, cuerpos vertebrales y facetas articulares lumbares se percibe en la zona lumbar baja, pero puede bajar por los glúteos o las ingles, la cara posterior o lateral de los muslos e, incluso, bajar de las rodillas de forma parcheada por la cara posterior o lateral de las piernas hasta los tobillos. La distribución parcheada nos tiene que hacer pensar en un dolor referido de la zona lumbar y no irradiado por compresión de una raíz nerviosa. Pero si el paciente

presenta un dolor continuo por un territorio radicular concreto puede deberse a una irritación radicular, probablemente por una hernia discal. Otras causas de dolor lumbar incluyen las afecciones intrapélvicas y retroperitoneales (tumores de ovario, páncreas, aneurismas de aorta, entre otros). En la anamnesis, determinados “puntos de alarma”, como el dolor nocturno o que no guarda relación con la actividad, la pérdida de peso o la fiebre, deben alertarnos sobre la posible presencia de un tumor o de una infección como origen del dolor (tabla 1). También la anamnesis nos debe hacer sospechar una fractura vertebral si la lumbalgia comienza tras un traumatismo importante o bien tras un traumatismo banal en pacientes mayores de 50 años, que reciban tratamiento con corticoides o afectados de osteoporosis. En la exploración física es habitual encontrar dificultad a la flexoextensión lumbar por dolor o contractura muscular de defensa. La exploración neurológica debe ser normal, y debe hacerse hincapié en la fuerza muscular y en los signos de irritación radicular, como la maniobra de Lasègue (que para considerarse positiva tiene que desencadenar dolor por un territorio radicular definido hasta por debajo de la rodilla). Si la exploración neurológica está alterada se requiere una investigación más intensa del origen del dolor.

La realización de radiografías simples en pacientes con dolor lumbar agudo no es imprescindible en las primeras

Tabla 1. “Puntos de alarma” que obligan a completar el estudio de un paciente con dolor lumbar agudo

Dolor nocturno
Dolor no relacionado con actividad física y que no mejora con reposo
Inexplicable pérdida de peso
Astenia generalizada
fiebre > 38 °C de más de 48 horas
Déficit neurológico sensitivo o/y motor progresivo
Pérdida del control de esfínteres
Dolor tras traumatismo

4 semanas, puesto que el 80% mejora en las primeras 2 semanas y los hallazgos que comúnmente se encuentran (signos de artrosis) no cambian el tratamiento. Esta prueba debe realizarse, de entrada, en pacientes que presenten las características del dolor que se exponen en la tabla 1. Las radiografías simples nos permiten valorar la estructura ósea y la alineación vertebral. Así, podemos encontrar fracturas vertebrales, listesis, escoliosis y signos artrósicos, como osteofitos y disminución de la amplitud discal, etc. Otro tipo de pruebas diagnósticas (resonancia magnética, tomografía computarizada, gammagrafía) sólo deben ser indicadas y valoradas por médicos especialistas en patología de columna, puesto que muchas de ellas pueden evitarse con una buena anamnesis y exploración clínica. Respecto a la resonancia magnética, es conveniente saber que en pacientes asintomáticos mayores de 20 años se presentan cambios involutivos que nos pueden confundir en los pacientes sintomáticos. En un estudio realizado en pacientes que nunca han experimentado dolor lumbar, entre los de 20 a 39 años, un 35% tenía al menos un disco con signos degenerativos y entre los 60-80 años, hasta un 99%. De los pacientes menores de 60 años, un 20% tenía imágenes de hernia discal y en el grupo de mayores de 60 años, un 36% tenía imágenes de hernia discal y un 21%, de estrechamiento del canal lumbar⁶.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento del dolor lumbar agudo es el alivio del dolor y el mantenimiento de la vida normal. Hay estudios que demuestran que el reposo en cama no mejora más el dolor que la actividad mantenida tanto a corto plazo (de pocos días a 3 semanas) como a medio (de 3 a 12 semanas), y tienen peor situación funcional a las 3 semanas los que han hecho reposo en cama. Por tanto, es importante que el paciente tenga el reposo necesario (1 o 2 días), pero que se reincorpore a su actividad cotidiana y laboral lo antes posible⁷. La medicación tiene un papel importante en el tratamiento del dolor lumbar. Se trata de un tratamiento sintomático, puesto que no cura la causa del dolor. Los medicamentos más usados son los antiinflamatorios no

esteroideos (AINE), por su actividad antiinflamatoria y analgésica. También se utilizan analgésicos, como paracetamol, metamizol, tramadol, entre otros. Los corticoides se indican, principalmente, cuando existen signos de irritación radicular, y en lumbalgias agudas se usan como tratamiento de choque ante dolores intensos. Los miorrelajantes (ciclobenzaprina, tetrazepam) ayudan a disminuir la contractura muscular asociada al dolor lumbar y están indicados en el proceso agudo. Los antidepresivos son eficaces cuando el dolor se asocia a procesos depresivos. En el dolor lumbar agudo se debe comenzar por un tratamiento con AINE asociado a un relajante muscular y protección gástrica. Si el dolor es intenso se pueden añadir analgésicos a demanda (tabla 2). La terapia física es recomendable en el episodio agudo mediante masajes, que actúan reduciendo la contractura muscular, así como medidas que aporten calor o frío a la columna lumbar, según tolerancia por parte del paciente. Las manipulaciones pueden mejorar el cuadro⁸ pero, en nuestra opinión, no son recomendables hasta que se tenga un diagnóstico, puesto que pueden desencadenar un cuadro radicular. Las fajas y ortesis lumbares pueden ayudar a mejorar el cuadro doloroso ya que aportan calor, aumentan la presión abdominal, que se traduce en una mayor estabilidad de la columna lumbar, y disminuyen parcialmente el intervalo de movilidad de la columna. Sin embargo, no es recomendable utilizarlas durante largos períodos por la posibilidad de provocar atrofia muscular. Ante un dolor lumbar crónico (> 4 semanas) o en presencia de alguno de los puntos de alarma citados, siempre se debe remitir al paciente al especialista en columna vertebral.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

- Metaanálisis
- Ensayo clínico controlado
- Epidemiología

Tabla 2. Tratamiento del episodio agudo del dolor lumbar

Medicamentos
AINE
Analgésicos (paracetamol, metamizol, tramadol)
Miorrelajantes
Reposo en cama
Hasta 2 días y reincorporación laboral lo antes posible
Fisioterapia
Debe evitarse la movilización de la columna lumbar. Se recomiendan los masajes y la aplicación de fuentes de frío-calor, según tolerancia del paciente.

1. Frymoyer JW, Pope MH, Clements JH, Wilder DG, MacPerson B, Ashikaga T. Risk factors in low-back pain. An epidemiological survey. *J Bone Joint Surg Am.* 1983;65:213-8.
2. Borenstein DG. Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain. *Curr Opin Rheumatol.* 1999;11:151-7.
3. ●● Bergquist-Ulman M, Larsson U. Acute low back pain in industry. A controlled prospective study with special reference to therapy and confounding factors. *Acta Orthop Scand.* 1977;170:1-117.
4. Quinet RJ, Hadler NM. Diagnosis and treatment of backache. *Semin Arthritis Rheum.* 1979;8:261-87.
5. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine.* 2002;27:E109-20.
6. ●● Boden S, Davis D, Dina T, Patronas N, Wiesel S. Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg.* 1990;72:403-8.
7. ● Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. The Cochrane review of bed rest for acute low-back pain and sciatica. *Spine.* 2000;25:2932-9.
8. ● Brodke DS, Ritter SM. Nonoperative management of low back pain and lumbar disc degeneration. *J Bone Joint Surg.* 2004;86-A:1810-8.