

Lumbalgia y síntomas de alarma

Sr. Director: El dolor lumbar es uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria, y genera un elevado coste social y sanitario¹. De hecho, la prevalencia de lumbalgia, a lo largo de la vida en la población general, está alrededor del 45-85%, con un pico de incidencia entre los 25 y los 45 años^{1,2}. Además, en los países industrializados es responsable del 30 al 50% del absentismo laboral, siendo la causa más frecuente de incapacidad laboral en menores de 50 años²⁻⁴. Estos hechos condicionan importantes costes económicos, que en España superan los 400.000 millones de pesetas al año⁵.

Es necesario tener en cuenta que el dolor lumbar es un síntoma que no siempre se corresponde con patología de la columna. Puede clasificarse, según sus características, en *mecánico* (empeora con la movilización y cede con el reposo) y en *no mecánico* (tabla 1). También puede clasificarse en función del tiempo de evolución en *agudo* (duración inferior a 2 semanas), *subagudo* (superior a 2 semanas, pero inferior a 3 meses) y *crónico* (mayor de tres meses). Diferentes estudios establecen que el 90% de las lumbalgias son mecánicas, el 50% mejoran en 7 días y el 90% en menos de 8 semanas^{1,6}.

Exponemos el caso de un varón de 60 años, fumador de 5 cigarrillos/día, sin otros hábitos tóxicos. Como único antecedente de interés refería temblor esencial en tratamiento con Sumial (propranolol), 10 mg/24 h.

En junio de 1999, el paciente inició un dolor lumbar continuo, sin irradiación, que no mejoraba con el reposo ni con analgésicos, y que le obligó a acudir al servicio de urgencias hospitalarias. En dicho servicio, sólo se objetivó en la exploración un dolor selectivo en la charnela dorso-lumbar y, en la radiografía, signos degenerativos en L5-S1. Se diagnosticó de lumbalgia mecánica pautándose tratamiento con analgésicos, relajantes musculares y antiinflamatorios.

Dos meses después el paciente acudió de nuevo al servicio de urgencias. Aunque no se evidencia ha ningún cambio en la exploración, ante la persistencia del cuadro, se derivó a traumatología, donde se solicitó una RNM y se indicó tratamiento rehabilitador, con lo que inicialmente se logró una mejoría parcial.

En septiembre, el cuadro se complicó con la aparición de parestesias en el miembro inferior derecho (MID). Pese a ello, se mantuvo la misma actitud terapéutica. A mediados de octubre se produjo un nuevo empeoramiento con disminución de la fuerza (2/5) y abolición del reflejo rotuliano en MID. El paciente fue derivado desde traumatología al servicio de cirugía de la columna donde se practicó una nueva radiografía de columna lumbar en la que se ob-

servó una estenosis del canal raquídeo y la desaparición del pedículo en L5. Se realizó una RNM con carácter urgente (la que se había pedido previamente aún estaba pendiente). En la resonancia se observó una sustitución de los cuerpos vertebrales D10 y S1, con masa epidural anterior en D10 que comprimía y desplazaba la médula espinal. Desde cirugía de la columna derivaron al paciente al servicio de oncología para valoración de un cuadro de compresión medular de probable origen metastásico. El paciente fue ingresado para continuar el estudio, detectándose en la analítica una fosfatasa alcalina de 643, una LDH de 908 y un PSA elevado. Se realizó una TAC PAF de columna (en la masa epidural en D10) con el resultado de adenocarcinoma de probable origen prostático. En la TAC *body* se objetivó un aumento de la próstata que infiltraba vejiga y metástasis en columna sin evidencia de adenopatías retroperitoneales.

El diagnóstico final fue cáncer de próstata en estadio IV, con metástasis en la columna y compresión medular en D10. Se inició corticoterapia intravenosa y radioterapia local, con mejoría parcial de la sintomatología. El paciente fue dado de alta a mediados de diciembre, y falleció 10 días después en su domicilio.

En la lumbalgia aguda, si bien se ha de intentar llegar a un diagnóstico etiológico (dada la gran variedad de causas, inespecíficas en su mayoría, y el gran número de factores implicados: laborales, sociales, psicológicos, etc.), el interés está centrado en obtener los datos necesarios, mediante la anamnesis y la exploración, que permitan descartar de forma razonable afecciones subyacentes graves^{1,6,7}.

Tenemos que localizar el dolor, determinar su irradiación, ritmo, duración, factores desencadenantes y, sobre todo, establecer si es de tipo mecánico o inflamatorio. Nunca debemos olvidar interrogar sobre síntomas de alarma como fiebre, pérdida de peso, trastornos en el control de esfínteres, parestesias, disestesias, etc.^{1,3,8}. Una anam-

Tabla 1. Clasificación del dolor lumbar

Dolor lumbar mecánico:	Sobrecarga postural o funcional: hipotonía/hipertonía muscular, dismetrias, hiperlordosis... Alteraciones estructurales de la columna lumbar: artrosis interapofisaria, escoliosis, espondilolítesis, espondilolisis...
Dolor lumbar no mecánico:	Patología inflamatoria: espondilitis anquilosante, espondilitis infecciosas Tumores óseos: benignos, malignos, metástasis Enfermedades óseas metabólicas
Dolor lumbar referido:	Patología articular (caderas, rodillas, sacroilíacas), enfermedades viscerales (cólico renal), herpes zoster localización lumbar...

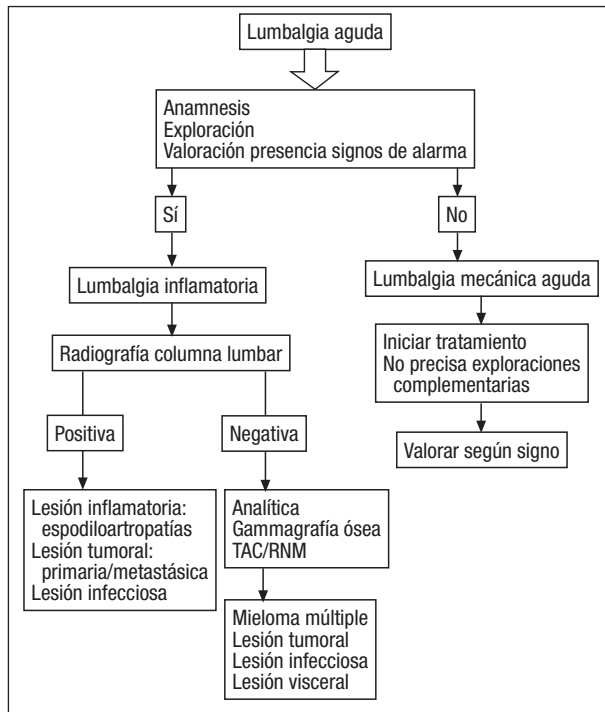


Figura 1. Valoración de la lumbalgia aguda.

nesis bien dirigida debe ir seguida de una correcta exploración, que nos puede aportar una valiosa información, como una normal o anormal movilidad de la columna, la aparición de posturas antiálgicas, la presencia de lesiones en la piel o de dolor a la presión de las apófisis espinosas. Debemos realizar maniobras que nos permitan valorar la existencia o no de afección radicular (maniobra de Lasègue, de Lasègue posterior, de Bragard y de Neri) y, si se confirma la afección radicular, explorar los reflejos, la sensibilidad y la fuerza muscular^{1,8} (tabla 2).

En cuanto a las pruebas complementarias, lo correcto es iniciar el estudio con un examen radiológico lumbar. La exploración con rayos de la columna lumbar está indicada en las siguientes situaciones: antecedentes de traumatismo, primer episodio de dolor lumbar en un paciente mayor de 50 años, dolor en reposo, nocturno, o que no ha mejorado

Tabla 2. Niveles neurológicos de las extremidades inferiores

Reflejos:	L4 rotuliano L5 tibial posterior S1 aquileo
Sensibilidad:	L1 región anterior del muslo L2 región media del muslo L3 región inferior del muslo L4 región interna de la pierna y medial del pie L5 región externa de la pierna y dorso del pie S1 región posterior de la pierna y lateral del pie S2 región posterior del muslo S3 perianales
Función motora:	L3 extensión de la pierna L4 flexión dorsal del pie. Marcha de talones L5 flexión dorsal del pie y dedos de los pies. Marcha de talones. Separación de la cadera S1 eversion del pie. Flexión plantar del pie. Marcha de puntillas. Extensión de la cadera

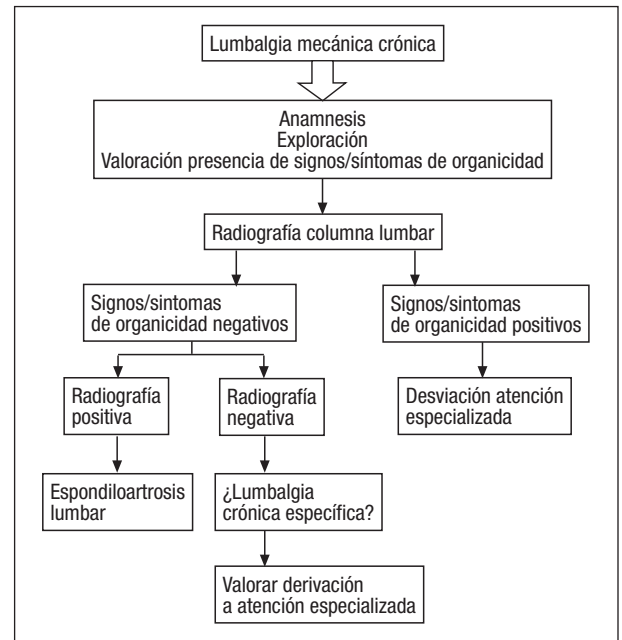


Figura 2. Valoración de la lumbalgia mecánica crónica.

tras 2 semanas de tratamiento conservador, presencia de síntomas o signos de alarma como pérdida de peso, fiebre o déficit neurológico y antecedentes de alcoholismo, toxicomanía o tratamiento con corticoides^{1,7,9}. Sin embargo, la radiología convencional no permite identificar lesiones de partes blandas ni tampoco identifica la destrucción ósea precoz. Por ello, cuando tengamos dudas sobre la existencia de enfermedad subyacente, y siempre que la radiografía simple sea patológica, es imprescindible continuar el estudio con una gammagrafía ósea (ante sospecha de enfermedad infecciosa o tumoral), TC o RNM (si se sospecha un proceso neofornativo o una afección discal)^{1,7,9}. Generalmente no es necesario un estudio analítico, salvo que pensemos que pueda tratarse de una lumbalgia inflamatoria o haya fracasado el tratamiento conservador. La determinación sanguínea más útil es el VSG, pero pueden solicitarse otros reactantes de fase aguda y también pruebas como fosfatasa alcalina, calcio, fósforo, proteínas, HLA B27, etc., en función de la enfermedad de sospecha^{1,3} (figs. 1 y 2).

En cuanto al tratamiento del dolor lumbar mecánico se recomendará reposo, que no debe ser superior a 2 días (se aumentará a 2 semanas si es una ciatalgia). Se pautarán AINE y/o paracetamol y sólo si se evidencia espasmo muscular se añadirán relajantes musculares. En los casos de ciatalgia intensa, rebelde al tratamiento con AINE, puede asociarse una pauta corta de corticoides. Si el dolor se cronifica podemos usar antidepressivos tricíclicos a dosis bajas o anticonvulsivos^{1,10}.

Es fundamental fomentar el autocuidado del paciente, recomendando normas de higiene postural, y la realización de ejercicios en el domicilio para reforzar la musculatura abdominal y paravertebral. Asimismo, debemos recomendar la práctica de deportes de escasa carga lumbar (caminar, correr, nadar o montar en bicicleta), y advertir a los pacientes de que los deportes que implican giros de la columna (golf,

tenis) no son adecuados, en general, para este tipo de enfermedad^{2,11}. Por otra parte, las ortesis lumbares flexibles (fajas) sólo son útiles en algunas lumbalgias crónicas (especialmente en las secundarias a espondilolítosis) y siempre y cuando se cumplan los ejercicios terapéuticos^{1,12}.

Debemos derivar a atención especializada las lumbociáticas que cursen con déficit neurológico, las lumbalgias que no mejoran tras 4-6 semanas con tratamiento conservador, y siempre que sospechemos un origen inflamatorio o tumoral^{1,3}.

El caso que nos ocupa debería haber sido abordado de una forma radicalmente distinta, pues los signos de alarma eran numerosos. Se trataba de un primer episodio de dolor en una persona mayor de 50 años, que no tenía características mecánicas, de evolución tórpida, sin mejoría con el tratamiento habitual, y que finalmente asoció un déficit neurológico con lesión sospechosa en la radiografía. La anamnesis también fue incorrecta. Probablemente un interrogatorio más exhaustivo hubiera puesto de manifiesto síntomas prostáticos de largo tiempo de evolución.

El diagnóstico precoz de la compresión medular es esencial, pues supone una urgencia oncológica cuyo tratamiento (con dexametasona a altas dosis y radioterapia) no debe demorarse más de unas horas cuando el paciente presenta déficit neurológico. El reto actual de la compresión medular de origen neoplásico es su diagnóstico precoz, antes de que el paciente desarrolle un déficit neurológico¹³. De aquí la necesidad de estar atentos a la aparición de cualquier síntoma o signo de alarma que aparezca en el curso de una lumbalgia aparentemente banal.

Es fundamental que el médico de cabecera adquiera las habilidades necesarias para discernir entre las lumbalgias de pronóstico benigno (y por tanto abordables desde atención primaria) y aquellas otras que precisen de un diagnóstico y/o tratamiento especializado. Esto evitará errores diagnósticos, con los consiguientes costes sociales y económicos innecesarios (días de incapacidad laboral, gasto farmacéutico, sobrecarga de los servicios de rehabilitación, etc.), sin olvidar, por supuesto, el perjuicio que esto supone para la calidad de vida del paciente y, en casos extremos, sobre su propia vida.

M.J. NADAL BLANCO^a, E. REFOYO SALICIO^b,

E. THOMAS CARAZO^a Y M. BENITO DEL VALLE^b.

^aDoctora en Medicina y Cirugía. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. ^bResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jazmín. INSALUD, Área IV. Madrid.

Correspondencia: Dra. Esther Thomas Carazo Mar Báltico I. C/Mar Báltico s/n (esq. C/Liberación). 28033 Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lafuente Navarro A, Lafuente Navarro C. Dolor lumbar y dolor ciático. En: semFYC, editores. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: EdiDe, 1998; 622-626.
2. Martín Lascuevas P, Ballina García FJ, Rodríguez Pérez A. La escuela de la espalda. FMC 1997; 6: 87-92.
3. Naredo Sánchez E. Lumbalgia: orientación diagnóstica. Jano 1995; 5: 115-121.
4. Tornero Molina J, Rodríguez Benito U, Massip M, Vidal Fuentes J, Fernández Echevarría JA. La enfermedad reumática como causa de

incapacidad laboral permanente en España. Rev Esp Reumatol 1992; 19: 294-297.

5. Caracuel Ruiz MA, Roldán Molina R, González Domínguez J, Martínez Sánchez FG. Síndromes dolorosos regionales: lumbalgia. Salud Rural 1995; 6: 31-49.
6. García López C, Isasi Zaragoza C, Rodríguez Alonso JJ. Papel de la artrosis en los síndromes dolorosos mecánicos articulares. FMC 1999; 6 (Supl 6): 31-51.
7. Vérez L. Aplicaciones prácticas de la radiología ósea de raquis: dorsales, lumbares, sacroilíacas. En: semFYC, editores. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: EdiDe, 1998; 1150-1154.
8. López Moya A, Audubert Du Theil L. Cervicobraquialgias y lumbociáticas. Medicine 1998; 7: 4583-4589.
9. Flórez García MT, García Pérez F, Jammoul Saif W. When should an X-ray be requested in a patient with low back pain? Mapfre Medicina 1998; 9: 265-272.
10. Lizán Tudela L, Nicolau Gozalbo A. Tratamiento del dolor crónico no neoplásico (I). Alternativas farmacológicas. FMC 1995; 10: 62-72.
11. Ortega Sánchez-Pinilla R, Alcántara Bumbiedro S. Rehabilitación en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4.ª ed.). Madrid: Harcourt Brace de España, S.A., 1999; 1167-1195.
12. Pagès E, Iborra J, Cuxart A. Ortesis en el adulto (I). Principios generales del tratamiento ortésico de la patología dolorosa del raquis en el adulto. FMC 1995; 2: 74-80.
13. Graus F. Compresión medular en pacientes con cáncer [editorial]. Med Clin (Barc) 1997; 109: 373-374.

Diabetes mellitus asociada a enfermedad de Graves. A propósito de un caso

Sr. Director: Presentamos un caso en el cual se asocian dos enfermedades autoinmunes: diabetes mellitus y enfermedad de Graves-Basedow. De todos es bien conocido la relativa frecuencia con la que en un mismo paciente se pueden asociar enfermedades de patogenia autoinmune.

Revisamos el caso de una mujer de 53 años con antecedentes de diabetes mellitus (DM) tipo 1 de varios años de evolución en tratamiento con insulina NPH 16-0-8 unidades, con buenos controles metabólicos y sin otros antecedentes de interés. Consulta por presentar, desde hacía aproximadamente 4 meses, sensación excesiva de calor con sofocaciones, astenia, poliuria, polidipsia, pérdida de 3 kg de peso en este período y en ocasiones palpitaciones sin dolor torácico acompañante, junto con malos controles de su glucemia en los últimos meses y sin otra sintomatología. En la exploración física se objetiva: auscultación cardiopulmonar normal; cuello: carótidas rítmicas y simétricas, sin soplos. Sin bocio ni adenopatías; abdomen blando, deprimible, sin masas ni megalias; resto sin hallazgos. Se le realiza a la paciente en nuestra consulta: BM TEST: 185 mg/dl y ECG: ritmo sinusal, 100 lpm, eje 60°, sin alteraciones de la repolarización. Los resultados de las demás pruebas complementarias fueron: hemograma normal; VSG 16/35; bioquímica (iones, enzimas hepáticas, urea y creatinina) con valores en rango normal; hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) 7,7%; T₄ de 20,5 µg/100 ml y THS (basal) < 0,002 µU/ml. Ante estos resultados se decide realizar una ecogra-