

Esta guía se compone de dos partes que se entregaran en forma consecutiva.

1ra parte: epidemiología, historia clínica y examen físico del dolor lumbar agudo

2da parte: exámenes complementarios y tratamiento

Introducción general

Los objetivos de la presente guía son:

- Promover el manejo adecuado del dolor lumbar y la prevención de la cronicidad.
- Identificar personas sin signos de enfermedad que deben ser tratadas de manera sintomática y personas que deben ser investigadas de manera particular o derivadas al especialista.
- Establecer los plazos de recuperación esperables en un episodio agudo .
- Focalizar en estrategias no quirúrgicas para el tratamiento del dolor lumbar agudo y resaltar puntos importantes para el autocuidado de los pacientes

La metodología empleada para realizar esta guía fue común a la empleada en todas las Guías. Se realizó una búsqueda exhaustiva de la bibliografía en MEDLINE, EMBASE y DARE empleando como palabras clave " low back pain", disk herniation, spinal disease, musculoeskeletal disorders y sciatica.

Se consultaron revisiones sistemáticas realizadas por el Cochrane Back Group de la Cochrane Library.

Se incluyeron todas las revisiones sistemáticas y ensayos aleatorizados.

Se revisaron también las Guías del Royal College of general Practitioners y la Guía neozelandesa para el manejo del dolor lumbar agudo.

Dolor lumbar agudo

Epidemiología

El dolor lumbar es muy frecuente en países desarrollados, especialmente en adultos activos. El dolor lumbar se compone de un grupo de síntomas que incluyen dolor, tensión muscular o rigidez que se localizan entre la escápula y las nalgas con o sin irradiación a la pierna (ciática). Habitualmente se lo clasifica en agudo, subagudo y crónico. El dolor agudo es aquél que dura seis semanas o menos, el subagudo dura entre seis y doce semanas y el crónico es aquél que se prolonga más allá de las doce semanas ^{1, 18}. La lumbalgia suele ser autolimitada y se resuelve con o sin tratamiento ^{2, 18}.

En 1998, una encuesta nacional en el Reino Unido, reveló que el 40% de los adultos había tenido dolor lumbar de más de un día de duración en el último año y el 15% tuvo dolor todo el año. Cerca del 40% consultó al médico general, un 10% consultó con un profesional de medicinas alternativas ^{2, 21}.

El costo de esta patología es enorme y en el Reino Unido los costos directos por esta entidad fueron de aproximadamente U\$S 1632 millones en 1998 ³.

La influencia de los factores psicosociales en el dolor lumbar ha sido motivo de dos revisiones recientes ^{4, 5}.

El principal objetivo del tratamiento es aliviar el dolor, enseñar a los pacientes estrategias para sobrellevar el dolor que sienten y mejorar el funcionamiento cotidiano incluyendo la reanudación del trabajo.

La bibliografía revela que existen amplias variaciones en el cuidado de estos pacientes ^{12, 7}. También existe evidencia de un excesivo empleo de los estudios por imágenes y la cirugía ^{8, 9, 19} y varios expertos han sugerido que el problema ha sido "sobremedicalizado".

Clasificación

Las causas de dolor lumbar agudo podemos clasificarlas en:

1. Síntomas inespecíficos
2. Ciática (dolor irradiado a la pierna)
3. Síntomas de una condición potencialmente seria (tumor, infección, fractura) y compromiso neurológico mayor como el síndrome de la cola de caballo.

La causa más común de lumbalgia es la contractura o distensión de algún tejido blando en la zona lumbar.

La ciática puede deberse a la compresión de un nervio originado en el plexo lumbar debido a una hernia de disco, estenosis espinal, pero también puede ocurrir como resultado de dolor miofascial, espasmo muscular e hipertrofia ligamentaria.²⁰

Etiología

Enfermedad musculoesquelética:

A pesar de que la mayor parte de las lumbalgias parece originarse en la musculatura espinal, es más probable que el dolor esté originado en los ligamentos o estructuras articulares ¹⁰. La injuria de la fascia toracolumbar posterior que resulta en un dolor miofascial es muy común ¹¹. Otros factores que contribuyen al dolor son: laxitud articular, tabaquismo y factores psicosociales ^{12, 13}.

Enfermedad espinal:

- Espondilolistesis
- Hernia de disco
- Estenosis lumbar (canal estrecho)

Historia clínica

En todo paciente con dolor lumbar la historia clínica debe identificar:

- Riesgo de enfermedad seria (banderas rojas, ver más adelante)
- Cuánto lo limitan los síntomas
- Episodios similares previos
- Factores que puedan limitar la recuperación (recomendación B)

Se debe interrogar sobre:

- traumatismo previo
- esfuerzos importantes
- ataques previos de dolor y evaluaciones previas

- tratamientos anteriores y actuales
- duración y progresión de los síntomas.
- abuso de drogas
- síntomas sistémicos como fiebre, escalofríos o pérdida de peso.
- presencia de debilidad, parestesias o hipoestesia,
- función vesical, intestinal y sexual
- dolor abdominal o en el flanco que pudiera alertar sobre un origen pelviano o abdominal del dolor.
- Características del dolor: calidad, localización e irradiación; factores agravantes y atenuantes.

Los elementos más importantes del interrogatorio son las características del dolor y la determinación de la presencia de ciática.

Cada etiología presenta características distintivas.

Aquí se presentan elementos orientativos:

- La **lumbalgia simple** por contractura se manifiesta como un dolor vago en la región lumbar que puede irradiarse a los glúteos.
- El dolor de una **ruta nerviosa** suele ser breve, como un "latigazo". Empeora con la tos o la maniobra de Valsalva, el estar parado o sentado y habitualmente alivia con el reposo.
- El dolor originado en el **plexo lumbar** se describen como quemante, pinchos y agujas, o como adormecimiento. Suele empeorar con el reposo nocturno.
- El cuadro del **canal estrecho lumbar** es la claudicación neurogénica. Este cuadro consiste en dolor irradiado por debajo de la zona lumbar hacia los glúteos y piernas. El dolor empeora con la extensión de la columna y mejora con la flexión. La hernia de disco, encambio, que suele empeorar con la flexión.
- El **dolor miofascial** suele ser dolor difuso, de comienzo gradual, que empeora luego del descanso o estar sentado. Empeora con el frío y mejora con el calor y el movimiento. La movilidad está habitualmente reducida y existe cierta rigidez con una sensación de peso en la espalda. Puede haber dolor en las piernas y parestesias. Existe sensibilidad a la palpación en los tejidos blandos afectados y habitualmente en las articulaciones sacroilíacas. La fibromialgia puede presentar dolor lumbar con estas características.
- Un dolor constante, severo, persistente durante la noche sugiere la presencia de **neoplasia**, infección o compresión nerviosa en el receso lateral.
- La presentación típica de **las fracturas** incluye dolor con irradiación segmentaria en la distribución del nervio contiguo. La posición de sentado empeora el dolor.

Ciática

- La presencia de ciática (dolor con irradiación que sigue una dermatoma) sugiere con mayor certeza una hernia de disco. El hallazgo clásico es dolor en los glúteos y parestesias que se irradian por el muslo y la pierna. La irradiación suele ayudar a localizar la topografía. Los síndromes característicos incluyen S1, L5L4 y L3.

El 85-90% de las hernias afectan los espacios L4-L5 o L5-S1 ¹⁴.

- La sensibilidad de la ciática (pacientes con hernia de disco y ciática) es del 95%. Su ausencia excluye virtualmente el diagnóstico ¹⁵.

Tabla 1: Topografía de la raíz afectada

Raíz afectada	Dolor y parestesias	Debilidad	Reflejos
Compromiso S1	Región glútea, muslo posterior, región posterolateral de la pantorrilla y a veces en la región lateral del pie y los dos últimos dedos.	Puede haber debilidad en la flexión de los dedos	El reflejo aquiliano puede estar disminuido o ausente (S 50% y E 60%.)
Compromiso L5	Región posterolateral del muslo, ingle, región lateral de la pantorrilla, zona dorsomedial del pie y primeros dos dedos.	Puede haber debilidad en los extensores causando caída del pie	Los reflejos no suelen estar alterados (Puede asociarse a la depresión del reflejo del tibial posterior)
Compromiso L4 o L3	El dolor y las parestesias irradian a la región anterolateral del muslo y la rodilla.	Puede haber disminución de fuerza en cuádriceps e iliopsoas	El reflejo rotuliano puede estar disminuido o abolido

Examen físico

Inspección:

- Signos neurológicos: debilidad, atrofia (circunferencia de pantorrillas), fasciculaciones, signo de Trendelenburg.
- El paciente debe caminar sobre talones y en puntas de pie.

Palpación:

- Búsqueda de sensibilidad a la palpación de las apófisis espinosas, músculos paravertebrales. Se puede evidenciar espasmo muscular.

Maniobra de Lasegue y Lasegue cruzado:

El Lasegue positivo (dolor al elevar el miembro afectado) a los 60 grados suele indicar irritación de S1 o L5. Tiene una sensibilidad (S) del 80% (pocos falsos negativos), pero es poco específico (E) 40% (muchos falsos positivos) para irritación de raíz nerviosa. Su ausencia hace improbable la presencia de una hernia de disco ¹⁵.

El Lasegue cruzado positivo es el dolor en el miembro afectado cuando se eleva el miembro contralateral. Esta respuesta suele indicar la presencia de una hernia de disco. Es menos sensible que el Lasegue (25%), pero altamente específico (90%) ¹⁵. Un hallazgo positivo es virtualmente diagnóstico de hernia de disco.

Examen motor:

- Los flexores de los dedos se debilitan antes que los músculos del pie. La debilidad en la dorsiflexión del tobillo puede indicar el compromiso de L4 o L5. S 35% y E 70% para hernia de disco. ¹⁵
- La debilidad en la extensión del primer dedo del pie es manifestación de compromiso L5. S 50%, E 70% ¹⁵.
- La debilidad del glúteo mayor indica compromiso S1 y del glúteo medio, de L5.

La parálisis total suele indicar la lesión de múltiples raíces. La atrofia es rara antes de las 3 semanas de síntomas. La atrofia severa debe hacer sospechar en neoplasia extradural.

Examen de la sensibilidad:

Una distribución de una dermatoma de insensibilidad indica y localiza la raíz afectada. Como hay gran superposición en la distribución de raíces, la afección de una sola suele causar hipoestesia leve. El médico puede no detectar la anomalía en el examen físico, a pesar de que el paciente refiera síntomas sensitivos. El dedo grande del pie es un buen lugar para determinar la sensibilidad de L5 y el maléolo externo puede emplearse para S1. La hipoestesia tiene una S y E de 50% para hernia de disco ¹⁵.

Reflejos (ver Tabla 1)

Debido a que en la mayoría de las veces no existe un diagnóstico anatómico preciso, la evaluación diagnóstica suele ser frustrante para médicos y pacientes.

Es preferible y más útil, antes que realizar una búsqueda minuciosa de la causa, responder a las siguientes preguntas:

¿Hay una enfermedad seria que está causando el dolor?

¿Hay situaciones psicosociales que puedan amplificar/prolongar el dolor?

¿Existe compromiso neurológico que pudiera requerir evaluación quirúrgica?

En la mayoría de los pacientes estas preguntas pueden responderse con una historia clínica y un examen físico minucioso. Los estudios complementarios rara vez deben ser empleados ¹⁵. (ver Figura 1).

Importante en la evaluación inicial del paciente con lumbalgia aguda

• El examen físico debe orientarse a identificar déficit neurológico (el 90% de las radiculopatías por hernia de disco afectan las raíces L4/L5 o L5/S1).

• El examen debe centrarse en los reflejos rotuliano y aquiliano, dorsiflexión de tobillo y primer dedo del pie y distribución de los síntomas sensitivos. (Recomendación B)

• Ciertos elementos del interrogatorio pueden indicar la necesidad de un examen más completo, especialmente si hay banderas rojas o alertas para enfermedad seria (ver más adelante)

• El signo de Lasegue debe realizarse en todos los pacientes con ciática. (Recomendación B)

• La evaluación inicial debe abarcar aspectos psicosociales y socioeconómicos debido a que estos factores pueden complicar la evaluación y el tratamiento. (Recomendación B)

Banderas rojas

Las siguientes características pueden indicar la presencia de enfermedad seria y deberán considerarse para realizar investigaciones complementarias o derivar:

• Signos/síntomas del síndrome de la cola de caballo (retención urinaria, síntomas neurológicos bilaterales, anestesia en silla de montar) Si se sospecha, derivar urgentemente.

• Trauma importante

- Pérdida de peso
- Antecedente personal de cáncer
- Fiebre
- Empleo de drogas intravenosas
- Empleo de corticoides.

Hallazgos de la historia clínica y el examen físico que sugieren patología grave

Posible fractura	Posible tumor/infección	Posible cauda equina
Historia de trauma mayor (accidente de tránsito o caída de altura)	- Edad > 30 o < 20 años - Síntomas constitucionales (fiebre, escalofríos, pérdida de peso) - Factores de riesgo para	Anestesia en silla de montar Síntomas de disfunción vesical: retención urinaria, aumento de frecuencia, incontinencia por rebosamiento. Déficit neurológico severo y/o progresivo en extremidad inferior.
Trauma menor (en pacientes ancianos o potencialmente osteoporóticos)	infección espinal: infecciones urinarias, drogas intravenosas, inmunosupresión, HIV) - Dolor que empeora en decúbito supino, dolor nocturno severo	En el examen: -Esfínter anal sin tono -Pérdida de sensibilidad perineal/perianal -Defecto motor mayor: cuádriceps (falta de extensión de la rodilla); "caída" de la punta del pie

Banderas amarillas

Las banderas amarillas son factores psicosociales que aumentan el riesgo de desarrollar o perpetuar incapacidad a largo plazo e inclusive la pérdida del trabajo asociado a la lumbalgia.

La identificación de las banderas amarillas debería conducir a una intervención apropiada de manejo conductual y cognitivo.

El médico debe identificar estos factores a fin de implementar estrategias para lograr la recuperación.

El objetivo principal del manejo es controlar el dolor y prevenir la incapacidad. La identificación de los pacientes en riesgo hace posible la prevención de problemas a largo plazo en la mayoría de los casos y los beneficios superan los riesgos de un sobrediagnóstico del riesgo.

La presencia de factores psicosociales no significa que la lumbalgia es menos real y por lo tanto no elimina la necesidad de controlar el dolor.

La mayoría de estos pacientes pueden ser manejados eficazmente por el médico de atención primaria sin necesidad de derivación. El dolor lumbar, especialmente si se cronifica, es un problema que causa gran sufrimiento. La bibliografía es inconsistente para muchas condiciones crónicas excepto para la lumbalgia.

Están en riesgo los pacientes con: ^{16,17,22}

• La creencia de que la lumbalgia es dañina y potencialmente incapacitante

• Conducta evitativa por temor (evitar movimientos ante el temor de que el dolor aparezca) y reducción de las actividades diarias.

• Tendencia a la depresión y retraimiento de la vida social

• Expectativa en el éxito de tratamientos pasivos más que en la participación activa en la recuperación.

Las preguntas que el médico debe realizar adaptando el lenguaje al paciente son:

¿Ha perdido tiempo de trabajo por lumbalgia en el pasado?

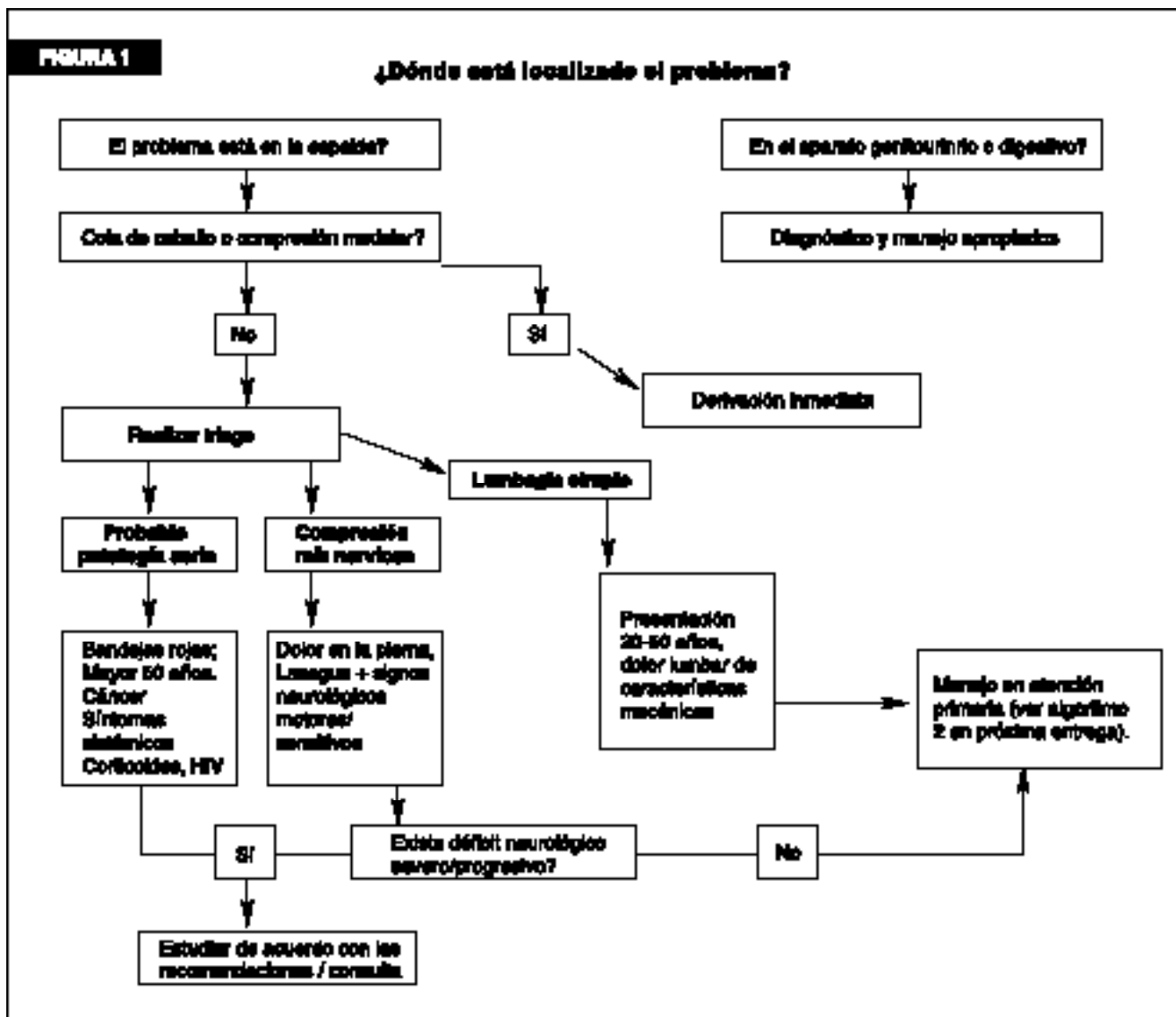
¿Cuál cree Ud. que es la causa del dolor lumbar?

¿Qué espera que lo ayude a resolver el problema?

¿Piensa que volverá al trabajo, cuándo?

FIGURA 1

¿Dónde está localizado el problema?



Dra. Karin Kopitowski [Unidad de Medicina Familiar.Hospital Italiano de Buenos Aires]

Bibliografía

1. Frymoyer J. Back pain and sciatica. N Eng J Med 1988; 318:291-300.
2. Department of Health Statistics Division. The prevalence of back pain in Great Britain in 1998. London: Government Statistical service, 1999.
3. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. Pain 2000; 84:95-103.
4. Burton A, Tillston K, Main C, et al. Psychosocial predictors of outcome in acute and sub chronic low back trouble. Spine 1995; 20:722-8.
5. Vlaeyan J, Linton S. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain 2000; 95:317-32.
6. Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, et al. Physician variation in diagnostic testing for low back pain: who you see is what you get. Arthritis Rheum 1994; 37: 15-22.
7. Cherkin DC, Deyo RA, Loeser JD, et al. An international comparison of back surgery rates. Spine 1994; 19: 1201-6.
8. Carey TS, Garret J. North Carolina Back Pain project. Patterns of ordering diagnostic tests for patients with acute low back pain. Ann Intern Med 1996; 125:807-14.
9. Keller RB, Atlas SJ, Soule DN, et al. Relationship between rates and outcomes of operative treatment for lumbar disc herniation and spinal stenosis. J Bone Joint Surg AM 1999; 81: 752-62.
10. Papageorgiou AC, Rigby AS. Review of UK rheumatic diseases-7. Low back pain. Br J Rheumatol 1991; 30:208.
11. Bogduk N, Macintosh JE. The applied anatomy of the thoracolumbar fascia. Spine 1984; 9:165.
12. Frymoyer JW, Pope MH, Costanza MC, et al. Epidemiological studies of low back pain. Spine 1980; 5:419.
13. Boshuizen HC, Verbeek JH, Broersen JP, et al. Do smokers get more back pain? Spine 1993; 18:35.
14. Jonsson B, Stromqvist B. Symptoms and signs in degeneration of the lumbar spine. J Bone Joint Surg 1993; 75B:381.
15. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? JAMA 1992; 268:760.
16. Cherkin DC, Deyo RA, Street JH, et al. Predicting poor outcomes for back pain seen in primary care using patients own criteria. Spine 1996; 21:2900-7.
17. Coste J, Delecoullerie G, Cohen de Lara A, et al. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. BMJ 1994; 308:577-80.
18. Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and Treatment patterns from US National Survey. Spine 1995; 20:11.
19. Simons DG, Travell JG. Myofascial origins of low back pain. 1. Principles of diagnosis and treatment. Postgrad Med 1983; 73:66.
20. Royal College of general Practitioners OoPCAs, and Department of health. Morbidity statistics from general practice. Fourth national study 1991-1992. London: HMSO, 1995.
21. Roland M, Morris A. A study of the natural history of low back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. Spine 1983; 8:141-144.
22. Schnitzer TJ, Gray WL, Paster RZ, et al. Efficacy of tramadol in treatment of low back pain. J Rheumatol 2000; 27:772-778.