

CAPÍTULO II

Dolor lumbar agudo

*Claudia Campos, MD
Jefe Departamento de Rehabilitación
Fundación Santa Fe de Bogotá*

DEFINICIÓN

Se conoce como dolor lumbar agudo, aquel que está localizado en el área comprendida entre la reja costal inferior y la región sacra, y que en ocasiones, puede comprometer la región glútea, cuya duración es menor de 6 semanas.

Un gran porcentaje de pacientes tiene lo que se denomina “lumbociática”. En este caso el dolor se irradia distalmente a uno de los miembros inferiores, correspondiendo a la distribución de las raíces nerviosas lumbosacras, con o sin déficit sensitivo o motor.

EPIDEMIOLOGÍA

El dolor lumbar es la segunda causa más común de consulta al médico. Su incidencia en la población adulta es de 60% a 90% con 5 % de incidencia anual. En menores de 45 años es la primera causa de discapacidad.

De todas las causas de dolor lumbar agudo, el 70% es debido a desgarros musculares lumbares, el 10% a cambios degenerativos en los discos y las facetas, el 4% a fracturas por compresión osteoporótica, y el 3% a estenosis espinal. El resto de causas representa el 1% únicamente.

FISIOPATOLOGÍA

La etiología del dolor lumbar es muy compleja. Dentro de las estructuras sensibles al dolor se encuentran: raíces nerviosas, duramadre, ligamentos longitudinal anterior y posterior, fibras anulares externas del disco, articulaciones facetarias y hueso poroso.

El dolor lumbar se ha asociado durante mucho tiempo con alteraciones mecánicas en la estructura de la columna. Sin embargo, desde 1951 con los estudios de Lindahl y Rexed, quienes reportaron inflamación histológica en las raíces nerviosas de pacientes operados por ciática, se ha logrado identificar que el componente bioquímico es un factor principal en la etiología del dolor lumbar. Saal y asociados reportaron altos niveles de fosfolipasa A2 entre el espacio epidural y el material de la hernia discal en pacientes con radiculopatía, y luego Chen y asociados demostraron que la inyección de la fosfolipasa A2 en el espacio epidural produce desmielinización de áreas de hipersensibilidad en las raíces nerviosas y descargas ectópicas responsables de la ciática.

Cargas constantes, cíclicas o vibratorias, inducen laxitud y microtrauma en las estructuras viscoelásticas de los elementos espinales.

El concepto de degeneración biomecánica en espiral ha ganado mucha aceptación. Este sugiere que el daño anular (fisura, desgarro o herniación) produce liberación de material nuclear (fosfolipasa A2 y glutamato) en el espacio epidural y las raíces nerviosas, provocando una reacción inflamatoria con estimulación nociceptiva, posible daño nervioso y finalmente dolor. Las neuronas se sensibilizan a más estímulo mecánico, posiblemente causando isquemia, atrayendo polimorfonucleares y monocitos a las áreas afectadas y produciendo más degeneración discal y más dolor.

- Descripción del dolor.
- Factores desencadenantes y calmantes.
- Limitaciones por el dolor.
- Síntomas urinarios, debilidad, hipoestésias.
- Síntomas constitucionales: fiebre, pérdida de peso, dolor nocturno.
- Cirugía lumbar previa con dolor persistente.
- Antecedente de inmunosupresión, cáncer, corticoesteroides, HIV.
- Uso de drogas ilícitas intravenosas.
- Tabaquismo.
- Ocupación.

CUADRO CLÍNICO

El interrogatorio debe incluir los siguientes puntos:

- Mecanismo insidioso o trauma específico.
- Localización de los síntomas.
- Duración aguda (menos de 6 semanas) o crónica (mas de 6 semanas).

EXAMEN FÍSICO

1. Inspección postura, marcha.
2. Examen regional de la columna lumbar palpación espinal, arcos de movimiento, caderas y miembros inferiores.
3. Exámenes específicos: Lasegue.
4. Examen neurológico de tamizaje: fuerza muscular, sensibilidad atrofia, reflejos.
5. Examen abdominal, pulsos, pelvis.

TABLA 1. EXAMEN MOTOR

Raíz nerviosa	Examen motor	Prueba funcional
L3	Extensión de cuádriceps	Acuclillarse y levantarse
L4	Dorsiflexión de pie	Caminar en talones
L5	Dorsiflexión de grueso artejo	Caminar en talones
S1	Plantiflexión de pie	Caminar en puntas de pie

TABLA 2. EXAMEN SENSITIVO Y REFLEJOS

Raíz nerviosa	Sensibilidad	Reflejo
L3	Muslo lateral, cóndilo femoral medial	Patelar
L4	Pierna medial y tobillo medial	Patelar
L5	Pierna lateral y dorso del pie	Isquiotibial
S1	Planta del pie y tobillo lateral	Aquiliano

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

En la valoración de urgencias no está indicado el uso de ayudas diagnósticas a menos que exista sospecha de cáncer, infección, síndrome de cauda equina, fractura, hernia discal significativa o aneurisma aórtico.

En caso de signos de alerta, las radiografías lumbares deben ser AP y laterales, sin necesidad de oblicuas.

La decisión de ordenar resonancia magnética nuclear, TAC de columna, gamagrafía ósea se debe tomar en conjunto con el especialista de columna.

A. Indicaciones de imágenes diagnósticas y/ o interconsulta especializada

Condición	“Signo de alerta”	Acción
Cáncer	Antecedente de cáncer Perdida de peso inexplicada Edad mayor de 50 No hay mejoría a pesar del tratamiento Dolor más de 6 semanas Dolor en reposo, nocturno	Imágenes diagnósticas
Infección	Fiebre Antecedente de uso ilícito de drogas intravenosas Infección bacteriana reciente Estados de inmunosupresión (corticosteroides, trasplantados, diabetes, VIH) Dolor en reposo	Imágenes diagnósticas + Hemograma, velocidad de sedimentación, parcial de orina
Cauda equina	Retención urinaria o incontinencia Anestesia perineal Tono esfínter anal disminuido/ incontinencia fecal Debilidad bilateral en miembros inferiores / hipo-estésias o déficit neurológico progresivo	Interconsulta quirúrgica especializada urgente + imágenes diagnósticas
Fractura	Uso de corticosteroides Edad mayor de 70 años o antecedente de osteoporosis Trauma significativo reciente	Imágenes diagnósticas e interconsulta quirúrgica especializada
Aneurisma abdominal	Masa abdominal pulsátilo Enfermedad vascular Dolor en reposo o nocturno Edad mayor de 60	Imágenes diagnósticas e interconsulta quirúrgica especializada
Hernia discal significativa	Debilidad muscular mayor	Interconsulta al especialista de columna e imágenes diagnósticas

Adaptado de Kaiser Permanente, 1996.

INDICACIONES DE HOSPITALIZACIÓN

Tres grupos:

- A. Sospecha de trauma mayor agudo: el trauma ocurrió 7 días antes de la consulta, o el examinador documenta o sospecha una fractura espinal aguda, lesión medular o daño a la raíz nerviosa.
- B. Déficit neurológico agudo o progresivo: contactar al especialista de columna antes de ordenar imágenes diagnósticas. Si las imágenes no demuestran lesión aguda se puede dar manejo ambulatorio u hospitalizar para facilitar la decisión quirúrgica, observación del déficit neurológico o para rehabilitar los déficits funcionales. La decisión de hospitalización se toma en conjunto con el especialista de columna.
- C. Dolor lumbar incapacitante. El paciente no puede realizar sus actividades básicas por el dolor y vive solo.

TRATAMIENTO INICIAL

Múltiples manejos farmacológicos y manuales se han propuesto para el manejo agudo del dolor lumbar. En primera línea se recomienda el uso de antiinflamatorios no esteroideos si no hay contraindicaciones. Los relajantes musculares y el uso de opiáceos también están indicados en los casos de mayor dolor y limitación.

Las manipulaciones manuales no tienen indicación en el tratamiento agudo del dolor lumbar. Las modalidades como la crioterapia, calor superficial, TENS, sirven como coadyuvantes en el manejo del dolor.

La prescripción de actividad no está aún claramente definida, aunque parece ser que el reposo absoluto trae más complicaciones que beneficios, y que el nivel de actividad usual

debe continuar en el paciente con lumbalgia con o sin ciática.

TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO

El manejo inicial del dolor lumbar agudo debe estar a cargo del médico general o del urgenciólogo, una vez descartadas las patologías de alerta. Cuando el paciente no mejora después de la valoración inicial, se debe remitir para un tratamiento especializado.

Según la etiología del dolor lumbar el tratamiento especializado varía.

El tratamiento de la lumbalgia con radiculopatía por herniación discal con bloqueos transforaminales selectivos con corticoides es un método que reduce el dolor y que puede evitar el manejo quirúrgico de estos pacientes. Dependiendo de la institución, este procedimiento es realizado por diferentes especialistas como neurocirujanos, fisiatras, radiólogos, anestesiólogos, etc.

Solo 3% de las lumbalgias tienen indicación quirúrgica.

Los factores psicológicos del paciente deben ser valorados por un especialista en casos específicos.

Los programas de fortalecimiento de la musculatura espinal y estabilización de la columna son la base de los programas de rehabilitación. Estos han demostrado ser efectivos en el tratamiento de la enfermedad degenerativa discal.

PRONÓSTICO

90% de los pacientes con lumbalgia aguda mejoran en menos de 4 semanas y no necesitan manejo especializado.

La situación laboral del paciente juega un papel primordial en el curso clínico de la lumbalgia. Se ha demostrado que el paciente que está descontento en su trabajo tiene menos probabilidades de mejoría.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Las “escuelas de columna e higiene postural” no han demostrado ser eficientes en la prevención del dolor lumbar.

La obesidad no está relacionada con la lumbalgia.

Ciertos ambientes laborales pueden causar trauma repetitivo en las estructuras espinales y estos se deben modificar.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Cannon D, Aprill C. Lumbosacral epidural steroid injections. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81: S-87-S-98
2. Bloomington (MN): Adult low back pain. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); Low back pain guidelines 2001 May.
3. Hagen K, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. The Cochrane Review of Advice to Stay Active As a Single Treatment for Low Back Pain and Sciatica. Spine 2002; 27:1736-1741.
4. Londoño R. Dolor lumbar agudo: guía práctica clínica. Rev Colomb Ortop Traumatol 2001; 15: 34-36.
5. Washington State Department of Labor and Industries. Guidelines for hospitalization for low back pain. Olympia (WA): Washington State Department of Labor and Industries; 1999.