

Lumbago

Marta Aliste S.
Prof. Asistente de Medicina,
Sección Reumatología,
Depto. de Medicina,
Hospital Clínico, U. de Chile

El dolor lumbar es una de las causas de consulta más frecuentes en población adulta y una continua causa de ausencia laboral.

El dolor lumbar sin ciática se ha reportado con una prevalencia entre 33% a 73% al año; de éstos sólo requiere atención médica un 10% a 15% de los pacientes adultos activos por la intensidad del dolor (VAS > 4).

DEFINICIONES

- Lumbago: Dolor a nivel de la columna lumbar, que no se irradia bajo la rodilla.
- Lumbociática: Dolor lumbar que se irradia bajo la rodilla.

Se habla de lumbago agudo si tiene menos de seis semanas de evolución, y crónico, con más de seis semanas de evolución.

ANATOMIA DE LA COLUMNA LUMBAR

La columna lumbar está formada por cinco vértebras que se articulan a través del disco intervertebral, que está formado por un anillo fibroso que en su centro contiene el núcleo pulposo.

La posición normal de la columna es de lordosis suave, lo que aumenta por laxitud de los músculos abdominales o se rectifica por dolor.

EPIDEMIOLOGIA

Se presenta lumbago en un 15% a 20% de la población de EE.UU. al año. Los desórdenes mecánicos de la columna causan más del 90% de todos los episodios de lumbago; se ha reportado que un 50% de los pacientes mejora a las dos semanas y hasta un 90% de los pacientes puede mejorar en cuatro a seis semanas.

DIAGNOSTICO DE LUMBAGO

Es muy importante la historia clínica del paciente, en los siguientes aspectos:

- Antecedentes: traumatismo, infección (TBC), neoplasias, trabajo, factores emocionales.
- Síntomas generales: fiebre, pérdida de peso.
- Síntomas asociados en otros órganos que puedan orientar a una causa primaria del lumbago.
- Características del dolor: localización, duración de los síntomas, severidad del dolor y posible relación del comienzo del dolor con algún evento traumático.

LUMBAGO QUE REQUIERE APROXIMACION URGENTE EN 24 HORAS

1. Fiebre de 38° por más de 48 horas.
2. Dolor nocturno.
3. Debilidad de extremidades inferiores.
4. Pérdida de control de esfínteres.
5. Déficit neurológico progresivo.

LUMBAGO NO URGENTE, PERO EVOLUCION INDICADA

1. Dolor lumbar crónico.
2. Antecedentes de dolor lumbar previo.
3. Inexplicada pérdida de peso.
4. Mayores de 50 años.
5. Historia de cáncer
6. Ejercicios de injuria.

EXAMEN FISICO DEL LUMBAGO

- Características de la marcha: la claudicación de una extremidad nos puede anticipar la sospecha de la presencia de una radiculopatía.

- Exploración estática: rectificación por dolor o alteraciones del eje de la columna que favorecen dolor, como aumento de la lordosis, xifosis y/o escoliosis.
- Exploración dinámica: Se solicita al paciente flexión, extensión y rotaciones de la columna, para ver qué movimientos gatillan dolor.
- Palpación: buscar sensibilidad y/o espasmos presentes en columna y músculos paravertebrales.
- Exploración neurológica: observar el desarrollo, tonicidad y función musculoesquelética; se realiza exploración de reflejos de extremidades inferiores y sensibilidad. Se puede realizar la clásica maniobra de elongación ciática (Lasegue) y crural (O'Connell).
- Según los síntomas asociados, se podrá requerir tacto rectal y examen ginecológico, si procede.

	Distribución dolor	Pérdida sensibilidad	Pérdida motora	Pérdida rotación
L4	Muslo ant. a región int. pierna	Región anterior interna muslo y rodilla.	Cuadríceps	Rotuliano
L5	Pierna externa a dorso del pie	Región externa pierna al dorso del pie	Extensor largo del ortejo mayor	
S1	Región externa pie	Región externa pie y planta.	Glúteo mayor	Aquileo

PRINCIPALES CAUSAS DE LUMBAGO Y LUMBOCIÁTICA

1. Trastornos mecánicos: son la causa más frecuente de lumbago; incluyen distensión muscular, HNP, artrosis, estenorraquis, espondilolistesis y escoliosis del adulto.
2. Inflamatorias: infecciosas (TBC, micóticas, bacterianas) o no infecciosas (PEP).
3. Metabólicas: osteoporosis, osteomalacia, osteítis fibrosa quística, Paget.
4. Neoplasias óseas, primarias o secundarias.
5. Síndrome de entrapamiento y compresión nerviosa, como la melalgia parestésica y el síndrome piramidal.
6. Afecciones intrapélvicas y abdominales: inflamaciones o neoplasias del rectosigmoides, vías urinarias, útero y anexos, próstata, páncreas.
7. Trastornos psíquicos: neurosis, psicopatías, simulación.

DISTENSION DE LA ESPALDA

Habitualmente el lumbago va precedido por un evento traumático, es un dolor de espalda agudo, que se irradia hacia arriba a los músculos paraespinales ipsilaterales sin irradiación al muslo, y puede irradiar a glúteos.

El tratamiento es limitar los movimientos bruscos, antiinflamatorios y relajantes musculares.

HERNIA DEL NUCLEO PULPOSO (HNP)

Es la causa más frecuente de lumbociática: se produce compresión del nervio por la hernia discal e inflamación, y hay dolor radicular o ciática, la que aumenta con actividades que elevan la presión intradiscal, como sentarse, inclinarse o hacer la maniobra de Valsalva. Al examen físico se va a encontrar la alteración radicular correspondiente.

Entre los exámenes de apoyo la RNM (resonancia nuclear magnética) sigue siendo la mejor técnica para identificar la localización de la HNP. Una TAC (tomografía axial computarizada) lumbar negativa no descarta una HNP.

La EMG (electromiografía) con velocidad de conducción puede documentar la función anormal del nervio, después que la compresión ha estado presente ocho semanas o más.

El tratamiento de la HNP incluye reposo en posición fetal en etapa aguda del dolor, posteriormente actividad física controlada, antiinflamatorios; se ha usado inyección epidural de esteroides con éxito variable reportado en la literatura.

En la mayoría de los pacientes, el dolor cede a las 12 semanas. Sólo un 5% de las HNP requiere de descompresión quirúrgica.

ESPONDILOARTROSIS LUMBOSACRA

La artrosis de la columna lumbosacra puede causar dolor bajo de espalda localizado, que aumenta al final del día; este dolor se agrava con la extensión de la columna (Síndrome facetario).

En la radiografía de columna lumbosacra se pueden ver signos de artrosis interfacetaria en las proyecciones oblicuas. El tratamiento consiste en actividad física controlada, uso de analgésicos o antiinflamatorios, relajantes musculares y rehabilitación kinésica.

ESTENORRAQUIS LUMBAR

Se produce secundaria al crecimiento de osteofitos, redundancia de ligamentos amarillos y profusión posterior de discos intervertebrales. Va a llevar a una estenosis central del canal medular, presenta dolor en una o ambas piernas que aumenta al caminar y se alivia al sentarse o inclinarse hacia adelante.

La exploración física puede ser negativa; en un tercio de los pacientes se encuentra debilidad motora y la mitad tiene anormalidad de los reflejos osteotendíneos. La TAC demuestra enfermedad articular interapofisiaria, configuración en trébol del canal medular y las dimensiones reducidas del canal.

La RNM permite documentar la localización de la compresión nerviosa, si es que existe.

El tratamiento inicial es aliviar el dolor con analgesia, antiinflamatorios, inyecciones de corticoides a nivel interfacetario o epidural. Puede ayudar a limitar el dolor el uso de corset ortopédico.

La descompresión quirúrgica de la estenorraquis lumbar se reserva para los pacientes totalmente incapacitados; la mayoría de los pacientes no requieren cirugía.

ESPONDILOLISTESIS

Se define como el desplazamiento anterior de un cuerpo vertebral en relación a la vértebra inferior; puede ser secundaria a espondilolisis o degeneración de discos intervertebrales.

Produce dolor bajo de espalda, que se exacerba al estar de pie y se alivia en reposo.

La radiografía de columna puede demostrar alteración de la pars interarticular y grado de subluxación de una vértebra sobre otra.

El tratamiento de la espondilolistesis es con ejercicios de rehabilitación y fortalecimiento muscular, alivio del dolor con antiinflamatorios y uso de fajas ortopédicas o analgésicos.

La cirugía de fusión es útil para pacientes con un deslizamiento grado 3 y síntomas de compresión nerviosa.

INDICACIONES QUIRURGICAS DEL LUMBAGO

1. Síndrome de cuadro equino, que se caracteriza por anestesia perineal y descontrol de esfínteres.
2. Déficit neuromotor progresivo o significativo.
3. Déficit neuromotor persistente por más de cuatro a seis semanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Smedley J, Inskip H, Bucle P, Cooper C, Coggon D. Epidemiological Differences between back pain of sudden and gradual onset. *J Rheumatol* 2005; 32:528-32.
- Eugene J y Carragee MD. Persistent low back pain. *N Engl J Med* 2005; 352: 1891-1898.
- Aris H. Lumbago y Lumbociática. En: *Reumatología*, 1ª Ed., Santiago, Chile: Fundación de Investigación y Perfeccionamiento Médico 1995:535-547.
- Institute for Clinical System Improvement. Adult low back pain. *Health care guideline* 1999 (Nov):1-48.