

Lumbago Complicado para el Internista

LEONARDO GUZMÁN BONDIEK

Profesor Titular de Medicina
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Introducción

Más del 80 % de los adultos presentan algún tipo de dolor lumbar en el transcurso de su vida. En la gran mayoría, este problema es de poca trascendencia y autolimitado y sólo una proporción baja desarrolla un dolor crónico persistente que, a veces, dificulta las actividades de la vida diaria.

Entre el 1% y el 5% de los enfermos, sin embargo, evidencia un cuadro doloroso lumbar severo de curso y pronóstico incierto y con complicaciones potenciales graves.

Diversas clasificaciones que intentan ubicar el origen del problema doloroso han facilitado el estudio y conocimiento de su posible causa, pese a lo cual, en muchas ocasiones esta queda en duda.

Posibles Causas del Dolor Lumbar

Causa Mecánica

- inespecífico de partes blandas
- degenerativo discal / interapofisiario
- herniación discal
- estenosis canal raquídeo
- espondilolisis / listesis
- causas congénitas (xifoesciosis)
- posfractura

Alteraciones no Mecánicas

- neoplásicas: mieloma, metástasis, linfoma, leucemia, tumores medulares
- infecciones: discales, absceso paravertebral absceso peridural
- pelviespondiloartropatías
- enfermedad de Paget.

(Adaptada DEYO et al: NEJM 344,5, feb 2001)

En su gran mayoría (>90%), las causas de dolor se relacionan con daño degenerativo “mecánico” del soporte óseo, de los discos intervertebrales o de las articulaciones interapofisiarias, sin compromiso neurológico. En un grupo mal definido el dolor se atribuye a causas “inespecíficas” adjudicado a alteraciones de partes blandas músculo ligamentosas.

Entre un 3% y 5 % el origen del dolor lumbar proviene de afecciones del esqueleto que dependen de daño estructural asociado a afecciones *neoplásicas primarias o invasivas, infecciones discales (discitis), o enfermedades inflamatorias interapofisiarias y ligamentosa* ligadas al antígeno HLA B 27 (pelviespondiloartropatías). En este grupo las características del dolor dependen del cuadro de origen.

En las neoplasias con destrucción del cuerpo de la vertebra el dolor es invalidante, diurno y nocturno. En el mieloma múltiple, por ejemplo, la primera fase es la pérdida de masa ósea y sólo durante la progresión del cuadro se producen microfracturas y pérdida de altura de los cuerpos vertebrales y el dolor se hace aparente.

En las discitis infecciosa el síntoma doloroso se manifiesta cuando invade la plataforma del cuerpo vertebral e igualmente es severo, persistente diurno y nocturno, invalidante.

En las pelviespondilopatías, en cambio, los síntomas iniciales suelen ser sutiles, presentando inicialmente rigidez con los cambios de postura, dolor nocturno y con el avance de la afección, la molestia se va intensificando y puede llegar a la incapacidad que se observa en los casos avanzados. El tiempo que media entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico correcto suele ser de tres a cinco años.

Adicionalmente, se describe una proporción aún menor de enfermos (< 1%) con enfermedades *sistémicas* que debutan con dolor *referido* a la columna, o en el que éste aparece en el transcurso de su evolución clínica y que es muchas veces derivado a internistas y reumatólogos ante la imposibilidad en alcanzar una explicación adecuada al dolor o por el fracaso de las terapias utilizadas habitualmente para su alivio.

Posibles Causas de Dolor Referido a la Columna

- **digestivas:** pancreáticas, diverticulitis, úlcera gastroduodenal complicada
- **renales:** litiasis, pielonefritis, absceso perirenal hipernefroma
- **pelvianas:** prostatitis, endometriosis
- **ginecológicas:** embarazo complicado, miomatosis, quistes ováricos
- **retroperitoneales:** neoplasias, fibrosis retroperitoneal, linfomas
- **vasculares:** aneurisma aórtico roto
- **neurológicas:** tumores medulares primarios.

(Adaptada DEYO et al: NEJM 344,5, feb 2001)

Es en este grupo de enfermos, en que el diagnóstico correcto y precoz es particularmente importante, ya que su retardo conduce a eventos potencialmente fatales.

Se reconoce en ellos un curso evolutivo **agudo** con compromiso sistémico precoz cuyo reconocimiento es más simple por las manifestaciones clínicas y los síntomas y signos adicionales, como fiebre, malestar general, postración, a los que se suman otros dependientes del órgano afectado.

Usualmente, los hallazgos del examen físico apuntan tempranamente a la posible causa, y el dolor lumbar o sacro se ven opacados por los demás indicios clínicos. Es lo que se observa, por ejemplo, en la colecistitis aguda, pancreatitis, prostatitis, el absceso perirenal y las complicaciones de las diverticulitis y algunas afecciones inflamatorias pelvianas. El aneurisma aórtico complicado puede ser un cuadro agudo que se manifiesta solo por dolor lumbar y, en cambio, la disección aórtica la molestia suele iniciarse en la parte alta del tórax, para luego irradiarse a la zona lumbar y glútea pudiendo acompañarse de colapso circulatorio.

Es en las circunstancias en que el dolor lumbar es **sub agudo o crónico** en los que la evaluación inicial puede ser equívoca sin hallazgos orientadores y donde puede haber incertidumbre. Este escenario es más propio en las **úlceras duodenales complicadas cáncer de páncreas, linfomas, la fibrosis retroperitoneal la aortitis inflamatoria y algunas infecciones crónicas como la tuberculosis.**

Cómo evitar omisiones o errores diagnósticos en estos pacientes?

Para alcanzar un diagnóstico correcto es esencial apli-

car los fundamentos básicos de la medicina, una **acabada historia clínica**, y un **examen físico completo**, para luego proceder al uso racional y progresivo de exámenes de laboratorio y de las imágenes disponibles.

Intentar reemplazar con imágenes de avanzada sin un análisis de su valor predictivo es un error común. El 80% de los mayores de 50 años, asintomáticos, presenta cambios degenerativos de los cuerpos vertebrales, discales o interapofisiarios, a los que se atribuyen con exagerada frecuencia la causa de los síntomas dolorosos, sin considerar elementos clínicos adicionales indispensables en su adecuada interpretación.

En la **historia clínica** es imprescindible indagar el tiempo de evolución, dolor nocturno, intensidad, irradiación, aparición de fiebre, baja de peso, presencia de signos neurológicos radicales o de compresión medular y las limitaciones de la movilidad que el dolor ocasiona. También se debe buscar la asociación con enfermedades sistémicas como diabetes, neoplasias y el uso de medicamentos como corticoides o inmunosupresores, ya que ellos también inciden por sus complicaciones en el análisis diagnóstico.

Un examen **físico completo**, es indispensable que abarque no solo la columna, sino también el sistema cardiovascular y abdominal, adenopatías, pulsos periféricos, neurológico, y debe agregarse el examen de la marcha.

A este respecto, la **movilidad normal** de columna en presencia de dolor más o menos intenso, adquiere relevancia especial y apunta hacia dolor **referido**, en contraste con la aparición de rigidez o limitación de los movimientos de la columna, que es propio de lesión o daño estructural óseo o discal.

Sucede algo similar con el hallazgo de **alteraciones neurológicas** sin modificaciones de la movilidad lumbar normal, sugiere un problema compresivo extrínseco o una invasión medular primaria.

Ante esta constelación de síntomas y hallazgos del examen, antes de iniciar un estudio de imágenes de columna, como radiografía simple, TAC o RNM, teniendo en consideración de que con gran probabilidad van a estar alterados con cambios degenerativos, sobre todo en pacientes mayores de 50 años, y que sólo contribuyen a una pérdida de la orientación diagnóstica, es muchísimo más informativo y práctico obtener imágenes abdominales y/o pelvianas (ecografía abdominal y / o pelviana o una tomografía computarizada abdominal) que darán información de partes blandas o compromiso de órganos sólidos que pudieran ser la causa real del problema doloroso.

Estos estudios de imagen deben ser complementados con exámenes generales, hemograma, PCR pruebas de función hepática, metabolismo óseo (calcemia fosfemia vitamina D, PTH) y, eventualmente, electroforesis de proteínas o inmunofijación.

Consideraciones Especiales

La historia previa y el contexto de algunos pacientes es muy orientadora en la planificación de un estudio diagnóstico.

Un enfermo **diabético** en el que aparece un dolor lumbar febril, con movilidad normal, la orientación se dirige hacia la búsqueda de pielonefritis aguda, una necrosis papilar y eventualmente un absceso perirrenal. Otra complicación del diabético de diagnóstico difícil, es el absceso **peridural**, en el que el dolor lumbar es persistente diurno y nocturno, a veces, sin compromiso neurológico y cuyo retardo en el reconocimiento complica severamente el pronóstico con alta mortalidad.

En cambio, las **espondilodiscitis**, también más frecuente en el paciente diabético, casi siempre va asociado a dolor severo, marcada rigidez y limitación de la movilidad. Si las imágenes son obtenidas muy precozmente pueden ser falsamente negativas incluyendo la resonancia nuclear, y eventualmente el PET *scan* puede ser de enorme utilidad.

Pacientes con dolor lumbar referidos del **aparato digestivo** representan un rubro importante, particularmente los tumores de origen pancreático.

El **páncreas** anatómicamente próximo a la región lumbar alta y los plexos nerviosos intraabdominales, la única manifestación inicial del cáncer puede ser dolor lumbar nocturno y que cede en el día, sin presentar síntomas digestivos. El retardo diagnóstico suele ser hasta cuatro meses cuando se agregan otros hechos, baja de peso, intolerancia alimentaria y compromiso sistémico. La **ulcera duodenal** penetrante puede, a veces, provocar dolor lumbar como primer síntoma y se acompaña de pirosis, sensación de repleción e intolerancia con las comidas. Los **tumores de colon**, cuando ocupan espacio en la cavidad abdominal, también pueden provocar dolor lumbar como síntoma y muchas veces las molestias digestivas son poco valoradas hasta que las alteraciones del tránsito son predominantes.

Otras estructuras **retroperitoneales** como **ganglios**, la **aorta** y el tejido **conectivo perivascular**, pueden ser causales de dolor lumbar mal definido sin alteraciones de la movilidad y que frecuentemente son detectados tardíamente y

como hallazgo a veces inesperados. La fibrosis retroperitoneal y la periarteritis aórtica asociada a IgG4 son hallazgos cada vez más frecuentes y deben estar presente en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar.

El dolor lumbar de **origen vascular**, por rotura de aneurisma aórtico con o sin disección es un cuadro agudo, de intensidad severa con dolor irradiado desde la zona torácica alta que se extiende a la región lumbar y se acompaña de soplo abdominal y alteraciones de los pulsos femorales.

Algunos Casos Clínicos Ilustrativos

Caso 1

Mujer, 54 años, sana previamente, en que aparece dolor lumbar de dos meses de evolución, progresivo que se hace nocturno; sin otros antecedentes. Examen físico general y de columna **normal**; Rx columna: Discopatía L4-L5, espondilosis.

Tratamiento: analgesia y kinesiterapia; empeora; tomografía axial computarizada, confirma la presencia de discopatías, espondiloartrosis y espondilosis. Nuevo ciclo de tratamiento kinesiterápico.

El dolor nocturno se hace intolerable; Tomografía computarizada abdominal demuestra presencia de cáncer de páncreas con infiltración retroperitoneal.

Caso 2

Hombre de 66 años, fumador, diabético, que refiere dolor lumbar desde hace tres meses, progresivo. Al examen físico: ausencia de pulsos pedio e hiporeflexia rotuliana con hipoestesia distal. La movilidad lumbar es normal.

La VHS: 103, PCR 22, creatinina 0,8 mgs/dl; TAC de columna lumbar: discopatías, estenoraquis L3-L4 y calcificación aórtica. Se inicia tratamiento analgésico y kinesiterapia sin resultados y el paciente refiere fiebre de 37,8, baja de peso y malestar general. Se agrega dolor abdominal difuso y el dolor lumbar se hace más intenso, pero no le impide desplazarse; TAC abdominal señala engrosamiento retroperitoneal sugerente de adenopatías y ensanchamiento aórtico, y la RNM confirma una periaortitis. Se obtiene IgG4 la que es de 60 mg/dl (normal hasta 5); biopsia confirma periaortitis inflamatoria con tinción + para IIG4.

Se inicia tratamiento con 30 mg de Prednisona con control cercano de su diabetes con desaparición casi inmediata del dolor lumbar.

Caso 3

Mujer, 55 años, diabética con Insulina lenta 50 unidades más insulina corriente 12 unidades en la noche. Consulta por dolor lumbar diurno y nocturno progresivo de tres semanas; sin limitación por dolor; examen de columna normal; examen neurológico normal sin fiebre; VHS 105, PCR 72, Leucocitosis de 15200 Neutrofilia 88%; creatinina, orina normal; urocultivo negativo. RX columna; cambios degenerativos L4 -L5; TAC lumbar discopatías y espondiloartrosis.

Empeora el dolor se hace febril y aparece dificultad a la marcha por paresia dorsiflector pie derecho, arreflexia rotuliana bilateral y retención urinaria; RNM absceso peridural que abarca desde L1 a L5; pese al tratamiento anti-biótico fallece a las seis semanas del inicio del dolor.

REFERENCIAS SELECCIONADAS

- Jarvik J, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002; 137(7):586-97.
- Brinjikji W, Luetmer PH, Comstok B, Bresnihan BW, *et al.* Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. *AJNR Am J Neuroradiology* 2015; April 36 (4):811-6.
- Weishaupt D, Zanetti M, Hodfler J, Boos N. Imaging of the Lumbar spine: prevalence of disk extrusion and sequestration, nerve root compression and plate abnormalities and osteoarthritis of the facet joints in asymptomatic volunteers. *Radiology* 1998, 209:661-666.
- Dincer U, Cakar E, Kinalp MZ, *et al.* Diagnosis delay in patients with ankylosing spondylitis: possible reasons and proposals for new diagnostic criteria. *Clin Rheumatol* 2008, 27(4): 457-62.
- De Hooge M, de Bruin F, de Beer L, Bakker P, van der Berg, R, Ramiro S, van Gaalen F, Fagerli K, *et al.* Is the site of back pain related to the location of magnetic resonance imaging lesions in patients with chronic back pain? Results from the Spondyloarthritis caught early cohort. *Arthritis Care Res*, 2017, 69(5): 717-23.
- Löffler C, Hoffend J, Rebel M, *et al.* A rare cause for lower back pain: a case of an IgG4-related periaortitis. *Clin Rheumatol.* 2016; 35(1):265-70.
- Deyo RA: Early diagnostic evaluation of low back pain. *J Gen Intern Med* 1986; 1(5):328-38
- Deyo RA, Weinstein JN: Low Back Pain: *N Engl J Med* 2001, Feb 344(5): 363-70.