

Lumbalgia

Definición

Es un dolor localizado que se ubica debajo del margen de las últimas costillas, de la parrilla costal hasta la región glútea inferior, por encima de las líneas glúteas inferiores con o sin dolor en los miembros inferiores (1). Generalmente este dolor es acompañado de espasmo, que compromete las estructuras osteomusculares y ligamentarias del raquis y su etiología es múltiple (2).

Factores de riesgo

- Fumar (3) (4)
- Obesidad (3) (4)
- Edad (3) (4)
- Género femenino (3) (4)
- Trabajo físicamente extenuante (3) (4)
- Trabajo sedentario (3) (4)
- Trabajo psicológicamente extenuante (3) (4)
- Bajo nivel educativo (3) (4)
- Insatisfacción en el trabajo (3) (4)
- Factores psicológicos como el trastorno de somatización, ansiedad y depresión (3) (4).

Síntomas, signos

- Dolor de columna más síntomas de compresión radicular.
- Casi siempre es mecánico.
- Se debe descartar un déficit neurológico
- El reto es saber distinguir entre el dolor mecánico y una patología más grave.
- Fisiopatología del dolor mecánico: Hernia del disco -> espasmo muscular -> dolor

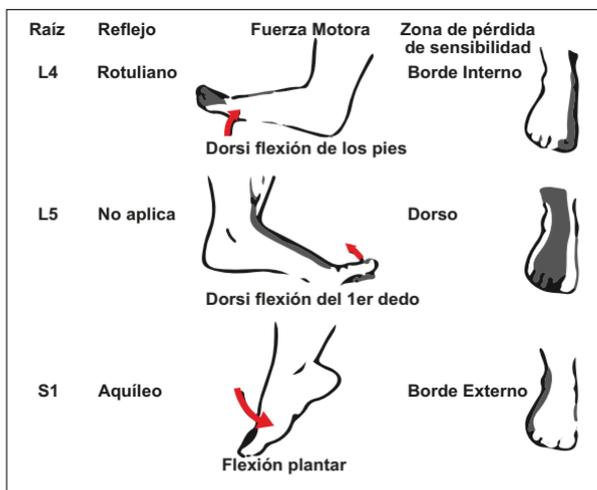
- Hay que documentar el examen neurológico en la Historia Clínica (tabla 1).
- Si es mecánico, y no de causa renal, no se requiere EMO ni Creatinina
- VSG –PCR (5)

Tabla 1.Descripción semiológica de las raíces nerviosas

RAÍZ	REFLEJO	SENSIBILIDAD (PIE)	FUERZA MOTRIZ (PIES)
L4	Rotuliano	Borde interno	Pronación de los pies
L5	No aplica	Dorso	Dorsi flexión de los pies
S1	Aquileo	Borde externo	Supinación de los pies

Fuente: https://es.slideshare.net/nemesis_66/lumbalgias

Gráfico 1.Descripción Neurológica de los dermatomas



Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

Banderas rojas

Signos de alarma que indican lesión medular grave (absceso, fractura de compresión, tumor), que ameritan Rayos X o TAC, incluyen:

- Presentación en edades inferiores a 20 años o superiores a 55 años
- Causa traumática (p. ej., caída desde una altura) Dolor constante, progresivo, sin ritmo mecánico
- Dolor torácico acompañante, antecedentes patológico de carcinoma

- Toma de corticoides orales, drogo dependencia, VIH , Mal estado general
- Pérdida de peso
- Limitación persistente y severa de la flexión lumbar Deterioro neurológico (gráfico 2)

Banderas amarillas

Son factores psicosociales que predicen cronicidad del dolor, pueden influir en los resultados a largo plazo en la enfermedad, y dificultan la evaluación y tratamiento de la misma. También se los puede entender como factores de riesgo de evolución a lumbalgia crónica:

- Episodios previos de dolor lumbar
- Pérdida del puesto de trabajo por lumbalgia en el último año
- Presencia de dolor lumbar irradiado (ciatalgia) con Lasegue positivo, afectación de ROTS (reflejos osteotendinosos) (gráfico 2)
- Atrofia y debilidad muscular
- Sensación subjetiva de enfermedad
- Fumador
- Presencia de síntomas depresivos acompañantes o problemas personales: alcohol, sociales, familiares, económicos, etc.
- Falta de satisfacción laboral ,implicación de problemas médico legales, autopercepción de mala salud
- Creer que el dolor debe de ser eliminado “curado” antes de volver al trabajo o a la actividad normal

Diagnóstico

Rayos X tiene poca utilidad y no se debe pedir de rutina, salvo la presencia de banderas rojas (5).

Imagen 1 Rx lumbar



Tumor metastásico a la vertebra

Espondilolistesis en radiografía

Fuente: album-de-signos-radiologicos.com/category/espondilolistesis/

Tabla 2. Diagnóstico diferencial

Dolor lumbar mecánico	Enfermedad de la columna no mecánica	Enfermedad visceral
Tensión lumbar Enfermedad degenerativa • Discos (espondilosis) • Articulaciones facetarias (osteoartritis) Espondilolistesis Hernia de disco Estenosis espinal Osteoporosis Fracturas Enfermedad congénita • Cifosis severa • Escoliosis severa • Posible vértebra de transición tipo II o tipo IV Posible espondilólisis Posible asimetría de la articulación facetaria	Neoplasia • Mieloma múltiple • Carcinoma metastásico • Linfoma y leucemia • Tumores de la médula espinal • Tumores retroperitoneales Infección • Osteomielitis • Discitis séptica • Absceso parasimpático • Absceso epidural Artritis inflamatoria (a menudo asociado a HLA-B27) • Espondilitis anquilosante • Espondilitis psoriásica • Artritis reactiva • Enfermedad inflamatoria intestinal Enfermedad Scheuermann (osteocondrosis) Enfermedad Paget	Órganos pélvicos • Prostatitis • Endometriosis • Enfermedad inflamatoria pélvica crónica Enfermedad renal • Nefrolitiasis • Pielonefritis • Absceso perinéfrico Aneurisma aórtico Enfermedad gastrointestinal • Pancreatitis • Colecistitis • Úlcera penetrante Hernia grasa del espacio lumbar

Fuente: Deyo RA. Evaluación diagnóstica temprana del dolor lumbar. J Gen Intern Med 1986; 1: 328, con el amable permiso de Springer Science

Una causa de lumbalgia que puede presentar con signos de alarma es la espondilolistesis.

Tratamiento

Tratamiento de primera línea, Aines de 2-4 semanas (6), relajantes musculares para pacientes con dolor refractario a la farmacoterapia inicial; sugerimos la adición de un relajante muscular no benzodiazepínico (5).

- El paracetamol es ineficaz para el dolor espinal (por los efectos adversos hepatotoxicidad, enfermedad renal crónica, úlcera péptica, hipertensión) (5), (6), (7).
- Amitriptilina, pregabalina, gabapentina (muy útiles para el dolor neuropático). No son eficaces en dolor lumbar agudo (5).

Fisioterapia en las 6 primeras semanas de inicio del dolor(5).

No abandonar el trabajo (5).

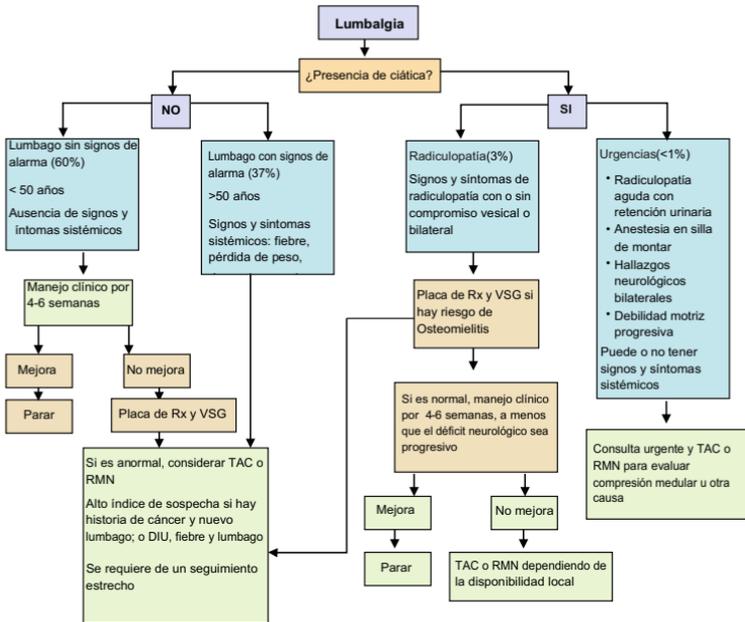
No hay utilidad de las compresas, onda corta/ultrasonidos/masajes, acupuntura, láser, estimulación espinal, soportes de espalda (5).

El reposo no mejora la evolución de estos pacientes (5).

Se debe educar al paciente que el dolor puede durar 3-4 semanas (5).

Analgésicos IM no funcionan más rápido que por VO (5).

Gráfico 2. Algoritmo de Diagnóstico y Tratamiento de la Lumbalgia



Fuente: Manual Médico Saludesa, 2016

Aspectos socioculturales

El intento de la biomecánica de estandarizar la postura “natural” de los seres humanos para prevenir dolores y complicaciones, es un ejemplo más de la idea de control y homogenización de la medicina tradicional, que lleva a la creación de pseudociencias como la “higiene postural”.

No existe una relación demostrable ni creíble entre el dolor de espalda y la postura, los intentos para tratar de normalizar estas configuraciones son sin sentido y una pérdida de tiempo y recursos.

En la actualidad los ortopedistas, no pueden justificar el uso de técnicas manuales para readaptar, corregir o equilibrar una estructura desalineada (8).

La postura es el resultado de una adaptación multifactorial, ante eventos de estrés de diverso origen y naturaleza (estructura anatómica, la gravedad, el tipo de trabajo, aspectos sociales y culturales). Las variaciones posturales pueden ser “observadas”, pero “no modificadas”, independientemente de asimetrías anatómicas que pueden estar presentes; son resultado de procesos adaptativos complejos, que tienen que ver con la funcionalidad estructural de todo el organismo, la circulación sanguínea, la inervación, los factores ambientales y como las diversas culturas consideran una postura correcta (9).

El cuerpo humano es receptor de los acontecimientos sociales y culturales que suceden a su alrededor, y además constituye una unidad biológicamente cambiante que, en contacto con su entorno se halla sujeto a significados diversos, importantes para la comunicación social.

La educación tiende a modelar al cuerpo del hombre y de la mujer, a formarlo; a dar a nuestro cuerpo una determinada hechura de conformidad con las exigencias de la sociedad. Esto inicia con las distintas maneras de dar a luz (de pie, acostada, a gatas, en cuclillas), el modo de tomar al recién nacido, de cortar y ligar el cordón umbilical, los cuidados posteriores al nacimiento.

Las técnicas de la infancia abarcan por su parte todas las técnicas de nutrición, de transporte del niño, de crianza, de destete, de aprender a caminar, etc. Las de la adolescencia son técnicas corporales en muchos casos de iniciación a un posterior desempeño de papeles sociales: las maneras y posturas adquiridas a través de la enseñanza escolar, por el aprendizaje de un oficio, o por el servicio militar, en el caso del varón para descansar, los miembros de algunas sociedades, se sientan; pero los miembros de otras sociedades, como los nómadas del Sahara, descansan poniéndose en cuclillas. Existen diferentes maneras culturales de caminar, correr, bailar, saltar, trepar, nadar, empujar, tirar, técnicas de lavar, jabonar, frotar el cuerpo, de limpieza bucal, posturas para defecar o para orinar o tener sexo.

Todas las actitudes y actos corporales son utilitarios e instrumentales y el cuerpo es el instrumento primero y más natural de esa eficacia (10).

Referencias bibliográficas

1. Tatiane Lizier , Vaz Pérez , Kimiko Rioko. Ejercicios para el tratamiento de la lumbalgia inespecífica. *Revista Brasileira de Anestesiología*. 2012; 62(6): 842-846).
2. Rivas Hernández Rafael , Santos Coto Carlos. Manejo del síndrome doloroso lumbar. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2010; 26(1)(117-129).
3. JN K. Trastorno del disco lumbar y dolor lumbar: factores socioeconómicos y consecuencias. *J Bone Surg Am*. 2006; 88(2:21).
4. Steffens D , Ferreira MI , Latimer J. ¿ Que desencadena un episodio de dolor lumbar agudo? Un estudio de casos controles. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015;(67:403).
5. Goertz M , Thorson D , Bonsell J , et al. Adult Acute and Subacute low Back. Institute for Clinical Systems Improvement. 2013 November.
6. Machado GC , Maher CG , Ferreira PH. Medicamentos antiinflamatorios no esteroides para el dolor espinal: Una revisión sistemática y metaanálisis. *Ann Rheum Dis*. 2017.
7. Saragiotto BT , Machado GC , Ferreira ML , et al. Paracetamol para el dolor lumbar. *Cochrane Database Syst Re*. 2016 Jun; CD012230.
8. Lederman E. The fall of the postural-structural biomechanical model in manual and physical therapies: exemplified by lower back pain. *J. Bodyw. Mov.Ther*. 2011; 15(2)(131-138).
9. Lunghi Cristian , Tozzi Paolo , Fusco Giampero. The biomechanical model in manual therapy: Is there an ongoing crisis or just the need to revise the underlying concept and application ?. *Journal of Bodywork Movement Therapies*. 2016; 20(784-799).
10. Delgado Á. El cuerpo en la interpretación de las culturas. *Boletín Antropológico*. ; 1(51).