

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 14:
REUMATOLOGÍA

Tema 14.12.B:
LUMBAGO Y LUMBOCIÁTICA



Lumbago y Lumbociática

Introducción

El dolor lumbar se presenta en un 80 a 90% de la población adulta, en algún momento de su vida y frecuentemente se presenta como dolores repetitivos. El dolor agudo o crisis, se define como una situación que provoca intolerancia a la actividad cotidiana.

El dolor lumbar agudo tiende a mejorar en 4 a 6 semanas, independientemente de su causa. Los pacientes con dolor lumbar crónico que se prolonga por más de seis semanas, deben ser estudiados en forma más exhaustiva.

Epidemiología

El lumbago se presenta en 15 a 20% de la población adulta de USA al año. Los desordenes mecánicos de la columna, causan más del 90% de todos los episodios de lumbago. Un 50% de los pacientes con lumbago mejora a las dos semanas y 90% mejora a las cuatro a seis semanas.

Etiología y Patogenia

La columna lumbar tiene como función mantener la posición erecta, desafiando la gravedad, su postura normal es lordosis suave, la que se altera en caso de lumbago, apreciándose mayor rigidez.

El lumbago o dolor lumbar no radicular (dolor que se irradia desde la parte baja de la espalda hasta el muslo arriba de la rodilla) es la presentación más frecuente del dolor lumbar. La molestia es regional y se intensifica con los movimientos o cambios de posición. Con frecuencia se denomina también lumbago mecánico, postural, funcional o muscular. Los hallazgos clínicos son escasos.

En algunos pacientes se aprecia falta de acondicionamiento físico, debilidad de músculos abdominales, acortamiento de músculos isquiotibiales y trastornos posturales. Algunos pacientes normales, experimentan una crisis dolorosa lumbar por sobreuso.

La lumbociática o dolor lumbar radicular (dolor que se irradia desde la parte baja de la espalda bajo la rodilla a veces hasta el pie) tiene su origen frecuentemente en la enfermedad discal, la fisiopatología del dolor radicular es controvertida. La tesis del origen en la compresión mecánica es atractiva, pero es factible, que mecanismos microvasculares o histoquímicos del disco alteren la fisiología de la raíz nerviosa.

Cuadro Clínico

-Lumbago mecánico o dolor lumbar no radicular : se presenta como un dolor en la parte baja de la espalda, que puede irradiarse al muslo, siempre sobre la rodilla. Este dolor mejora con el reposo y aumenta con la actividad.

Como hallazgos al examen físico se puede encontrar una rectificación de la columna por dolor, flaccidez de los músculos abdominales, obesidad y al examen neurológico dirigido no hay evidencias de compromiso radicular.

-Lumbociática : dolor lumbar en la parte baja de la espalda, que se irradia bajo la rodilla, puede llegar hasta el pie. La causa más frecuente es la hernia del núcleo pulposo, que ocurre en un 90% de los casos en L4-L5 y L5-S1.

La hernia L4-L5 produce dolor lumbar , espasmo , escoliosis antálgica , cojera , sensación dolorosa de la parte externa de la pierna , parte media del pie y en el hallux.

Se encuentra debilidad dorsiflexora del pie y ortejos .Los reflejos osteotendíneos son normales .

La hernia L5-S1 produce dolor y espasmo lumbar , dolor glúteo , molestias en la parte posterior del muslo , pierna y borde externo del pie . Hay arreflexia aquiliana , debilidad plantar flexora y en músculos peroneos .

La hernia L3-L4 es mucho menos frecuente , produce disminución de la fuerza del cuádriceps , alteración del reflejo patelar , hipoestesia en cara lateral del muslo y medial de la pierna .

Para el diagnóstico de hernia del núcleo pulposo , es de gran valor el signo semiológico de Lasegue , que consiste en que al levantar la extremidad con la rodilla extendida , se reproduce o aumenta el dolor radicular en la extremidad comprometida .

La discopatía crónica por engrosamiento del anillo fibroso , esclerosis ósea , osteofitosis y estrechamiento del foramen intervertebral , puede comprimir la raíz nerviosa en la unidad funcional vertebral y producir un cuadro clínico de irritación radicular o presentar dolor facetario con irradiación del dolor a la cadera , arcada inguinal y región proximal de la extremidad .

La estenorraquis lumbar o estenosis segmentaria por enfermedad degenerativa (canal lumbar estrecho) usualmente es bilateral , unisegmentaria o puede afectar varios niveles. El paciente manifiesta cansancio en extremidades inferiores , que lo obligan a sentarse al caminar trechos cortos . El examen físico a veces puede ser negativo.

Se define que debe haber una aproximación urgente de un lumbago (banderas rojas) osea dentro de las 24 horas , si se acompaña de :

- fiebre de 38° por más de 48 horas
- dolor nocturno
- debilidad de extremidades inferiores
- perdida de control esfinteriano en vejiga o intestino
- déficit neurológico progresivo

Diagnóstico de Lumbago

Es muy importante la historia clínica , como se inicio el dolor , si es el primer episodio o son episodios intercurrentes. Si hay antecedente de trauma , infección , neoplasia , laborales y emocionales predisponentes. Preguntar si existen síntomas generales asociados com fiebre , compromiso del estado general , diarrea etc

Al examen físico , es importante realizar un examen segmentario, para descartar dolores referidos de origen sistémico. Muy importante es la exploración de la marcha , la que nos podría orientar a la presencia de una radiculopatía. La inspección estática de la columna es relevante , puede estar rectificada por dolor , puede haber aumento de la lordosis , xifosis o escoliosis.

La inspección dinámica de la columna se realiza observando la flexión , extensión y rotaciones , ver que movimientos desencadenan mayor dolor.

La palpación de la columna permite buscar espasmos y zonas más sensibles.

Exploración neurológica completa(sensitivomotora)buscar reflejos osteotendíneos de las extremidades inferiores , la alteración del reflejo aquiliano indica compromiso de raíz S1 y el compromiso del reflejo patelar indica compromiso raíz L4 .La raíz L5 se explora por la fuerza muscular del tibial anterior (dorsiflexión del pie).

En el caso del lumbago mecánico no complicado, basta con el examen físico, no se requieren pedir exámenes.

En el caso del lumbago crónico o lumbociática, es necesario solicitar radiografía de columna lumbosacra, TAC de columna lumbosacra y RNM de columna lumbosacra para pesquisar una hernia del núcleo pulposo.

Diagnóstico Diferencial del lumbago

- 1- Alteraciones de estructuras musculoligamentosas
 - a) lumbago de causa mecánica
 - b) lumbago de causa mecánica con anomalía de la columna vertebral (escoliosis, vertebra de transición, espondilolisis)
 - c) fibromialgia
- 2- Alteración de la columna vertebral misma
 - a) traumáticas y /o degenerativas
 - fracturas
 - discopatías : espondilosis, espondiloartrosis, hernia del núcleo pulposo
 - b) inflamatorias
 - infecciosas : tuberculosis, micótica, bacteriana
 - no infecciosa : pelviespondilopatía
 - c) metabólicas
 - osteoporosis
 - osteomalacia
 - osteítis fibrosa quística
 - Paget
 - d) neoplasias (primarias o secundarias)
- 3- Alteración de las sacroiliacas
 - sacroileítis infecciosas o no infecciosa
- 4- Síndrome de entrapamiento o compresión nerviosa
 - meralgia parestésica (nervio femorocutáneo)
 - piriforme o piramidal (nervio ciático)
 - compresión del peroneo común
- 5- Alteración del canal raquídeo y de estructuras nerviosas
 - tumor de la cola de caballo
 - meningitis
 - aracnoiditis
 - poliomiелitis
 - herpes zoster
 - siringomielia
 - esclerosis lateral amiotrófica
 - neuritis
- 6- Afecciones intrapelvicas y abdominales
 - inflamaciones o neoplasias de : rectosigmoide, riñón, vías urinarias, útero y anexos, próstata, páncreas
 - aneurismas de la aorta abdominal
- 7- Trastornos psíquicos
 - neurosis
 - psicopatías
 - simulación

Evaluación y pronóstico

El lumbago mecánico no complicado, tiende a mejorar independientemente de su causa

con o sin reposo, a las dos semanas mejoran un 50% de los pacientes y a las cuatro a seis semanas mejoran un 90% de los pacientes.

En el caso de la lumbociática secundaria a hernia del núcleo pulposo, en la mayoría de los pacientes el dolor cede a las doce semanas. Sólo un 5% de las hernias del núcleo pulposo requieren descompresión quirúrgica.

Tratamiento

En el lumbago mecánico no complicado, se indica reposo relativo, lo que implica restringir actividades de la vida diaria, pero no requiere licencia médica, a menos que se trate de un paciente que realice trabajos de esfuerzo. El dolor agudo se trata con analgésicos o antiinflamatorios, según las condiciones del paciente. Es importante cambiar las condiciones generales que indujeron la aparición del lumbago, si hay sobrepeso disminuirlo, si hay malas posiciones corregirlas y realizar una buena rehabilitación kinesica.

Lumbociática secundaria a hernia del núcleo pulposo: el tratamiento incluye reposo en posición fetal, por un periodo de tiempo limitado (1 o 2 semanas según evolución), posteriormente actividad física controlada. Para tratar el dolor se han usado analgésicos, antiinflamatorios, gabapentina y en casos muy refractarios la inyección epidural de esteroides. En la mayoría de los pacientes, el dolor cede a las doce semanas. Sólo un 5% de las hernias del núcleo pulposo requieren descompresión quirúrgica.

Recomendaciones

- El retorno temprano a la actividad física normal y limitar el tiempo de reposo en cama

- La incapacidad laboral prolongada, estimula la percepción negativa de la enfermedad

- Los pacientes que son instruidos a hacer ejercicios aeróbicos, disminuir de peso, evitar el cigarrillo, evitar movimientos bruscos, no levantar exceso de peso y sentarse en sillas con buen apoyo lumbar evolucionan mejor.

- La realización de programas de fisioterapia y rehabilitación física, han sido evaluados y muestran mejoría más rápida que los controles.

- Los soportes mecánicos (corse y fajas) previenen la hiperflexión del tronco, pero los resultados para prevenir el dolor son contradictorios y actualmente muy controvertidos

Derivaciones

- Los pacientes con lumbago crónico , se deben derivar a atención secundaria con reumatología , al menos una vez , para estudio de la causa.
- Los pacientes con dolor radicular , que no puedan estudiarse adecuadamente en atención primaria
- Los pacientes con las banderas rojas del lumbago , citadas previamente se deben derivar en forma urgente a atención secundaria.

Bibliografía

1-A.Villa Vèlez et al . Dolor lumbar en Guías de Practica Clínica basadas en la evidencia . Proyecto ISS – Ascofame.

2-H.Aris , F Valenzuela Ravest , Editores .Lumbago y lumbociática , en libro Reumatología , Santiago 1995 .Carvallo A. , pag 535-547.

3-T Pincus et al .Fear avoidance and prognosis in back pain . Arthritis and Rheumatism Vol 51 , Nº 12 , December 2006 , pages 3999 -4010.

4-Guidelines for the initial evolution of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms . Arthritis and Rheum Vol 39 , Nº 1 , January 1996 , page 1 a 8.

5-Jeffrey N. et al .Degenerative lumbar spinal stenosis .Arthritis and Rheum Vol 38 , Nº 9 , September 1995 , pages 1236-1241.

Caso clínico

Hombre de 30 años , sin antecedentes mórbidos previos , relata aparición de dolor lumbar intermitente , hace un año , que se exacerba por las mañanas y a veces le dificulta el sueño por la noche.

¿ Qué diagnóstico le parece planteable?

- a) dolor lumbar mecánico
- b) dolor lumbar tipo lumbociático
- c) dolor lumbar agudo
- d) dolor lumbar crónico
- e) dolor lumbar inflamatorio

La respuesta correcta es E , por definición un dolor lumbar nocturno , que no se alivia con el reposo , es un dolor lumbar inflamatorio.