

Capítulo 1

Dolor lumbar agudo: enfoque para médicos generales

Julián Felipe Zuluaga Villegas
Neurocirujano, Universidad de Antioquia.

María Carolina Portela Fernández
Residente de neurocirugía de tercer año,
Universidad de Antioquia.

Introducción

El lumbago o dolor bajo de espalda es un síndrome clínico que es frecuente, con prevalencia a lo largo de la vida que se ha reportado entre 51% - 84% de la población general (1,2). Se puede originar en múltiples estructuras anatómicas, lo cual dificulta su clasificación precisa, pero que se ha diferenciado en la literatura en dos grupos grandes:

- Dolor axial vs. Dolor radicular (3,4).
- Según el tiempo de evolución:
 - Agudo (< 4 semanas)
 - subagudo (4-12 semanas)
 - crónico (> 12 semanas de síntomas) (4).

Dada la frecuencia de presentación, esta patología representa una causa frecuente de discapacidad, y ya que la gran mayoría de los casos no requieren intervenciones específicas más allá de analgesia, cuidados posturales, cambios en estilo de vida y terapia física, buena parte de los casos serán tratados de forma inicial o definitiva por médicos de atención primaria, quienes además, serán los que deban distinguir la vasta mayoría de casos con etiologías benignas de la minoría con causas graves que ameritan estudios complementarios y atención especializada (4), lo cual será el enfoque de esta revisión.

Epidemiología

La prevalencia anual promedio del lumbago se ha reportado en 38% en una revisión sistemática (5), sin embargo, estas cifras varían de acuerdo con la definición del dolor y el período de tiempo estudiado, no obstante, las cifras oscilan entre 18% al 26% por mes, con recurrencias antes de un año después del episodio agudo de dolor que oscilan entre 24% a 80% (3). Más de una cuarta parte de los estadounidenses han reportado lumbago en los 3 meses previos con un pico de presentación entre los adultos de 45 a 64 años de edad, con una prevalencia a lo largo de la vida que se ha reportado hasta del 84% (4, 5).

El compromiso radicular es menos frecuente, con prevalencia estimada también con alta variabilidad, entre el 1,2% al 43% (6) según la población estudiada, este es más frecuente en las raíces lumbosacras bajas (L4, L5 y S1).

Algunos factores de riesgo asociados con dolor bajo de espalda incluyen: obesidad, edad en aumento, trabajo físico intenso (especialmente si incluye movimientos torsionales, levantamiento de pesos o exposición a vibración constante), tabaquismo, factores psicosociales (estrés, depresión) y desacondicionamiento físico (4,7). En cuanto a la etiología del dolor bajo de espalda, apenas entre el 1% - 4% es secundario a patologías serias (9,10) que se pueden agrupar en la mayoría de los casos en fracturas, infecciones, neoplasias o síndrome de cauda equina (11).

En Colombia es difícil encontrar datos precisos, no obstante, el lumbago no específico (según la codificación diagnóstica del CIE-10) ocupa el cuarto lugar como motivo de consulta a urgencias para el año 2018 según el portal Datos abiertos Colombia, herramienta gubernamental que busca facilitar el acceso a datos de la nación. En la **figura 1** se puede observar la distribución de las causas de consulta por urgencias en el año 2018 según estos datos (8).

La carga socioeconómica del dolor de espalda baja es elevada, siendo considerado en un estudio reciente como la primera causa de discapacidad a nivel mundial (12), con costos en los Estados Unidos de América estimados entre 38 mil millones de dólares (directos) hasta 100 mil millones de dólares (indirectos) (13,14).

Causas de consulta por urgencias - 2018

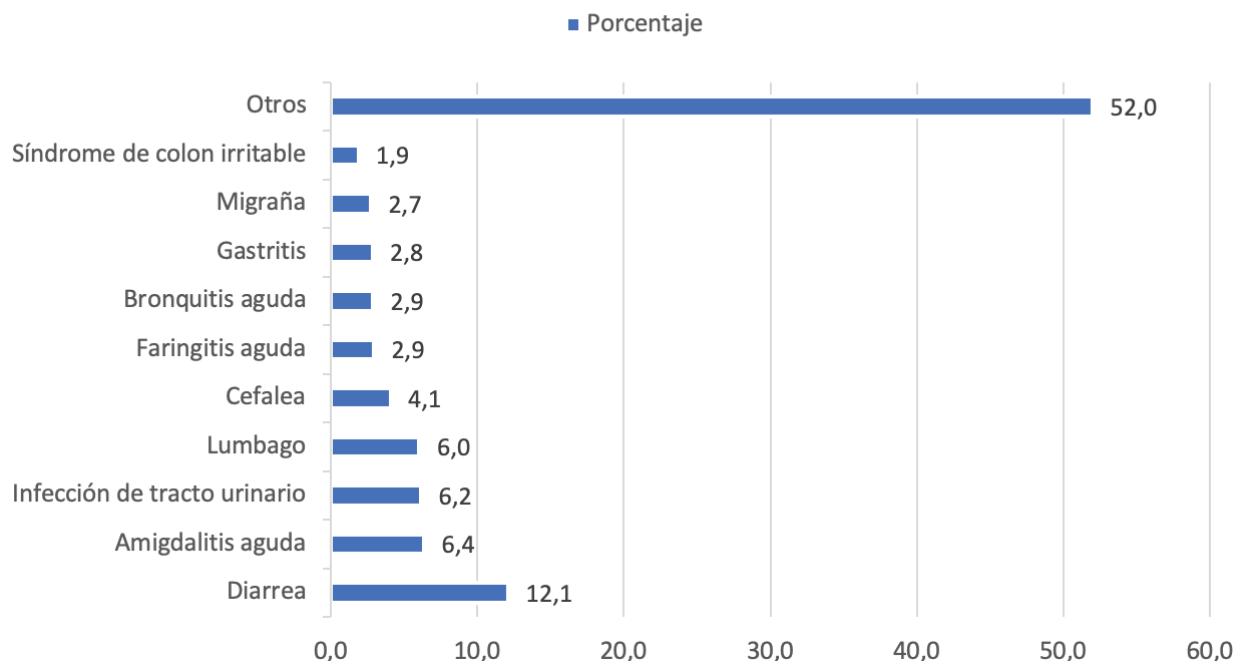


Figura 1. Causas de consulta por urgencias en 2018 en Colombia. Tomados y modificada de: (8).

Definiciones

Existen múltiples sistemas de clasificación para el dolor lumbar, no obstante, los dos tipos más útiles para el enfoque inicial del cuadro son:

1. Según el territorio de distribución entre dolor predominantemente axial (no neurológico) y el dolor radicular (neurológico, que incluye las radiculopatías y los cuadros de estenosis lumbar).
2. Según el tiempo de evolución: agudo si < 4 semanas, subagudo entre 4-12 semanas y crónico si > 12 semanas) (3,4).

Estas clasificaciones son relevantes para el enfoque inicial, especialmente el tipo de dolor, puesto que permiten definir posibles agentes causales de los síntomas, lo cual a su vez permitirá definir conductas a seguir. En cuanto a la

duración del dolor permitirá racionalizar estrategias de manejo farmacológico y no farmacológico, así como definir la solicitud de algunos exámenes diagnósticos, junto con otras características.

Clasificación según características del dolor

Dolor lumbar axial (no neurológico). La causa de este tipo de dolor lumbar, el más común, generalmente es difícil de identificar con precisión, pues se puede deber a cualquier de los múltiples componentes musculo-esqueléticos que hacen parte de la columna lumbar (músculos paraespinales, ligamentos, vértebras, articulaciones, disco intervertebral...), tanto por lesión aguda como por cambios degenerativos crónicos (4). Se ha reportado que hasta el 22% de pacientes con dolor lumbar axial no se han recuperado completamente del episodio inicial después de 12 meses (3,15), no obstante, las cifras precisas de cronificación dependen de la población estudiada. Algunos

factores de riesgo descritos para cronificación del dolor axial son: mayor edad, mayor dolor y disfunción de base, depresión, temor a la cronificación del dolor y conflictos de compensación laboral en activo (3).

Clínicamente se caracteriza por la presencia de dolor hacia la línea media de la columna vertebral, ocasionalmente referido a la región paraespinal o glútea, ocasionalmente referido a miembros inferiores, hasta el tercio medio de los muslos por la cara lateral (características facetarias) sin un patrón radicular dermatómico. El dolor puede verse exacerbado por ciertas posiciones según la causa del mismo, especialmente movimientos torsionales (compromiso de articulaciones facetarias), empeoramiento al levantarse de la silla (compromiso sacroilíaco, facetario y muscular), y puede mejorar con algunas posiciones como sentarse, flexión de la columna y en la mayoría de los casos al descansar en supino (excepto en espondiloartropatías seronegativas) (4).

Dolor lumbar neurológico. Este tipo de dolor se caracteriza por irradiación de los síntomas hacia los miembros inferiores siguiendo diferentes patrones según el nervio o raíz afectada, si bien puede no haber un dermatoma preciso comprometido en los casos de estenosis lumbar, en los que la presentación clínica se caracteriza por la claudicación neurogénica, entre otros síntomas. Está causado por compresión directa o indirecta sobre las raíces lumbosacras en diferentes puntos (en el canal espinal, recesos laterales, forámenes de emergencia radicular u otros puntos de su recorrido). El dolor de características neuropáticas (urente, irradiado en territorio nervioso, asociado a alteraciones sensitivas o motoras) suele asociarse a mayores niveles de disfunción física y psicológica (16), y se ha reportado en promedio hasta en el 41% de los dolores lumbares como componente significativo de los síntomas (3).

Radiculopatía. Este subtipo de dolor neuropático se caracteriza por el compromiso de una raíz nerviosa específica por lo que el dolor se irradia a través del territorio inervado por dicha raíz, permitiendo su caracterización clínica desde el examen físico, si bien es importante anotar que hasta una tercera parte de los pacientes presentarán compromisos radiculares múltiples (3). En > 90% de los menores de 65 años con este cuadro clínico, la causa será una hernia de núcleo pulposo en los niveles L4-L5 o L5-S1 que condiciona compresión de la raíz en algún punto

de su recorrido (3,4), no obstante, en adultos mayores esto puede deberse a cambios degenerativos de la columna lumbosacra (hipertrofia articular, ligamentaria y formación de osteofitos) en conjunto con los cambios discales (4). En la **tabla 1** se citan algunos hallazgos clínicos correspondientes a compromisos radiculares específicos (3,4).

Los episodios agudos de radiculopatía en un porcentaje significativo de los casos se autolimitan con manejo no quirúrgico, alrededor de 60% según el estudio citado (3), sin embargo, entre el 15% - 40% de los casos presentarán episodios recurrentes de radiculopatía antes del año (17-19) por lo que se deberá mantener seguimiento en estos pacientes y advertir sobre la posibilidad de recurrencia. Esta mejoría de los episodios agudos concuerda con la observación radiológica que aproximadamente dos terceras partes de las hernias de núcleo pulposo presentan reabsorción mayor al 50% dentro de los 12 meses posteriores al diagnóstico (20,21).

Tabla 1. Hallazgos clínicos en radiculopatía lumbosacra.

Raíz	Distribución del dolor	Cambios sensitivos	Debilidad	Anomalía en reflejos
L1	Región inguinal	Región inguinal	Flexión de cadera	Cremastrérico
L2	Región inguinal y muslo anterior	Muslo anterior	Flexión y aducción de cadera	Cremastrérico, aducción del muslo
L3	Muslo anterior, rodilla	Muslo anteromedial y rodilla	Extensión de rodilla, flexión y aducción de cadera	Patelar, aducción del muslo
L4	Muslo anterior y pierna medial	Pierna medial	Extensión de rodilla, flexión y aducción de cadera	Patelar
L5	Muslo posterolateral, pierna lateral, pie medial	Cara lateral de la pierna y dorsal del pie, hallux	Dorsiflexión del pie, flexión de rodilla, aducción de cadera	Isquiotibiales mediales
S1	Pierna y pie posterior, pie lateral	Pierna posterolateral, cara lateral del pie, planta.	Plantiflexión, flexión de rodilla, extensión de cadera	Aquileano

Tomada de: (3,4).

Estenosis lumbar. Este es un proceso multifactorial, en la mayoría de los casos asociado a procesos degenerativos que llevan a compresión de los elementos neurales del canal espinal por hipertrofia de estructuras tanto blandas como óseas (3). Dada la naturaleza degenerativa de estos procesos, un porcentaje importante de pacientes con estenosis lumbar no presentan regresión completa de los síntomas, no obstante, hasta dos terceras partes de los afectados reportan estabilidad sintomática o alguna mejoría clínica al menos 3 años después de la presentación.

Por este motivo, la estenosis lumbar es una entidad que se observa predominantemente en personas de mayor edad y es la principal indicación para cirugía espinal en adultos mayores (4). Clínicamente se caracteriza por tener dolor mixto (pues los cambios degenerativos pueden condicionar dolor axial añadido a los síntomas neurológicos) asociado a la

denominada “claudicación neurogénica”, que se caracteriza por dolor, calambres o debilidad en uno o ambos miembros inferiores que se desencadena con la marcha en distancias progresivamente menores. La claudicación neurogénica se asocia con una sensibilidad del 88% y especificidad del 34% para estenosis lumbar (22). Estos síntomas suelen mejorar con la flexión de la columna (aumenta el diámetro del canal espinal) y con el reposo, requieren distinguirse cuidadosamente de la claudicación vascular en enfermedad arterial oclusiva periférica (3).

Anamnesis e historia clínica

La historia clínica en contexto de dolor lumbar debe enfocarse especialmente en:

1. Descripción del dolor.
2. Determinación del compromiso neurológico.
3. Identificación de banderas rojas para causas serias de dolor lumbar (4).

Este interrogatorio permitirá orientar hacia la causa del dolor y definir la necesidad de exámenes adicionales vs tratamiento conservador inicial.

Descripción del dolor

Se deben tener en cuenta la duración, localización, severidad, desencadenantes y factores aliviadores de los síntomas en este ítem.

Duración. En el caso de dolor axial agudo la mayoría de los pacientes mejorará con manejo conservador al cabo de 2-4 semanas, mientras que en radiculopatías agudas esto se da al cabo de 6-8 semanas (4). El curso clínico del canal lumbar estrecho suele ser tendiente a la cronificación, y en este grupo de pacientes con dolor crónico se hace importante cuestionar nuevos síntomas o hallazgos que sugieran patología superpuesta o deterioro de la función neurológica, que requiera estudios o intervenciones adicionales.

Localización. El dolor musculoesquelético generalmente es pobremente localizado hacia la región lumbosacra, con compromiso ocasional hasta las fosas glúteas y las caras laterales de los muslos hasta el tercio medio (3,4). El dolor radicular suele iniciar en la región glútea y seguir un patrón dermatómico. Es importante anotar que existen dolores de características mixtas, en las que hay un componente musculoesquelético asociado a dolor radicular; en los casos de canal lumbar estrecho, el dolor se irradia a miembros inferiores de forma simétrica en relación con la actividad física.

Severidad. Es un ítem a preguntar pero que es altamente variable entre los pacientes y sus condicionantes, por lo cual su utilidad es principalmente para el seguimiento.

Desencadenantes. En términos generales, los pacientes con dolor lumbar tanto axial como neurogénico, suelen reportar empeoramiento de los síntomas al estar sentados por períodos de tiempo prolongado y mejoran al levantarse o yacer en supino por períodos de tiempo cortos (3,4).

En pacientes con artrosis facetaria, lesión muscular u osteoartritis, los síntomas pueden ser peores al estar de pie y mejorar al sentarse, así como en la estenosis lumbar. El dolor sacroilíaco suele ser peor en la transición al levantarse, mientras que el dolor continuo en toda posición sugiere una causa maligna del dolor, así como el dolor de predominio nocturno (4). Es importante también preguntar por características que permitan definir si el dolor es de tipo inflamatorio, como por ejemplo si hay rigidez en las mañanas que mejora paulatinamente con la actividad física o si el dolor empeora con los períodos de quietud prolongados (28).

Determinación del compromiso neurológico

Se debe evaluar tanto la función motriz como sensitiva de acuerdo con los patrones de dermatomas y miotomas que sugieren determinados compromisos radiculares (expuesto en la **tabla 1**), así mismo, debe efectuarse un examen neurológico que permita evaluar la presencia de diferentes síndromes neurológicos (especialmente síndrome de cauda equina vs. síndrome de cono medular) u otros hallazgos que obliguen a ampliar la pesquisa diagnóstica (4).

Banderas rojas

Los estudios diagnósticos para dolor lumbar suelen representar un alto costo para los sistemas de salud, especialmente si se tiene en cuenta la alta frecuencia de esta entidad, motivo por el cual es importante racionalizar el uso de ayudas diagnósticas para casos con persistencia de los síntomas más allá de 6 a 8 semanas con tratamiento médico (dado que la mayoría de los casos resuelven antes con manejo conservador) y para los casos en los que se sospecha una patología seria subyacente (3,11).

Si bien apenas entre el 1% - 4% de los casos de lumbago son secundarios a etiologías graves (11), es indispensable contar con herramientas que faciliten la detección de estos casos para evitar efectos deletéreos en la salud de los afectados de cuenta de un diagnóstico tardío. Con este objetivo se han formulado una serie de factores de riesgo o “banderas rojas”, características que hacen sospechar etiologías graves de dolor lumbar y que sugieren una investigación diagnóstica más a fondo y más temprana que en casos en ausencia de estas (4).

Estas etiologías graves se han clasificado en 4 categorías: fractura, malignidad, infección y síndrome de cauda equina (3,4,11). Fueron formuladas inicialmente por recomendaciones de expertos, y en la mayoría de los casos la evidencia soportando su uso es de baja calidad puesto que, por su baja frecuencia de presentación, las muestras requeridas para validar su uso deben ser de gran tamaño, lo cual no es fácil de conseguir en estudios clínicos (11). En la **tabla 2** se citarán algunas de las banderas rojas encontradas en la literatura y la relación con el posible diagnóstico que se ha observado.

Tabla 2. Banderas rojas discriminadas por diagnósticos asociados.

Diagnóstico	Bandera roja	Observaciones
Neurológico: síndrome de cauda equina	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de esfínteres - Anestesia en silla de montar - Déficit bilateral asimétrico 	Alteración reciente de esfínteres rectal y vesical: S 8,3% E 97%
Neurológico: compromiso grave	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit rápidamente progresivo con fuerza ≤ 3 - Compromiso multinivel o bilateral - Déficit motor predominante 	
Malignidad	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedente de cáncer - Pérdida de peso no explicada - Dolor en supino - Edad > 50 años - Dolor > 1 mes 	Pérdida de peso + AP cáncer: S 2,5% y E > 99%
Fractura	<ul style="list-style-type: none"> - Uso crónico de corticoesteroides - Edad > 70 años (> 50 años*) - Trauma - Osteoporosis - Fractura previa 	Trauma + Edad > 50 años: S 14% y E 94% (> 70 años: S 5% y E 98%)
Infección espinal	<ul style="list-style-type: none"> - Fiebre, síntomas constitucionales - Infección reciente - Usuario de drogas i.v. - Inmunosupresión - Uso crónico de esteroides 	Fiebre y SC + Infección reciente: S 8,3% y E 97%

Tomada de: (11,23,24).

Cabe anotar que en la mayoría de las revisiones que han intentado conferir un valor preciso en cuanto a la capacidad de predicción de estos ítems, se ha encontrado que los criterios tienen mayor especificidad que sensibilidad (11,23,24) y esta última aumenta a medida que se encuentran múltiples banderas rojas en un solo paciente. En el caso de malignidad, la bandera roja del antecedente de malignidad

por sí sola tiene una probabilidad pretest de arrojar un resultado compatible del 33%, mientras que en el caso de trauma la mayor probabilidad pretest se obtiene al combinar múltiples factores (edad > 70 años, sexo femenino, trauma severo y uso de corticoesteroides), estando esta, alrededor del 90% (3).

Ayudas diagnósticas: indicaciones para solicitarlas

Dada la frecuencia de presentación del lumbago, una parte significativa del costo de la enfermedad se debe al uso indiscriminado de ayudas diagnósticas, este ítem es especialmente importante dado el curso benigno de la mayoría de los lumbagos agudos (con o sin radiculopatía) con el manejo conservador (3,4,25). Como ya se discutió sobre las banderas rojas, si bien estas sirven como una guía para el clínico, su precisión es incierta y por su utilidad yace más en la combinación de estas que en su forma individual (11), puesto que estas banderas rojas se presentan de forma individual en > 80% de los pacientes que consultan a atención primaria con dolor bajo de espalda, inclusive aunque la tasa de causas graves de dolor en esta población no sobrepasa el 4% (25).

Las guías más sedimentadas sobre cuándo solicitar estudios de imagen son las publicadas por el American College of Physicians (26) y de la American Academy of Family Physicians (27), que se enuncian en la **tabla 3**; no obstante, las recomendaciones se pueden resumir en que no es necesaria la realización de imágenes complementarias antes de 6 semanas de tratamiento conservador en ausencia de banderas rojas que sugieran causas serias del dolor lumbar (4).

Tabla 3. Indicaciones para la realización de imágenes en dolor bajo de espalda.

Acción clínica	Modalidad de imagen	Indicaciones
Imagen al momento del diagnóstico	Radiografía + VSG	FR mayores para cáncer Sospecha de infección espinal
	Resonancia magnética	Signos de cauda equina Déficit neurológico grave
Imagen diferida hasta completar > 6 semanas de manejo	Radiografía y/o VSG	FR débiles para cáncer FR para artropatía inflamatoria FR para fractura por compresión
	Resonancia magnética	Signos de radiculopatía Signos de estenosis espinal
No tienen indicación de imagen		Dolor con mejoría o resolución en 1 mes de manejo
		Imagen previa sin cambios en estado clínico.

Tomada de: (26,27).

Tratamiento

Dado el pronóstico favorable del dolor lumbar (a pesar del alto riesgo de recurrencias), en ausencia de banderas rojas, el manejo conservador será la primera opción de tratamiento. Con este enfoque se ha reportado mejoría en un 70% - 90% de los episodios agudos de dolor (3,4). Si bien una revisión detallada del tema está fuera del enfoque de este capítulo, se citarán a continuación en la tabla 4 algunos componentes del manejo conservador y los niveles de evidencia disponible para algunos medicamentos, y en la **figura 2** un algoritmo integral de manejo para los casos de lumbago agudo, adoptados de algunas de las referencias bibliográficas utilizadas en este documento.

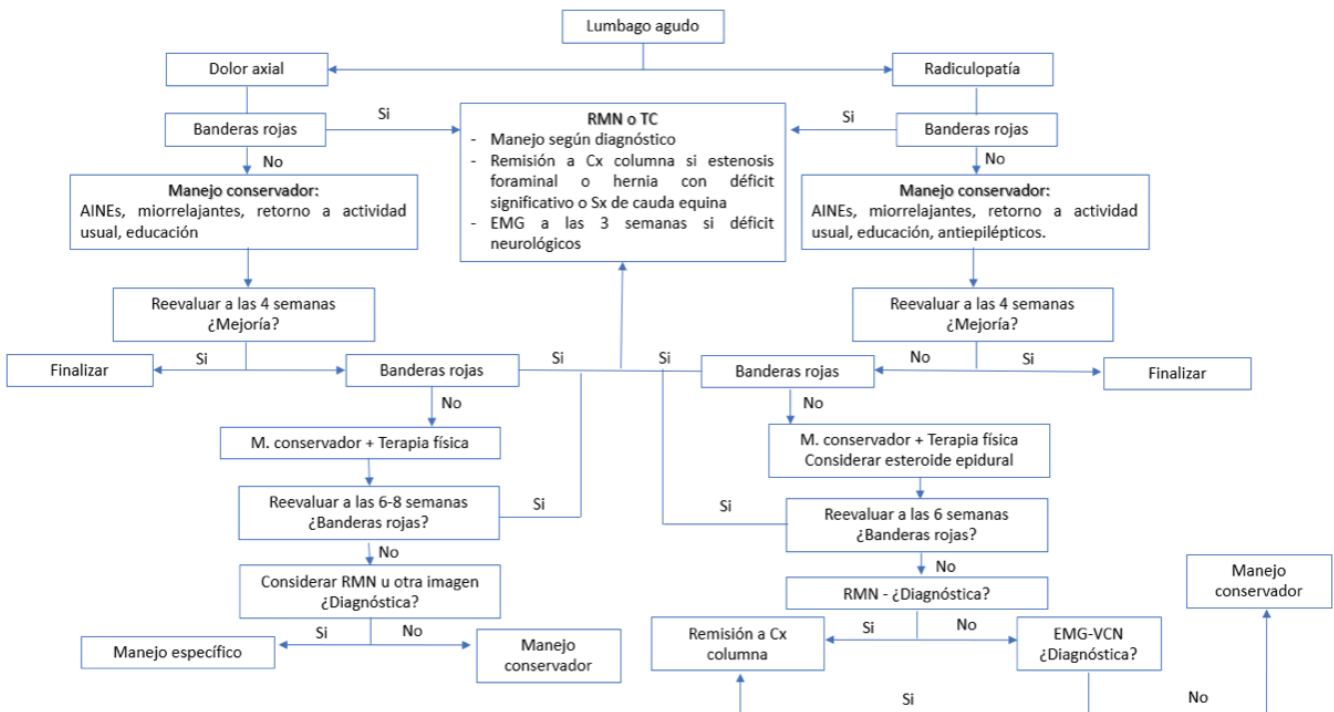


Figura 2. Algoritmo de manejo del lumbago agudo. Tomado y adaptado de: (4).

Tabla 4. Niveles de evidencia de algunos fármacos utilizados en lumbago agudo.

Estrategia	Intervención	Observaciones
Farmacológica	AINEs	Buena evidencia
	Relajantes musculares	Buena evidencia
	Antiepilépticos: Gabapentina y topiramato	Moderada evidencia, en caso de radiculopatía.
	Acetaminofén	Evidencia limitada
No farmacológicas	Calor local	Moderada evidencia
	Retorno a la actividad usual en corto tiempo	
	Descanso en cama por períodos cortos de tiempo	1-2 horas como máximo, si dolor severo
	Evitar carga de pesos	No más que 3 kg
	Soporte lumbar para viajes (almohada)	

Tomada y adaptada de: (3).

Conclusiones

El dolor lumbar es una patología de frecuente presentación en la atención primaria en salud y como tal, debe ser abordada de forma integral por los médicos generales. Se puede clasificar según el tipo de dolor y el tiempo de evolución, con los hallazgos al examen clínico y la detección de características de riesgo al interrogatorio, el médico general está capacitado para proveer cuidado integral y de calidad para este grupo de pacientes, optimizando el uso de recursos en salud.