

Dolor lumbar agudo

Guía de práctica clínica

Dr. Ricardo Londoño G., Ortopedista y Traumatólogo. Miembro del Capítulo de Columna SCCOT.
Epidemiólogo Clínico. Universidad del Rosario.

El dolor lumbar afecta entre 60% y 80% de la población en algún momento de su vida, y tiene una prevalencia anual del 50% entre la población trabajadora en edad adulta.^{1,2,5} Es de buen pronóstico, autolimitada, ya que 90% de las personas se mejoran espontáneamente durante el primer mes de evolución.²

En Colombia, el dolor lumbar es la tercera causa de consulta en los Servicios de Urgencias; es la cuarta causa de consulta en Medicina General; es la primera causa de reubicación laboral y es la segunda causa de pensiones por invalidez.¹⁴

Definición

Dolor localizado en la espalda entre el último arco costal y la región glútea. Puede o no estar irradiado a los miembros inferiores, región inguinal o abdomen. Según su duración, comprende lumbalgia aguda: evolución menor de seis semanas; lumbalgia subaguda: entre seis y doce semanas y lumbalgia crónica: evolución mayor a doce semanas.

Diagnóstico y tratamiento

La historia clínica adecuada y el examen físico completo de la columna, de los miembros inferiores (neurovascular y articular) y la palpación abdominal, son los pilares para el diagnóstico y tratamiento del dolor lumbar agudo.^{1,2,5,8,11,13,14,15}

Con la información obtenida, se debe identificar a cuál de los siguientes grupos pertenece el paciente en estudio:

- 1- Lumbalgia sospechosa.
- 2- Lumbalgia simple o irradiada.
- 3- Lumbalgia crónica.

1. Lumbalgia sospechosa:

Es aquella en la que durante el interrogatorio y/o el examen físico del paciente se identifican signos de alerta (Tabla 1) que hacen sospechar la presencia de enfermedad infecciosa, tumoral o metabólica de la columna, o de

patología en tórax, abdomen y/o intrapélvicas que se puedan manifestar con dolor lumbar agudo.^{2,5,13,14,15}

Si al finalizar la evaluación del paciente, se define que éste se encuentra en este grupo, se deben realizar los estudios pertinentes y el tratamiento específico para la patología encontrada.

2. Lumbalgia simple o irradiada:

Ante la ausencia de signos de alerta y una evolución menor a seis semanas, no es necesario realizar de rutina radiografías simples de columna lumbar, ni estudios paraclínicos, ya que 90% de los pacientes se mejoran espontáneamente en la fase aguda.^{2,5,11,14,15} Sin embargo, si después de la primera semana, y a pesar del tratamiento

Tabla 1. Signos de alerta en dolor lumbar agudo sospechoso

- Trauma mayor
- Pacientes menores de 17 años
- Pacientes mayores de 50 años
- Fiebre persistente
- Historia clínica de cáncer
- Enfermedad metabólica
- Compromiso muscular severo (fuerza muscular igual o menor de 3/5)
- Disminución del tono del esfínter anal
- Disfunción de la vejiga o el colon
- Anestesia en "silla de montar"
- Lumbalgia nocturna o durante el reposo
- Pérdida de peso sin causa aparente
- Corticoterapia sistémica
- Masa abdominal pulsátil.

médico el dolor no ha disminuido, se debe reevaluar al paciente, reorientar su diagnóstico y el manejo.

El tratamiento de los pacientes con lumbalgia aguda simple o irradiada se basa en:

- **Educación:** existe evidencia suficiente que demuestra que la información al paciente disminuye los temores, la ansiedad, cambia la percepción sobre su problema, baja la limitación de sus actividades diarias y mejora la actitud ante el tratamiento a realizar.^{2,5,11,14,15}
- **Reposo en cama:** no existe una diferencia importante entre los efectos del reposo en cama y los ejercicios en el tratamiento del lumbago agudo; o entre la duración de dos o tres días de reposo inicial en cama, con siete días, en pacientes con lumbago de duración diferente, con o sin dolor irradiado.
- **Mantenerse activo** a tolerancia de dolor y ojalá en el lugar de trabajo, beneficia al paciente porque disminuye los síntomas, baja el riesgo de la cronicidad y reduce el tiempo de incapacidad.^{2,5,9,11,13,15}
- **Manejo del dolor:**

Analgésicos y antiinflamatorios: La evidencia actual muestra que el acetaminofén y los antiinflamatorios no esteroideos son suficientes para el manejo del dolor lumbar agudo.^{2,13,15,17,20} No hay diferencias significativas entre ambos grupos, aunque los segundos tienen más efectos secundarios.^{2,17} La dipirone también puede estar indicada por su actividad analgésica.

Relajantes musculares: son otra opción para el manejo de los síntomas lumbares agudos. No son más efectivos que los Aines, y combinados con estos tampoco se obtiene algún beneficio adicional. Deben ser usados con precaución, ya que tienen efectos secundarios importantes, como inestabilidad, somnolencia y en algunos casos dependencia. No se recomienda prolongar su uso por más de una semana.^{2,5,15}

Opioides: no son más efectivos que los analgésicos comunes en el manejo del dolor lumbar agudo.^{2,13,14,15} En lo posible deben ser evitados y en caso de ser utilizados debe ser por períodos cortos.^{13,14}

Antidepresivos (Amitriptilina, Maprotilina): no son eficaces en el manejo del dolor lumbar agudo. En dolor lumbar crónico parecen ser útiles, aunque puede ser más eficaz tomarse el tiempo suficiente para evaluar la presencia de problemas sociales, psicológicos o económicos.^{5,15}

Corticoides: No están indicados para el manejo del dolor lumbar agudo. Por vía oral no son efectivos, y en cambio si tienen un alto riesgo de provocar efectos secundarios cuando son utilizados en grandes dosis por

períodos cortos.^{5,15} La inyección epidural de corticoides está insuficientemente estudiada para ser utilizada en el manejo de esta patología.¹³

Fisioterapia: Los masajes, el ultrasonido, los TENS, el láser, el frío, el calor local y la tracción se recomiendan habitualmente para aliviar el dolor. Si bien es cierto que no tienen problemas secundarios significativos, también es cierto que no tienen ningún efecto sobre el resultado final.^{2,5,7,11,13,14,15,19}

Terapia con ejercicios específicos para la columna: no es efectiva para el tratamiento del dolor lumbar agudo.^{13,15,19}

Acupuntura, corsés y soportes lumbosacros blandos y rígidos: no están indicados.^{18,21}

Conclusión

El manejo del dolor lumbar agudo debe estar orientado a la identificación de signos de alarma, que en caso de estar presentes, obliga a iniciar el estudio y tratamiento de la patología específica.

Una vez descartados los signos de alarma y que la lumbalgia ha sido clasificada como simple o irradiada, el tratamiento a seguir es:

- Educación al paciente sobre su enfermedad.
- Analgésicos tipo acetaminofén o antiinflamatorios no esteroideos.
- Mantener la actividad lo más normal posible según tolerancia al dolor, evitando el reposo prolongado en cama.
- No son necesarias las radiografías de columna, ni los exámenes paraclínicos.
- Los pacientes con lumbalgia simple o irradiada, a quienes no les ha disminuido el dolor durante la primera semana de tratamiento, se debe reevaluar el caso y reorientar su diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

1. Atlas SJ. "Evaluating and Managing Acute Low Back Pain in the Primary Care Setting." General Medical Division. Massachusetts General Hospital. Harvard Medical School. Boston, MA, USA.
2. Bigos S et Col. "Acute Low Back Problems in Adults". Clinical Practice Guideline. Number 14. AHCPR. Publication No 95-0642.
3. Birkmeyer J.O. et cols. "Epidemiología Clínica". Orthopaedic Knowledge Update. AAOS.1999. Capítulo 9. 105-112.
4. Carey TS. "The Outcomes and Costs of Care for Acute Low Back Pain Patients Seen by Primary Care Practitioners, Chiropractors and Orthopedic Surgeons". The New England Journal Of Medicine. Oct 1995.