

DOLOR LUMBAR CRONICO

Elaborado por:
RENÉ RODRÍGUEZ MD, MSC, FIIP
Anestesiólogo especialista en Dolor y Cuidados Paliativos.
Docente Universidad Libre Seccional Cali

INTRODUCCION

El dolor lumbar (DL) es la causa de consulta mas frecuente en nuestro medio después de las cefaleas, por lo que se constituye en un reto para los médicos orientar adecuadamente el manejo de los pacientes. Cuando se atiende en la consulta un paciente con DL se debe aclarar la etiología para definir el manejo definitivo. Elaborar una historia clínica completa y un adecuado examen físico brinda las herramientas necesarias para acercar al médico a un adecuado diagnostico, relegando a casos específicos la utilización de ayudas diagnosticas para aclararlo o confirmarlo.

DEFINICION

El DL es un síndrome caracterizado por dolor en la región lumbosacra, acompañado o no de dolor referido o irradiado, asociado habitualmente a limitación dolorosa de la movilidad y que generalmente presenta características mecánicas: es influenciado por las posturas y movimientos, tiende a mejorar con el reposo y a empeorar con el esfuerzo.

La zona lumbar comprende la columna vertebral con sus discos cartilagosos, ligamentos de soporte, músculos, articulaciones, duramadre, raíces nerviosas, ganglios de la raíz dorsal y tejidos blandos. Todos estos componentes están inervados y son sensibles al dolor. La función de la columna lumbar además de soportar el peso, es amortiguar las estructuras nerviosas que contiene y emergen de ella.

EPIDEMIOLOGIA

Dentro de las causas de consulta médica por dolor, solamente el dolor de cabeza supera al DL, aunque este tiene un mayor impacto socioeconómico y es responsable

del 10-15% de las incapacidades laborales en personas de 18 a 55 años, superado únicamente por el resfriado común como causa de ausentismo laboral. Se considera que más de tres cuartas partes de las personas han sufrido DL en alguna época de su vida. La mayor incidencia ocurre en los años más productivos de una persona. A pesar de tener un curso favorable y naturaleza benigna, el DL comúnmente se asocia a incapacidad, pérdida productiva por enfermedad y alto costo para la sociedad. Durante las primeras seis semanas se recupera el 65% y durante las primeras ocho semanas se recupera el 85-90%; 10% desarrolla incapacidad permanente. Menos de la mitad de las personas que se han incapacitado por 26 semanas (6 meses) retornan al trabajo, y el retorno es casi nulo en quienes se han ausentado de su trabajo por más de 104 semanas.

En EEUU hubo 15 millones de consultas médicas por DL en 1999, lo que representó el 2.8% de todas las consultas durante ese año. Cerca del 20 al 30% de los reclamos por compensación de trabajadores y más del 50% de todas las compensaciones directas son debidos a DL.

En las 2 semanas previas a la consulta en que se incapacitaron, presentaron una pérdida laboral promedio de 5 horas por semana. La mayoría de las pérdidas no son por ausentismo sino por bajo rendimiento laboral; los mayores gastos están representados por las consultas médicas, consumo de medicamentos, métodos diagnósticos y cirugías. Por lo anterior el DL provoca, de forma directa, el gasto más elevado en servicios médicos. Además, el DL también afecta la calidad de vida del paciente al aumentar el estrés psicológico, la disfunción de pareja y reducir la actividad social y física.

La prevalencia y los costos asociados al DL han hecho de la prevención una meta importante a alcanzar. A pesar de los numerosos intentos, los esfuerzos para prevenir episodios nuevos de DL (prevención primaria) han resultado infructuosos y los intentos para prevenir incapacidad prolongada en trabajadores que ya tienen DL (prevención terciaria) han sido controversiales. La incapacidad para desarrollar estrategias efectivas de prevención primaria o terciaria ha llevado a clínicos e investigadores a concentrarse en evitar la incapacidad prolongada desde el inicio del primer episodio de DL

(prevención secundaria). El énfasis en prevención secundaria se justifica por la información que demuestra que la mayoría de los pacientes con DL pueden regresar a laborar dentro de las 4 a 8 semanas de iniciado el dolor.

Ochoa G, reporta que en Colombia el DL es la tercera causa de consulta en los servicios de urgencias, la cuarta causa en medicina general, la primera causa de reubicación laboral y en 1992 se reportó como la segunda causa de pensiones por invalidez. Durante los años 1985 a 1991, ocupó el segundo lugar entre las enfermedades profesionales y fue responsable de 5% de las pensiones por invalidez, 25% de las pensiones por enfermedad general y 44% de las reubicaciones laborales. En 2013 el DL lumbar fue la primera causa de consulta en el servicio de consulta externa de la Clínica Universitaria de la Corporación Comfenalco Valle Universidad Libre.

ETIOLOGIA E HISTORIA NATURAL

Exceptuando los pacientes que padecen hernias discales con déficit neurológico, la historia clínica junto a los exámenes radiológicos y neurofisiológicos, solo determinan la causa del dolor en un 15% de pacientes conformando el grupo de pacientes con “dolor específico”. El otro grupo, más numeroso, está conformado por la mayoría de casos donde es imposible distinguir cual es la estructura que da origen al dolor (disco, articulaciones posteriores, músculos, ligamentos, etc.) llamado “dolor vertebral no específico” o idiopático, sin factores anatómicos y neurofisiológicos identificables, que agrupa 85% de los casos.

Para una adecuada interpretación y análisis del DL se deben considerar ciertos factores como el tiempo de evolución:

- Dolor Lumbar Agudo: aquel que tiene menos de 6 semanas de evolución.
- Dolor Lumbar Subagudo: aquel entre 6 y 12 semanas.
- Dolor Lumbar Crónico: aquel con más de 12 semanas.

En el grupo de pacientes con dolor agudo, existen tres subgrupos: aquellos con dolor simple no irradiado, aquellos con dolor radicular, y la minoría, que presentan patología seria como infección, tumor, etc.

Esta definición ayuda a plantear la estrategia de estudio y tratamiento. Por ejemplo, en pacientes con dolor agudo es muy raro que se requieran estudios paraclínicos, mientras que en el grupo subagudo deberán tenerse en cuenta los factores de riesgo para evolucionar a un estado crónico de dolor. Los pacientes con dolor crónico generalmente requieren tratamientos multidisciplinarios.

El enfoque terapéutico del paciente con DL se basa en abolir la causa que le dio origen, junto a un adecuado tratamiento farmacológico y de rehabilitación. Sin embargo, no todos mejoran y algunos muestran tendencia hacia la cronicidad. En un intento por explicar dicho estado, se han planteado diversas teorías, en las que se incluyen la etiología del DL, los tratamientos o cirugías previas, el tiempo de evolución, la intensidad del dolor, el reclamo de compensación, las características demográficas y factores psicosociales, entre otros. Los cambios degenerativos de la columna lumbar se establecen por factores múltiples, entre ellos factores de desgaste “fisiológico” o como consecuencia de la edad, los eventos traumáticos de grado variable, como los microtraumas físicos durante la vida del individuo por la bipedestación, la acción de caminar en planos de inclinación variada, actividades deportivas de alto y medio impacto, así como subir o bajar escaleras y correr, modificando las condiciones de estabilidad dinámica o alineación estructural de los diversos elementos que conforman la columna vertebral.

Las alteraciones más comunes son: la degeneración de discos intervertebrales y de facetas articulares, el engrosamiento del ligamento amarillo y la formación de procesos hipertróficos en los cuerpos vertebrales causando estenosis espinal. La expresión clínica de estos cambios puede carecer de especificidad para definir la estructura anatómica alterada, debido a la estrecha relación anatómica que conservan muchos elementos en un área de reducidas dimensiones, como el espacio epidural, los recesos laterales del canal espinal y los agujeros intervertebrales; Generalmente el dolor de origen mecánico empeora con los movimientos y cede en reposo. Se relaciona con las posturas: habitualmente aumenta tras permanecer largo tiempo sentado o de pie, y

puede mejorar al caminar. Es frecuente cierta rigidez matutina que mejora al poco tiempo de levantarse de la cama.

Se considera que el proceso degenerativo de la columna lumbar inicia hacia los 25 años de edad y en la fase de inestabilidad se puede presentar teóricamente dolor de origen discal o facetario:

Enfermedad articular degenerativa facetaria: conocida genéricamente como “artrosis facetaria o síndrome facetario”, representa un estado inflamatorio, agudo o crónico en las facetas articulares y sus componentes capsulares o membranosos. Las ayudas radiológicas pueden mostrar: esclerosis subcondral, hipertrofia de las articulaciones facetarias, osteofitos marginales rodeando las facetas y modificaciones del espacio articular facetario.

Osteocondrosis Intervertebral: combina cambios degenerativos relacionados a enfermedad del núcleo pulposo que corresponden con frecuencia a un hallazgo asintomático. Consisten en deshidratación, fisuras, roturas parciales y disminución de altura del disco. En algún momento del proceso hay compromiso de la plataforma vertebral con reacción subsecuente del hueso y de la médula.

La RM sirve para clasificar diferentes estadios de degeneración discal. *Modic* los clasificó de la siguiente manera:

El Tipo I: representa un estado inflamatorio del platillo vertebral y se observa hipointenso en T1 e hiperintenso en T2.

El Tipo II: corresponde a reemplazo graso y se aprecia hiperintensidad del platillo vertebrales afectados, tanto en T1 como en T2.

En el Tipo III se detecta hipointensidad en T1 y en T2, debido a esclerosis subcondral.

Estenosis Espinal: La reducción en las dimensiones del canal espinal, usualmente adquirida por cambios degenerativos severos en la columna vertebral se considera como estenosis espinal, también conocida genéricamente como “canal estrecho”. Se conocen 3 tipos:

- Estenosis espinal central muestra reducción en las dimensiones del canal espinal por algún efecto compresivo.

- Estenosis espinal lateral se reduce la amplitud de uno o varios recesos laterales del canal espinal con obliteración de la grasa epidural.
- Estenosis de los agujeros o forámenes intervertebrales (foraminal), que puede comprimir el trayecto foraminal de las vainas que contienen las raíces nerviosas en el nivel involucrado.

Es importante reconocer las diferencias que existen entre dolor lumbar de origen nociceptivo, dolor referido, dolor radicular o irradiado y radiculopatía. Fallas en diferenciar un dolor radicular de un dolor somático o referido conducen a tratamientos equivocados. El dolor lumbar somático es frecuente pero la prevalencia del dolor radicular es menor al 12%. Los estudios radiológicos se justifican para determinar la causa del dolor radicular o de la radiculopatía, pero en la mayoría de los casos, estos estudios no ayudan a determinar el origen del dolor somático, pudiendo dar origen a falsos positivos cuando se encuentran cambios degenerativos, protrusiones discales, y posibles compresiones radiculares que pueden conducir a tratamientos quirúrgicos innecesarios en presencia de dolor somático referido.

Dolor lumbar nociceptivo: se origina por estímulo nociceptivo de las estructuras de la columna lumbar como músculos, ligamentos inter espinosos, articulaciones facetarias y su cápsula, articulación sacroiliaca, duramadre y disco intervertebral principalmente la parte posterior del anillo.

Dolor somático referido: es un dolor percibido en regiones inervadas por nervios diferentes a los que inervan la zona afectada. El dolor somático referido no involucra la estimulación de raíces nerviosas. Se produce por estimulación nociva de terminaciones nerviosas de estructuras espinales como discos, articulaciones facetarias o sacroiliacas. Se ha propuesto que se genera por convergencia de aferentes nociceptivos en neuronas de segundo orden en la medula espinal. El dolor referido no se acompaña de alteraciones neurológicas debido a que no existe compresión de raíces nerviosas, no siguen un patrón dermatomérico, no se acompañan de alodinia ni alteraciones de los reflejos;

generalmente compromete la nalga y el 1/3 proximal del muslo pero ocasionalmente puede comprometer el pie.

Dolor radicular: El término “ciática” se utilizaba en la antigüedad cuando no se comprendía el mecanismo involucrado en el dolor referido, por lo que cualquier dolor referido era atribuido a irritación del nervio periférico que se dirige a una área dolorosa del miembro inferior. Actualmente se recomienda reemplazar este término por “dolor radicular”, y en lo posible, se debe especificar cuál es la raíz comprometida.

El ciático es el nervio periférico más voluminoso y largo del organismo; es un nervio mixto conformado por las raíces L3, L4, L5, S1, S2. El dolor radicular se origina de descargas ectópicas de las raíces dorsales o sus ganglios; generalmente se presenta por inflamación de una raíz nerviosa por una hernia discal. Es lancinante, quemante, como ardor o en choque eléctrico y recorre toda la longitud del miembro inferior en una banda no mayor a tres pulgadas de ancho.

Radiculopatía: Es un estado en el cual la conducción es bloqueada a lo largo de un nervio espinal o una de sus raíces. Cuando se bloquean fibras sensoriales se percibe una sensación de entumecimiento. Cuando se bloquean fibras motoras se presenta debilidad. Disminución de los reflejos puede presentarse en bloqueo sensorial y motor. El entumecimiento tiene distribución dermatomérica y la debilidad se distribuye en miotomas. La radiculopatía no se determina por la distribución del dolor sino por los signos neurológicos objetivos. Aunque la radiculopatía y el dolor radicular coexisten con frecuencia, puede existir radiculopatía en ausencia de dolor y dolor radicular en ausencia de radiculopatía. El diagnóstico de radiculopatía debe ser clínico por lo que los estudios de electromiografía deben ser solicitados con poca frecuencia. Puede ser difícil determinar el origen del dolor radicular ya que los patrones de distribución del dolor originado en L4, L5 y S1 pueden confundirse. El segmento comprometido puede determinarse con cierta exactitud cuando se combinan el dolor radicular y la radiculopatía; en este caso, es la distribución dermatomérica del

entumecimiento, más que la del dolor, lo que permite determinar el segmento comprometido.

La distribución de los miotomas de las extremidades superiores e inferiores son de la siguiente manera:

- ❖ C1/C2: flexión/extensión del cuello
- ❖ C3: Flexión lateral del cuello
- ❖ C4: Elevación del hombro
- ❖ C5: Abducción del hombro
- ❖ C6: Flexión del codo/extensión de la muñeca
- ❖ C7: Extensión del codo/flexión de la muñeca
- ❖ C8: Extensión del pulgar
- ❖ T1: Abducción del dedo
- ❖ L2: Flexión de la cadera
- ❖ L3: Extensión de la rodilla
- ❖ L4: Dorsi-flexión del tobillo
- ❖ L5: Extensión del dedo gordo
- ❖ S1: Flexión plantar del tobillo
- ❖ S2: Flexión de la rodilla

El dolor lumbar de tipo Inflamatorio corresponde a un porcentaje bajo comparado con los de etiología mecánica. Descartadas situaciones clínicas que requieran un tratamiento inmediato como infecciones y neoplasias, se deben considerar como causa de DL inflamatorio las espondiloartropatías. El dolor lumbar de tipo inflamatorio se caracteriza, y a su vez se diferencia del de tipo mecánico, inicialmente por ser de inicio lento y progresivo, empeora con el reposo, mejora inicialmente con el ejercicio, altera el descanso nocturno y se acompaña de rigidez matutina de más de 30 minutos. Entre las lumbalgias de tipo inflamatorio se encuentran la espondilitis anquilosante con examen positivo para el antígeno HLA B27, artritis reactiva (síndrome de Reiter), artritis psoriásica, artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal, artritis enteropáticas, artritis de la enfermedad de Crohn, artritis de la colitis ulcerosa.

En el siguiente cuadro comparativo se muestran las características relevantes de la lumbalgia inflamatoria y mecánica.

	INFLAMATORIO	MECANICO
Edad	< 40 años	>40 años
Inicio	Insidioso	Agudo
Alteración del sueño	+ +	±
Rigidez matutina	+ + +	+
Ejercicio físico	Mejora	Empeora
Descanso	Empeora	Mejora
Afectación otros órganos	+	-

El DL con “signos de alarma” o banderas rojas, podría relacionarse con el desarrollo de alguna enfermedad grave. Entre los signos de alarma descritos se encuentran los siguientes:

- “Edad”: la sospecha de cáncer aumenta con la edad, por tanto, en pacientes con lumbalgia mayores de 50 años convendría descartar esta patología. En aquellos pacientes jóvenes que presenten lumbalgia recurrente, también convendría descartar el origen inflamatorio: espondilitis anquilosante y otras espondiloartropatías.
- Presencia de “fiebre”: en estos casos se debe pensar en infección; se debe preguntar por adicción a drogas por vía parenteral, inmunodepresión (VIH, neoplasias, etc.). En pacientes con lumbalgia y síndrome febril también convendría descartar metástasis óseas y que el origen de la fiebre fuera secundario a la neoplasia.
- “Síndrome toxico”: con pérdida de peso inexplicable, astenia, anorexia. Ante un paciente con estas características se debería pensar en neoplasia y en el posible origen infeccioso de la clínica.

- Paciente con “antecedentes de cáncer”: en este tipo de pacientes conviene realizar una radiografía simple de columna lumbar; si esta es inespecífica y la sospecha es alta, se debería solicitar una resonancia magnética nuclear de columna lumbar.
- “Antecedentes de osteoporosis ”, tratamiento con “glucocorticoides” sistémicos de forma crónica o “historia de fracturas previas”: en este caso podríamos encontrarnos ante una fractura vertebral.
- “Anestesia en silla de montar y/o retención aguda de orina”: Se debe sospechar de síndrome de la cauda equina. Es importante llegar a su diagnóstico, ya que este tipo de pacientes debe ser intervenido de forma urgente, y de ello depende el pronóstico.
- “Dolor de características inflamatorias” que empeora con el reposo, durante la noche y con las maniobras de Valsalva y que no mejora a pesar de dosis plenas de tratamiento antiinflamatorio: en este caso nos podríamos encontrar delante de una neoplasia, una espondilodiscitis, entre otros.

Por el contrario, las banderas amarillas son circunstancias que hacen sospechar que el DL se puede volver crónico, como cuando existe insatisfacción laboral, alteraciones psicológicas, familiares, laborales, o búsqueda de ganancias secundarias, entre otros factores.

ENFOQUE DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON DOLOR LUMBAR

Es fundamental elaborar una correcta historia clínica compuesta por el interrogatorio y el examen físico. En el interrogatorio son importantes los datos personales, nombre, edad del paciente, actividad laboral que desempeña, dominancia. Se continúa con la enfermedad actual que debe ser completa haciendo una descripción detallada del síntoma en este caso del dolor lumbar, tiempo de evolución, características del dolor , intensidad del mismo utilizando una escalera para medirlo,

periodicidad, irradiación y dirección de la misma, factor desencadenantes, factores agravantes y atenuantes; tratamientos previos recibidos con o sin mejoría; factores psicosociales relacionados con el dolor, indagar sobre otras alteraciones secundarias al síntoma principal como alteraciones en el sueño, depresión, fiebre, déficit motor o sensitivo entre otros.

Debe interrogarse sobre los antecedentes familiares, personales, farmacológicos, tóxicos, traumáticos y quirúrgicos.

El examen físico inicia con la INSPECCION, desde el momento en que el paciente ingresa al consultorio, se observa la contextura del paciente, si hay o no sobrepeso, prestar atención si muestra fascies de dolor o aparenta enfermedad crónica. Se evalúa la integridad estructural de la columna, para descartar deformidades o desviaciones que nos expliquen los síntomas, atrofas o asimetrías en la musculatura de los miembros inferiores y la alineación de las cinturas escapular y pélvica. Se evalúa la marcha: en su componente neurológico intervienen el sistema vestibular y el cerebelo; se debe observar si se ayuda de algún tipo de apoyo como bastón o es ayudado por familiares; la marcha en puntas evalúa la suficiencia de ambos músculos tríceps surales, el descenso de uno de los talones indicaría la falta de fuerza de los mismos y la posible lesión en las raíces S1 y S2. La marcha en talones evalúa los músculos anterolaterales inervados por las raíces L4 y L5.

Se evalúa la flexión anterior del tronco que cuando es dolorosa puede indicar alteraciones en los discos y las facetas, y la extensión del tronco y las flexiones laterales que son pruebas de estrés facetario. La flexión del tronco se califica en cuatro grados: Grado 1 con flexión mínima, grado 2 cuando las puntas de los dedos se sitúan por encima de las rodillas, grado 3 con las puntas de los dedos por debajo de las rodillas y grado 4 cuando toca el suelo con las manos sin doblar las rodillas.

La longitud de los miembros inferiores se mide desde la espina iliaca anterosuperior hasta la punta del maléolo tibial; longitud femoral va desde la punta del tocante mayor hasta la parte externa de la interlinea articular de la rodilla. Longitud de la tibia desde la parte interna de la interlinea de la rodilla hasta la punta del maléolo tibial.

Medir el perímetro del muslo y la pierna 10cm por encima y por debajo de la rotula.

Valorar la fuerza de los diferentes grupos musculares de acuerdo con los grados admitidos internacionalmente:

- 0: Nula – Ningún signo de contracción muscular.
- 1: Indicios – Tensión muscular perceptible al tacto sin movimiento articular.
- 2: Débil – Movilidad activa solo en ausencia de gravedad, no hay movimiento contra resistencia.
- 3: Regular – Excursión completa contra gravedad, no hay movimiento contra resistencias aplicadas.
- 4: Buena – Excursión completa contra la gravedad y contra ligera resistencia.
- 5: Normal – Excursión completa contra la gravedad y contra resistencia.

Valorar la sensibilidad: Se efectúa con el paciente en máxima relajación con el pulpejo de los dedos, una torunda de algodón o con un aplicador, buscando áreas con hiper o hipoestésias, y áreas anestésicas.

VALORACION NEUROLOGICA:

A continuación se enumeran algunas pruebas y reflejos. El estudiante debe saber que existen otras, que se escapan al contenido de esta revisión y que debe estudiar en otros textos.

- **Reflejo plantar:** El sujeto examinado debe encontrarse en decúbito dorsal y el miembro inferior extendido. Se roza la planta del pie en su parte externa desde el talón hacia arriba con un objeto romo. La respuesta normal que se obtiene es la flexión plantar de los dedos.
- **Reflejos osteotendinosos:** se originan por estimulación de huso neuromuscular, por estiramiento a nivel de las fibras del vientre muscular, el hueso y tendón son meros transmisores de tensión. Los reflejos profundos se obtienen percutiendo con el martillo de reflejos, mediante un golpe rápido y breve aplicado a un tendón:
- **Reflejo rotuliano o patelar:** Se evalúa con el paciente sentado al borde de la camilla con las piernas en suspensión o con una pierna cruzada sobre la otra. El

estimulo es la percusión del tendón rotuliano, la respuesta es la extensión de la pierna. Evalúa la integridad de las raíces L3 y L4.

- **Reflejo Aquiliano** (Raíz S1): Existen 4 maneras de evaluar este reflejo:

1. Paciente sentado al borde de la camilla o silla, se levanta ligeramente el pie con una mano y con la otra se percute el tendón de Aquiles.
2. Paciente de rodillas con los pies fuera del borde de la camilla, se lleva ligeramente hacia delante la planta del pie y se percute sobre el tendón.
3. En decúbito dorsal se coloca el pie del miembro a evaluar sobre el opuesto; con una mano se toma la planta del pie llevándolo ligeramente a dorsiflexión y se realiza la percusión.
4. En decúbito dorsal se realiza dorsi flexión del pie, estirando de este modo el tendón aquiliano y se realiza la percusión.

Maniobras médicas que incrementan el dolor:

Laségue: (L5-S1) Se efectúa con el paciente en decúbito dorsal, con flexión del muslo en relación al tronco y de la pierna respecto al muslo en ángulo de 90 grados, el médico llevara la pierna hacia arriba manteniendo inmóvil el ángulo tronco-muslo; si hay dolor que se distribuye por la parte posterior del miembro inferior se considera positiva la maniobra. Si hay aumento del dolor lumbar sin irradiación la prueba es negativa

Bragard: se realiza la maniobra de Laségue y se finaliza ejerciendo dorsi flexión del pie. La maniobra es positiva cuando se exagera o provoca dolor irradiado en el territorio de L5 o S1

Scardi: se hace el Laségue y se finaliza ejerciendo una dorsiflexión del grueso artejo. La maniobra es positiva cuando se exagera o provoca dolor.

Wassermann: Para efectuar la tracción radicular superior de las raíces L3-L4, colocamos al paciente en decúbito ventral con la cadera extendida y la rodilla flexionada al máximo; el médico pone su mano derecha en la rodilla del paciente y produce una hiperextensión de la cadera, al mismo tiempo que se opone con la mano izquierda colocada sobre el sacro. La positividad de la maniobra se expresara mediante dolor irradiado a la parte anterior del muslo.

Neri: Estando el paciente en posición de pie, se le pide doblar el tronco hacia delante. La maniobra es positiva cuando se produce flexión involuntaria de la rodilla del lado afectado.

Con el propósito de lograr un consenso sobre los indicadores clínicos más confiables, ya sean signos o síntomas, para determinar la zona que origina el dolor en las diferentes entidades clínicas que producen dolor lumbar, se realizó un estudio aplicando el método Delphi en un grupo de expertos. Los indicadores con mayor grado de aceptación fueron los siguientes:

INDICADORES DE DOLOR LUMBAR QUE SE ORIGINA EN LA ARTICULACION ZYGAPOFISIAL O FACETARIA:

- ❖ Dolor a la palpación paravertebral ipsilateral sobre las facetas comprometida o sobre los procesos transversos.
- ❖ Dolor que empeora con la extensión del tronco.
- ❖ Espasmo muscular paravertebral unilateral sobre la articulación afectada.
- ❖ Dolor referido por encima de la rodilla.
- ❖ Ausencia de patrón radicular.

INDICADORES DE DOLOR LUMBAR QUE SE ORIGINA EN LA ARTICULACION SACROILIACA

- ❖ Dolor unilateral en la nalga al sentarse
- ❖ Dolor referido a miembro inferior sin patrón radicular.
- ❖ Dolor que empeora al pararse desde la posición sentada.
- ❖ Al menos tres pruebas de provocación positivas:
 - Aproximación o compresión: Paciente en decúbito lateral con flexión de rodillas y caderas dobladas en ángulo recto. El examinador coloca las manos en la cresta iliaca anterior superior y ejerce presión hacia el piso. Un aumento en la sensación de presión indica posible lesión en la articulación sacroiliaca o esguince de los ligamentos sacroiliacos posteriores. Es positivo si refiere dolor o replicación de los síntomas.

- Distracción o Gapping: Paciente en decúbito supino. El examinador coloca ambas manos en las espinas iliacas antero superiores y hace presión hacia el piso. Indica disfunción o esguince de los ligamentos sacroiliacos anteriores. Es positiva si reproduce los síntomas del paciente
- Patrick: Paciente en decúbito supino. La pierna del lado examinado se flexiona, abduce y se rota externamente; se hace una forma de 4, permitiendo que el maléolo lateral del tobillo de la pierna examinada descansa sobre el muslo de la pierna contralateral, justo encima de la rodilla. El examinador estabiliza el lado contralateral de la pelvis colocando la mano en la cresta iliaca anterior superior, y con la otra mano hace presión sobre la rodilla ipsilateral, hacia el piso. Se puede aplicar presión continua o en oscilaciones. Es positivo si hay dolor en la articulación sacro iliaca.
- Hiperextensión de muslo y cadera o de Gaenslen: Con el paciente en decúbito supino con el lado afectado al borde de la mesa de examen de manera que el glúteo del lado afectado quede sin soporte; se le pide que junte ambas piernas y las flexione sobre el tórax en posición fetal. Se solicita extender el miembro inferior sin soporte y se presiona hacia abajo el muslo, manteniendo el miembro contralateral en la posición inicial. La prueba es positiva si presenta dolor sobre la articulación sacroiliaca.
- Compresión sobre el sacro: Con el paciente en decúbito prono el examinador coloca una mano sobre el sacro y la otra mano sobre la primera; se ejerce presión hacia abajo. La prueba es positiva si desencadena dolor sobre la articulación sacro iliaca.
- Compresión sobre el muslo: Con el paciente en supino la cadera es flexionada a 90 grados con la rodilla doblada. Se aplica presión a lo largo del fémur, utilizándolo como una palanca para empujar el hueso iliaco. Se coloca una mano debajo del sacro para fijar su posición, mientras con la otra mano se ejerce presión sobre el fémur hacia abajo. La prueba es positiva si se presenta dolor sobre la articulación sacro iliaca.

INDICADORES DE DOLOR LUMBAR QUE SE ORIGINA EN EL DISCO

- ❖ Dolor al presionar el proceso espinoso en el nivel afectado.
- ❖ Dolor a la flexo extensión del tronco
- ❖ Dolor referido a la región inguinal y/o miembros inferiores que empeora con compresión axial y mejora en decúbito.
- ❖ RMN es útil para visualizar los cambios patológicos del disco, pero existe una pobre correlación clínico radiológica

INDICADORES DE DOLOR LUMBAR RADICULAR

- ❖ Para atribuir la etiología del dolor a una hernia diagnosticada por RMN, debe existir adecuada correlación con los síntomas.
- ❖ Parestesias en el dermatoma comprometido.
- ❖ El dolor debe comprometer el dermatoma que corresponde a la raíz comprometida, aunque existen variaciones anatómicas; El dermatoma más consistente es S1
- ❖ El dolor por canal estrecho empeora al caminar y mejora al detenerse y flexionar el tronco.
- ❖ El diagnóstico de dolor radicular se justifica cuando hay dolor radicular en un miembro inferior, combinado con una o más pruebas neurológicas positivas que indican irritación de la raíz nerviosa o déficit neurológico

AYUDAS DIAGNOSTICAS

Se deben reservar las ayudas diagnósticas para solicitarlas en pacientes con dolor lumbar asociado a banderas rojas o signos de alarma, también en paciente con poca respuesta a tratamientos previos instaurados. Se debe tener en mente que la solicitud de exámenes de laboratorio o ayudas radiológicas solo están justificados cuando de ello dependa la toma de una conducta terapéutica o la modificación de un tratamiento instaurado sin éxito, y no se justifican por simples razones académicas.

Las ayudas como resonancia magnética y tomografía axial se reservan para pacientes en los que se sospecha hernia de disco con compresión de raíz nerviosa o cauda equina, tumores o en los que el compromiso neurológico lo amerite.

OPCIONES TERAPEUTICAS

Un elemento clave del tratamiento del dolor lumbar es la educación de los pacientes. Esta debe incluir información acerca de la postura correcta, la biomecánica de la columna en las actividades de la vida cotidiana y los métodos sencillos que puedan disminuir los síntomas, también se debe explicar la evolución natural del dolor lumbar y hacer énfasis en que esta suele ser favorable. Esta información puede ayudarles a participar de forma activa en su propio tratamiento. El tratamiento del dolor lumbar crónico debe ser interdisciplinario, incluyendo un programa adecuado de rehabilitación.

En el manejo farmacológico del DL crónico se utiliza acetaminofén en combinación con opioides débiles. No existe evidencia del beneficio de utilizar opioides potentes o antidepresivos.

En los pacientes con radiculopatía, los corticoides son efectivos por vía oral cuando se toman durante un período corto de tiempo. Los bloqueos selectivos de la raíz comprometida utilizando una guía fluoroscópica son de gran provecho para disminuir en forma rápida el dolor de intensidad severa. El papel de los esteroides en el tratamiento del dolor lumbar sin radiculopatía no se recomienda.

La acupuntura es una práctica de la medicina china tradicional, utilizada durante más de 2.000 años y usada en el mundo occidental desde 1960. En el momento actual la acupuntura no es aconsejable como tratamiento de primera línea del dolor lumbar. Sin embargo, en pacientes con dolor lumbar crónico, podría formar parte de un programa terapéutico completo.

La Intervención psicológica se convierte en un apoyo fundamental a la hora de realizar un manejo multidisciplinario en paciente con dolor crónico, en este campo se destaca la terapia cognitiva conductual que es uno de los elementos de los programas terapéuticos de múltiples dimensiones, tiene como objetivo mejorar el tratamiento del

dolor lumbar crónico basándose en aspectos cognitivos (emociones y pensamientos negativos) y conductuales (actividad alterada y dependencia a la medicación).

TRATAMIENTOS DE INTERVENCION

Los bloqueos diagnósticos pueden determinar la causa del dolor en más de 85% de los pacientes; se utilizan para determinar la patofisiología del dolor y la localización de la nocicepción. Si se anestesia el área anatómica que origina el dolor, este debe desaparecer, al menos, durante el tiempo que actúa el anestésico

Las inyecciones de corticoides epidurales (ICE): son intervenciones frecuentes para tratar el dolor lumbar irradiado. Las indicaciones de las ICE son el dolor lumbar asociado a síntomas radiculares, la compresión y la irritación radicular y el canal estrecho. Las contraindicaciones se dividen en absolutas (coagulopatía, infección local o sistémica activas, diabetes no controlada o neoplasia de la columna) y relativas (p. ej., alergia a la inyección e insuficiencia cardíaca congestiva). Pueden administrarse por tres vías: interlaminar, transforaminal y caudal. La fluoroscopia es absolutamente necesaria para administrar de forma segura y exacta la inyección transforaminal. Las ICE lumbares son una opción no quirúrgica razonable en pacientes bien elegidos, para disminuir su dolor y permitir un retorno más rápido a la función durante la historia natural del DL.

La denervación percutánea facetaria lumbar por radiofrecuencia o rizólisis fue descrita en los años setenta para el tratamiento sintomático del dolor lumbar crónico de origen facetario. Su principio se basa en dañar mediante el calor y de forma controlada, las fibras nerviosas transmisoras del dolor. La denervación percutánea facetaria lumbar es una técnica mínimamente invasiva que proporciona una pronta mejoría del dolor lumbar y permite a los pacientes reanudar rápidamente sus actividades cotidianas. Estudios recientes publican una tasa de buenos resultados en torno al 70–80%, manteniéndose la mejoría en 60–70% durante más de 6 meses.

CONCLUSIONES

El dolor lumbar se ha constituido en uno de los problemas de salud pública más graves de la actualidad. Los costos que genera, tanto de manera directa como indirecta, exceden los de cualquier otra enfermedad, incluso los de la coronaria. A pesar de la frecuencia de aparición de este síntoma en la población general, no siempre es tratado apropiadamente.

BIBLIOGRAFIA

- Cid J, De La Calle J, López L, et al. A modified Delphi survey on the signs and symptoms of low back pain: Indicators for an interventional management approach. *Pain Practice*. 15(1):12-21. 2015.
- Costandi S, Chopko B, Mekhail M, et al. Lumbar spinal stenosis: Therapeutic options review. *Pain Practice*. 15(1):68-81. 2015
- Ahern D, Adams A, Follick M. Emotional and marital disturbance in spouses of chronic low back pain patients. *Clin. J. Pain.*;1:69-74.1995
- Ashok Biyani, MD y Gunnar B. J. Andersson, MD, PhD Dolor lumbar: fisiopatología y tratamiento. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons (Edición Española)* ;3:178-187 2004.
- Bermejo F et al: Dolor lumbar crónico de origen facetario. Resultado del tratamiento mediante rizólisis percutánea. Selección de pacientes y técnica quirúrgica, *Rev esp.cir ortop traumatol*, 54(1), 13-19 2010.
- Boleagan B:Patología inflamatoria de la columna vertebral, *Rev Anales de radiología mexico*. 2, 105-114, 2005.
- Boleagan B: Conceptos básicos de la Enfermedad lumbar degenerativa, *Anales de Radiologia Mexico*: 1 pag 51-61, 2007
- Burton AK. Spine update-back injury and work loss: biomechanical and psychosocial influences. *Spine.*;22:2575-2580, 1997
- Cadavid AM. Dolor lumbar. En: Cadavid AM, Estupiñan JR, Vargas JJ. Dolor y cuidados paliativos. Corporación para la investigación biológica; Medellín ; pp 118-125. 2005
- Casas Figueredo, Nelsa. Espondiloartropatías: Utilidad de los criterios de clasificación. *Rev cubana med* vol.46, n.1. 2007
- Casals M, Samper D: Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. *Rev Soc Esp Dolor*. Vol 11 pp 260-269, 2004.
- Ochoa G. Dolor lumbar: Una reevaluación de conceptos. *MEDUNAB*. 4:45-58. 2001
- Ochoa G. Dolor neuropático: Una actualización de conceptos. En: Osorio R, Granados M. Dolor. Asociación Colombiana para el estudio del Dolor, Bogotá, pp 115-128 2004.
- Van Kleef M, Vanelderen P, Cohen S. Evidence based interventional pain medicine according to clinical diagnoses. Pain originating from lumbar facet joints. *Pain Practice*. 10(5): 459-469. 2010.
- Vanelderen P, Szadek K, Cohen S. Evidence based interventional pain medicine according to clinical diagnoses. Sacroiliac joint pain. *Pain Practice*. 10(5): 470-483. 2010.