



La lección de medicina

DOLOR LUMBAR

Gonzalo Bernal⁺⁺⁺⁺



http://cdna.labioguia.com/images/articles/577e736d0b567_crop.jpg

¿Existe en Colombia una aproximación al problema del dolor lumbar?

Sí. El Ministerio de Salud y la Protección Social junto con la Universidad Javeriana redactaron un documento sobre la enfermedad profesional en Colombia (*Guía de atención integral basada en la evidencia para dolor lumbar inespecífico y enfermedad discal relacionados con la manipulación manual de cargas y otros factores de riesgo en el lugar de trabajo* (GATI- DLI- ED) Autor Institucional: Ministerio de la Protección Social) en el que documentan lo siguiente:

⌚ La primera enfermedad profesional más frecuente en Colombia es el **túnel del carpo** con una prevalencia del 32 %, es decir, que de cada 10 enfermos que consulten

por una enfermedad profesional, 3 de ellos presenta enfermedad del túnel del carpo.

⌚ La segunda enfermedad más frecuente es el **dolor lumbar**, con un reporte de más o menos del **25 % de los casos**, es decir, de cada 4 consultas por enfermedad profesional, 1 corresponde a dolor lumbar.

⌚ La tercera en frecuencia son las lesiones del disco intervertebral.

⌚ La cuarta es la sordera neurosensorial.

¿Qué dice la literatura mundial con respecto al dolor lumbar en cuanto a su frecuencia de presentación?

Una revisión sistemática de 2012 (1) confirma que un 12 % de la población podrá tener dolor lumbar que limite la actividad por al menos un día a lo largo de su vida. La consulta por esta causa, puede alcanzar una prevalencia de un 23 % al mes, especialmente en Medicina Laboral.

Según encuestas realizadas anteriormente (2), de cada 10 adultos, entre 8 y 9 han presentado en su vida un episodio de dolor lumbar leve y, 1 de cada 4 personas, tenía dolor al momento de la entrevista y llevaba un promedio de tres meses o menos con ese dolor.

¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes para presentar dolor lumbar?

Los más importantes son el cigarrillo, la obesidad, la edad, el género femenino, el estrés laboral, la ansiedad, la depresión y los relacionados con actividades laborales.


⁺⁺⁺⁺ MD. Familiar Integral. Profesor FUJNC - gonzalo.bernal@juanncorpas.edu.co



¿Cuáles son las principales causas de dolor lumbar en América, Colombia y el mundo?

9

1




9 NO SE
ENCUENTRA
CAUSA
ESPECÍFICA

1 PUEDE SER
GRAVE:
Cauda equina
Metástasis
Hernia discal

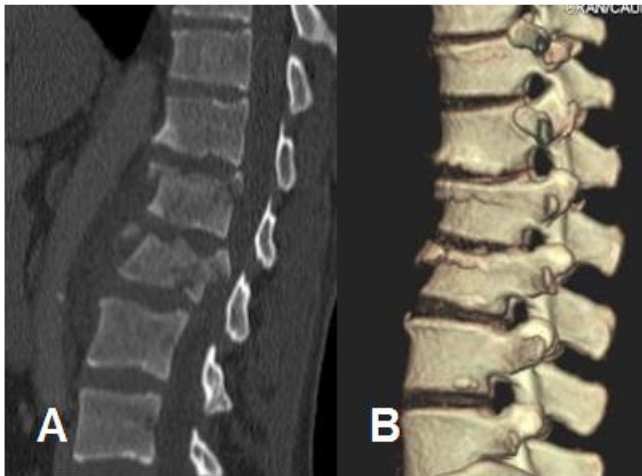
<http://www.quiropraxia1.com/uploads/1/3/5/3/13532395/published/backpain-small.jpg?1488807866>
<https://4.bp.blogspot.com/-PyILXbY0J4/WQtdWYFEGzI/AAAAAAAABv4/sNGhnc0Hps9WHRZbk9NllyymbUMqxyzgCLcB/s640/espalda-dolor.jpg>

Múltiples estudios (3) coinciden en que:

- ⊗ De cada 10 personas con dolor lumbar, a 8 o 9 de ellas **no se les encuentra la causa** del dolor lumbar y es inespecífico y en una de ellas es de causa secundaria.
 - Dentro de las causas secundarias tenemos que:
 - Menos del 1 % tendrán una causa grave, es decir, por cada 100 pacientes con dolor lumbar 1 o menos tendrán una causa grave como:
 - Cauda equina.
 - Metástasis por cáncer.
 - Infección de la columna espinal (espondilodiscitis) (4)
 - De cada 100 personas entre 1 y 2 presentarán dolor lumbar con características de dolor tipo ciático.

¿Sabía usted?

Que en los pacientes con dolor lumbar a quienes se les tomó imágenes tipo tomografía de columna, resonancia de columna o mielografía se encontró que:

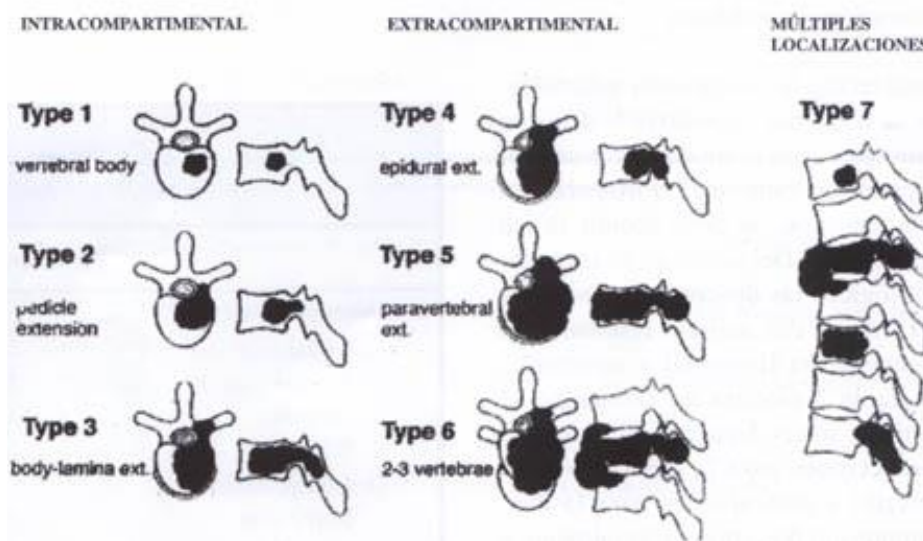


- ⊗ 1 de cada 10 pacientes a quienes se les encontró en las imágenes una hernia discal eran pacientes sanos.
- ⊗ Solo a 2 de cada 100 personas se les encontró hernia discal.
- ⊗ A 4 de cada 100 se les encontró fractura por compresión.
- ⊗ 3 de cada 100 personas tenían espondilolistesis.
- ⊗ Menos del 1 % presentaban metástasis o carcinomas primarios.
- ⊗ 1 de cada 10 000 presentaron espondilodiscitis.
- ⊗ 7 de cada 10 000 presentaron espondilitis anquilosante (5).

<http://osteomuscular.com/COLUMNA/IMAGENES/columnaimagen14.png>



¿Cuál es el origen de las metástasis a columna lumbar?



https://www.clinicalsciences.com/area_academica/Revista_Medica_Julio_2001/foto02.JPG

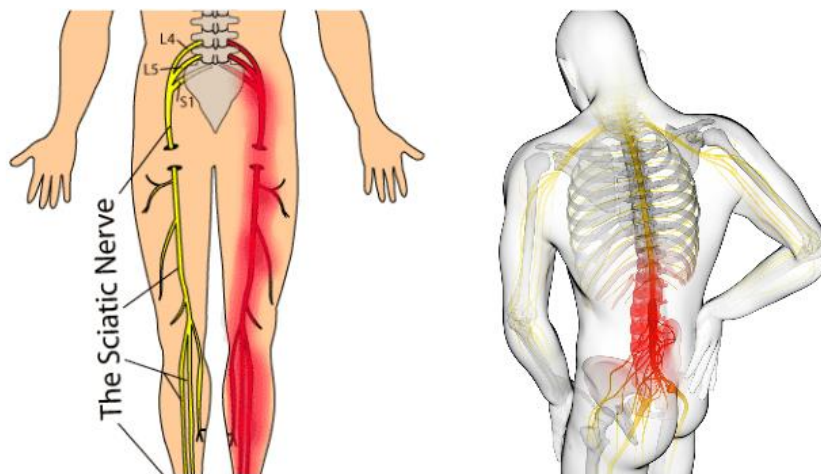
El cáncer de seno, de pulmón y de próstata son causa de la metástasis en la columna lumbar (5).

El enfoque

La historia clínica es el arma más importante para enfrentar el dolor lumbar, ya que como hemos visto, de cada 10 pacientes con dolor lumbar, entre 8 y 9 de ellos no tiene causa específica. De lo anterior encontramos que las causas secundarias son las que menos se presentan y menos aún las enfermedades más graves.

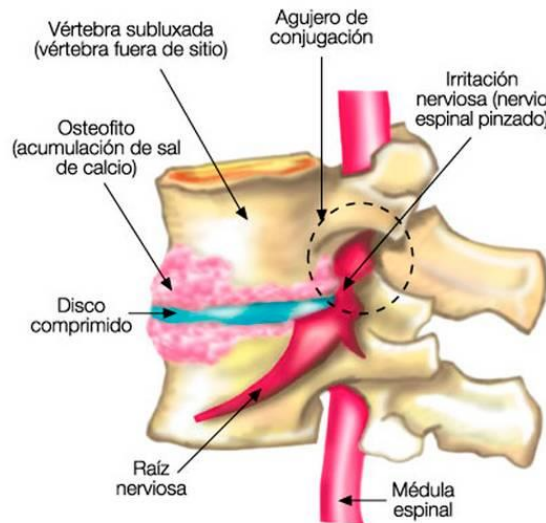
Conocer lo menos frecuente para poder estar seguro de lo más prevalente

Entendido lo anterior identificaremos los siguientes puntos para identificar las causas secundarias (**que repito son las menos frecuentes**):



<http://saludespalda.com/wp-content/uploads/2016/02/ciatica.png>

Si el paciente refiere dolor lumbar que se irradia a región glútea, cara posterior del muslo, cara posterior de la pierna y llega hasta el pie con hiporeflexia asociada, la posibilidad de que tenga una ciática por hernia discal es del 98 %.



<http://quiopraccticabarcelona.com/typo3temp/pics/22839af940.jpg>

- De las hernias discales diagnosticadas, el 98 % corresponden a la columna lumbar y, más exactamente, de L4 a L5 y de L5 a S1, por lo que es muy importante conocer los dermatomas del miembro inferior, saber tomar adecuadamente los reflejos rotuliano y aquiliano, realizar la maniobra para evaluar la fuerza de los músculos dorsiflexores del pie y, explorar adecuadamente el signo de lasegue y signo de lasegue cruzado e interpretarlos bien ya que su presencia se asocia en el 95 % de los casos con la compresión del nervio ciático.
- Si el paciente tiene dolor lumbar y tiene infección urinaria o infección en la piel y, sumado a eso, tiene historia de abuso de drogas endovenosas, la posibilidad de una osteomielitis de columna es del 40 %.

TKI Estenosis

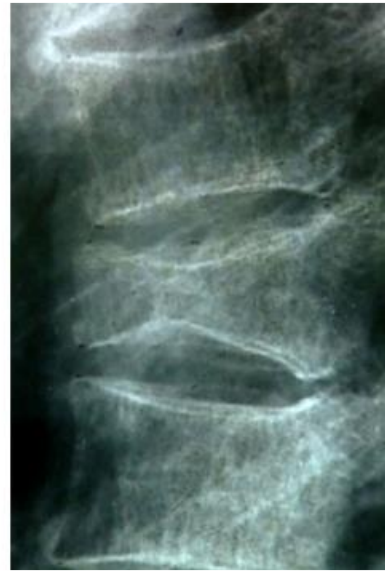
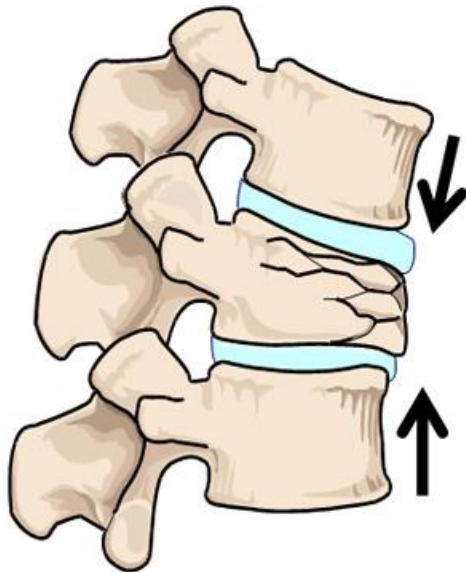
Facet joints
Spinal Canal
Disc
Normal
Spinal Stenosis

- ✓ Dolor en las piernas y síntomas neurológicos exacerbados al andar (Ghad, 2007)
- ✓ Pérdida sensorial, pobre equilibrio, y debilidad muscular en los glúteos y piernas (Tomkins-Lane et al, 2012)
- ✓ Síntomas generalmente intermitentes y dependientes de la postura, aparecen cuando se está de pie y en la extensión lumbar, mejorando al caminar. Se calman durante el reposo o sentados (Ghad, 2007)

1º Conocer las características de la situación 2º Empezar a entrenar

<https://powerexplosive.com/wp-content/uploads/2016/11/LUMBAR-estenosis-262x197@2x.jpg>

- Si presenta dolor lumbar, es mayor de 50 años y presenta como síntoma pseudoclaudicación, la posibilidad de estenosis del canal medular es del 90 %.
- Si tiene más de 50 años más historia de cáncer o pérdida inexplicada de peso asociado a dolor lumbar que no cede ni mejora con el reposo en cama, la posibilidad de una metástasis es del 97 %



<http://cde.3.depor.pe/ima/0/0/1/3>

- Si un paciente tiene 50 años o más y factores de riesgo para osteoporosis como medicamentos, menopausia la posibilidad de una fractura es del 80 %.

Corolario

Así las cosas, ¿a qué pacientes debo tomarles una imagen, sea radiografía, tomografía o resonancia nuclear magnética?

Lo racional es enfatizar en la importancia de una buena historia clínica, es decir, en donde se indague por ansiedad, depresión, angustias, insomnio, síntomas neurovegetativos, disminución del apetito y, además, por funcionalidad familiar.

Claro, el examen físico permite descartar buena parte de aquello más grave, pero menos frecuente. Como se observa, tal vez pedir esos exámenes paraclínicos como primera

opción no sea lo más racional y solo estaría indicado cuando se encuentran manifestaciones neurológicas en esa primera consulta (3).

Explicarle al paciente y comprometerse con un seguimiento resulta racional y lógico. Usar recomendaciones para aliviar el dolor a través de ejercicios o medidas locales sin duda es el primer enfoque terapéutico, tal vez combinado con el uso adecuado de los analgésicos; pero, poder acompañarlo en su evolución, resulta clave para poder comprobar lo adecuado del enfoque.

Referencias

- (1) Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F et al. A Systematic Review of the Global Prevalence of Low Back Pain. *Arthritis Rheum.* 2012; 64(6): 2028-37. doi: 10.1002/art.34347.
- (2) RA Deyo, Tsui-Wu YJ. Epidemiology Descriptive of Low Back Pain and Medical Care Related to the United States. *Spine (Phila Pa 1976).* 1987; 12(3): 264-8.
- (3) Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P Et al. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007; 147(7): 478-91.
- (4) Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What Can the History and Physical Examination Tell Us About Low Back Pain? *JAMA.* 1992;268(6): 760-765. doi:10.1001/jama.1992.03490060092030
- (5) Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What Can the History and Physical Examination Tell Us About Low Back Pain? *JAMA* 1992; 268: 760.