

# LUMBALGIA AGUDA

---

M<sup>a</sup> Victoria Barrabés, Enrique Ornilla

Es la presencia de dolor en la región comprendida entre la porción inferior de la última costilla y la región glútea, puede irradiarse a una o ambas extremidades inferiores

En el caso de que se irradie por debajo de las rodillas y, además, siga una distribución metamérica pasa denominarse lumbociática.

Es una causa muy frecuente de consulta médica en nuestro medio, en muchas ocasiones es incapacitante y, por ello, causa de baja laboral.

## ETIOLOGÍA

En la mayoría de los casos 70-80%, es de origen mecánico por lo que tiene buen pronóstico y se resuelve en días o pocas semanas.

En el caso de la lumbociática el 90% de las veces está originada por una hernia discal.

Existen otras etiologías que debemos tener en cuenta y que conviene descartar: espondilodiscitis, abscesos, osteomielitis, rotura de aneurisma de aorta, arteriopatía periférica, tumores, litiasis renal, úlceras pépticas, pancreatitis, hematomas internos, síndrome piriforme, aplastamientos vertebrales osteoporóticos.

## CLASIFICACIÓN

Podemos hacer dos tipos de clasificación:

### Según duración:

- Lumbalgia aguda: duración inferior a 6 semanas.
- Lumbalgia subaguda: duración entre 6 y 12 semanas.
- Lumbalgia crónica: duración superior a 12 semanas.

### Según características del dolor:

- **Lumbalgia mecánica:** aparece con el movimiento, empeora con la actividad física y mejora con el reposo. Originada por patologías como: enfermedad degenerativa,

estenosis de canal o espondilolisis.

- **Lumbalgia inflamatoria:** mejora con la actividad física y empeora en reposo. Se asocia rigidez matutina, dolor nocturno y, en ocasiones, sintomatología sistémica. Originada por patologías como enfermedades reumatológicas inflamatorias, neoplasias o infecciones.
- **Lumbalgia por dolor referido o enfermedad visceral:** proviene de otras regiones del cuerpo pero se manifiesta en la región lumbar, puede ir acompañado de sintomatología específica de otros aparatos. Originada por patologías como enfermedades de órganos de región pélvica o renal, enfermedades digestivas o aneurisma de aorta disecado.

## APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

En la **anamnesis** dirigida es necesario preguntar por las características del dolor: aparición, localización, irradiación, carácter/tipo de dolor, intensidad y agravantes/atenuantes.

Sería conveniente indagar sobre edad y sexo: en pacientes muy jóvenes se deben tener en cuenta patologías inflamatorias mientras que en pacientes mayores lo más frecuente es de causa osteoporótica y neoplásica; profesión; antecedentes personales: traumatismos, factores de riesgo cardiovascular, osteoporosis, neoplasias; fármacos: corticoides, anticoagulantes, inmunosupresores; así como presencia o no de síntomas asociados: fiebre, dolor abdominal, pérdida de peso, síndrome general, alteraciones de fuerza y sensibilidad.

Se debe hacer una **exploración física general** con especial interés en la exploración del aparato locomotor:

- **Inspección:** posturas antiálgicas, deformidades, disminución de musculatura, lesiones cutáneas.
- **Palpación:** apófisis espinosas, articulaciones sacroilíacas y coxofemorales, musculatura paravertebral, succusión renal y pulsos arteriales periféricos.
- **Movilidad de columna:** flexo-extensión, lateralización y rotación.
- **Movilidad de las articulaciones coxofemorales.**
- **Exploración neurológica:** en especial fuerza, sensibilidad, tono y reflejos osteotendinosos (rotuliano y aquileo). Maniobra de Lasègue y Bragard. Marcha: espontánea, de puntillas y de talones.

El diagnóstico es clínico, por lo que en la mayoría de los casos no es necesario realizar pruebas complementarias.

En adultos jóvenes sin signos de alarma que caminan bien y se objetiva una lumbalgia de características mecánicas, no es útil realizar pruebas complementarias ni para el diagnóstico ni para el tratamiento.

Existen una serie de signos o síntomas de alarma que aparecen durante la anamnesis o exploración y que requieren la realización de pruebas complementarias ya que su presencia se asocia a patología orgánica subyacente.

- Edad menor de 20 años y superior a 50 años.
- Dolor tipo inflamatorio.
- Fiebre
- Infección previa.
- Pérdida de peso no intencionada o síndrome constitucional.
- Enfermedad neoplásica previa.
- Traumatismo intenso reciente.
- UDVP, VIH o inmunodeprimidos.
- Presencia de masas o adenopatías.
- Alteración de la fuerza o sensibilidad.
- Alteración de esfínteres.
- Síndrome de cola de caballo.
- Dolor torácico concomitante.
- Masa o soplo abdominal.

**Analítica de sangre:** hemograma y reactantes de fase aguda (VSG, PCR).

**Analítica de orina:** si se sospecha patología de la vía urinaria.

**Radiografía de columna lumbar:** dos proyecciones, anteroposterior y lateral. Está indicado en las siguientes situaciones:

- Edad superior a 50 años.
- Dolor de tipo inflamatorio (en reposo, nocturno, rigidez matutina).
- Traumatismo previo.

- Antecedentes de neoplasia maligna.
- Síndrome constitucional o fiebre concomitante.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Tratamientos crónicos con corticoides y otros inmunosupresores.
- Presencia de alteraciones neurológicas (fuerza, sensibilidad, reflejos osteotendinosos).
- Ausencia de mejoría tras 4 semanas de cumplimiento del tratamiento adecuado (en torno a 10-15% de los pacientes).

**TAC o RMN:** es necesario realizar de urgencia si existen signos de alarma o para planificación quirúrgica. Importante no retrasar la prueba si se sospecha fractura vertebral inestable, clínica neurológica, ciática paralizante o síndrome de cola de caballo. Valorar en caso de sospecha de infecciones, procesos tumorales.

## TRATAMIENTO

Como medidas generales se recomienda:

- Evitar el reposo absoluto en cama más de 48 horas, ya que empeora la sintomatología, aumenta la rigidez articular, atrofia los músculos y aumenta la hipercoagulación de la sangre.
- Se puede aplicar calor local, especialmente en caso de origen muscular.
- Los ejercicios de rehabilitación (refuerzo de musculatura, estiramientos) se pueden comenzar tras 12-14 días tras el cese de sintomatología. Realizarlos antes puede exacerbar el dolor.
- No está indicado el cese de actividades del día a día, a no ser que éstas supongan un gran esfuerzo físico.

### Lumbalgia mecánica

Paracetamol 500-1000mg/8h o AINES (Ibuprofeno 400-600/8h, naproxeno 500mg/12h, diclofenaco 50mg/8h o dexketoprofeno 25mg/8h) asociado o no a opioides menores (codeína 30mg/8h o tramadol 50mg/8h) o relajantes musculares (diazepam 5mg/8h). En caso de hernia discal, al tratarse de un proceso inflamatorio, se puede dar corticoides (prednisona 60mg/24h durante 3 días)

Es bueno valorar si el paciente padece hipertensión arterial, insuficiencia renal, alteraciones de la coagulación, úlceras pépticas o hemorragias digestivas, en cuyo caso se preferirá el uso de

Paracetamol antes que AINE, en caso de contraindicación se puede valorar el uso de inhibidores de la COX-2.

No olvidar las indicaciones de inhibidores de la bomba de protones por si fueran necesarios.

Ante la presencia de radiculopatía unilateral se realizará el tratamiento comentado anteriormente. Sin embargo, si aparecen síntomas neurológicos bilaterales, compromiso vesical, ciática paralizante unilateral o bilateral, síndrome de cola de caballo o alteración de la sensibilidad en la región de la silla de montar, es preciso realizar prueba de imagen (TAC o RMN) y el tratamiento lo decidirán los especialistas de raquis (Traumatología/Neurocirugía).

### **Lumbalgia de probable origen inflamatorio**

Tratamiento analgésico como si fuera de tipo mecánico y consulta preferente con Reumatología.

Tenerlo en cuenta según edad y sexo, sobretodo si inicio insidioso con rigidez matutina y empeoramiento en reposo.

### **Lumbalgia de probable origen tumoral**

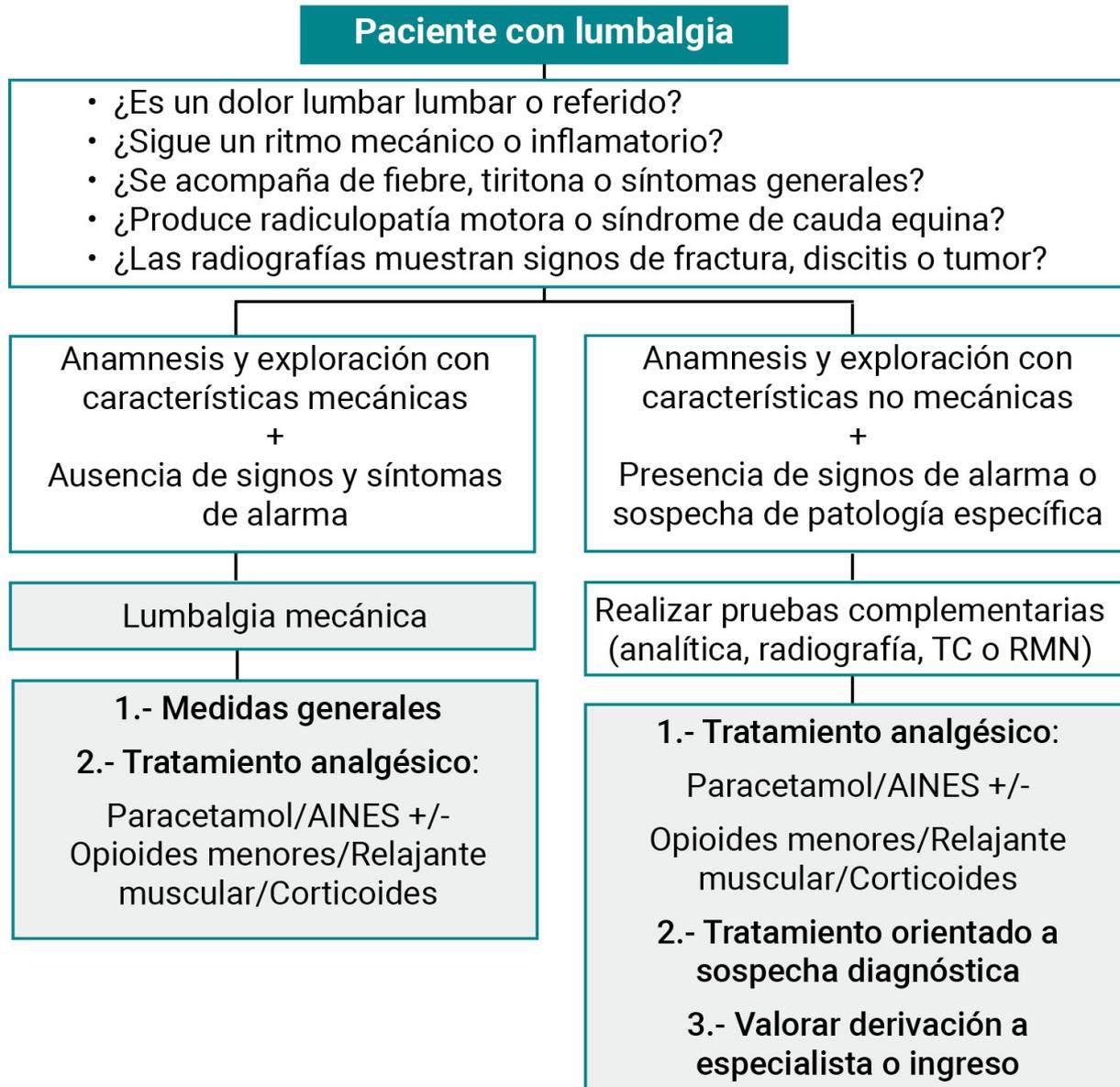
Ingreso hospitalario para estudio de localización y extensión tumoral.

Es importante considerarlo en pacientes con síndrome constitucional, marcada pérdida de peso no intencionada o antecedentes de neoplasia.

### **Lumbalgia de probable origen infeccioso**

Ingreso hospitalario, previa realización de analítica, hemocultivo, valorando la posibilidad de punción y tras ello pautar antibioterapia empírica.

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



Tipo de lumbalgia	Tratamiento analgésico	Seguimiento
Mecánica	Paracetamol/ AINE´s/ iCOX-2	Cita con su médico de familia.
Inflamatoria		Cita con reumatología.
Tumoral	+/-	Ingreso para estudio.
Infeciosa	Opioides menores Relajantes musculares	Ingreso con antibioterapia i.v.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Casado Vivente, V. et al. Manual de exploración física basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia. (Reimpresión 2016)
2. Aguilar Rodríguez F et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica del hospital universitario del 12 de octubre 8ª Ed. (2017)
3. Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Complejo hospitalario de Toledo 4º Ed. (reimpresión de 2016)
4. Beaumont C, Zazpe I, Vázquez A. Libro electrónico de temas de urgencias de Servicio Navarro de Salud – Osansunbidea