

Tratamiento de la lumbalgia



Autores: Carlos Benito Santiago Pastelín, médico internista y residente de reumatología adscrito al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Rolando Espinosa Morales, médico internista, reumatólogo y jefe del Departamento de Reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación.

La lumbalgia se define como dolor, tensión o rigidez localizada por debajo del margen costal posterior y por arriba de los pliegues glúteos con o sin dolor referido a la extremidad inferior. Puede originarse en diversas estructuras espinales: ligamentos, facetas articulares, periostio vertebral, musculatura y fascias paravertebrales, anillo fibroso y/o raíces nerviosas. La etiología más común está constituida por las lesiones músculo-ligamentosas y procesos degenerativos tanto del disco intervertebral como de las facetas articulares. Sin embargo, hasta en 85% de los pacientes no es posible definir el origen anatomopatológico durante el episodio agudo de dolor.

Este padecimiento es un problema de salud pública. En México, representa la segunda causa de consulta para el médico familiar. Actualmente, se considera que cada año cerca de 50% de las personas laboralmente activas sufre un episodio de esta enfermedad y que en algún momento de su vida hasta 80% de la población en general presentará al menos un cuadro agudo de la misma.

Algunos de los factores de riesgo relacionados con la lumbalgia son: 1) tipo de ocupación, 2) condiciones psicológicas –neurosis, histeria y reacciones de conversión–, 3) otros factores involucrados son el tabaquismo y la obesidad; esta última participa principalmente en la perpetuación de los episodios, aunque los datos son poco consistentes al respecto.

Clasificación

De acuerdo al tiempo de evolución, la lumbalgia se puede clasificar en tres categorías:

- **Aguda:** la sintomatología tiene una duración menor de seis semanas.
- **Subaguda:** su duración es de 6 a 12 semanas.
- **Crónica:** cuadro persistente por más de 12 semanas. ➔

Lecturas sugeridas

1. Deveraux M. Low back pain. *Prim Care Clin Office Pract* 2004;31:33-51.
2. Koes B, van Tulder M, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006; 332:1430-1434.
3. Deyo R, Weinstein J. Low back pain. *N Engl J Med* 2001;344:363-370.
4. Carragee E. Persistent low back pain. *N Engl J Med* 2005;352:1891-1898.
5. Roig J, García E, Torres M. Lumbalgia y lumbociática aguda. Su manejo como urgencia en atención primaria. *Semergen* 2006;23:487-491.
6. Saldivar A, Cruz D, Serviere F, et al. Lumbalgia en trabajadores, epidemiología. *Rev Med IMSS* 2003;41:203-209.
7. Steenstra I, Verbeek J, Heymans M, Bongers P. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occup Environ Med* 2005;62:851-860.
8. Maizel M, McCarberg B. Antidepressants and antiepileptic drugs for chronic non cancer pain. *Am Fam Physicians* 2005;71:483-490.
9. Rives P, Douglas A. Evaluation and treatment of low back pain in family practice. *J Am Board Fam Pract* 2004;17:523-31.
10. Van Tulder M, Scholten R, Koes B, Deyo R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low-back pain. *Cochrane database of systematic reviews* 2005; 3.
11. Van Tulder M, Touray T, Furlan A, Solway S, Bouter L. Muscle relaxants for non specific low back pain. *Cochrane database of systematic reviews* 2005; 3.
12. Grabis M. Management of chronic low back pain. *Am J Phys Med Rehabil* 2005;84(suppl):S29-S41.
13. Hochberg M, Silman A, Smolen J, Weinblatt M, Weisman M. *Rheumatology*. Third edition, Mosby, 2003:583-613.
14. Harwood M, Smith B. Low back pain. A primary care approach. *Clinics in Family Practice* 2005;7:279-303.
15. Salerno S, Browning R, Jackson J. The effect of antidepressant treatment on chronic back pain. A meta-analysis. *Arch Intern Med* 2002;162:19-24.
16. Barbara C, Puopolo A, Munoz D, et al. Treatment of chronic low back Pain with etoricoxib, a new cyclo-oxygenase-2 selective inhibitor: improvement in pain and disability—a randomized, placebo-controlled, 3-month trial. *The Journal of Pain* 2003;4:307-315.
17. Hele M, Dvergsten C, Kurkikilms E, et al. Oximorphone extended release (ER) equianalgesia at hal the dose compared whit oxycodone controlled release (CR) in chronic low back pain: results of a randomized, double blind, placebo-controlled study. Abstract presented at the American Pain Society, 22 Annual Meeting; March 20-23, 2003. Chicago.
18. Bartleson J. Evidence for and against the use of opioid analgesics for non malignant low back pain a review. *Pain Med* 2002;3:260-271.
19. Neleman P, De Bie R, de Vet H, Sturmans F. Injection therapy for subacute and chronic benign low back pain. *Cochrane Database of Systematic Review* 2005;3.
20. Dworkin R, Kirkpatrick P. Pregabalin. *Nature* 2005;4:455-456.

Por etiología se puede considerar:

- 1) Causa no mecánica o dolor referido
- 2) Causa mecánica que se subdivide en tres entidades:

A. Dolor de causa ominosa

- Osteomielitis
- Enfermedad ósea **M**etabólica
- Columna **I**Nestable
- **O**tras enfermedades del canal medular
- **E**Spondilolistesis
- **A**bscesos

B. Dolor lumbar radicular

- Pseudociática
- Radiculalgia, que incluye:
 1. Síndrome de cola de caballo: lumbalgia, debilidad motora bilateral de las extremidades inferiores, ciática bilateral, anestesia sacra baja e incluso paraplejía franca con incontinencia vesical e intestinal.
 2. Síndrome discal típico: dolor lumbar irradiado y acompañado de déficit sensitivo y motriz. En caso de existir déficit motor es necesario indicar pruebas diagnósticas complementarias.

C. Dolor lumbar mecánico simple: lumbalgia de esfuerzo, hernia discal aguda sin radiculopatía y espondilosis.

Valoración del paciente con lumbalgia

Historia clínica. Es necesario valorar durante el interrogatorio antecedentes como traumatismos, infecciones sistémicas, artropatías inflamatorias y trastornos óseos metabólicos. Se debe ser cuidadoso al interrogar sobre dolor irradiado a los dermatomas, ya que puede indicar compresión radicular.

Exploración física. Con el paciente de pie se deben valorar la alineación de la columna en busca de contracturas musculares y escoliosis estructural, la marcha activa y postura, así como flexión, hiperextensión y rotación, evaluando la capacidad del individuo para realizar estos movimientos. La persona se coloca en decúbito supino para que sea valorada la presencia de datos de irritación o compresión radicular mediante la realización de maniobras como Lasegue y Bragard,

además de efectuar una exploración neurológica que incluya reflejos osteotendinosos, movilidad articular y sensibilidad superficial.

Métodos de apoyo diagnóstico

Estudios de laboratorio. Dependiendo de la historia clínica se pueden solicitar estudios básicos de laboratorio como biometría hemática completa, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular.^{9, 13, 14} En caso de sospecha de neoplasia resulta útil la determinación de marcadores tumorales y estudios de extensión en la búsqueda de la neoplasia que se sugiera por el contexto del paciente, por ejemplo, cáncer de próstata (antígeno prostático, fosfatasa ácida, mieloma múltiple, electroforesis de proteínas en suero y orina). Un análisis de orina puede identificar al individuo con anomalías renales (nefrolitiasis). La detección de sangre oculta en heces es un estudio para detectar úlceras o tumores gastrointestinales que provocan dolor referido a nivel lumbar.^{13, 14}

Estudios de gabinete. Dentro de los estudios de gabinete se puede solicitar radiografía convencional, la cual es útil para el diagnóstico inicial de espondilolistesis, fracturas vertebrales, datos sugestivos de osteomielitis/discitis y una evidencia sutil de cáncer metastásico. Las radiografías simples en vistas anterior y lateral de la columna lumbar son suficientes para la valoración inicial de la mayoría de los pacientes. La tomografía computada (TC) y la resonancia magnética tienen mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de hernias de disco y estenosis espinal. Otras modalidades diagnósticas que se pueden utilizar son la gammagrafía ósea (estudio de medicina nuclear), indicada en personas con sospecha de cáncer, osteomielitis o fracturas por estrés, así como en la búsqueda de cáncer metastásico en individuos con historia previa de cáncer. Por otro lado, la mielografía es útil para valorar los casos de compresión radicular. También se pueden llevar a cabo estudios de velocidades de conducción (VC) y electromiografía (EMG).¹³

Tratamiento

El tratamiento más adecuado de inicio para una lumbalgia aguda –aun con irradiaciones a las extremidades inferiores– es el conservador tanto como sea posible.¹ Ninguna terapia individual es efectiva para todas las formas de lumbalgia. Los pacientes con causas sistémicas de lumbalgia deben ser tratados con terapias específicas para su enfermedad subyacente.¹³

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y acetaminofén. Se consideran la primera opción de tratamiento para la lumbalgia (sin enfermedades específicas),^{1,14} sin embargo, debe evitarse en lo posible el uso a largo plazo de éstos.¹ Una revisión sistemática demostró que los AINE son más efectivos en comparación con placebo en cuanto a la mejoría global del paciente y la analgesia. En esta revisión se comprobó que los AINE estudiados fueron todos igualmente efectivos.¹⁰

En el tratamiento de la lumbalgia crónica se pueden usar los AINE inhibidores de la ciclooxigenasa 2 (cox2), ya que disminuyen el riesgo de efectos gastrointestinales secundarios.

Acetaminofén. Se ha sugerido que el acetaminofén ejerce su efecto analgésico y antipirético mediante la inhibición de la cox3, una forma que se encuentra sólo en el sistema nervioso central. El grupo Cochrane revisó cinco estudios que compararon directamente la eficacia de los AINE vs. acetaminofén; se observó que los AINE son más eficaces para disminuir el dolor en individuos con lumbalgia que el acetaminofén.

Opiáceos. El tratamiento con opiáceos es una opción para pacientes con lumbalgia y pueden ser utilizados durante un corto plazo para evitar la dependencia y los efectos adversos. Por otro lado, se evaluó el clorhidrato de tramadol para el tratamiento de la lumbalgia; 254 personas tomaron la sal (200-400 mg/d) o placebo por cuatro semanas. La falla terapéutica fue más frecuente en el grupo que tomó placebo a los 28 días

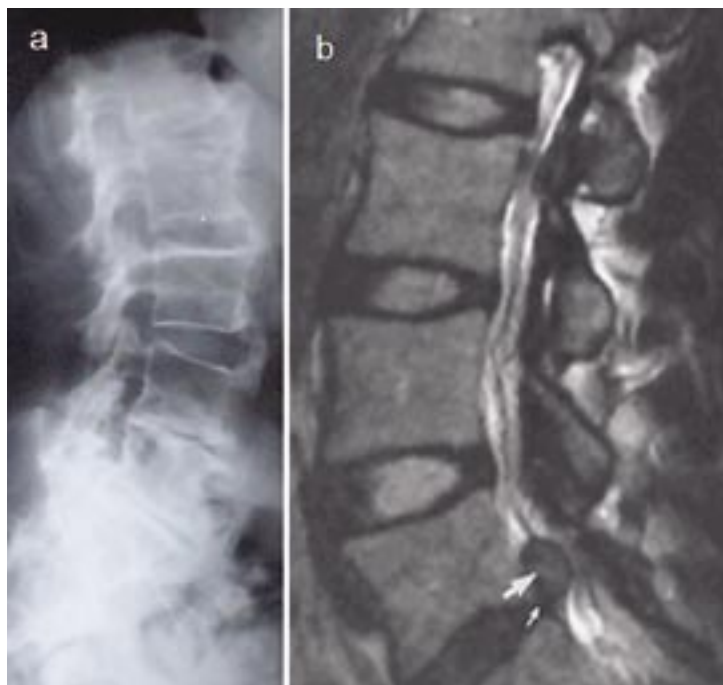


Figura 1. a) Radiografía simple en vista lateral de un paciente con espondiloartritis secundaria a hiperostosis esquelética difusa idiopática (DISH). b) Corte sagital T2, hernia de disco L5-S1

de seguimiento. Menos de 5% de los pacientes en ambos grupos suspendió el tratamiento debido a eventos adversos. La náusea, cefalea, somnolencia y discinesia fueron los efectos colaterales más comunes.¹⁷ Otra investigación en la que se comparó tramadol/acetaminofén vs. placebo en el manejo de lumbalgia (n=318) demostró que existió mayor eficacia en el grupo que tomó tramadol/acetaminofén vs. el grupo que tomó placebo.¹⁴

Antidepresivos tricíclicos y antiepilépticos. El uso de antidepresivos tricíclicos está indicado cuando los pacientes cursan con síndrome depresivo o con lumbalgia acompañada de dolor neuropático. La amitriptilina a dosis de 25 a 75 mg diarios al acostarse es el medicamento más estudiado; no obstante, sus efectos secundarios –como sedación, efectos anticolinérgicos y caídas en los ancianos– hacen que su prescripción tenga que ser muy cuidadosa. Salerno y sus colaboradores, mediante un metaanálisis, evaluaron la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la lumbalgia en adultos. Este autor encontró que los antidepresivos controlaron mejor el dolor comparados con placebo, pero no demostraron mejoría en las activi-

dades de la vida diaria. Además, los antidepresivos mostraron mayores efectos adversos comparados con el grupo de placebo (22% vs. 14%, $P=0.01$). En conclusión, los antidepresivos son efectivos para reducir la severidad del dolor, aunque la mejoría funcional es cuestionada. Las drogas antiepilépticas han probado ser eficaces en el tratamiento del dolor neuropático.

Relajantes musculares. Los relajantes musculares pueden ser de gran ayuda en cuadros severos de lumbalgia, pero su prescripción es por periodos cortos, usualmente días. Una revisión sistemática incluyó cuatro tratamientos a base de benzodiacepinas no benzodiacepinas y dos tratamientos que incluían relajantes musculares antiestésicos. Los resultados mostraron que cualquiera de esos relajantes musculares es más efectivo que el placebo en pacientes con lumbalgia aguda. En conclusión, los relajantes musculares son efectivos para el manejo de la lumbalgia inespecífica, sin embargo, se debe tener precaución por los efectos adversos que se presentan con su uso.

Terapia con inyecciones epidurales y facetarias. Las inyecciones epidurales con corticosteroides están indicadas sólo en casos de que exista radiculopatía para disminuir el dolor y evitar la cirugía espinal. La inyección de articulaciones facetarias puede representar un beneficio relativamente mayor en personas con dolor lumbar crónico, cuando se comparan con dolores agudos o subagudos. Nelemans y sus colaboradores valoraron, mediante una revisión sistemática, la efectividad de la inyección a nivel facetario, epidurales o locales y concluyeron que falta evidencia para recomendar este tipo de terapias a los individuos con lumbalgia.

Reposo y terapia física. Para el tratamiento de la lumbalgia, el reposo en cama es menos efectivo que permanecer en actividad; no hay diferencia entre aconsejar reposo en cama comparado con terapia física o ejercicios. El reposo en cama, si es necesario, se recomienda sólo por dos a tres días para posteriormente intentar retornar a las actividades cotidianas.

Tratamiento en lumbalgia crónica. En la lumbalgia crónica, la erradicación completa del

dolor se obtiene en casos raros. Los objetivos del tratamiento en este caso son: moderación del dolor, incremento de la función y disminución del uso de los servicios de salud. Para alcanzar estas metas se aconsejan modalidades de educación, cambios conductuales, terapia física, ejercicios, estimulación nerviosa transcutánea, acupuntura, manipulación y cirugía. Todas estas opciones se utilizan como terapia conjunta y no necesariamente sustituyen a la farmacoterapia. Otras terapias, como manipulación espinal y tracción espinal, no han generado evidencia suficiente a pesar de mostrar efectividad.

Tratamiento quirúrgico. La cirugía para aliviar la lumbalgia aguda es poco frecuente y sólo una minoría de personas con lumbalgia crónica requiere intervención quirúrgica. Los pacientes con compresión del cordón espinal, síndrome de cauda equina y dolor radicular pueden ser sometidos a descompresión quirúrgica o discectomía. La cirugía debe efectuarse si los pacientes cumplen los siguientes criterios en presencia de déficits neurológicos progresivos: 1) dolor de la pierna \geq que el lumbar, 2) maniobra del levantamiento de la pierna recta positiva, 3) ausencia de respuesta al tratamiento no quirúrgico por cuatro a seis semanas para hernia de disco u 8 a 12 semanas para estenosis espinal, 4) confirmación por imagen de lesión neuropática sin adecuada respuesta al tratamiento médico. Hay algunas excepciones a la regla: los abscesos epidurales necesitan ser drenados quirúrgicamente; las fracturas compresivas o una columna vertebral inestable pueden necesitar la colocación de instrumentos de fijación para estabilizar la columna. **DOLOR**