

## **LUMBALGIA**

El dolor lumbar es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la consulta de atención primaria, entre el 60 y 80% de las personas sufren en algún momento a lo largo de su vida algún episodio de lumbalgia siendo la causa principal de incapacidad en personas de 14 a 50 años.

Se define como lumbalgia al dolor localizado entre el borde inferior de la última costilla hasta el glúteo, con o sin irradiación a miembros inferiores. Este término hace referencia a un síntoma, no a una enfermedad, ya que puede estar producido por diferentes causas de gravedad variable aunque solo en el 20% de ocasiones puede conocerse la etiología subyacente.

Los factores de riesgo para presentar lumbalgia son:

- Obesidad
- Sedentarismo
- Edad avanzada
- Sexo femenino
- Abuso de sustancias
- Trabajo con maquinaria pesada

La mayoría de episodios de lumbalgia aguda tienen buen pronóstico y son autolimitados, resolviéndose en las 6 primeras semanas, solo el 3-5% de los casos presentan una patología subyacente grave por lo que en el abordaje de la lumbalgia, lo más importante es diferenciar los casos benignos de aquellos causados por patologías severas, para ello, es fundamental realizar una anamnesis y exploración física completa y conocer los signos de alarma para descartar estas etiologías en todo paciente con dolor lumbar.

## **CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO**

El dolor lumbar más frecuente es de características mecánicas, es decir, empeora con el movimiento y sobreesfuerzo y mejora con el reposo, suele derivarse de un traumatismo o sobreesfuerzo previo aunque en la mayoría de ocasiones se clasifica como inespecífica por no conocerse la causa subyacente.

Sin embargo, como se ha explicado anteriormente hay un pequeño porcentaje de casos en los que la lumbalgia se acompaña de algún signo de alarma, estos hacen pensar en la presencia de alguna patología subyacente (fractura vertebral, neoplasia,

infección...), por lo que el manejo en este caso requiere de pruebas de imagen y un abordaje específico, los signos de alarma son:

- Edad > 50 años: A medida que aumenta la edad también es mayor el riesgo de cáncer por lo que en pacientes de más de 50 años es importante descartar esta patología
- Fiebre: En estos casos se debe descartar que el dolor lumbar sea secundario a una infección por lo que también hay que interrogar al paciente sobre adicción a drogas por vía parenteral, inmunodepresión y ritmo del dolor
- Síndrome constitucional: En pacientes con astenia, anorexia y pérdida de peso no intencionada también se debe descartar que sea por causa tumoral o infecciosa
- Historia personal de cáncer: En estos pacientes es importante realizar pruebas de imagen encaminadas a descartar una metástasis vertebral
- Traumatismo severo, uso crónico de corticoides o antecedente de osteoporosis: Riesgo de fractura vertebral
- Retención aguda de orina y anestesia en silla de montar: Se debe descartar el síndrome de cola de caballo. Es importante la sospecha diagnóstica precoz e intervención quirúrgica urgente
- Dolor de características inflamatorias: A diferencia del de características mecánicas, empeora con el movimiento y durante la noche, presenta rigidez matutina y no mejora con antiinflamatorios.
- No mejoría en 6 semanas: En caso de persistencia del dolor con el tratamiento adecuado se deberán realizar pruebas de imagen para descartar causas secundarias.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, se debe interrogar acerca de las características del dolor, síntomas asociados y antecedentes personales prestando especial atención a los signos de alarma ya mencionados. En cuanto a la exploración física, se realizará tanto en bipedestación como en decúbito prestando especial atención a dos maniobras que ayudarán a determinar si existe una hernia discal:

- Maniobra de Lasegue: Elevación de la pierna en extensión, se considerará positiva cuando el paciente presente dolor irradiado hacia la pierna con una extensión menor de 30°
- Maniobra de Bragard: Tras la maniobra de Lasegue, se desciende la pierna 5-10° del ángulo con el que ha aparecido el dolor y con la pierna en extensión

se realiza una flexión dorsal del pie, se considera positiva cuando el paciente presenta dolor.

En cuanto a las pruebas de imagen, en pacientes sin factores de riesgo está desaconsejado su uso ya que hay poca correlación clínico-radiológica.

## **TRATAMIENTO**

Tratamiento farmacológico: Hasta el momento no se ha evidenciado que ningún tratamiento, solo o en combinación, acorte significativamente la duración del episodio de lumbalgia aguda, sin embargo, pueden resultar de utilidad para disminuir la sintomatología presente y por tanto para facilitar la vuelta a la actividad física. El tratamiento de elección son los AINES, en caso de contractura muscular, se pueden asociar con los relajantes musculares, pero su uso no debe prolongarse más de dos semanas.

Medidas no farmacológicas: Uno de los aspectos más importantes en el tratamiento de la lumbalgia es evitar el reposo absoluto en cama y realizar actividad física acorde a lo que le permita el dolor, es importante explicar al paciente que el reposo absoluto puede alargar la recuperación por lo que debe volver a su actividad habitual lo antes posible. Una vez resuelto, para evitar nuevos episodios es fundamental la educación del paciente: Higiene postural, pérdida de peso, realizar ejercicio físico habitual ayudarán a fortalecer la musculatura disminuyendo la posibilidad de un nuevo episodio de lumbalgia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Coster ABSM. Management of Low Back Pain: Guidelines From the VA/DoD [Internet]. American Family Physician. 2023. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-signos-alarma-lumbalgia-S1577356609000104>
2. Miguel A. Belmonte Juan A. Castellano José A. Román José C. Rosas. Enfermedades reumáticas. Actualización Sociedad Valenciana Reumatología. 2023.
3. Michelle Dada Santos Andrés Zarnowski Gutiérrez Andrea Salazar Santizo. Updated of low back pain management in primary care. gosto 2021; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2021/rms218c.pdf>

4. Ramos SLE. Lumbalgia. Abordaje farmacéutico [Internet]. Elseveier. 2015. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415346405>
5. Mireia Valle Calveta AOM. Signos de alarma de la lumbalgia. 2010.