



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



EDITORIAL

El dolor lumbar

M.A. Camba Rodríguez

Presidente de la Sociedad Española del Dolor

Cuando el presidente del Comité Organizador propuso el tema del dolor lumbar para la Reunión Nacional que se celebró en Fuengirola, personalmente me pareció un tema muy interesante desde un punto de vista científico, así como desde el punto de vista formativo-práctico, dado que en este síntoma nuestra ignorancia supera a nuestros conocimientos, pues, como bien sabéis, el dolor lumbar es un síntoma cuyas posibles causas son variables, algunas de ellas parecen evidentes, pero otras son difíciles de encontrar, siendo tan antiguo como el desarrollo de las sociedades, conociéndose el primer caso de dolor lumbar durante la construcción de las pirámides de Egipto, en el 2780 a.C.

Creo que la utilización de la palabra “tratamiento” no es la más indicada, dado que ésta lleva implícita curación, y en la columna vertebral esto es muy raramente posible, siendo más exacta la palabra “manejo del dolor”, dado que esto significa compartir con el paciente el conocimiento de las causas del dolor, como decía Richar W. Porter: “el control está dentro del arte de lo posible, mientras que la curación es un poco más difícil”.

¿Es el área de la espalda un campo minado? Con este contundente título la revista *Spine* muestra las inquietudes de un grupo de profesionales ante las prácticas que desde hace algunos años se siguen para poner en el mercado técnicas, procedimientos, intervenciones y dispositivos encaminados a resolver el dolor lumbar.

Pero, a pesar de los esfuerzos de la investigación en los últimos 20 años en este campo, todavía son obstaculizados por problemas importantes metodológicos, lo que lleva a una heterogeneidad enorme, creando limitaciones y haciendo imposible la comparación de resultados con estudios diferentes, tanto para los tratamientos como para valorar los propios resultados. Por ello, pienso, como otros autores, que el dolor lumbar es un problema nacional, personal y clínico. Dentro del problema nacional, sabemos que históricamente han existido enfermedades más prevalentes que otras en la población. Son estas enfermedades las que generan los más altos costes de los sistemas de salud y las incapacidades más comunes. Entre estas figuras, el dolor lumbar, la cual más que una entidad única en sí misma es el común denominador de una serie muy amplia de enfermedades que pueden afectar a la columna vertebral, teniendo éste una enorme prevalencia en las consultas de los médicos generales, cerca de un 41,25% de los pacientes presentan dolor vertebral, siendo el segundo en frecuencia después de los síntomas respiratorios de la vía aérea superior.

En las consultas de traumatología y reumatología se visitan unos 0,4 millones de pacientes al año con dolor vertebral después de esperar más de 3 meses para ser consultados, después de pasar varios meses sin trabajar y con pocas perspectivas de hacerlo pronto. Su diagnóstico consume un gran porcentaje del presupuesto de los servicios de radiología, y su tratamiento representa una parte muy importante de los servicios de rehabilitación y fisioterapia, y en la última década constituyen más de un 60% de los pacientes de las unidades del dolor.

Cada vez se recomienda el tratamiento quirúrgico a un reducido grupo de pacientes, con igual número de éxitos que de fracasos. En Gran Bretaña se realizan anualmente unas 7.000 intervenciones por hernia discal, 15 por 100.000 habitantes; en Estados Unidos tienen más entusiasmo, pues se realizan 69,5 intervenciones por 100.000 habitantes por año; según el Dr. Robaina, en un trabajo publicado en la *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, en 2006 no existe evidencia de que la cirugía de la columna sea mejor que el tratamiento conservador. El coste de las lumbalgias para el Servicio Nacional de Salud Británico es de 60 millones de libras al año, la Seguridad Social paga alrededor de 40 millones de libras al año por bajas laborales y en indemnizaciones por invalidez y jubilación. La comunidad soporta alrededor de 220 millones de libras por pérdidas de producción, y, posiblemente, esta valoración esté infraestimada. En nuestro país es imposible conocer estas cifras de costes directos e indirectos, pues nunca se ha valorado el impacto económico que supone la incapacidad laboral.

En un trabajo realizado por el Dr. González Viejo, y publicado en la *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación*, cifra las bajas por dolor lumbar en un 11,4 del total de bajas y la media de días la cifra en 21,95, cifrando un coste medio anual de 67.628.310 euros, y el coste anual por absentismo laboral por lumbalgia es de 1.260 euros, siendo estas cifras mucho más elevadas que las existentes en nuestro entorno europeo, tal como publica el Prof. Miralles en la Cátedra Extraordinaria del Dolor, dirigida por el Prof. Clemente Muriel, correspondiendo a una cifra de coste entre el 1,7 y el 2,1 de su PIB.

Dentro del problema personal, el dolor lumbar para el paciente es algo más que una manipulación académica de datos estadísticos. Según Jayson, la mitad de la población, en algún momento de su vida, ha necesitado la atención de un médico por un dolor lumbar.

Normalmente, cuando el paciente acude a la consulta médica no es por un dolor simple, sino por dolor severo o insoportable; para éste constituye un problema. Un problema debido a la intensidad del dolor, su cronicidad, sus secuelas incapacitantes, el desconocimiento de su causa y el miedo sobre su futuro. Con frecuencia sus miedos se ven agravados por la actuación de varios médicos que formulan diversas opiniones y métodos contradictorios.

Comprensiblemente el enfermo se siente confuso y, aunque el examen psicológico de estos pacientes no es un procedimiento sistemático en su diagnóstico y tratamiento, se han llegado a establecer ciertas características comunes, resaltando estados de ansiedad, depresión, estrés e irritabilidad, además de distorsión cognitiva y frustración laboral, y llegando a presentar unas malas relaciones interpersonales, exagerando su incapacidad más de lo normal, lo que los predispone a mantener la incapacidad física más allá de lo esperado según el daño físico real.

Para el clínico el problema es muy importante cuando un paciente nos pregunta: ¿cuál es la causa de mi dolor lumbar? ¿Puede solucionármelo? Pienso que a veces nos es muy difícil dar respuesta a ello. En la mayor parte de los problemas médicos lo que se busca es un diagnóstico a través de la realización de su historial clínico y exploración del paciente, hasta que identificamos el proceso patológico responsable de los síntomas. En cambio, cuando investigamos el dolor lumbar no estamos plenamente seguros de cuál es la estructura anatómica alterada de la columna responsable del dolor.

Con bastante frecuencia no podemos encontrar el origen del dolor. Hace años unos profesionales definían el dolor lumbar utilizando palabras ambiguas, como lumbago, fibrositis, pinzamiento de un disco, como si asignarle una etiqueta fuese tan acertado como un diagnóstico. Otros, para evitarse problemas, utilizaban la denominación de dolor lumbar no específico, y, últimamente, sobre todo en nuestro medio, usamos los términos de dolor neuropático

por compresión radicular y dolor nociceptivo a un grupo de dolores mecánicos sin identificar convenientemente.

Por tanto, se nos presenta un problema, pues no estamos dando respuesta adecuada a la primera pregunta. Si a la primera pregunta tenemos una difícil respuesta, la segunda todavía lo será más. ¿Cómo se puede tratar un problema cuando no se conoce la causa que lo produce? Por otro lado, se hace cierto el dicho popular de que “cuando son muchos los medios para tratar una lesión es que ninguno es bueno”; aunque tampoco creo en el pensamiento del Prof. Nachemson cuando, en 1992, en el Congreso de la Sociedad Española del Dolor en La Coruña, en la mesa de dolor lumbar, concluyó que ningún método de tratamiento a largo plazo parecía mejor que limitarse a no hacer nada.

Gracias a Dios, durante estos años la utilización de estrategias integrales y multimodales por los equipos multidisciplinares ha demostrado ser más eficaz, y más de un 50% puede reintegrarse al mundo laboral utilizando los tratamientos tradicionales, tanto el de la farmacología como el de las técnicas, y permitiendo así poder ofrecer a nuestros pacientes una mejor calidad de vida; por ello, la Sociedad Española del Dolor no cesa en poder convencer a las autoridades sanitarias de lo importante que es seguir este camino, así como patrocinar la realización de estudios prospectivos y multicéntricos para poder determinar la prevalencia del diagnóstico y la efectividad de sus tratamientos. Y a los profesionales, poner en sus manos la mayor información sobre los tratamientos tanto farmacológicos como las técnicas mínimamente invasivas, desde el bloqueo más sencillo con anestésico local y corticoides a la inyección de interleucinas tipo 1 o la inyección de gel y etanol, que estamos comenzando a utilizar con nuestros pacientes. Por ello, nos sentiremos muy útiles si los miembros de la Sociedad Española del Dolor cuando vuelvan a sus centros de trabajo pueden realizar los tratamientos o técnicas que se hayan comentado en la X Reunión Nacional, y sus pacientes encuentren resultados satisfactorios a dichos tratamientos aplicados.