



AVANCES EN MEDICINA

¿Mejora la realización de pruebas de imagen el dolor de espalda en los ancianos?



CrossMark

Has the performing of imaging tests improved back pain in the elderly?

M. Seguí Díaz

Medicina de Familia y Comunitaria, UBS Es Castell, Miembro del Grupo de Diabetes de SEMERGEN, Menorca, Baleares, España

Jarvik JG, Gold LS, Comstock BA, Heagerty PJ, Rundell SD, Turner JA, et al. Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. JAMA. 2015;313:1143-53.

Resumen

Fundamento: En contraste con las recomendaciones que se dan a los pacientes más jóvenes, existen Guías de Práctica Clínica (GPC) que permiten que adultos mayores con dolor de espalda se les puedan practicar pruebas de imagen sin esperar a las 4-6 semanas. Sin embargo, realizar pruebas de imagen precozmente puede precipitar la realización de intervenciones innecesarias que no mejoren los resultados.

Objetivo: Comparar la función y el dolor a los 12 meses de seguimiento entre pacientes mayores a los que se les sometió a pruebas de imagen, frente a aquellos a los que no se les hicieron estas pruebas tras una visita médica en el primer nivel (AP) por una lumbalgia sin radiculopatía clínica.

Método: Se trata de un estudio prospectivo en una cohorte de 5.239 pacientes de 65 años o más, que acudieron a la consulta de AP por dolor de espalda entre 2011-13 en 3 sistemas sanitarios de EE.UU. Se aparejaron casos/controles 1:1 utilizando un sistema de emparejamiento según

situación demográfica y características clínicas, incluyendo la severidad del dolor, duración, estado funcional y utilización previa de recursos.

Las pruebas de imagen utilizadas fueron la radiografía lumbar, la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM) dentro las 6 semanas tras la visita por lumbalgia.

Objetivos: Medición del dolor lumbar o de la extremidad inferior relacionada con la incapacidad según el cuestionario de Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ) (rango de puntuación entre 0-24, mayor incapacidad puntuaciones más altas) a los 12 meses tras la captación del paciente.

Resultados: De los 5.239 pacientes a 1.174 se les realizó radiografía precoces y a 349 pruebas de imagen (TAC o RM). A los 12 meses ni los individuos del grupo de las radiografía ni del TAC o RM difirieron significativamente de los controles según el cuestionario de discapacidad. Según la puntuación media del RMDQ entre el grupo de la radiografía y del control fue de 8,54 frente a 8,74, diferencia de -0,10 (IC 95%: -0,71-0,50, modelo mixto; $p=0,36$). Del mismo modo, la puntuación media del RMDQ entre el grupo de TAC o RM frente a los controles fue de 9,81 frente a 10,50, diferencia de -0,51 (IC 95%: -1,62-0,60; modelo mixto; $p=0,18$).

Conclusiones: Los pacientes mayores que acuden a la visita de AP por un dolor lumbar sin irradiación, la realización de una prueba de imagen precoz no se asocia con mejores resultados al año de la consulta. El valor de la utilización precoz de pruebas de imagen en personas ancianas con dolor lumbar es desconocido.

Discusión: La actitud de realizar pruebas de imagen precozmente en pacientes con lumbalgia inespecífica aguda es

Correo electrónico: mseguid5@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.012>

1138-3593/© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

un tema controvertido, pues no siempre la imagen encontrada es la causa del dolor. La fijación de estos diagnósticos puede contribuir a la cronificación de estas enfermedades¹.

La utilización de pruebas de imagen en lumbalgias *de novo* en personas mayores se basa en la probabilidad de encontrar causas subyacentes graves (cáncer, aplastamientos vertebrales, infecciones...), si bien es cierto que no existen evidencias que apoyen estas recomendaciones². En estas edades existen muchas «imágenes» (hasta en el 90% de los ancianos) que pueden interpretarse como causa de estos males, sin serlo y dar pie a sobre-intervenciones innecesarias con todo el sufrimiento y coste económico que generan. Aún así, la GPC de la American College of Radiology's recomiendan practicar una RM en ancianos mayores de 70 años, y lo aconseja en mayores de 50 años con osteoporosis³. Al tiempo que un episodio de lumbalgia inespecífica en mayores de 55 años se consideraría como un signo de alarma (*red flag*) en las GPC sobre la lumbalgia inespecífica europeas (GPC COST B13, en la que este autor intervino en su día como representante de SEMERGEN en la versión española)⁴ y que aconsejaría practicar pruebas de imagen, pues este signo pudiera estar asociado a procesos como cáncer, infección...⁵. Sin embargo, en este estudio que comentamos se señala que la cantidad de cánceres detectados fue parecido en ambos grupos. A pesar de esto, este estudio sugiere que la utilización de pruebas de imagen en ancianos que consultan por un dolor lumbar no irradiado no influye en el dolor asociado a la incapacidad dentro del mismo año del proceso. Abundando en la controversia sobre las evidencias como base de recomendaciones en las GPC, hay que señalar, (que en este tema suspender), que en nuestro nivel el seguimiento de las recomendaciones de las GPC es bastante desigual. Así un estudio de Piccoliori G et al.⁶ en el primer nivel mostraron que el 50% de los MF seguían

las indicaciones de las GPC sobre el manejo de la lumbalgia, pero eso sí, parcialmente, el otro 50% no las seguían en absoluto. Con todo, aún asumiendo estas conclusiones, hay que tener en cuenta que existen factores confusores que no pueden sustraerse del análisis al poder haber recibido la indicación de la prueba de imagen los pacientes con peor pronóstico, y de ahí la importancia de emparejar metódicamente según las características clínicas y la intensidad del dolor.

Bibliografía

1. Seguí Díaz M, Gervas J. El dolor lumbar. *Semerger*. 2002;28:21-41.
2. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: Systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009;373:463-72.
3. Davis PC, Wippold FJ II, Brunberg JA, Cornelius RS, de La Paz RL, Dormont PD, et al. ACR Appropriateness Criteria on low back pain. *J Am Coll Radiol*. 2009;6:401-7.
4. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al., COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15 Suppl 2:S192-300.
5. NICE clinical guideline 88 Low back pain: Early management of persistent non-specific low back pain. Issued: May 2009. URL: guidance.nice.org.uk/cg88. URL [consultado 8 May 2015]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg88/chapter/1-guidance>
6. Piccoliori G, Engl A, Gatterer D, Sessa E, in der Schmitten J, Abholz HH. Management of low back pain in general practice - is it of acceptable quality: An observational study among 25 general practices in South Tyrol (Italy). *BMC Fam Pract*. 2013;14:148.