

Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



Revisión

Signos de alarma de la lumbalgia

Mireia Valle Calvet^{a,*} y Alejandro Olivé Marqués^b

^a Departamento de Medicina de Familia, ABS 6 Llefà, Badalona, Barcelona, España

^b Reumatología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de septiembre de 2009

Aceptado el 25 de septiembre de 2009

Palabras clave:

Lumbalgia
Signos de alarma
Dolor

RESUMEN

La lumbalgia se define como dolor producido entre la última costilla y la zona glútea que puede irradiarse a las extremidades inferiores. Es un problema de salud importante, sobre todo en países industrializados, con una prevalencia que gira alrededor del 70%. Generalmente se trata de un dolor musculoesquelético que se autolimitará en un plazo de tiempo determinado. A pesar de ello, ante un paciente con lumbalgia, es conveniente realizar una correcta anamnesis y exploración física para descartar otras patologías graves (como por ejemplo neoplasias, osteomielitis, fracturas vertebrales, síndrome de la cauda equina, estenosis del canal lumbar, espondiloartropatías, etc.), ya que de ello depende su pronóstico y tratamiento. Por este motivo, en la mayoría de las guías clínicas se habla de los signos de alarma o «red flags» de la lumbalgia. Se define como signo de alarma aquel factor de riesgo que puede presentar un paciente con lumbalgia y que podría relacionarse con el desarrollo de alguna enfermedad grave respecto a otros pacientes con lumbalgia que no presentan ese factor. No existen suficientes estudios basados en la evidencia sobre los distintos signos de alarma, pero ante un paciente con lumbalgia y fiebre, síndrome tóxico, antecedente de neoplasia, dolor de características inflamatorias, antecedente de traumatismo, retención aguda de orina, entre otros, convendría ampliar el estudio, ya que podríamos encontrarnos ante una lumbalgia secundaria. En el texto que viene a continuación se hablará sobre los signos de alarma de la lumbalgia aguda.

© 2009 SER. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Red flags of low back pain

ABSTRACT

Low back pain is defined as pain located between the last rib and the gluteal area and can radiate to the lower extremities. Low back pain is a major health problem, especially in industrialized countries, with a prevalence of approximately 70%. This disorder generally consists of musculo-skeletal pain that is self-limiting within a defined period of time. However, history and physical examination are advisable in patients with low back pain to rule out other serious entities such as neoplasms, osteomyelitis, vertebral fractures, cauda equine syndrome, spinal stenosis, and ankylosing spondylitis, and thus make a correct diagnosis and prescribe appropriate treatment. Consequently, most clinical guidelines mention what are known as the "red flags" or warning signs of low back pain. A red flag is any sign or symptom in a patient with low back pain that could be related to the development of a serious disease. There are insufficient evidence-based studies on the distinct warning signs. When examining a patient with low-back pain, if fever, constitutional syndrome, previous neoplasm, inflammatory pain, previous traumatism, or bladder dysfunction, among other entities, are present, further investigation is warranted since the diagnosis could be secondary low back pain. The present article discusses the red flag signs of acute low back pain.

© 2009 SER. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Low back pain
Red flag signs
Pain

Introducción

El dolor lumbar es un problema de salud importante, sobre todo en países industrializados. Su prevalencia se sitúa alrededor del 70 y el 80%, produciéndose un pico entre los 35 y 55 años¹.

Más del 80% de la población general ha sufrido alguna vez en su vida dolor lumbar, un 50% de la población activa ha presentado

dolor lumbar en alguna ocasión y, de estos, entre un 15 y un 20% decidieron consultar a un centro de atención primaria. Generalmente el dolor se resuelve en un período corto de tiempo, aproximadamente dos semanas, y en una minoría de los casos produce una discapacidad persistente. Así pues, el dolor lumbar implica un coste individual y social elevado.

Se trata, generalmente de un dolor "benigno" que se localiza a nivel de la columna lumbar, que puede irradiarse o no a la extremidad inferior. A pesar de que en la mayoría de los casos el dolor se autolimita, existe una serie de enfermedades menos frecuentes que conviene descartar en todo paciente que consulta

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mireia.valle@gmail.com (M. Valle Calvet).

por dolor lumbar. Es por ello que la mayoría de las guías clínicas hacen especial énfasis en los llamados signos de alarma de la lumbalgia, también conocidos en inglés como “red flags”.

Se distinguen 3 tipos de lumbalgia, a saber: la lumbalgia mecánica, que se caracterizaría por un dolor localizado en la región lumbar o lumbosacra de características mecánicas, que variaría en función de la actividad física y nunca presentaría déficit motor o neurológico; el segundo tipo de lumbalgia correspondería a la lumbociatalgia, en la que se evidenciaría dolor lumbar con compromiso neurológico y podría haber afectación a nivel motor, sensitivo o de reflejos, y finalmente encontraríamos la lumbalgia con signos de alarma, que precisaría de atención médica inmediata y en algún caso de hasta cirugía urgente. A este tercer tipo de dolor lumbar es al que dedicaremos gran parte del texto.

Definición

La lumbalgia se define como dolor o sensación de disconfort que se localiza entre la última costilla y la zona glútea, y que puede ir acompañado o no de irradiación a nivel de la extremidad inferior^{1,2}.

Clasificación

Se distinguen tres tipos de dolor lumbar en función del tiempo de evolución³:

1. “Lumbalgia aguda” es aquel dolor lumbar de menos de seis semanas de evolución. Un 90% de los pacientes se recupera al cabo de estas seis semanas.
2. “Lumbalgia subaguda” si el dolor en la zona lumbar se mantiene entre seis y doce semanas.
3. “Lumbalgia crónica” cuando el dolor lumbar persiste más de 12 semanas. Entre un 2 y un 7% de los pacientes presentan dolor lumbar de forma crónica.

Existe también el “dolor lumbar recurrente”, que se caracteriza por la aparición de clínica compatible con lumbalgia después de haber estado seis meses o más sin presentarla.

Según el posible origen del dolor lumbar (fig. 1), también lo podemos clasificar en⁵:

1. “Dolor lumbar no específico”: se trata del dolor en el que no se encuentra una causa aparente. Para llegar a este diagnóstico es necesario poder descartar todas las otras causas de lumbalgia y, por tanto, una buena historia clínica que permita identificar los signos de alarma de la lumbalgia.
2. “Dolor lumbar asociado a radiculopatía o lumbociatalgia”: es aquel dolor lumbar con irradiación a alguna de las dos extremidades inferiores.
3. “Dolor lumbar secundario”: las principales causas de este tipo de dolor serían infecciones, tumores, enfermedades inflamatorias como la espondilitis anquilosante, fracturas, síndrome

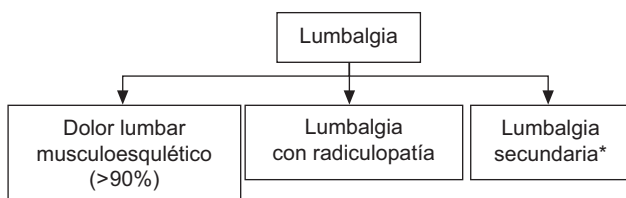


Figura 1. Clasificación de las lumbalgias.

de la cauda equina, entre otras. En relación con este tipo de procesos, dada su gravedad, es necesario realizar una correcta anamnesis para poder llegar a su diagnóstico etiológico. Por este motivo, indagar sobre los posibles signos de alarma de esta patología adquiere gran relevancia para su diagnóstico y tratamiento.

Se define como “signo de alarma”¹ aquel factor de riesgo que puede presentar un paciente con lumbalgia y que podría relacionarse con el desarrollo de alguna enfermedad grave respecto a otros pacientes que no presentan ese factor. Los signos de alarma varían en función de las guías clínicas revisadas, ya que por lo general no se han realizado estudios basados en la evidencia sobre ellos. Este hecho complica la realización de un protocolo. A pesar de ello, algunos factores de riesgo están presentes en la mayoría de las guías y también será útil para el clínico tener en cuenta aquellos que no están presentes en todas, ya que, a pesar de que no existan suficientes estudios sobre el tema, el hecho de no presentarlos orientaría hacia el origen mecánico de la lumbalgia.

Diagnóstico

Para llegar al diagnóstico del tipo de lumbalgia que presenta el paciente es importante una buena anamnesis y exploración física. Aunque en la mayoría de los casos, como hemos dicho, se tratará de un dolor lumbar inespecífico, probablemente mecánico, es importante poder identificar aquellos signos y síntomas que nos permitan orientar patología aguda grave y así poder realizar las pruebas diagnósticas que sean necesarias para llegar al diagnóstico.

Existen muchas variables para poder definir las características del dolor lumbar, como la distribución del dolor, el comportamiento, la incapacidad funcional, los signos clínicos, entre otros. En los estudios realizados hasta el momento, ninguna de ellas ha sido correctamente validada. Por este motivo, se sigue utilizando la clasificación aceptada internacionalmente en relación al dolor lumbar, que lo divide como ya se ha comentado anteriormente.

En la valoración del paciente es prioritario, primero, asegurarse de que el origen del dolor es musculoesquelético, en segundo lugar, descartar también la posible afectación radicular y, en tercer lugar, excluir patología raquídea, que se tendrá que confirmar con exploraciones complementarias.

En cuanto al dolor lumbar específico, es decir, aquel que está asociado a afectación raquídea, existe una serie de enfermedades² para tener en cuenta:

- Neoplasias presentes en un 0,7% de los pacientes con dolor lumbar.
- Fractura vertebral objetivada en un 4% de los casos.
- Infección en un 0,01% de los pacientes.
- Espondilitis anquilosante en un 0,3% de los pacientes.
- Estenosis del canal lumbar, que puede estar presente hasta en un 3% de los pacientes.
- Hernia discal en un 4% de los pacientes.
- Síndrome de la cauda equina presente en un 0,04% de los pacientes.

En muchos de los casos de lumbalgia con una historia clínica bien detallada no serán necesarias exploraciones complementarias. En ella se tienen que tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. “Evaluación del dolor”: localización e irradiación, inicio (agudo, insidioso, postraumático, etc.), características del dolor

- (lancinante, como un cuchillo, punzante, etc.), ritmo del dolor (continuo, durante el día, durante la noche, por la mañana), si empeora con cambios posturales (decúbito, bipedestación, sedestación, etc.), respuesta al tratamiento, etc.
- Descartar "dolor referido" de otras patologías como pueden ser pancreatitis, aneurisma de aorta, nefrolitiasis, mialgias generalizadas secundarias a viarisis o hasta endocarditis.
 - Evaluar la presencia de "déficits neurológicos"¹ graves o de instauración brusca o rápidamente progresivos. En este caso se debe tener en cuenta:
 - La presencia de incontinencia fecal, incontinencia urinaria o retención aguda de orina para descartar el "síndrome de la cauda equina" o cola de caballo. Este síndrome consiste en la compresión de las raíces más bajas de la médula espinal que produce debilidad en las extremidades inferiores y anestesia en silla de montar. La retención aguda de orina tiene una sensibilidad del 90% en casos de síndrome de cauda equina, con un valor predictivo negativo de 1/10.000 en los casos en los que no está presente. Aquellos pacientes que presenten clínica compatible con el síndrome de cauda equina se tienen que intervenir quirúrgicamente de forma urgente.
 - Déficit radicular en más de un nivel (motor y/o sensitivo). En este caso nos podemos encontrar con pacientes con dolor lumbar progresivo con afectación sensitivomotora progresiva, que no mejora clínicamente a pesar de tratamiento médico a dosis plenas durante 6 semanas. Conviene en estos casos descartar "hernia discal" y valorar el beneficio de la intervención quirúrgica. También podemos encontrarnos con pacientes que presentan un dolor lumbar que aparece con la deambulación, limitándola, y que mejora con la sedestación o la flexión; esta clínica sería compatible con "estenosis del canal lumbar" y, si está presente durante más de seis meses, los pacientes deberían ser derivados para valoración quirúrgica.
 - Preguntar por "factores de riesgo de cáncer". Se tendrá que evaluar la historia previa de cáncer, ya que aumenta la probabilidad hasta 14 veces más que la población sin este antecedente (OR: 14,7) que el origen de la lumbalgia sea neoplásico. Sufra una lumbalgia secundaria a neoplasia respecto a los pacientes sin este antecedente. También se debería preguntar sobre una pérdida de peso inexplicada (OR: 2,7) y la falta de mejoría de la clínica a pesar de tratamiento médico durante un mes (OR: 3). También conviene recordar que la probabilidad de padecer cáncer con afectación ósea aumenta en pacientes mayores de 50 años (OR: 2,7). La probabilidad postest de lumbalgia en relación con el cáncer aumenta del 0,7 al 9% en aquellos pacientes con antecedentes de neoplasia. Lo mismo ocurre con el resto de los factores de riesgo de cáncer asociado a lumbalgia pero en menor proporción, pasando del 0,7 al 1,2%. En estos casos podemos encontrarnos ante tumores primarios, como el osteoma osteoide, el osteoblastoma, el sarcoma, el mieloma múltiple o bien metástasis. Las metástasis que más frecuentemente dan afectación ósea son las neoplasias de próstata, mama, pulmón y tiroides (más frecuentemente de columna cervical). Un diagnóstico rápido es muy importante cuando nos encontramos ante la sospecha de neoplasia, ya que la progresión de las lesiones podría llegar a invadir la médula espinal. Por ello conviene prestar especial atención a aquellos pacientes que refieran dolor en los flancos y la cresta ilíaca, anestesia en silla de montar, dolor urente lumbar, déficit neurológico progresivo, radiculopatía con parestesias y dolor a distintos niveles. Ante un paciente con antecedente de neoplasia, dolor lumbar y en el que sospechemos progresión de la enfermedad, podre-

mos encontrarnos ante dos tipos de dolor: un dolor lumbar estable, sin afectación neurológica, ni signos de alarma, y un dolor lumbar inestable, con compromiso radicular y empeoramiento rápidamente progresivo. En el primer caso será necesaria la realización de exploraciones complementarias, como la radiografía simple de columna lumbar que permite la detección de tumores vertebrales en un 70% de los casos aproximadamente, y en casos con elevada sospecha y radiografía simple sin alteraciones significativas se deberán utilizar otras técnicas de imagen, como son la gammagrafía ósea, la tomografía y la resonancia magnética nuclear. En el segundo caso, la intervención debe ser urgente, no se puede realizar de forma ambulatoria, ya que podría ser necesario hasta intervenir quirúrgicamente (debido a compresión medular, síndrome de cauda equina, etc.).

Existe la opción mucho más rara de que el dolor lumbar sea secundario a carcinomatosis meníngea. Si se contempla esta posibilidad, sería necesaria la realización de la punción lumbar si la resonancia magnética nuclear no es concluyente.

- "Descartar posible osteomielitis vertebral": este tipo de patología es más frecuente en pacientes mayores de 50 años y más en hombres que en mujeres, con una proporción 2:1, y con una incidencia aproximada de 1:250.000 - 450.000 casos. En los últimos años ha habido un aumento en la incidencia de estos casos debido a un incremento de las bacteriemias nosocomiales por el uso de técnicas cada vez más invasivas, el aumento de la esperanza de vida y la población usuaria de drogas por vía parenteral.

Existen distintas vías de entrada del microorganismo, la vía hematógena, la inoculación directa por traumatismo o por intervención quirúrgica y la vía de entrada por contigüidad de tejidos blandos. El microorganismo que más frecuentemente se relaciona con osteomielitis es el *Staphylococcus aureus*, en más de un 50% de los casos. Otros microorganismos frecuentes son *Escherichia coli* en relación con procesos invasivos del tracto urinario, *Pseudomona aeruginosa* en pacientes adictos a drogas por vía parenteral o bien secundario a intervencionismo, estreptococos beta hemolíticos y tuberculosis. En áreas del Mediterráneo también se pueden encontrar casos de *Brucella*. Conviene hacer un especial énfasis en pacientes inmunodeprimidos, en los que los agentes causantes son más variados. Generalmente estos pacientes presentarán dolor lumbar insidioso, que inicialmente mejora con tratamiento, pero que persiste durante semanas, impidiendo el descanso nocturno. Puede haber o no fiebre, en el hemograma podremos observar o no leucocitosis y en la mayoría de los casos un aumento de la VSG. Por tanto, en la anamnesis será importante preguntar por la presencia o no de fiebre, infección reciente o si el paciente es usuario de drogas por vía parenteral o se encuentra inmunodeprimido.

- "Descartar fractura vertebral": las fracturas vertebrales están asociadas con importante dolor e incapacidad funcional.

La prevalencia de fractura vertebral en pacientes con lumbalgia aguda se sitúa en torno al 0,5 y el 4%, aunque se estima que en la práctica clínica sólo se diagnostican un 30% de ellas, ya que el modo de presentación es muy similar al de la lumbalgia inespecífica. A pesar de ello, es importante llegar al diagnóstico etiológico para poder realizar el tratamiento adecuado en función de ello.

En la mayoría de las guías clínicas sobre dolor lumbar hay varias recomendaciones en relación con la fractura vertebral, como son historia reciente de traumatismo, uso prolongado de glucocorticoides, edad mayor de 50 años y deformidad estructural. Sin embargo, en relación con estos posibles signos de alarma no se han realizado suficientes estudios sobre ellos,

y la mayoría se basa en la experiencia de profesionales y su presencia en guías clínicas previas. En 2008 se realizó una revisión sistemática sobre guías clínicas y estudios sobre lumbalgia basándose en la *Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Included in Systematic reviews scale*⁴ y se obtuvieron 5 factores de riesgo para fractura vertebral. Estos factores de riesgo eran los siguientes:

- Pacientes mayores de 50 años.
- Pacientes mujeres.
- Antecedente de traumatismo.
- Dolor lumbar con alteración de la sensibilidad.
- Traumatismo por elongación o distensión.

Aunque según esta revisión sólo se identificaron 5 posibles factores de riesgo en relación con fractura, se tiene que hacer una valoración individual de cada paciente, teniendo en cuenta otras posibles asociaciones. Aparecen en muchas guías clínicas como que la lumbalgia en mujeres de edad avanzada y el uso de glucocorticoides de forma continuada pueden predisponer al paciente a padecer fracturas con mínimo traumatismo, y también la historia previa de fracturas vertebrales podría guardar relación con una nueva fractura vertebral.

7. "Descartar dolor lumbar de causa inflamatoria". Sobre todo en pacientes jóvenes (< 45 años), con rigidez matutina, mejoría del dolor con la actividad física y antiinflamatorios y empeoramiento durante la noche; historia previa de entesitis o monoartritis, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal o psoriasis.

Conclusiones

Así pues, ante un paciente que presente una lumbalgia debemos hacer especial hincapié ante los siguientes signos de alarma:

1. "Edad": la sospecha de cáncer aumenta con la edad, por tanto, en pacientes con lumbalgia mayores de 50 años convendría descartar esta patología. En aquellos pacientes jóvenes que presenten lumbalgia recurrente, también convendría descartar el origen inflamatorio de ésta (espondilitis anquilosante, otras espondiloartropatías, etc.).
2. Presencia de "fiebre": en estos casos deberíamos pensar que sea secundaria a infección, preguntar, por tanto, por adicción a drogas por vía parenteral, si se trata de un paciente inmunodeprimido (VIH, neoplasias, etc.) y el ritmo del dolor o técnicas intervencionistas recientes. En pacientes con lumbalgia y síndrome febril también convendría descartar

metástasis óseas y que el origen de la fiebre fuera secundario a la neoplasia.

3. "Síndrome tóxico": con pérdida de peso inexplicable, astenia, anorexia. Ante un paciente con estas características deberíamos pensar, primero que todo, en neoplasia y en segundo lugar en el posible origen infeccioso de la clínica.
4. Paciente con "antecedentes de cáncer": en este tipo de pacientes conviene realizar, como ya hemos dicho antes, una radiografía simple de columna lumbar; si ésta es inespecífica y la sospecha es alta, se debería solicitar una resonancia magnética nuclear de columna lumbar.
5. "Antecedentes de osteoporosis", tratamiento con "glucocorticoides" sistémicos de forma crónica o "historia de fracturas previas": en este caso podríamos encontrarnos ante una fractura vertebral.
6. "Anestesia en silla de montar y/o retención aguda de orina": deberemos sospechar de síndrome de la cauda equina. Es importante llegar a su diagnóstico, ya que este tipo de pacientes debe ser intervenido de forma urgente, y de ello depende el pronóstico.
7. "Dolor de características inflamatorias" que empeora con el reposo, durante la noche y con las maniobras de Dejerine (Valsalva) y que no mejora a pesar de dosis plenas de tratamiento antiinflamatorio: en este caso nos podríamos encontrar delante de una neoplasia, una espondilodiscitis, entre otros.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. European Commission COST B13, Fundación Kovacs. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica; 2005. [consultado 10/9/2009]. Disponible en: <http://www.webdelaespalda.org/cientifica/guias/guiascost.asp>.
2. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross Jr JT, Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007;147:478-91.
3. Negrini S, Giovannoni S, Minozzi S, Barnadeschi G. Diagnostic therapeutic flow-charts for LBP patients: The Italian clinical guidelines. *Eura Medicophys.* 2006;42:151-70.
4. Henschke N, Cristopher G, Maher G, Ksthrin M, Refshauge KM. A systematic review identifies five "red flags" to screen vertebral fracture in patients with low back pain. *J Clin Epidemiol.* 2008;61:110-8.
5. Poitras S, Rossignol M, Dionne C, Tousignant M, Truchon M. An interdisciplinary clinical model for the management of low-back pain in primary care: The CLIP project. *BMC Musculoskelet Disord.* 2008;9:54.