



MEDICINA UNIVERSITARIA

www.elsevier.es



EDITORIAL

Lumbalgia, no necesariamente un problema menor de salud

Low back pain, not necessarily a minor health problem

En la actualidad, se está prestando mucha atención a problemas de salud de tipo cardiovascular o endocrinológico; sin embargo, no es infrecuente que nos olvidemos de un problema médico común en pacientes de todas las edades, como la lumbalgia. Aunque este término abarca una gran cantidad de patologías desencadenantes, es necesario reconocer su importancia dentro de los padecimientos que afectan a gran parte de la población en general. Entendiendo a la lumbalgia como “aquella sensación dolorosa o no confortable, localizada por debajo del margen costal y por arriba del límite superior de la región glútea que puede o no irradiarse a alguno de los miembros pélvicos”.

En países desarrollados, más del 70% de la población ha experimentado la lumbalgia en algún momento de su vida, y presenta una incidencia anual del 15%-45%. La recurrencia es parte de la historia natural, y se presenta en 20%-72% de los pacientes.¹

En México, las visitas al médico general por dolor de espalda, llegan a ser hasta el 12% de los pacientes. Actualmente, se considera que el 7% de la población presenta algún tipo de dolor de espalda. La población joven o económicamente activa, representa hasta el 50% de las consultas en unidades familiares, y de éstos, hasta 25% acuden por dolor de espalda.¹

Los días de incapacidad por lumbalgia pueden representar un costo importante, en Estados Unidos se estima que los trabajadores, en promedio están incapacitados hasta 102 días al año, con el consiguiente gasto para su control y tratamiento; actualmente se establece que el 12% de la población presenta algún grado de incapacidad debido a la lumbalgia.²

Es importante mencionar, que dentro de este volumen de Medicina Universitaria, usted encontrará un análisis general del abordaje para un paciente con lumbalgia, en el que se describe una manera simple de abordar a pacientes con este problema; nos permite establecer una guía de evaluación que llega a ser de ayuda para quien tenga a un paciente con este problema; sin embargo sería necesario profundizar para saber cuándo necesitamos

solicitar estudios de extensión para estos pacientes; así como saber identificar y estudiar los signos de Wadell, los cuales deben ser considerados para evaluar a pacientes que pudieran fingir o exagerar su sintomatología.

Como se describe en la revisión presentada en la revista, al evaluar a pacientes por primera vez no suele ser necesaria la realización de estudios de imagen o laboratorio, sin embargo siempre es importante saber cuándo debemos pedirlos y sobre todo, qué tipo de estudios solicitar; para esto se han desarrollado las llamadas “banderas rojas”, que son signos y/o síntomas que debemos tomar en cuenta, para la realización de estudios. Dentro de estas “banderas rojas” se encuentran: historia de traumatismo (mayor o menor); edad menor de 15 años o mayor de 50 años, antecedentes de cáncer, pérdida de peso no explicada, dolor nocturno; fiebre o infección bacteriana reciente, uso de drogas intravenosas, inmunosupresión, dolor intratable; y retención urinaria, parestesias en silla de montar, déficit neurológico progresivo y severo. En todas estas situaciones, tendríamos que ser más agresivos en la solicitud de estudios de imagen y laboratorio, ya que se puede considerar la presencia de fractura, infección, tumoración maligna o benigna, además del desarrollo de síndrome neurológico, como síndrome de cauda equina.³

Este problema no escapa de los pacientes simuladores, al contrario, suele ser ampliamente usado por estos, para este tipo de situaciones se desarrollaron los signos de Wadell; los cuales son un grupo de signos clínicos diseñados específicamente para detectar componentes no orgánicos de lumbalgia, se diseñaron para detectar pacientes que simulen lesiones. Estos son cinco, *sensibilidad*, el paciente tiene sensibilidad superficial de la piel, no relacionado con una estructura neuromuscular, lo que significa se produce en una amplia zona o se extiende por varias estructuras sin relación; *pruebas de simulación*, el paciente se queja de dolor de espalda, cuando el examinador presiona hacia abajo la cabeza o rota los hombros y pelvis juntos en el mismo plano, ninguno de los cuales debe producir este tipo de dolor; *pruebas*

de distracción, el examinador realiza dos veces la misma prueba, mientras distrae al paciente, y el paciente se queja de dolor solo una ocasión; *alteraciones regionales*, esto puede ser debilidad o cambio sensorial regional, se trata de un área extensa que no puede explicarse basado en patrones neurológicos o anatómicos; *reacción exagerada*, respuesta exagerada de dolor a un estímulo, que incluye verbalización, expresión facial, tensión muscular y temblor, incluye también cualquier respuesta que el paciente no reproduce cuando el examinador realiza el mismo estímulo. En general, tres o más signos de Waddell se consideran síntomas de magnificación.⁴

Los pacientes acuden al médico por dos razones principales. Una de ellas es que quieren que cese el dolor; y además, desean escuchar que su problema es sencillo, y puede identificarse. El tratamiento de la lumbalgia aguda no puede ser fortuito, ni desorganizado, este cumple un propósito claro y con objetivos bien definidos, dado que casi nunca se puede establecer un diagnóstico anatomopatológico exacto, el tratamiento es increíblemente conciso. En cuanto a las opciones de manejo no quirúrgico para la lumbalgia, están la educación del problema que afecta al paciente, modificación de actividades, terapia física, tracción, uso de ortesis, y por supuesto medicamentos, los cuales incluyen una variedad de analgésicos narcóticos o no narcóticos, tópicos, antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares, corticoesteroides, antidepresivos, aplicación de inyecciones, epidurales, facetarias, puntos gatillo; así como estimulación eléctrica nerviosa transcutánea, e incluso acupuntura.⁵

Una respuesta eficaz al tratamiento consiste en control del dolor y tranquilidad del paciente. El objetivo final es la recuperación de la función; sin embargo, a corto plazo, debemos lograr un control del dolor. En la mayoría de los episodios agudos no traumáticos, el dolor suele desaparecer en cuestión de días; no semanas o meses, a menos que exista una patología subyacente. Por lo que la creencia que la lumbalgia es un acontecimiento prolongado y discapacitante es errónea.

Uno de los pilares de tratamiento de la lumbalgia es la educación al respecto del problema. El paciente acude con incertidumbre al respecto de saber, “¿qué

me está pasando?”, con esto no quiere decir que el paciente solicite la información de teorías actuales sobre la irritación química que ocurre en las raíces nerviosas, una clase de anatomía o de biomecánica de la columna vertebral; ellos quieren saber si este problema se puede identificar, tratarse y controlarse de una manera sencilla y rápida.

Debemos de entender que este problema es más grande de lo que pensamos, como médicos de primer contacto, tenemos que estar conscientes, que la mayoría de los cuadros son autolimitados con un adecuado tratamiento, además debemos explicar al paciente que su problema tiene una solución adecuada. Sin embargo, no podemos perder de vista los signos y síntomas conocidos como “bandera roja”, que son los que nos tienen que poner en alerta para una evaluación más exhaustiva.

Dr. med. Carlos Alberto Acosta-Olivo

Servicio de Traumatología y Ortopedia Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México

Correspondencia: Servicio de Traumatología y Ortopedia Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Universidad Autónoma de Nuevo León. Av. Madero y Gonzalitos s/n, Colonia Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L., México. Teléfono: 8347 6698. *Correo electrónico:* dr.carlosacosta@me.com

Referencias

1. Covarrubias-Gómez A. Lumbalgia: un problema de salud pública. *Rev Mex Anestes* 2010;33:S106-109.
2. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15:S192-300.
3. Shen FH, Samartzis D, Andersson G. Nonsurgical management of acute and chronic low back pain. *J Am Acad Orthop Surg* 2006;14:477-487.
4. Devlin VJ. *Spine secrets plus*, 2nd edition. Chapter 48. USA: Ed. Mosby;2012. p. 329-331.
5. Fardon DF, Garfin SR, Abitbol JJ, et al. *OKU Actualizaciones en cirugía ortopédica y traumatología. Columna*. España: Ed. Ars Medica: 2010.