

Lumbalgia

¿Qué es la lumbalgia y cuáles son sus causas?

La lumbalgia es el dolor de la parte baja de la espalda, el denominado segmento lumbosacro. Es una condición muy común que casi todos nosotros hemos experimentado. Constituye una de las causas principales de incapacidad laboral y deterioro de la calidad de la vida, a pesar de que muy pocas veces se relaciona con una enfermedad grave.

Lo más común es que se presente como un dolor inespecífico al cual no es posible atribuir un factor o factores concretos. Por lo general, no es una manifestación de una enfermedad grave y desaparece sin tratamiento, aunque tiende a recurrir. Solo en uno de cada diez pacientes la lumbalgia tiene una causa concreta que requiere un diagnóstico adicional.

En la mayoría de los casos, el dolor es el resultado de un daño mecánico de distintas estructuras que conforman y rodean la columna vertebral: vértebras, discos intervertebrales, articulaciones intervertebrales, músculos, tendones, ligamentos y nervios. Puede estar causado por:

- sobrecarga de músculos, tendones o ligamentos paraespinales
- lesión de un disco intervertebral (la denominada hernia discal)
- defectos posturales y anatómicos, defectos congénitos de la columna vertebral
- cambios degenerativos que, por ejemplo, conducen al desplazamiento de un cuerpo vertebral sobre otro o a una estenosis espinal
- fracturas vertebrales asociadas a la osteoporosis.

Las enfermedades reumáticas (p. ej. espondilitis anquilosante), infecciones, neoplasias, enfermedades de la cavidad abdominal y pélvica (p. ej. aneurisma de aorta abdominal, enfermedades renales, pancreáticas, de órganos reproductivos) pertenecen al grupo de las causas menos frecuentes de lumbalgia.

Es necesario recordar que la lumbalgia puede ser solo uno de los síntomas de otras enfermedades, a veces graves, que requieren consulta urgente con el médico.

¿Cuáles son los factores de riesgo para la lumbalgia?

La aparición de lumbalgia se ve favorecida por:

- edad (más frecuentemente se presenta entre los 30 y 60 años de edad)
- antecedentes de lumbalgia
- factores psíquicos, tales como estrés crónico, descontento laboral, depresión
- mala condición física
- obesidad
- trabajo realizado (permanecer en posición sentada frente al escritorio durante mucho tiempo, realizar trabajo físico intenso, elevar objetos pesados, realizar con frecuencia movimientos de flexión y torsión del tronco)
- hábito tabáquico
- enfermedades coexistentes.

¿Con qué frecuencia se presenta?

Un 80 % de la población sufre de lumbalgia. Más frecuentemente se presenta en personas entre los 30 y 60 años de edad. Constituye una de las causas más frecuentes de consulta médica.

¿Cómo se manifiesta la lumbalgia?

Puesto que en varias personas la lumbalgia puede tener un carácter diferente, para describirla con más detalle es necesario determinar:

- **duración:** la lumbalgia bien puede durar poco tiempo y desaparecer en unos días o unas semanas, o bien prolongarse durante meses o años
- **intensidad:** desde un dolor sordo hasta un dolor muy intenso, de carácter punzante, que bloquea casi todo el movimiento de la columna vertebral
- **ubicación:** el dolor puede limitarse a la columna vertebral o irradiar a la nalga, el muslo, o incluso el pie (por uno o ambos lados)
- **factores intensificadores:** dependiendo de las causas, el dolor puede intensificarse al moverse o en reposo, al doblar o erguir la espalda, a veces se ve provocado por tos y estornudo y puede aparecer de madrugada e interrumpir el sueño
- **factores acompañantes:** fiebre, debilidad, pérdida de peso sin causa justificada, dolor articular múltiple, enfermedades coexistentes, fármacos utilizados.

Gracias a esta información es posible determinar de forma preliminar el origen de las molestias.

1. El **dolor inespecífico** (un 90 % de los casos) está relacionado con la sobrecarga de varias estructuras que forman la columna vertebral, pero no es posible asociar una causa concreta a su aparición. Habitualmente se manifiesta después del esfuerzo o una lesión leve y se reduce en reposo, aunque las molestias pueden aparecer también después de permanecer durante mucho tiempo en la misma posición. El dolor más intenso se experimenta en la parte baja de la espalda pero este también puede irradiar en el lado exterior del muslo hacia el nivel de la rodilla. El dolor inespecífico normalmente cede después de unos días y disminuye en el 90 % de las personas afectadas en los siguientes tres meses. Desgraciadamente, a menudo reaparece tras cierto tiempo.

2. El **dolor asociado al síndrome radicular o estenosis espinal** está provocado por la compresión que la estenosis de estructuras vertebrales ejerce sobre la médula espinal o los nervios que salen de ella (las causas más frecuentes son la hernia de disco vertebral hacia el canal espinal o cambios degenerativos). Se distinguen varios tipos de molestias dolorosas.

- En el **síndrome radicular** el dolor es "punzante" o "ardiente" e irradia a la región de la extremidad inervada por los nervios irritados (las denominadas ciática, cruralgia). Además, provoca adormecimiento, hormigueo y debilitamiento de la fuerza muscular en la zona afectada. Puede aparecer espontáneamente, por ejemplo tras alzar un objeto pesado, pero a menudo el inicio de la enfermedad es poco perceptible. Se intensifica al flexionar el tronco y también con la tos y los estornudos. Generalmente, los episodios de dolor se alternan con períodos de alivio relativo.
- El **síndrome de cauda equina** se caracteriza por alteraciones sensoriales y de movimiento en la zona perineal y de ambas extremidades inferiores junto con alteraciones de la micción y de la defecación. En este caso es necesaria una intervención quirúrgica urgente porque un retraso de incluso unas horas puede conducir a un daño irreversible de los nervios afectados.
- La **claudicación intermitente neurógena** es típica de la estenosis espinal. Durante la marcha se experimentan lumbalgia, debilitamiento de las extremidades inferiores, calambres y dolor en la pierna (se requiere descartar trastornos circulatorios de las extremidades inferiores). El dolor se intensifica al

- erguir la espalda y al estar de pie y se reduce al inclinarse hacia adelante y al subir escaleras. Las molestias normalmente aumentan gradualmente, aunque también pueden mantenerse estables.
- 3. Dolor causado probablemente por otra enfermedad.** Ocasionalmente, la lumbalgia puede ser la manifestación de otra enfermedad de la columna vertebral o de órganos vecinos. En la espondilitis anquilosante el dolor aparece en las horas matutinas e interrumpe el sueño del enfermo. En este caso el dolor y la rigidez de la columna vertebral disminuyen al moverse. Un dolor agudo que no cesa en la posición relajada ni en las horas nocturnas puede ser debido a neoplasia o infección en la columna vertebral; dichas enfermedades por lo general van acompañadas de malestar, adelgazamiento o fiebre. La presencia de lumbalgia también puede asociarse a enfermedades de órganos vecinos: en estos casos la presencia de síntomas característicos apunta a su diagnóstico.
- 4. Dolor psicogénico:** es necesario recordar que la lumbalgia también puede ser un signo no característico del deterioro del estado mental a consecuencia de estrés crónico o depresión.

¿Cómo actuar ante la aparición del dolor?

Si no se presenta ningún síntoma preocupante (→cuadro), la lumbalgia suele ceder de forma espontánea a lo largo de unos días o unas semanas. En la mayoría de los casos, la mejor actuación sería la del regreso a las actividades diarias, evitando tanto una actividad física excesiva, como el reposo en la cama (pueden prolongar la duración de las molestias). Deben evitarse posiciones y acciones que intensifiquen el dolor. Un reposo corto en la cama (normalmente de 24 horas) puede resultar imprescindible en la lumbalgia muy aguda que cursa sobre todo con síntomas de síndrome radicular, aunque es necesario intentar regresar a las actividades diarias lo más rápido posible, dentro de los límites de molestia tolerables. Una inmovilización prolongada conduce al debilitamiento muscular y al deterioro de la condición física general, también puede provocar una sensación de incapacidad y un empeoramiento del ánimo.

En caso de necesidad, pueden utilizarse fármacos analgésicos: paracetamol u otros AINE (siempre respetando las dosis recomendadas y las contraindicaciones). En algunos casos el médico puede prescribir fármacos relajantes musculares o fármacos analgésicos más potentes (no deben administrarse por cuenta propia). El alivio puede lograrse aplicando bolsas de hielo, que reducen la inflamación local y actúan relajando ligamentos y músculos, o mediante la aplicación superficial de calor que actúa de la misma manera (las compresas se aplican 3-4 veces al día durante 10-15 minutos). Es bueno dormir de lado en posición fetal, con una almohada entre las piernas, lo que disminuye la tensión de la columna vertebral.

En el tratamiento de la lumbalgia aguda también se utilizan las denominadas técnicas manuales (manipulaciones y movilizaciones de la columna vertebral), aunque estas solamente deben llevarse a cabo por un médico o fisioterapeuta con experiencia. Si las molestias no se reducen en el transcurso de cuatro semanas, es necesario consultar al médico.

Síntomas de alerta para la lumbalgia que requieren una consulta urgente con el médico

Llamar a la ambulancia (112) si:

- se presenta retención/incontinencia urinaria o de heces, disminución de la sensibilidad en la zona perineal
- el dolor se produjo después de una caída o después de lesionarse y no cesa.

Audir urgentemente al médico si la lumbalgia va

acompañada de al menos una de las siguientes condiciones:

- debilitamiento, dolor o adormecimiento de una o ambas piernas
- intensificación del dolor al toser o estornudar
- intensificación del dolor y rigidez sobre todo por la noche
- presencia de dolor al caminar y al permanecer de pie
- fiebre y adelgazamiento sin causa evidente
- si usted toma o últimamente ha tomado glucocorticoïdes (esteroides) o inyecciones intravenosas
- si recientemente se ha sometido a una cirugía, sobre todo urológica o ginecológica
- si está diagnosticado de una enfermedad neoplásica u otra enfermedad grave acompañante
- si el dolor es muy agudo y no cesa en reposo.

El médico de cabecera puede diagnosticar y tratar con éxito la mayoría de las formas de lumbalgia. Si se sospecha una enfermedad grave o, transcurridas unas semanas del tratamiento, no se observa mejora, el médico le derivará a un especialista adecuado (reumatólogo, ortopedista o neurólogo).

¿Cómo se establece el diagnóstico?

El médico establece el diagnóstico basándose en la información proporcionada por el paciente y a los signos observados en un examen del aparato locomotor. En la mayoría de los casos no son necesarias pruebas de laboratorio ni de imagen complementarias y estas no se indican hasta que existe sospecha de una causa concreta de la lumbalgia o el estado del paciente no haya mejorado a pesar del tratamiento aplicado.

En primer lugar, se realiza radiología y, en algunas situaciones (p. ej. ante la sospecha de compresión sobre la raíz nerviosa o estenosis espinal), se procede a otras pruebas de imagen, tales como tomografía computarizada y resonancia magnética. En el 90 % de los casos se presenta el denominado dolor inespecífico cuyas causas no se pueden determinar puesto que los resultados de las pruebas a menudo son normales, a pesar de que el enfermo sufre dolor. Por otro lado, aunque las pruebas revelen, por ejemplo, cambios degenerativos u otras alteraciones estructurales de la columna vertebral, aun así no se puede afirmar que ellos sean culpables de las molestias que experimenta el paciente. Esto a veces conduce a un diagnóstico erróneo de la causa del dolor y expone al enfermo a estrés y gastos innecesarios.

¿Cuáles son los métodos de tratamiento de la lumbalgia?

Más frecuentemente la lumbalgia cesa sin tratamiento o gracias al empleo de simples métodos de actuación (→más arriba: ¿Cómo actuar ante el dolor lumbar?). Sin embargo, si las molestias no disminuyen después de unas semanas o aparecen nuevos síntomas de alerta (→cuadro más arriba), es necesario acudir al médico quien, dependiendo de la causa sospechada, decidirá sobre el futuro procedimiento. Generalmente, este se centra en varias formas del tratamiento conservador (entre las cuales el papel fundamental desempeña la rehabilitación) y solo en casos excepcionales se indica la cirugía de la columna vertebral.

Tratamiento conservador de la lumbalgia

Un **ejercicio físico** regular de los músculos de la espalda y abdominales fortalece la columna vertebral. Está prohibido realizar ejercicios que provoquen dolor. Un médico o fisioterapeuta con experiencia debe ajustar el programa de ejercicios; el enfermo continúa con el

entrenamiento individualmente en casa. Aparte de los ejercicios dirigidos al fortalecimiento de la columna vertebral es necesario cuidar de una buena condición física.

Los **fármacos** se utilizan de manera complementaria con el fin de reducir el dolor y facilitar los ejercicios de rehabilitación. Generalmente se utiliza el paracetamol o los AINE disponibles de venta libre. Dichos fármacos no deben tomarse durante más de dos semanas sin previa consulta médica. El médico también puede indicar otros fármacos, tales como relajantes musculares, opioides e, incluso, antidepresivos (algunos desempeñan un papel importante en el tratamiento de la lumbalgia duradera).

Varias formas de la terapia física (ultrasonidos, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, diatermia, láser, aplicación superficial de calor, crioterapia) relajan los músculos y ligamentos y facilitan su extensión. Se emplean como técnicas que facilitan la realización de ejercicios de rehabilitación.

El **reposo en la cama** hasta hace poco tiempo era el método principal del tratamiento de la lumbalgia, pero los estudios han demostrado que no solo no conlleva los beneficios esperados, sino que puede incluso prolongar las molestias. La inmovilización se relaciona con complicaciones tales como el deterioro de la condición física general, debilitamiento muscular y estado depresivo; además, favorece la formación de coágulos en los vasos sanguíneos. Actualmente, se recomienda un reposo corto en la cama solamente en aquellos casos que cursan con un dolor muy agudo que "bloquea" todo movimiento de la columna vertebral o de síntomas graves derivados del síndrome radicular. Se debe regresar a las actividades diarias lo más rápido posible, dentro de los límites tolerables de la molestia, y evitando realizar actividades que intensifiquen el dolor.

Las **técnicas manuales (manipulaciones y movilizaciones de la columna vertebral)** se centran en la movilización de los tejidos blandos de la región dolorosa de la columna vertebral. Pueden quitar el dolor si los síntomas no llevan más de cuatro semanas, pero después de este período su uso generalmente no conlleva mejora. Deben utilizarse en combinación con ejercicios físicos y no como método de tratamiento único. Solo un médico o fisioterapeuta con experiencia puede realizar dichas técnicas.

La **tracción lumbar y descompresión axial vertebral** se basan en el estiramiento de las vértebras lumbares empleando la fuerza adecuada al peso corporal. Aliviar el disco intervertebral afectado supone una disminución del dolor. Estas técnicas pueden utilizarse únicamente por prescripción y bajo control del médico, una vez que se hubiesen tenido en consideración todas las contraindicaciones.

Las **ortesis lumbares** ayudan a mantener la columna lumbar en posición estable. Su papel principal es recordarle la técnica correcta para alzar objetos y realizar flexiones y probablemente no tengan impacto en la prevención de la lumbalgia.

Los **bloqueos** son inyecciones de glucocorticoides administradas directamente a la zona que el médico sospeche como originaria del dolor. Pueden ser de utilidad si son uno de los elementos de la rehabilitación pero no deben utilizarse como el único método terapéutico. Solo un médico con experiencia puede realizar bloqueos.

Hasta ahora no se ha demostrado el efecto terapéutico de los **masajes, el yoga y la acupuntura**. Sin embargo, si alivian el dolor y contribuyen al bienestar, pueden utilizarse como un elemento complementario de la rehabilitación.

El **apoyo psicológico** es importante porque la lumbalgia, sobre todo la duradera, empeora el ánimo y provoca la sensación de incapacidad. Esto, a su vez, intensifica las molestias y reduce las posibilidades de obtener un éxito terapéutico. En muchos casos los métodos del apoyo psicológico (terapia de la conducta, psicoterapia, fármacos antidepresivos) resultan ser un elemento clave del tratamiento.

Tratamiento quirúrgico de la lumbalgia

Es necesario en un porcentaje pequeño (entre el 1 y 3 %) de las personas con lumbalgia. La indicación de urgencia para emplear el tratamiento quirúrgico es el síndrome de cauda equina, tumor o infección de la columna vertebral o la aparición de una paresia aguda de una extremidad causada por una compresión sobre las estructuras del nervio. El tratamiento quirúrgico también puede considerarse en personas con un síndrome radicular resistente al tratamiento y estenosis espinal.

¿Es posible una curación completa?

La mayoría de las lumbalgias desaparecen en unos días o unas semanas y en entre el 80 y 90 % de los enfermos la mejora se produce en tres meses. Desgraciadamente, la lumbalgia recurre en más de la mitad de los casos. En una de cada diez personas la lumbalgia dura más de tres meses y entonces se convierte en un estado crónico, lo que disminuye las posibilidades de recuperación y puede conducir a la incapacidad. Sin embargo, la mayoría de las personas con lumbalgia pueden continuar con el trabajo que venían realizando hasta ese momento. La resolución completa del dolor en dichas personas es menos real, pero el objetivo del tratamiento es la disminución de las molestias y la mejora de la calidad de vida. El procedimiento profiláctico y terapéutico adecuado es la clave del éxito: el entendimiento de la enfermedad, la mejora de la condición física y el apoyo psicológico mejoran el funcionamiento en la vida cotidiana y reducen el número de exacerbaciones de la lumbalgia.

¿Qué se debe hacer después de finalizar el tratamiento?

Entérese como cuidar del funcionamiento adecuado de la columna vertebral (véase más abajo) justo después del primer episodio de lumbalgia y, óptimamente, antes de que esta se presente. Recuerde que la lumbalgia presenta frecuentes recaídas, por lo tanto es necesario cuidar de la columna vertebral de por vida. Si ha participado en clases de rehabilitación, siga con los ejercicios indicados en casa.

Acuda al médico si las molestias no cesan en unas semanas. El tratamiento de la lumbalgia es más fácil en su fase inicial, antes de que la condición pase a la fase crónica. Es preciso hacer una consulta médica urgente si se presenta alguno de los síntomas preocupantes que se han enumerado en el cuadro previo.

¿Qué hacer para prevenir la lumbalgia?

Con el fin de prevenir la lumbalgia o disminuir el riesgo de su recaída se debe:

- mantener una buena condición física y adoptar una postura corporal correcta:
 - hacer ejercicios de acondicionamiento físico general (p. ej. natación, ciclismo, marcha rápida) por lo menos durante 30 minutos, como mínimo, 3 veces a la semana
 - realizar ejercicios de tonificación muscular de la espalda y el abdomen
 - hacer un calentamiento adecuado antes del ejercicio y un "enfriamiento" muscular gradual después
- perder sobrepeso
- en caso de tener que permanecer mucho tiempo sentado, colocar una almohada debajo de la columna lumbar o utilizar una silla especial, hacer pausas para moverse



Fig. 1. Técnica correcta para levantar objetos

- no cargar objetos pesados, aprender la técnica correcta para levantar objetos (no inclinarse sobre el objeto levantado, sino agacharse, utilizar los músculos de las piernas y abdominales al ponerse de pie)
- dormir sobre un colchón de firmeza media, preferentemente de lado, aunque el médico o fisioterapeuta puede elegir la posición individual para reposar y dormir
- llevar zapatos cómodos de tacón bajo y, si es necesario, utilizar plantillas para pies planos
- asegurarse de seguir una dieta adecuada que proporcione la cantidad apropiada de calcio y vitamina D a los huesos
- no fumar.

¿Qué estilo de vida es recomendable para las personas con

lumbalgia?

Sobre todo es necesario abandonar el hábito tabáquico. Se ha demostrado una clara relación entre el fumar y la lumbalgia. Existen por lo menos tres causas de dicha relación. Primero, la tos crónica puede dañar músculos y ligamentos, por lo que el dolor aparecerá al toser. Segundo, los fumadores suelen tener peor forma física, por tanto tienen los músculos más débiles y una mala postura que provocan las molestias. En tercer lugar, se sospecha que la nicotina en el humo del tabaco posea efecto antifibrinolítico. En consecuencia, en vez de producirse una correcta actividad osteoblástica, se forman cicatrices por microlesiones que, a su vez, aumentan el dolor.

Es necesario cuidar de su condición física, su mejora o, si es satisfactoria, su mantenimiento. No cabe duda de que unos músculos de la espalda y abdominales bien desarrollados previenen las molestias relacionadas con la parte baja de la espalda.

La natación es la mejor forma de actividad física porque de manera natural aumenta la masa muscular de la espalda. El sobrepeso inevitablemente conduce a la adopción de una mala postura que, a su vez, provoca el dolor lumbar. Por lo tanto, es necesario mantener el óptimo peso corporal.

Fuente: Calin A., Cormack J., Reumatologia - pytania i odpowiedzi, *Medycyna Praktyczna*, 2000.

autor:

Zofia Guła (MD), Mariusz Korkosz (MD, PhD)