

# Dolor lumbar crónico no inflamatorio: diagnóstico y tratamiento

F. Martínez Pintor

Director del Instituto de Reumatología. Clínica Ntra. Sra. del Pilar. Barcelona

## Resumen

Los reumatólogos nos enfrentamos cada día con el diagnóstico diferencial del dolor lumbar, tanto en pacientes con patología inflamatoria, como mecánica. En ocasiones, incluso, con pacientes que ya han sido tratados sin que se haya hecho un diagnóstico claro. Se resalta la importancia de un diagnóstico preciso para indicar posteriormente el tratamiento adecuado.

**Palabras clave:** Lumbalgia • Diagnóstico • Tratamiento

## Importancia del problema

Referirse de nuevo al dolor lumbar puede parecer una reiteración, pues cada día son más los artículos que sobre este tema se publican, pero en esta ocasión quisiera hacerlo bajo un prisma eminentemente pragmático, ya que dada la complejidad de síndromes que pueden dar como síntoma la lumbalgia, pienso que sólo con una visión multidisciplinaria se pueden llegar a establecer protocolos que obtengan los mejores resultados.

Respecto a su importancia social, es de todos conocida, pero baste decir que en Barcelona, donde desarrollo mi labor asistencial, tiene una frecuencia casi tan alta en bajas laborales (22,5%) como las enfermedades respiratorias (25,2%), pero con un porcentaje de días perdidos muy superior (31% y 12%, respectivamente)<sup>1</sup>.

El número de lumbalgias que se cronifican (10%), hace que cada día nos enfrentemos de una manera u otra a este proceso.

En este artículo nos referiremos a la lumbalgia crónica, dejando para otra ocasión la lumbalgia aguda. Por el hecho de ser un padecimiento crónico, en el 70% de los casos existirá un síndrome depresivo asociado<sup>2</sup>. De hecho, en Barcelona, el 74,5% de pacientes con lumbalgia crónica presentan un cuadro depresivo, siendo la ansiedad más frecuente en hombres<sup>3</sup>.

## Clases de lumbalgias

El número de enfermedades que pueden producir dolor lumbar es interminable, unas de tipo mecánico (90% de los casos) y otras de tipo no mecánico (apenas el 10%)<sup>4</sup> que, si bien es un número cuantitativamente pequeño, no lo es cualitativamente, pues un error diagnóstico en esta primera fase puede ocasionar una serie de dificultades posteriores, a veces irreversibles.

Así pues, como en cualquier proceso, lo esencial para un correcto tratamiento es tener un diagnóstico lo más acertado posible; lo primero será, pues, diferenciar si la lumbalgia es mecánica o no mecánica (Tabla I).

Nos enfrentamos, pues, a un paciente con dolor lumbar que en el 85% de los casos tendremos que etiquetar de "inespecífico" y que sólo en el 15% de los casos podremos

identificar la causa de manera clara y sin lugar a error. Este 15% estaría representado por<sup>5</sup>:

- Hernia discal
- Espondilolistesis
- Estenosis de canal
- Inestabilidad vertebral
- Cuadros orgánicos (tumores, infecciones, enfermedades inflamatorias).

Sería, pues, el 85% restante el catalogado como dolor lumbar inespecífico (DLI). La consulta diaria nos enseña machaconamente lo difícil que es salir de ese cajón de sastre del DLI.

Para González Escalada<sup>6</sup>, la mayor parte de los cuadros de DLI son debidos o bien a disfunciones en uno o varios segmentos móviles vertebrales, o bien a alteraciones imperceptibles de las articulaciones posteriores. El Subcomité de Taxonomía de la IASP<sup>7</sup> ha propuesto cinco ejes para la clasificación de todos los síndromes dolorosos lumbares inespecíficos/específicos, clasificación que nos resulta útil desde un punto de vista terapéutico:

1. Síndrome del compartimento dorsal.
2. Síndrome del compartimento ventral.
3. Dolor miogénico.
4. Dolor segmentario.
5. Adherencias epidurales.
6. Estenosis del canal raquídeo.

**Tabla I**  
Lumbalgias no mecánicas

- Inflamatorias (espondiloartropatía)
- Infecciosas (Brucella, etc)
- TumORALES (metástasis, mieloma, etc)
- No vertebrales (viscerales)
- Endocrinas, hematológicas, neuropáticas, osteoporosis con fracturas, Paget, etc.

**Tabla II**  
Información nociceptiva de la columna

Nervio sinuvertebral de Luschka (ramo recurrente del nervio raquídeo):

- cara posterior cuerpos vertebrales
- lig. vertebral común posterior
- capas más periféricas anillo fibroso

Ramo posterior del nervio raquídeo (80% del dolor de raquis). Tres ramas:

- lateral: cutánea
- medial: interapofisaria
- interna: músculos, aponeurosis

Ramo anterior nervio raquídeo:

- inervación musculatura abdominal, suelo pelvis, motor y sensitivo de la extremidad inferior de forma metamérica

### Síndrome del compartimento dorsal

En 1911, Goldthwait, correlaciona por primera vez el dolor lumbar y las alteraciones de las articulaciones intervertebrales. Burton y cols (1979) han resaltado la importancia de la hipertrofia de las articulaciones facetarias en la irritación radicular lumbar. Estas articulaciones, al hipertrofiarse, pueden proyectarse medialmente y comprometer la raíz nerviosa entre la faceta y el disco.

Clínicamente, se traduce por un dolor al final de la jornada o después de llevar horas en decúbito supino (síndrome del fin de semana), asociado a dolor en la hiperextensión del tronco (signo del arco). Con frecuencia se presentan alteraciones electrofisiológicas debidas a la irritación radicular.

La TAC nos confirmará el diagnóstico cuando ya existe en las facetas un cuadro degenerativo más o menos importante pero, lamentablemente, no en períodos de inicio.

Las infiltraciones por parte del cirujano ortopeda de las facetas articulares son efectivas, y tras dos-tres infiltraciones, constatando la mejoría temporal del cuadro, indicamos una rizolisis<sup>8</sup>.

La inervación facetaria se lleva a cabo a través de la rama medial de las raíces dorsales, por eso se ha propuesto<sup>9</sup> el bloqueo de la rama medial, tan efectivo como el bloqueo interfacetario, si bien menos específico.

La correcta selección del paciente para la denervación de las facetas articulares es básica para obtener los mejores resultados, y en su selección se deben considerar tanto la duración de las molestias como la clínica e, incluso, el volumen de anestésico local inyectado en fase de bloqueo diagnóstico/terapéutico.

### Síndrome del compartimento ventral

La rotura o lesión de las fibras periféricas del anillo del disco y/o de alguna estructura ligamentaria músculo-tendinosa, produce eventualmente la salida ventral del material del núcleo pulposo, dentro del anillo fibroso.

El estiramiento del ligamento longitudinal anterior, también produce un síndrome del compartimento ventral. Ambos cuadros, por tener tanto las fibras periféricas del anillo como los ligamentos longitudinales, receptores nociceptivos (Wike, 1970), son lesiones generadoras de

dolor, tanto el estiramiento como la rotura del anillo (Tabla II).

Clínicamente, se caracterizan por una lumbociatalgia, que se incrementa con la flexión y deflexión del tronco y con las clásicas maniobras algógenas.

La mejoría del cuadro por el bloqueo de los nervios senovertebral, ramos comunicantes y tronco simpático, nos confirmará el diagnóstico<sup>10</sup> cuando por la RM, TAC y las posibles alteraciones electrofisiológicas no hayamos podido evidenciar la lesión, y mantengamos una razonable duda diagnóstica.

No es fácil distinguir a nivel práctico entre síndrome de compartimento ventral y dorsal, ya que en ellos se comparten síntomas más o menos específicos.

### Dolor segmentario

A través de la RM podemos diagnosticar una hernia discal que nos puede orientar sobre la conducta terapéutica a seguir. No toda hernia discal debe obligarnos a pensar en intervención quirúrgica, ya que sabemos que al cabo de un año, el 92% de los pacientes tratados quirúrgicamente y el 60% de los no operados, habrán mejorado. Al cabo de cuatro años, los resultados del tratamiento quirúrgico no varían, mientras que de los no operados habrá mejorado el 85%. Sería fantástico saber qué pacientes van a ser susceptibles de mejoría sin cirugía y cuáles precisarán de ella. Es preferible una hospitalización a una cirugía apresurada. Por ello, es conveniente un período de observación de tres meses, excepto en aquellos cuadros clínicos que puedan precisar cirugía inmediata<sup>12</sup>:

- Síndrome claro de cola de caballo.
- Deterioro motor progresivo.
- Deterioro de la función vesical e intestinal.
- Pruebas objetivas de deterioro de la raíz nerviosa (EMG), a pesar del tratamiento conservador.
- Dolor ciático severo.
- Episodios recidivantes e incapacitantes.

Para evitar la desagradable y frecuente aparición del síndrome doloroso postquirúrgico del raquis, debemos seleccionar bien al paciente, según los criterios ya expresados, ya que en indicaciones quirúrgicas dudosas, existen hasta un 40% de fallos<sup>13</sup> (adherencias epidurales postquirúrgicas).

No todos los discos herniados deben ser intervenidos, pudiendo establecer antes un tratamiento conservador o una infiltración epidural<sup>14</sup> para superar los momentos de cialgia aguda y disminuir la presión psicológica del paciente.

### Estenosis del canal lumbar

Un cuadro clínico caracterizado por dolores constantes o intermitentes, molestias imprecisas, atípicas, unilaterales (45% de los casos), o bilaterales en extremidades inferiores, o una claudicación intermitente, nos hará sospechar esta patología.

La TAC es el método de elección para el diagnóstico. El tratamiento será quirúrgico.

### Dolor miogénico

Un número importante de pacientes presentan dolor miogénico por contractura muscular más o menos intensa o duradera, pudiendo, incluso, llegar a limitar el movimiento articular produciendo dolor, bien espontáneamente, bien a la palpación. En ocasiones, conceptos como contractura muscular, espasmo, fibromialgia, fibrositis, se emplean indistintamente de manera incorrecta.

La irritación crónica de las aferencias nociceptivas, eleva el tono muscular del músculo esquelético, con la consiguiente contractura muscular y liberación de metabolitos anaeróbicos, cuya posterior acumulación hacen al músculo cada vez más duro, voluminoso y sensible a la presión, creando un círculo vicioso que es preciso romper.

Ocasionalmente, se detectan puntos selectivos dolorosos (puntos gatillo o *trigger points*) en cuadros específicos (síndrome miofascial). Para disminuir el tono muscular, sea primario o secundario, utilizamos la termoterapia, con técnicas de electroterapia analgésica controladas por un fisioterapeuta experto, asociando siempre cinesiterapia no dolorosa.

Como tratamiento farmacológico coadyuvante utilizamos tetraxepam 50 mg/24 h como miorrelajante, asociado o no a AINE y para los puntos gatillo infiltración local con bupicaína al 0,25%, 1 ó 2 ml (8-16 ml en total)<sup>15</sup>. Para disminuir el dolor en la infiltración, puede calentarse a 34-37° C el anestésico, o alcalinizar la solución<sup>16</sup>.

El diagnóstico diferencial de los síndromes miofasciales y de las contracturas musculares, se debe realizar sobre todo con la fibromialgia, si bien consideramos a ésta la generalización del síndrome miofascial. El aumento de los síntomas musculares<sup>17</sup> y los criterios de ACR 1990<sup>18</sup>, nos permitirán el diagnóstico diferencial.

### Conclusión

Es el tratamiento combinado del paciente el que nos puede llevar a mejorar los resultados.

Además del tratamiento específico de cada caso, añadimos un antidepresivo de fondo (amitriptilina, 25 mg/24h) para romper el círculo cerrado dolor crónico/ansiedad/dolor<sup>19</sup> (en el caso en que nuestros pacientes nos lo permitan), y les orientamos hacia nuestras Escuelas de la Espalda, donde estudiamos tanto su vida laboral como doméstica, y les explicamos en tres-cuatro sesiones de una hora, mejores posturas para intentar evitar recaídas de sus procesos, pues pensamos que quizás esté en la ergonomía la clave de la prevención de muchos dolores "inespecíficos" de la espalda baja.

### Bibliografía

- Muñoz Gómez. Curso Reciclaje Congreso S.E.R. 22 mayo 1996.
- Merskey H. The contribution of the psychiatrist to the treatment of pain. Adv. Neuro Edt Raven Press. N York 1974, vol 1.
- Branco, Grau, Moya. Dolor lumbar crónico. Dolor. vol 8, supl. s1993, pp. 9. II Congreso S.E.D. La Coruña, 1993;13-16 oct.
- Moya Ferrer. Manual de las Enfermedades Reumáticas. Editorial Grupo Prodesfarma, 1996; pp. 270.
- Fordyce WE. Backpain in the workplace. International Association for the study of pain. I.A.S.P. Press. Seattle 1995.
- González Escalada. Dolor lumbar. Escalera terapéutica. Rev Soc Esp Dolor, 1996;(Supl 1 I):160-165.
- Herskey H. Classification of Chronic pain. Pain Suppl, 1986;3:1-225.
- Reilly. Dolor lumbar. Editorial Jims. 2 ed. 1995;112-113.
- Nash TP. Facet joints. Intraarticular steroids or nerve block? Pain Clin, 1990;3:77-82.
- Groen GJ Stolker. Anatomische Grundlagen destruktiver Eingriffe. Der Schmerz, 1992;6:55.
- Weber H. Lumbar disc herniation. A prospective study of pronostic factors including a controlled trial. J Oslo City Hosp, 1988;28:36.
- Reilly. Dolor lumbar. Estrategias prácticas en medicina ambulatoria. Edit Jims. 75/76.
- De Andrés Ibáñez. Enfoque terapéutico en el síndrome doloroso de raquis postquirúrgico. Rev Soc Esp Dolor. Vol 3, sup I, Mayo 1996.
- Rowlingson. Epidural steroids. ASS Journal, 1994; 3(1):20-27.
- Madrid Arias. Dolor miofascial. Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico. Edit. Libro del Año, 1994;I:859.
- Vidal F, Domingo F. Rev Esp Dolor, 1996;3(1).
- Peña Arrebola. Contractura muscular y dolor. Inflamación'93, 1991;1:34-52.
- Wolfe F, Smithe H, Yunus. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of fibromialgia: report of the multicenter criteria commitee. Arthritis Rheum, 199-33:160-172.
- Kocher R. The use of psychotropic drugs in the treatment of chronic severe pain. Eur Neurol, 1976;14:458-464.