

**LUMBOCIATALGIAS****Dr. José Flores Mut**

Médico especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología

**LUMBALGIA**

La lumbalgia es una entidad clínica caracterizada por dolor en la región vertebral o paravertebral lumbar. Puede irradiarse a la pierna más abajo de la rodilla (ciática) o no (lumbalgia simple). El 90% de las lumbalgias responden a una alteración mecánica de las estructuras vertebrales; la mayoría, a su vez, son de carácter inespecífico. Esta patología generalmente es benigna y el interés se centra en su elevada frecuencia, repercusión social, laboral y económica. Su prevalencia durante la vida de una persona se estima en un 60-80%, siendo la tasa de incidencia anual del 5-25%. Es una de las patologías que provoca mayor absentismo laboral, discapacidad y demanda asistencial. La lumbalgia aguda tiene buen pronóstico y generalmente se manifiesta como una entidad autolimitada (el 90% se recuperan en 6 semanas).

**CLASIFICACIÓN**

**A) Según Etiología:** Desde el punto de vista clínico y de tratamiento del paciente. Según características del dolor:

- **Lumbalgia mecánica:** el dolor mecánico se relaciona con la movilización, mejora con el reposo, no existe dolor nocturno espontáneo. Puede ser debido a:
  - Alteraciones estructurales.
  - Sobrecarga funcional y postural.
- **Lumbalgia no mecánica:** el dolor es diurno y/o nocturno, no cede con el reposo, puede alterar el sueño. La gravedad que se esconde detrás de algunos cuadros de lumbalgia se presentan en este grupo clínico. Su origen puede ser:
  - Inflamatorio.
  - Infeccioso.
  - Tumoral.
  - Visceral.
  - Miscelánea.

**B) Según Evolución:** Este parámetro ayuda a orientar y definir más el cuadro y es de especial interés en las lumbalgias mecánicas ya que su tratamiento cambia según el tipo de evolución.

- **L. Aguda:** se denomina así a la que dura menos de seis semanas.
- **L. Subaguda:** cuando se sitúa entre seis semanas y tres meses.
- **L. Crónica:** aquella cuyo tiempo de evolución es mayor a tres meses.

**DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico se hace basándose en los síntomas y en la exploración clínica.

La exploración radiológica sólo suele ser de provecho en las siguientes situaciones:

- Historia de traumatismo de la columna vertebral de gran intensidad,
- Historia conocida de cáncer o de osteoporosis severa
- Parálisis motora, deficiencias en la sensibilidad o incontinencia urinaria o fecal

**TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO DE ESPALDA**

**A) Reposo hasta la desaparición del dolor:** La duración del reposo en cama recomendada para estos casos es de 2-4 días. El reposo no se debe prolongar por encima de este tiempo porque la inactividad en sí misma puede originar algunos trastornos que se deben evitar, como es el caso de la atrofia muscular o la osteoporosis. Tan pronto como el dolor disminuya, el paciente debe comenzar a levantarse (pudiendo proteger la parte dolorida con una faja) y evitando aquellas actividades que puedan agravar el dolor, como levantar peso, hacer deporte, trabajar, etc.

**B) Reducción de la inflamación:** La reducción del dolor se consigue con el uso de analgésicos por vía oral o mediante inyección intramuscular e incluso con algunas medidas de rehabilitación como la aplicación de calor o frío, las manipulaciones (personal entrenado), etc.

**C) Reducción del espasmo muscular:** El espasmo muscular acompaña, en muchas ocasiones, al dolor que surge de la parte inflamada o dañada de la columna vertebral, pero a veces es en sí mismo causa de dolor debido a la contracción mantenida del músculo. Para combatir el espasmo muscular se utilizan relajantes musculares así como la aplicación de algunas medidas de rehabilitación como son el uso del frío, el calor, el masaje local o los ultrasonidos.

Tras el tratamiento se vuelve a valorar al paciente a las cuatro o seis semanas. Si no hay mejoría tras este periodo de tiempo, se deben empezar a realizar pruebas de diagnóstico como la TAC o la resonancia magnética con el fin de descartar una hernia discal que pueda precisar tratamiento quirúrgico. Si se observa mejoría, importante RHB, domiciliaria o en centros específicos.

**CIÁTICA, LUMBOCIÁTICA**

Se da el nombre de ciática al síndrome doloroso que se localiza en el trayecto del nervio ciático. Es decir, al dolor que generalmente parte de la nalga y se irradia por la cara posterior del muslo, la cara posterior o externa de la pierna y puede llegar hasta el pie. El dolor ciático se origina en un proceso irritativo del nervio o de alguna de las raíces que lo originan, generalmente la quinta raíz lumbar o la primera raíz sacra. La ciática puede presentarse en forma aguda o ser un trastorno de carácter crónico con períodos de reactivación aguda.

**CAUSAS**

La ciática puede tener múltiples causas, especialmente de carácter compresivo, y afectar al nervio ciático o a sus raíces. Sin embargo, la inmensa mayoría de los casos de ciática son ocasionados por la compresión de una raíz dentro del canal raquídeo, por hernias del disco intervertebral o por otras causas de naturaleza osteoarticular.

- **Factores que pueden producirla ( al igual que en las lumbalgias):**
  - Anomalías del raquis lumbar: Hiperlordosis, espondilosis, etc.
  - Degeneración de los discos intervertebrales: protusión y hernia discal
  - Reumatológicas: AR, EA, espondiloartrosis lumbar
  - Problemas musculares: Acortamientos, hipotonía abdominal; sobreesfuerzo
  - Otras patologías de órganos internos: Tumores vertebrales, enf. renales, etc.
  - Circunstanciales: Traumatismos, embarazo, quistes sebáceos vertebrales
  - Ortopédicas: Acortamientos MMII
  - Psicológicos: Aumento tono muscular

**SÍNTOMAS**

- Dolor lumbar irradiado por el recorrido del nervio ciático. Puede recorrer el glúteo, cara posterior de la pierna, cara externa de la pantorrilla, maleolo externo del pie (peroné), dorso del pie, llegando incluso a los dedos. En algunos casos el dolor no llega al pie y se queda solamente en el muslo. En otras ocasiones, no duele el muslo, pero si de forma intensa la cara externa de la pantorrilla o gemelo externo.
- En fase aguda, dificultad para caminar e incluso para estar sentado.
- A veces, se notan hormigueos o sensaciones de adormecimiento en el gemelo externo y en el pie.
- Disminución o ausencia de fuerza en la extremidad inferior.
- Aumenta el dolor al estornudar, al toser y al defecar.

**DIAGNÓSTICO**

Cualquiera que sea el mecanismo que la produzca, la ciática tiene dos tipos de síntomas: dolor y déficit en la función. Las raíces habitualmente comprometidas son la quinta raíz lumbar en las lesiones del disco entre L4 y L5 y la primera raíz sacra en las lesiones del espacio lumbo-sacro. No son raras las hernias discales en el espacio L3-4.

El dolor en la ciática, es decir en el compromiso de la raíz L5 o S1, se irradia por la nalga, por la cara posterior del muslo, por la cara posterior o externa de la pierna y a veces hasta el pie; puede variar ligeramente la localización, de acuerdo con la raíz comprometida. Este dolor generalmente aumenta con el ejercicio, con los esfuerzos, con la tos, los estornudos y al agacharse. Calma con el reposo y obliga al paciente a guardar ciertas posiciones. Se puede producir o intensificar con la maniobra la Lassegue, pudiéndose acompañar de contractura muscular.

Si se practica un examen muscular cuidadoso, se podrá encontrar una paresia, generalmente leve, de los músculos comprometidos, particularmente del tibial anterior y del extensor del hallux en las lesiones de S1. Al examen de la sensibilidad, se puede encontrar hipoestesia en el dermatoma correspondiente a la raíz afectada. Y en el examen de los reflejos, se puede encontrar disminución o abolición del aquileo en la lesión del S1, del tibio-adorador (inconstante) en la de L5 y del patelar en la de L4.

**Diagnóstico de Confirmación:** TAC, RNM. La radiología simple ofrece información adicional sobre dirección columna, cambios degenerativos...

**TRATAMIENTO**

- **Reposo en cama:** Absoluto en una cama firme, y adoptando siempre una posición que no ocasione dolor, generalmente decúbito lateral o posición de Fowler.
- El reposo puede ser complementado con la administración de AINES, relajantes musculares y de analgésicos.

Solamente un pequeño porcentaje de pacientes requiere tratamiento quirúrgico. Son aquellos que, a pesar de seguir las medidas prescritas, presentan persistencia de los síntomas más allá de un período prudencial de reposo, o aquellos que presentan episodios de ciática aguda tan frecuentes que llegan a ser incapacitantes.