

Lumbalgia

José Juan Carbayo García^a, Jesús Rodríguez Losáñez^b, José Félix Sastre^c

^aMédico de Familia.
Centro de Salud Talavera
Centro. Talavera de la Reina.
Toledo. España.

^bMédico Residente Medicina
Familiar y Comunitaria.
Centro de Salud Talavera
Centro. Talavera de la Reina.
Toledo. España.

^cMédico de Familia.
Centro de Salud Los
Navalmorales. Talavera
de la Reina. Toledo. España.

Correspondencia José Juan
Carbayo García, Centro de
Salud Talavera, C/ José Luis
Gallo nº 2, 45600. Talavera de
la Reina. Toledo,
Teléfono: 925830034,
Correo electrónico:
jjcarbayo@sescam.jccm.es.

Recibido el 28 de febrero de
2012.

Aceptado para su publicación el
2 de abril de 2012.

RESUMEN

Varón de 67 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica crónica, que consulta por presentar dolor en la parte baja de la espalda. Dolor iniciado hace 15 días sin un desencadenante claro y que, aunque inicialmente estaba centrado en la espalda, actualmente también afecta a la nalga, la cara posterosuperior del muslo derecho y región inguinal. Dolor de moderada intensidad y mejora parcialmente con el reposo y con analgésicos.

El reto más importante en el diagnóstico de la lumbalgia es diferenciar los casos cuyo origen son procesos musculoesqueléticos benignos de los producidos por enfermedades específicas que precisan un rápido y adecuado tratamiento.

Aunque habitualmente no se recomienda la realización de pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma, en el paciente se realizó por los criterios antes descritos. La Radiografía muestra signos degenerativos y la presencia de calcificación y posible dilatación aórtica infrarrenal. Se realiza ecografía abdominal que corrobora la presencia de aneurisma de aorta abdominal de 5 cm de diámetro.

Es enviado a urgencias hospitalarias donde se realiza TAC, que confirma el diagnóstico y se deriva a cirugía vascular dado el tamaño que presenta y la posible asociación de síntomas.

Palabras clave. Lumbalgia, Aneurisma, Ecografía.

ABSTRACT

Low back pain

A 67 year old male with a history of high blood pressure, dyslipidemia, obesity, diabetes mellitus and chronic ischemic cardiomyopathy, seeking medical assistance for low back pain, which had commenced 15 days before without an obvious triggering factor and which, although it was initially centred in the back, now affected the buttock, the posterosuperior side of the right thigh and inguinal area. He experienced moderately intense pain and felt relief on resting and taking analgesics. The biggest challenge in diagnosing low back pain is to differentiate between those cases originating in benign musculoskeletal processes and those produced by specific disease which require fast and appropriate treatment. Although it is not usually recommended to carry out imaging tests (X-rays, RNM, TAC) on patients with acute low back pain without clear warning signs, they were carried out on the patient due to the above criteria. The X-ray showed degenerative signs and the presence of calcification and possible infrarenal aortic dilation. An ultrasound scan was carried out, corroborating the presence of a 5cm diameter abdominal aortic aneurysm. He was sent to a hospital emergency department where a TAC was carried out, confirming the diagnosis and was referred to vascular surgery, given its size and the possible association of symptoms.

Key words. Low back pain, aneurysm, ultrasonography

INTRODUCCIÓN

Se define la lumbalgia como el dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas¹, sin que esta irradiación por debajo de la rodilla deba ser considerada de origen radicular.

El dolor de espalda representa un importante problema de salud pública en las sociedades occidentales por su alta prevalencia y repercusión socioeconómica, genera un alto número de consultas a diferentes profesionales, una elevada utilización de los servicios sanitarios y una considerable pérdida de días de trabajo².

El reto más importante en el diagnóstico de la lumbalgia es diferenciar al 95% cuyo origen son procesos musculoesqueléticos benignos, del 5% cuya lumbalgia es producida por enfermedades específicas que precisan un rápido y adecuado tratamiento³. En esta tarea pueden resultar útiles los signos de alarma que ayudan a descartar los procesos de mayor gravedad⁴. Los signos de alarma en la lumbalgia son: edad >50 años, antecedentes de neoplasia, síndrome constitucional, no mejoría con tratamientos habituales, dolor en reposo, fiebre, inmunodepresión, traumatismo previo, osteoporosis, toma de corticoides y síndrome de cauda equina.

También se debe tener en cuenta que en aproximadamente el 80% de los casos no será posible llegar a un diagnóstico específico³.

La historia clínica, fundamentalmente la anamnesis, resulta imprescindible para descartar estos procesos potencialmente graves. Asimismo, la reevaluación periódica del paciente con lumbalgia constituye una de las variables de mayor importancia para realizar un adecuado diagnóstico diferencial⁴.

Las maniobras de exploración física que más frecuentemente se realizan tienen una validez diagnóstica limitada. No obstante, hay que tener en cuenta que tanto la anamnesis como la exploración física aportan una oportunidad de aproximación al paciente, que en muchos casos resulta fundamental para conseguir una buena comunicación y que, además, es valorada muy positivamente por algunos de ellos¹.

La presencia de alteraciones degenerativas en la radiografía de columna lumbar tiene alta prevalencia y está relacionada con la edad, tanto en personas asintomáticas como en individuos con lumbalgia aguda. Por ello, no se puede establecer que exista relación entre estos hallazgos y la presencia de síntomas.

La radiografía es una prueba diagnóstica ampliamente utilizada en las consultas de AP^{5,6} a

pesar de que, con frecuencia, no está indicada y de que tiene escasa validez diagnóstica en el dolor de espalda. Su solicitud tampoco está justificada si se busca la mejora del pronóstico y la disminución en la utilización de recursos. No se recomienda la realización de pruebas de imagen (radiografía, RNM, TAC) en pacientes con dolor lumbar agudo sin signos de alarma.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso de un varón de 67 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica crónica, que consulta por presentar dolor en la parte baja de la espalda. Explica que el dolor se ha iniciado hace 15 días sin un desencadenante claro y que, aunque inicialmente estaba centrado en la espalda, actualmente también afecta a la nalga, la cara posterosuperior del muslo derecho y región inguinal. El dolor es de moderada intensidad y mejora parcialmente con el reposo y con analgésicos.

Exploración Física

No presenta lesiones dérmicas, no encontramos desviaciones laterales, la movilidad es adecuada, el Lasègue derecho es positivo, el Lasègue contralateral negativo, con fuerza y sensibilidad normal y reflejos simétricos.

La Radiografía muestra signos degenerativos y la presencia de calcificación y posible dilatación aórtica infrarrenal (fig.1).



Fig. 1. Rx lateral de Columna Lumbar.

Se realiza ecografía abdominal en el Centro de Salud que corrobora la presencia de aneurisma de aorta abdominal de 5 cm de diámetro (fig.2).



Fig. 2. Ecografía Abdominal, corte.

Es enviado a urgencias hospitalarias donde se realiza TAC, que confirma el diagnóstico y se deriva a cirugía vascular dado el tamaño que presenta y la posible asociación de síntomas (fig.3).



Fig. 3. TAC Abdominal.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Aunque en alguna Guía de Práctica Clínica sobre lumbalgia⁴ se hayan definido como signos de alarma para sospechar aneurisma de aorta abdominal, el dolor no influido por movimientos, posturas o esfuerzos, la existencia de factores de riesgo cardiovascular y los antecedentes de enfermedad vascular, no se ha encontrado evidencia que apoye estas consideraciones.

Las señales de alerta de enfermedad sistémica sólo significan que existe un riesgo ligeramente más elevado de que exista una afección subyacente de ese tipo, por lo que sugieren la conveniencia de que el médico valore la necesidad de prescribir pruebas diagnósticas. No suponen en absoluto certeza de la existencia de una enfermedad sistémica, ni que sea siempre indispensable pedir esas pruebas.

Tampoco se han encontrado datos que aclaren el porcentaje de dolor lumbar que tendrá su origen en la ruptura de un aneurisma de aorta.

Un aneurisma aórtico es una “bomba de relojería” que puede permanecer oculta hasta que tiene lugar una disección súbita o una rotura del aneurisma con una hemorragia de consecuencias muy graves. La disección de un aneurisma aórtico es mortal en más de la mitad de los casos, incluso en los pacientes que son trasladados de manera inmediata al servicio de urgencias⁷. Sin embargo, cuando los signos y síntomas se reconocen en su fase temprana, el paciente puede ser intervenido con medidas que le pueden salvar la vida antes de que se produzca alguna complicación de carácter catastrófico.

Los aneurismas de la aorta abdominal en sus fases iniciales no suelen manifestar síntomas. Sin embargo, a medida que se expanden pueden causar dolor en el tórax, en la parte baja de la espalda o en el escroto. Algunos pacientes perciben pulsaciones intensas en el abdomen. Muchos de los aneurismas aórticos abdominales se detectan durante la práctica de exámenes físicos de rutina. Se debe sospechar su existencia cuando la palpación detecta la presencia de una masa abdominal alta pulsátil y no dolorosa.

La combinación de pruebas diagnósticas realizadas en atención Primaria, Rx y ecografía, nos permiten orientar éste proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lurie JD. What diagnostic tests are useful for low back pain? Best Pract Res Clin Rheumatol 2005; 19(4):557-575.
2. European guidelines for the management of low back pain. Acta Orthop Scand Suppl 2002; 73(305):20-25.
3. Working Group on Guidelines for Acute Low Back of the COST B13. European Guidelines for the Management of Acute Non-Specific Low Back Pain in primary care. Disponible en: <http://backpaineurope.org>.
4. Pérez Irazusta I., et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. GPC 2007/1. Vitoria-Gasteiz.
5. Gonzalez-Urzelai V, Palacio-Elua L, Lopez-de-Munain J. Routine primary care management of acute low back pain: adherence to clinical guidelines. Eur Spine J 2003; 12(6):589-594.
6. Muntion-Alfaro M, Benitez-Camps M, Bordas-Julve J, Gispert-Uriach B, Zamora-Sanchez V, Galindo-Parres C. [Back pain: do we follow the recommendations in the guidelines?]. Aten Primaria 2006; 37(4):215-220.
7. Nienaber, C., and Eagle, K.: "Aortic Dissection: New Frontiers in Diagnosis and Management, Part I: From Etiology to Diagnostic Strategies," *Circulation*. 108(5):628-635, August 5, 2003.