

LUMBALGIA

RESULTADOS DIAGNOSTICOS EN 100 CASOS

Israel Montes de Oca **
Samir Kabbabe *

I. INTRODUCCION

La Lumbalgia es un término bastante vago para ser definida como una enfermedad específica; con tal denominación se designa una serie de manifestaciones clínicas localizadas en el área lumbar que serán descritas en detalle posteriormente. Tiene importancia por ser un motivo de consulta altamente frecuente para un gran número de especialistas, que incluye desde el Médico General hasta el Traumatólogo, por lo cual se constituye en una entidad que debe ser estudiada en forma amplia con el objeto de llegar a diagnóstico más preciso.

El objetivo de esta presentación es señalar los resultados del estudio retrospectivo de 100 casos de esta condición, analizados de acuerdo al régimen de un protocolo y orientados a establecer los métodos diagnósticos utilizados.

II. MATERIAL Y METODOS

Se seleccionaron 100 Historias Médicas que tenían el diagnóstico de egreso de Lumbalgia con o sin causa conocida y se llevaron al protocolo elaborado para el análisis correspondiente.

PROTOCOLO DE TRABAJO DE LUMBALGIA

Nombre:

Historia No:

A. Diagnóstico Clínico: Lumbalgia:

Otros:

B. Diagnóstico Etiológico: Articular:

Extra-articular:

C. Manifestaciones Clínicas: 1. Dolor lumbar:

1.1. localización:

1.2. propagación:

2. Dolor extra lumbar:

3. Manifestaciones neurológicas:

* Médico Interno del Hospital Universitario de Caracas.

** Profesor Asociado. U.C.V.

- 3.1. Función motora:
 - 3.2. Reflejos:
 - 3.3. Sensibilidad:
 - 4. Lasegue:
 - 5. Ciática:
- D. Métodos Diagnósticos:
- 1. Clínico.
 - 2. Radiológico.
 - 3. Electromiográfico.
 - 4. Contraste.
 - 5. Hallazgos Operatorios.
- E. Hallazgos operatorios si fue operado:
-

III. RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos al analizar las historias según el protocolo, la Lumbalgia estuvo presente en 93 (93%) de los pacientes cuando se consideró a ésta como motivo de consulta; el resto, (7%), se diagnosticó por estar presente, como hallazgo clínico, en pacientes que habían ingresado por otra patología. (TABLA 1).

TABLA 1

Lumbalgia (100 casos)

Presente como motivo de consulta	93
Presente como hallazgo	7

Desde el punto de vista de las manifestaciones clínicas, la Lumbalgia, que se precisó en el 96% de los casos, presentó una localización limitada al área lumbar en 73 pacientes. La mayor frecuencia de propagación del dolor fue hacia miembros inferiores, en el 85% de los casos. (TABLA 2).

La TABLA 3 muestra que hubo un 9% de aparición de dolor extralumbar. El signo de Lasegue estuvo presente en el 65% y el Síndrome de Ciática apareció en el 23%.

La disminución de los reflejos rotulianos (13%) y aquilianos (29%) se muestra en la TABLA 4. Es necesario advertir que muchos presentaron combinaciones en la alteración de los reflejos.

La hipoestesia se encontró en el 36%, siendo la manifestación más importante de la alteración de sensibilidad ocurrida en el 43% del total de los enfermos. TABLA 5. En esta misma tabla se podrá notar que el nivel de alteración mayor estuvo localizado entre L-5 y S-1.

El método diagnóstico clínico demostró ser el mejor al ser comparado con el resto, pero es indispensable observar que a pesar de ser 100% útil, los métodos radiológicos y electromiográficos siguieron en orden de importancia. El estudio de contraste sólo se realizó cuando el paciente iba a ser intervenido.

Los diferentes métodos se complementan entre sí para realizar un diagnóstico más preciso y el método clínico es el mayor valor. (TABLA 6).

En cuanto al diagnóstico etiológico, la Hernia Discal fue predominante como causa de la Lumbalgia y los discos principales afectados fueron L-4:L-5 (48%) y L-5:S-1 (50%). Sólo en 6 casos no hubo diagnóstico etiológico. (TABLA 7 y TABLA 8).

TABLA 2

Lumbalgia

Manifestaciones clínicas

A.- DOLOR LUMBAR	96	[100%]
I.- LOCALIZACION		
Lumbar	73	[76,04%]
Paravertebral	2	[2,08%]
Lumbosacro	4	[4,16%]
Por exploración	7	[7,29%]
Lumbar más F.I.I.	4	[4,16%]
Glútea	1	[1,04%]
Dorsolumbar	4	[4,16%]
II.- PROPAGACION	85	[100%]
M.I.I.	32	[37,64%]
M.I.D.	26	[30,58%]
As. Ms. Is.	23	[27,05%]
F.I.I.	4	[4,70%]

TABLA 3

Lumbalgia

Manifestaciones clínicas

B.- DOLOR EXTRALUMBAR	9
C.- LASEGUE	
Presente	65
Unilateral	45
Bilateral	20
Dudoso	1
Ausente	34
D.- CIATICA	
Presente	23
Ausente	77

TABLA 4

Lumbalgia

E.- Manifestaciones neurológicas

I. Alteración de reflejos 51 casos

Reflejos	Ausente	Disminuido	Aumentado
ROTULIANO D	1	7	2
ROTULIANO I	1	6	1
AQUILIANO D	5	14	2
AQUILIANO I	4	15	2
AMBOS		7	4

TABLA 5

Lumbalgia

E.- Manifestaciones neurológicas

II. Alteración de sensibilidad 43 casos

	Hipoestesia 36	Hiperestesia 7	Parestesia 9
L-2	2	—	—
L-3	2	—	—
L-4	10	3	6
L-5	32	6	9
S-1	22	4	7

TABLA 6

Lumbalgia

Métodos Diagnósticos

1.- CLINICO	100
2.- RADIOLOGICO	83
3.- ELECTROMIOGRAFICO	61
4.- CONTRASTE	59
5.- OPERATORIO	59

TABLA 7

Lumbalgia

Diagnóstico etiológico (100 casos)

I. HERNIA DISCAL		76
D.12-L.1	1	
L.1 -L.2	1	
L.2 -L.3	1	
L.3 -L.4	3	
L.4 -L.5	48	
L.5 -S.1	50	
No determinadas	4	
II. ESPONDILOSIS Y ESPONDILOLISTESIS		4
III. SINDROME DE CANAL ESTRECHO		5

TABLA 8

Lumbalgia

Diagnóstico etiológico (100 casos)

IV. OTROS DIAGNOSTICOS		25
Cifoescoliosis	8	
Osteoartropatía de columna	6	
Aplastamiento de vértebras	5	
Lumbalgia mecánica	1	
Disquitis (discitis)	1	
Inestabilidad de columna	1	
Fibrosis perirradicular	1	
Dismorfogénesis	1	
Espina bífida	1	
V. SIN DIAGNOSTICO		6

Al diagnóstico de Lumbalgia se asocian otros diagnósticos de enfermedades, siendo las osteoartropatías y las enfermedades viscerales las predominantes. (TABLA 9).

De los 59 casos operados se confirmó causa en la mayoría de ellos. Como se afirmó en el análisis clínico, la Hernia Discal fue el hallazgo más importante, sin embargo, la estrechez de canal y las otras patologías suman 10 casos, lo cual siendo únicamente hallazgo operatorio tiene su importancia que será analizada en la discusión. (TABLA 10).

TABLA 9

Lumbalgia

Otros diagnósticos clínicos asociados con Lumbalgia

Osteoartropatías	15
Enf. viscerales	15
Enf. metabólicas	3
Enf. Psiquiátricas	2
Enf. neurológica	1
Hipertensión arterial	1
Embarazo	1

TABLA 10

Lumbalgia

Hallazgos operatorios (59 casos)

I . Hernia discal	55	(93,22%)
L.4-L.5	39	(66,10%)
L.5-S.1	39	(66,10%)
II . Estrechez de canal raquídeo	5	(8,47%)
III . Espondilolistesis	2	(3,38%)
IV . Pseudoartrosis de cadera	1	(1,69%)
V . Dismorfogénesis	1	(1,69%)
VI . Fibrosis perirradicular	1	(1,69%)

IV. DISCUSION

Siendo la Lumbalgia un problema médico de tan frecuente consulta, se hace indispensable recordar lo relativo a la anatomía funcional del área para poder entender el complejo problema que se presenta clínicamente, cosa que permitiría orientar hacia un diagnóstico más adecuado y a un mejor tratamiento.

La región lumbar es una amplia área que se extiende en longitud desde la segunda vértebra lumbar hasta la región sacra y en amplitud, cubre toda el

área situada por debajo de una línea que pase entre L.1 y L.2. La región está integrada por vértebras, espacios intervertebrales con sus respectivos discos, el canal vertebral, ligamentos y grandes masas musculares.

La existencia de diferencias morfológicas entre las vértebras, según los segmentos de la columna, hace que muchas alteraciones de las distintas estructuras anatómicas sean más frecuentes en el segmento lumbar. Así, las variaciones que presentan las vértebras dorsales de las lumbares, son las siguientes: las vértebras dorsales tienen un cuerpo de menor tamaño, tienen facetas costales y se articulan con costillas, los diámetros anteroposterior y transversal del cuerpo son iguales y las apófisis espinosas son más largas; la última vértebra dorsal es muy semejante a la típica vértebra lumbar.

La vértebra lumbar tiene un cuerpo de gran tamaño, posee un proceso mamilar, tiene pedículos cortos, no posee facetas costales y el foramen vertebral es triangular. Es bueno recordar el istmo y los característicos procesos articulares de la vértebra lumbar, que al articularse con sus respectivos procesos forman los agujeros de conjugación, los cuales limitan por delante con el cuerpo vertebral y el disco intervertebral, por arriba y por abajo con los pedículos y con los procesos articulares por detrás.

En cuanto a las características del Sacro, este conforma el promontorio, que representa el ángulo sacrolumbar, tiene superficies articulares laterales, el foramen es muy estrecho, son poco distinguibles los espacios intervertebrales, tiene pedículos cortos y los procesos transversos están fusionados para formar una estructura única que se articula con el hueso ilíaco. El ápex representa la unión con el cóccix, este último está constituido por cuatro o cinco vértebras rudimentarias y sirve de inserción a músculos tan importantes como el elevador del ano y el esfínter anal, además de los ligamentos sacrococcígeos dorsales superficiales y profundos.

Dentro de los ligamentos, los más importantes en relación al tema que nos ocupa, están los siguientes: Ligamento Común Anterior, Ligamento Común Posterior, Ligamento Amarillo (Flavus), el Interespinoso, los Ligamentos Sacros, dorsales y ventrales, el Supraespinoso y el Iliolumbar.

Una de las características más resaltantes de las articulaciones en el área lumbar es que en ella tienen representación los tres tipos más importantes de articulaciones, que son la Diartrosis, que permiten amplio movimiento y poseen sinovial, en los procesos articulares superior e inferior, Anfiartrosis, que permite mediano movimiento y sin sinovial, representado por el disco intervertebral, y la Sinartrosis, en el Sacro, donde no existe movimiento.

La columna, en el hombre, tiene una longitud de 70 cms., en la mujer es de unos 60 cms.; tiene 4 curvaturas normales anatomofuncionales; la lordosis cervical (12 cms.), la cifosis dorsal (28 cms.), lordosis lumbar (18 cms.) y cifosis sacrococcígea (12 cms.). Todas estas características aparecen con estas características fisiológicas después de la infancia, cuando el individuo inicia la bipedestación, estabilizándose ya en el adolescente o en el adulto joven para permitir la estática y la compensación de los movimientos en la posición erecta; en la edad avanzada estas curvaturas tienden a modificarse.

También es necesario recordar en términos de la anatomía funcional el que la médula espinal llega hasta nivel de L.1 ó L.2, el que hay variaciones en cuanto al diámetro y conformación del canal vertebral, siendo triangular en los segmentos cervical y lumbar, el que los espacios paravertebrales contienen grandes masas musculares e igualmente en su parte abdominal, toda la región lumbar está cubierta por el músculo Psoas; así mismo, se debe recordar la estructura del disco intervertebral, el cual tiene dos partes, una periférica formada por el anillo fibroso y una central o núcleo pulposo, el anillo fibroso, a su vez, tiene una parte externa de fibras colágenas y una interna de tejido fibrocartilaginoso, mientras que el núcleo pulposo es de consistencia gelatinosa; ambas estructuras son avasculares y se nutren por difusión desde los cuerpos vertebrales.

Todas estas consideraciones anatomofuncionales tienen importancia al estudiar la aparición de cualquier dolor en el área lumbar, puesto que al elaborar una historia clínica ante este síntoma de lumbalgia, cada una de estas estructuras puede ser explorada con determinadas maniobras, así como también, las características de cada lumbalgia permitir la localización y causa de la misma.

Es indispensable precisar en la Historia Clínica si existe una lumbalgia previa que pueda constituir el motivo de consulta de estos pacientes. Así, en esta presentación, la lumbalgia lo fue en 93% de los casos (TABLA 1). Como características de la localización del dolor, de acuerdo a lo descrito en la primera parte, este puede ser muy preciso o estar vagamente localizado; en la mayoría de los pacientes de este estudio, el dolor fue difuso en el área lumbar propiamente dicha, (73%). Otras formas de presentación como la rigidez nocturna o diurna, ciática, atrofia muscular, son importantes al asignarle a la lumbalgia una causa específica.

En cuanto a la propagación del dolor, lo cual se sabe que es variable, en este trabajo fue predominante hacia los miembros inferiores, cosa quizá debida a que la realización del presente trabajo fue retrospectiva.

Una de las principales manifestaciones de la lumbalgia son las de carácter neurológico, debido a que una buena proporción de lumbalgias tienen un compromiso de raíces nerviosas ya sea por lesión directa de la raíz o en forma indirecta por las alteraciones musculares o ligamentosas. Dentro de estas alteraciones se pueden enumerar como más importantes en este trabajo las alteraciones de reflejos y de sensibilidad; en cuanto a lo primero hubo alteración de los reflejos en el 51%, siendo predominante la disminución de éstos (TABLA 4). En relación a la sensibilidad, estuvo alterada en el 43% del total de pacientes, siendo la hipoestesia la predominante.

Existen diferentes métodos para el diagnóstico de lumbalgia, la exploración clínica que incluya las maniobras específicas para cada región examinable permite un alto porcentaje de diagnóstico de localización y causa. Así, el área debe ser examinada en diferentes posiciones, con variados movimientos, con la exploración de la rigidez muscular, puño percusión, pruebas neurológicas, pruebas de compresión radicular. Existen maniobras específicas para ciertas áreas como la región lumbosacra, entre ellas la prueba de Shober, de hiperextensión, lateralización, rotación, presión sobre la cabeza y la prueba de Bertolotti. Para la articulación sacroilíaca y para asegurar una alteración en ella deben realizarse

al menos 5 pruebas de las enumeradas en el ANEXO 4. Si queremos precisar la presencia de ciática o dolor radicular, existen al menos 7 maniobras que permiten el diagnóstico de ella. (ANEXO 1,2,3,4 y 5).

ANEXO 1

Lumbalgia

SIGNOS (Examen físico)

POSICIONES: Sentada
De pie
Caminando
Doblarse

INVESTIGAR: Pie (plano)
Curvaturas
Movimientos de columna
Circunferencia torácica
(Movimientos respiratorios)
Palpación y percusión vértebras (apófisis espinosa)
Rigidez muscular
Simetría - Asimetría
Puño percusión
Acortamiento de miembro
Postura

ANEXO 2

Lumbalgia

SIGNOS (Examen físico)

Dolor en regiones musculares (glúteos y otros)
Exploración cadera
Exploración recto, pélvis (Ginecológico)
Pruebas neurológicas
Pruebas de compresión radicular

ANEXO 3

Lumbalgia

Maniobras para explorar

Prueba de Shober
Hiperextensión
Lateralización
LUMBO-SACRA Rotación
Presión sobre la cabeza
Prueba de Bertolotti
Miembro inferior-sacro (Golwait)

ANEXO 4

Lumbalgia

Maniobras para explorar

	Aproximación pelvis (Erichsen)
	Separación pelvis (Volkman)
ARTICULACION	Flexión-Extensión miembro (Gaenslen)
SACRO-ILIACA	Flexión rodilla cadera (Laguese)
	Flexión rodilla fijación pelvis (Patrick)
	Hiperextensión del muslo (Ieri)
	Pierna-Talón (ely)

ANEXO 5

Lumbalgia

Maniobras para explorar

	Lasegue
	Flexión dorsal del pie (Bragard)
	Flexión brusca de cabeza (Neri)
CIATICO	Compresión yugular (Naffziglr Jones)
(RADICULAR)	Mano-Pie (Lewin)
	Extensión flexión del dedo gordo
	Areas dolorosas

Desde el punto de vista clínico existen una serie de signos de alerta que el explorador debe tomar en cuenta para precisar la emergencia y pronóstico de la condición. Entre ellos la disfunción sexual o vesical, la debilidad en dorsiflexión del tobillo, la presencia de clonus, los cambios de color en las extremidades, dolor nocturno considerable y el que la sintomatología sea constante y progresiva (ANEXO 6).

ANEXO 6

Lumbalgia

Signos de peligro

Disfunción sexual o vesical
Debilidad dorsiflexión de tobillo
Clonus bajo
Cambios color extremidades
Dolor nocturno considerable
Sintomatología constante y progresiva

Otros métodos diagnósticos incluyen estudios del área previamente orientados por la clínica; en este orden de ideas, deben realizarse estudios electromiográficos y de radiografías tomográficas lineales y computadas. La Mielografía y la Discografía sólo deben realizarse cuando existe una decisión terapéutica quirúrgica. Algunos de estos métodos fueron empleados en los pacientes estudiados y como se demuestra en el estudio, la clínica y la radiografía simple, son métodos óptimos para realizar diagnósticos de localización y causa.

Las causas más frecuentes de lumbalgia son por alteraciones anatómicas y/o funcionales, traumáticas, degenerativas, metabólicas y hormonales, inflamatorias y misceláneas.

Dentro de las anatómicas las más importantes están relacionadas con defectos incompletos del pedículo, defectos laminares, espina bífida, alteraciones del istmo y combinaciones de ellas. Entre las funcionales las más importantes son la llamada columna inestable y la lumbalgia de origen mecánico; se habla de columna inestable cuando existe desviación de la base de la columna, esto se mide trazando una línea vertical que divida a L3 en 2 partes iguales y que se proyecte a la base del sacro, dividiendo el segmento en forma simétrica. Entre las traumáticas, están las fracturas, que pueden llevar también a alteraciones musculares y ligamentosas; se dice que el factor traumático es el más importante para la discopatía o hernia discal. Hasta hace algunos años se pensaba casi en forma absoluta en que la hernia discal era la causa más frecuente de lumbalgia, sobre todo si mielográficamente se mostraba disminución del canal vertebral, sin embargo, con el mejoramiento de los métodos diagnósticos, incluyéndose el quirúrgico, se conocen hoy múltiples causas originadas o no por traumatismo, entre ellas especialmente la llamada Estenosis del Canal Vertebral, involucradas como frecuentes causantes de lumbalgía. En el grupo de las lumbalgias de causas degenerativas, la Osteoporosis, la Espondilolisis y la Espondilolistesis, ocupan las causas más frecuentes en edades avanzadas. Entre las metabólicas y hormonales son los trastornos endocrinos, la Osteomalacia y la Enfermedad de Paget las más involucradas. Todas las enfermedades inflamatorias correspondientes a artropatías seronegativas que afecten el segmento lumbar, como las osteomielitis de diferentes causas, son responsables de lumbalgia. El grupo misceláneo incluye las malformaciones, los trastornos del crecimiento, las intoxicaciones (fluoruro y plomo), el iatrogénico (postlaminectomía) y psicógenas.

En el presente trabajo la hernia discal, la espondilolisis y la espondilolistesis, el síndrome de canal estrecho y las osteoartropatías de columna, constituyeron las causas más frecuentes. A pesar de todas las exploraciones, quedaron sin diagnóstico 6 de los 100 casos estudiados, cifra similar a otras series. (TABLAS 7 y 8.

Es bueno hacer algunos comentarios sobre las características que tiene la lumbalgia producida por las 2 causas más frecuentes, como lo son la Hernia Discal Lumbar y la de Origen Mecánico, esta última no frecuente en este trabajo retrospectivo, ya que es tratada en forma ambulatoria, rara vez es hospitalizada y pocas veces se le realiza historia clínica.

La Hernia Discal puede corresponder a protrusión del anillo fibroso, que puede ser total o parcial, como también ser la herniación del núcleo pulposo,

tal vez lo que más frecuentemente ocurre, la herniación del núcleo puede ser de diferentes tipos, prolapsado, extruido o secuestrado en el canal medular. Clínicamente, la signología más frecuente está representada por la afectación de la raíz correspondiente a la discopatía. (ANEXO 7).

El dolor de origen mecánico está relacionado con posturas defectuosas, al antecedente de trauma (sin fractura), excesivo uso de músculos y se caracteriza por ser un dolor episódico o intermitente, que aparece con el esfuerzo, existe espasmo muscular, generalmente es diurno, mejora con el reposo y no existen alteraciones neurológicas. (ANEXO 8).

Una causa muy importante de dolor de origen mecánico es la fibromialgia, clasificada esta condición como un reumatismo no articular y que para algunos autores se denomina Síndrome de Dolor Miofascial.

En relación al diagnóstico diferencial debemos observar dos aspectos: 1º el diagnóstico diferencial entre las causas de lumbalgia propiamente dicha, es decir diferencias en el origen, sean articulaciones, ligamentos, masas musculares, o bien dolor referido, para ello remitimos al ANEXO 9. El otro aspecto se refiere al dolor originado fuera de la unidad anatomofuncional lumbar y que es referido hacia esa zona, entre ellos tenemos los de origen urológico, gastrointestinales, neurológico vegetativo, vascular y un último grupo misceláneo que incluye la gravidez, la obesidad, los lipomas localizados en el área episacroilíaca y las hernias abdominogenitales. Un papel relevante en el diagnóstico diferencial de lumbalgia referida lo ocupan las neoplasias, en particular las de origen urológico.

ANEXO 7

Lumbalgia

Hernia discal

PROTUSION ANULAR FIBROSA

Total

Localización

NUCLEO PULPOSO

Prolapsado

Extrusión

Secuestrado

ANEXO 8

Lumbalgia

Dolor de origen mecánico

Es relacionado a posturas

Antecedente de trauma

Excesivo uso de músculos

Episódico o intermitente

Mejora con el reposo

Aparece con los esfuerzos

Existe espasmo muscular

Examen neurológico normal

Es importante señalar que muchas veces, en un mismo paciente pueden haber enfermedades asociadas a lumbalgia, pero que el origen de esta última no es provocada por esas enfermedades. En este estudio, las enfermedades viscerales, las osteoartropatías y las enfermedades metabólicas constituyeron este grupo. (TABLA 9).

ANEXO 9

LUMBALGIA

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN LUMBALGIA

ORIGEN DEL DOLOR	DISTRIBUCION	NATURALEZA	FACTORES AGRAVANTES	CAMBIOS NEUROLOGICOS
ESPINAL	-ESCLEROTOMAL -LOCAL	-PRECISO -INTENSO	-MOVIMIENTOS	-NINGUNO
DISCOGENO	-ESCLEROTOMAL	-PROFUNDO	-TODAS LAS MANIOBRAS	-NINGUNO
RAIZ NERVIOSA	-RADICULAR	-PARESTESIAS	-ALARGAMIENTO RADICULAR	-PRESENTE
ESTENOSIS MULTIPLE LUMBAR	-RADICULAR -ESCLEROTOMAL	-PARESTESIAS -CLAUDICACION	-EXTENSION LUMBAR -MARCHA	-PRESENTE
REFERIDO (VISCERAL)	-DERMATOMAL	-PROFUNDO	-RELACION CON ORGANO	-NINGUNO

Existe una clasificación de lumbalgia de acuerdo a su evolución, dividiéndose en Aguda, Crónica y Aguda Recidivante; esta evolución está condicionada por la causa de la lumbalgia. Desde el punto de vista terapéutico esta clasificación tiene importancia, no obstante, es el diagnóstico etiológico el que permitirá solucionar el problema en forma satisfactoria.

En las formas agudas existe la necesidad, en la mayoría de las oportunidades de indicar tratamientos sintomáticos y paliativos, pero cuando aparezcan los signos de alarma antes mencionados, el tratamiento debe ser el específico de un pronto diagnóstico.

La intervención quirúrgica está indicada en aquellos pacientes en los cuales el diagnóstico etiológico demuestra que este tipo de solución es la requerida. La casuística de este trabajo indica que el 50% requirió de este tratamiento. (TABLA 10).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La Lumbalgia es un motivo de consulta altamente frecuente. El conocimiento de la anatomía de la región lumbosacra debe ser bien conocida por el médico que explora y busca una precisión diagnóstica de Lumbalgia. La región lumbosacra debe considerarse como una unidad anatomofuncional donde una alteración

de una de sus partes puede hacer aparecer un dolor no limitado dentro del área lumbosacra; sólo la precisión de las exploraciones clínicas, así como ciertos métodos no clínicos pueden dar un diagnóstico de localización y causa.

En el trabajo que se presenta el dolor lumbar tuvo una principal localización limitada al área lumbar, hubo una marcada característica de propagación del dolor (85%), siendo casi siempre la irradiación hacia uno o ambos miembros inferiores. El signo de Lasegue y el Síndrome de Ciática, que traducen una afectación radicular, estuvieron presentes en el 65% y el 23% de los casos, respectivamente; hubo alteración de los reflejos en el 51% de los casos predominando la disminución de estos, la alteración de sensibilidad estuvo presente en 43 pacientes y la principal alteración fue la hipoestesia.

La habilidad del explorador es de principal valor para el diagnóstico preciso de lumbalgia; en el presente trabajo se demuestra que el método clínico es 100% eficaz en el diagnóstico de esta condición, siguiendo en orden de eficiencia el método radiológico.

El médico debe tener especial cuidado al explorar un paciente con lumbalgia, sea ésta aguda, crónica o la forma aguda recidivante; cuando estén presentes alguno de los signos de alarma que se enumeran en el ANEXO 6 hay criterio de urgencia, requiriéndose una pronta realización de diagnóstico etiológico y tratamiento subsecuente.

Entre las causas de lumbalgia, las más frecuentes son la hernia discal lumbar y el dolor de origen mecánico. En un mismo paciente es frecuente observar 2 ó más hernias discales y los discos intervertebrales más frecuentemente afectados son L5-S1 y L4-L5. El dolor de origen mecánico es de fácil reconocimiento según puede verse en el ANEXO 8 y su tratamiento es sintomático.

Toda exploración de Lumbalgia requiere de un diagnóstico diferencial con el dolor referido a la región lumbar; es obvio que en todo dolor referido al área debe descartarse un origen neoplásico.

VI BIBLIOGRAFIA

- 1 BEARY, J. F. et al.- Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders. Little, Brown and Company, 1981.
- 2 BRAVO C., J. R.- Semiología y Nosografía Articular. Trabajo de Ascenso. U.C.V. Medicina B, 1976.
- 3 FERNANDEZ P., F.- Dolor lumbar de origen musculoesquelético. Rev. Centro Médico, Vol XVIII (62), 5-18. Enero 1979.
- 4 GOLDSTEIN, C.- Lumbalgia y el Internista. Rev. Centro Médico, Vol. XVIII (62), 41-48, Enero 1979.
- 5 HOLLANDER, J. L. et al.- Arthritis and Allied Conditions. Edit. Lea and Febiger, 1972.
- 6 HOPPENFELD, S.- Exploración física de la columna vertebral y las extremidades. Edit. El Manual Moderno, S. A. 1979.
- 7 KELLEY, W. et al.- Textbook of Rheumatology. Edit. W. B. Saunders Company, 1981.
- 8 KRIVOY O., A.- Dolor lumbar de origen neurológico. Rev. Centro Médico, Vol. XVIII (62), 19-38, Enero 1979.
- 9 LOPEZ M., R.- Dolor lumbar de origen neurológico. Rev. Centro Médico. Vol. XVIII (62), 39. Enero 1979.
- 10 POLLEY, H.; HUNTER, G.- Rheumatologic Interviewing and Physical Examination of the Joints. Edit. W. B. Saunders Company, 1978.
- 11 ROIG E., D.- Reumatología Básica. Ediciones Lerner, 1978.
- 12 TESTUT, L.; LATARJET, A.- Tratado de Anatomía Humana. Tomo I, Salvat Editores, 1973.