

LUMBALGIA Y EL INTERNISTA

Dr. Carlos Goldstein *

La descripción exhaustiva de todos aquellos procesos patológicos relacionados a la Medicina Interna, capaces de ocasionar dolores lumbálgicos, demandaría probablemente numerosas y nutridas páginas, incompatibles con el propósito de esta revisión. Es por lo tanto imprescindible para los fines de este breve simposium, que nos limitemos a una esquematización de problemas clínicos comunes, sin pretender a la profundización necesaria, para abarcar los temas a plenitud.

Aunque en la incidencia de lumbalgia prevalecen ampliamente los problemas neurológicos y músculo-esqueléticos, es de fundamental importancia que el Médico general o el Internista estén familiarizados con los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de este síntoma de tan múltiples causas. Esta necesidad obedece esencialmente a las siguientes consideraciones: a) la lumbalgia representa un motivo de consulta muy común. b) El paciente con lumbalgia con gran frecuencia acude en primera instancia al Médico general o Internista. c) Si los especialistas respectivos evalúan inicialmente a los pacientes, cada uno con sus variados métodos de exploración, sin una visión global del comienzo, los planes de estudio así concebidos, ocasionan a menudo gastos exagerados y/o un indebido atraso en el diagnóstico. d) El Internista contribuye a discernir el valor "real" de los diversos hallazgos obtenidos por los especialistas, en relación al paciente y sus síntomas. e) Algunas entidades "médicas" aunque menos frecuentes en la estadística etiológica, constituyen a veces graves emergencias, que requieren un diagnóstico inmediato para una intervención terapéutica apropiada.

ETIOLOGIA

Como se puede apreciar en el Esquema 1, se puede emplear como base un enfoque anatómico para sistematizar las causas de lumbalgia, con el objeto de concebir una exploración causal conveniente.

ESQUEMA 1

Etiología del dolor lumbar

- A — Origen musculoesquelético
- B — Origen neurológico
- C — Origen visceral
- D — Origen vascular
- E — Origen en tejidos blandos
- F — Alteraciones químicas o metabólicas sistémicas.

* Coordinador Curso de Postgrado de Hematología. Banco Municipal de Sangre. Escuela de Medicina Vargas. U.C.V. Internista - Centro Médico de Caracas.

A — Origen musculo-esquelético.

La mayoría de dolencias que en forma primaria involucran las estructuras óseas y musculares pertenecientes a la columna vertebral, están incluídas en el campo de la traumatología, y han sido excelentemente discutidas en otro capítulo. Sin embargo, no debe desestimarse el conocimiento de que algunas enfermedades de caracter sistémico, en determinadas fases de su proceso evolutivo afectan estas mismas regiones anatómicas osteomusculares, dando lugar a importantes consideraciones clínicas y terapéuticas.

Analizado fisiopatológicamente, pudiera desglosarse este amplio y variado grupo de entidades, de acuerdo a mecanismos patogénéticos conocidos y con fines didácticos, de la manera resumida en el Esquema 2.

ESQUEMA 2

Lumbalgias de origen musculo-esquelético

- 1) Causas congénitas o por desarrollo anormal:
 - Espina bífida
 - Hemivertebra congénita
 - Sacralización de la 5ª vértebra lumbar
 - Lumbalización de la 1ª vértebra sacra
 - Escoliosis
 - Epifisitis vertebral
 - Otros
- 2) Artritis:
 - Artritis reumatoidea
 - Enfermedades del tejido conectivo
 - Espondilitis anquilosante
 - Psoriasis
 - Enfermedad de Reiter
 - Artropatía enteropática
 - Enfermedad de Whipple
 - Otras
- 3) Enfermedades destructivas de la columna vertebral:
 - a) tumores benignos
 - ostecondromas
 - quistes óseos
 - condromas
 - hemangiomas
 - b) tumores malignos
 - primarios: sarcomas
 - secundarios: linfomas, mielomas, carcinomas

c) infecciones

tuberculosis (Mal de Pott)
osteomielitis piógenas
Brucelosis
Micosis (Actinomicosis, Blastomicosis, Moniliasis)
Sífilis
Salmonelosis

d) trauma

e) metabólicas y endocrinas

osteoporosis (senil, menopausia, heparina, Cushing, iatrogenia)
osteomalacia
Hiperparatiroidismo
ocronosis
acromegalia
enfermedad de Wilson
osteocondritis
otras

4) Enfermedades degenerativas:

artritis hipertrófica
enfermedad discal
otras

5) Causas musculares

6) Reumatismo "psicogénico".

Las anomalías congénitas o aquellas que aparecen como consecuencia de un desarrollo anormal, son por lo general detectables a temprana edad, aunque los casos asintomáticos suelen descubrirse algunas veces en la edad adulta, por hallazgos radiológicos fortuitos. La evidencia clínica conduce generalmente a estudios radiológicos apropiados para la confirmación diagnóstica.

La característica predominante del grupo de las artropatías los constituye la existencia de procesos inflamatorios, crónicos, muy comunmente asociados a fenómenos inmunológicos diversos, tanto de localización articular como en otros órganos o tejidos, siendo las más representativas las manifiestas en las enfermedades del tejido conectivo.

Los procesos neoplásicos benignos o malignos, además de una larga serie de condiciones infecciosas o metabólicas, como consecuencia de infiltración o envolvimiento osteoarticular, originan graves alteraciones anatómicas, con la resultante producción de deformidades y dolor. En especial deben considerarse las enfermedades metabólicas y endocrinas enumeradas en el esquema 2 en todas aquellas situaciones donde se evidencia una disminución importante de la densidad ósea (desproteinización y/o descalcificación).

Las causas degenerativas también han sido descritas previamente en otros capítulos, con amplio enfoque, ya que son de alta frecuencia.

Las miopatías originan dolor lumbar en relación a etiologías inflamatorias, infecciosas o traumáticas (miositis, tendinitis, fibrositis, etc.), de principal localización en las masas musculares paravertebrales o dorsolumbares. Estas afecciones son por lo general bien delimitadas y clínicamente se caracterizan porque la presión aplicada sobre la zona lesionada exagera o induce el dolor inicialmente manifestado. En ocasiones contracturas musculares, como aquellas asociadas a malas posturas por largos períodos de tiempo, pueden condicionar un cuadro sintomatológico similar.

En relación al reumatismo "psicogénico", conviene recalcar que la zona lumbar representa una región común de somatizaciones resultantes de una problemática emocional angustiosa o depresiva. Solamente una cuidadosa evaluación, incluyendo una indagación psiquiátrica, y en ocasiones una prueba terapéutica con agentes ansiolíticos y/o antidepresivos, permite aseverar con certeza este difícil y controversial diagnóstico, y excluir definitivamente una determinante orgánica.

B — Origen neurológico.

Este grupo de enfermedades ha sido revisado en el capítulo respectivo y no nos corresponde describirlas. Es importante sin embargo, insistir sobre la imperiosa necesidad de efectuar un examen neurológico completo y detallado en la investigación de la lumbalgia. Solo de este modo se puede sospechar, en base a hallazgos físicos, la existencia de las entidades presentadas en el esquema 3, y planificar en colaboración con el neurólogo los estudios correspondientes.

ESQUEMA 3

Lumbalgias de origen neurológico

- Tumores de médula espinal
- Esclerosis en placas
- Siringomielia
- Aracnoiditis
- Mielitis
- Tabes Dorsalis
- Abcesos peridurales
- Hemorragias subaracnoideas
- Infartos medulares
- Herpes Zoster

C — Origen Visceral:

ESQUEMA 4

Lumbalgias de origen visceral

- 1) Dolores referidos por patología torácica:
 - Infarto del miocardio
 - Pleuritis
 - Pericarditis
 - Patología pulmonar inflamatoria

- 2) Dolores provenientes de organos digestivos:
 - Estómago (ulceraciones)
 - Vías biliares
 - Intestino delgado
 - Colon
 - Páncreas (Pancreatitis, tumores)
 - Angina abdominal
- 3) Dolores provenientes del aparato genitourinario:
 - Infecciones (pielorenales)
 - Hidronefrosis
 - Tumores renales o ginecológicos
 - Litiasis renal o ureteral
 - Infartos o émbolos renales (drepanocitosis, endocarditis)
 - embarazos ectópicos
 - endometriosis
 - otros
- 4) Esplenopatías agudas:
 - Infartos esplénicos
 - rupturas esplénicas
 - hematomas esplénicos y periesplénicos

En este largo y complejo capítulo de patologías abdominales diversas, imposible de describir en detalle, cabe sin embargo destacar con especial interés algunos aspectos clínicos. Conviene primeramente recordar la posibilidad de que variados procesos cardiopulmonares, en el caso de los pulmonares principalmente los basales, algunos de gran severidad, pueden en algunas oportunidades ocasionar lumbalgia referida. Se debe además visualizar, por lo menos teóricamente, de que cualquier organo contenido en la cavidad abdominal pudiera en algún momento adolecer de procesos patológicos cuya manifestación única, o más frecuentemente, en asociación a otros síntomas, sea la lumbalgia; resaltan en este sentido el conjunto de órganos digestivos, genitourinarios y ginecológicos. La lectura analítica del esquema 4 permite apreciar la multiplicidad de eventualidades diagnósticas, y ofrece una imagen panorámica de las dificultades previsibles en algunos de estos casos de algias lumbares.

D — Origen vascular:

ESQUEMA 5

Lumbalgias de origen vascular

- Trombosis mesentéricas
- Ruptura de aneurismas abdominales
- Aneurisma disecante de aorta abdominal
- Vasculitis

Como es fácilmente discernible (Esquema 5) en este capítulo etiológico se encuentran incluidas algunas situaciones clínicas agudas catastróficas, con una alta mortalidad, dependiendo el chance de sobrevivida de la premura del diagnóstico y la terapia.

En el caso de las vasculitis o angiopatías de vasos de menor calibre la afectación es sistémica o multiorgánica, siendo la sintomatología usualmente inespecífica (fiebre, anorexia, pérdida de peso, etc.), y constituyendo la manifestación lumbar un fenómeno parcial y en general infrecuente, y condicionado a la extensión retroperitoneal del proceso.

E — Origen en tejidos blandos.

ESQUEMA 6

Lumbalgia de origen en tejidos blandos

- Infecciones retroperitoneales
- Inflamaciones retroperitoneales
- Tumores retroperitoneales (Sarcomas-linfomas)
- Hematomas agudos o crónicos.

La dificultad principal existente en este grupo de entidades, lo representa la localización anatómica en zonas de acceso diagnóstico infructuoso. Su hallazgo es posible en aquellos casos sometidos a laparotomías exploradoras, o más recientemente y con más facilidad, mediante el empleo de la tomografía axial computarizada.

F — Alteraciones químicas o metabólicas sistémicas.

ESQUEMA 7

Lumbalgias originadas por alteraciones metabólicas o químicas sistémicas

- Crisis hemolíticas (drepanocitosis, reacciones transfusionales)
- Crisis dolorosas hiperlipémicas (tipos I, IV y V)
- Porfiria abdominal
- Mordedura por arácnidos
- Intoxicación plúmbica
- Intoxicación por estricnina

Este grupo, un tanto "esotérico" de enfermedades, aunque en el campo de acción del Internista, son obviamente poco frecuentes o muy raras. Deben a pesar de ello, considerarse en el diagnóstico diferencial de lumbalgias agudas, no fácilmente adjudicables a otra etiología. El estar alerta hacia algunos antecedentes particulares (plomo, estricnina, arácnidos) y/o a algunos signos físicos resaltantes (hiperlipemia retinal, "abdomen agudo") conduce a la sospecha clínica de estas posibilidades.

METODOS DE ESTUDIO

Las investigaciones requeridas, unas de uso común, otras necesarias en casos excepcionales, son obviamente muy numerosas. Aunque están enumeradas en el esquema 8, su empleo adecuado y la selección de las diversas exploraciones

dependerá de la orientación general o específica que se le de a cada caso, y en última instancia al criterio de los médicos participantes en las decisiones diagnósticas.

ESQUEMA 8

Métodos de estudio en la lumbalgia

- 1) Historia y Examen Físicos completos.
- 2) Electrocardiograma, Radiografía de Tórax.
- 3) Estudios radiológicos específicos:
 - Oseos (columna vertebral)
 - Tomografías selectivas
 - Tubo gastrointestinal
 - Vías biliares
 - Aparato genitourinario
 - Angiografía abdominal
- 4) Tomografía axial computarizada
Ecosonografía abdominal
- 5) Exámenes de laboratorio:
 - a) "rutina": química, hematología y orina
 - b) investigación de drepanocitos
 - c) investigación de enf. del tejido conectivo.
 - d) función renal
 - e) función endocrina y metabólica
 - Calcio, fósforo, fosfatasas
 - Hormonas (paratiroidea, cortisol, etc.)
 - Ceruloplasmina-Ac. homogentísico
 - f) estudio de médula ósea
- 6) Estudio completo de líquido cefaloraquídeo
- 7) Estudios bacteriológicos (sangre, pus, líquido cefaloraquídeo)
- 8) Biopsia de piel y músculo.
- 9) Laparotomía exploradora.

SUGERENCIAS

Quizás la contribución más importante de una presentación lo constituye la reflexión sobre las experiencias propias y ajenas observadas a través del estudio de pacientes, y las conclusiones que estas circunstancias permiten derivar para enfoque de los casos futuros. En base a ésto nos permitimos poner a consideración de los lectores las sugerencias anotadas en el esquema 9.

ESQUEMA 9

Sugerencias en las lumbalgias

- 1) No atribuir el origen a músculos o esqueleto sin suficiente evidencia.
- 2) Relacionar siempre los hallazgos radiológicos con los síntomas y los signos físicos.
- 3) A veces existe más de una causa de lumbalgia.
- 4) No emplear métodos fisioterapéuticos sin asegurarse de la condición general del paciente.
- 5) Calmar el dolor evitando en lo posible la iatrogenia (Hemorragias digestivas).
- 6) Los Médicos y sus familiares, incluyendo los propios, con frecuencia tienen etiologías poco comunes.