



Clínica cotidiana

Una lumbalgia con trampa

Idoya López Sánchez

Centro de Salud Contrueces. Gijón (Asturias).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de octubre de 2022

Aceptado el 30 de abril de 2024

On-line el 10 de julio de 2024

Palabras clave:

Dolor lumbar agudo

Déficit neurológico

Síntomas de alarma

Keywords:

Acute lower back pain

Neurological deficit

Alarm symptoms

R E S U M E N

Con el siguiente caso se pretenden revisar de forma práctica y sintetizada los aspectos fundamentales de la lumbalgia aguda. Dado que se trata de una patología extremadamente frecuente, resulta imprescindible conocer e identificar los signos de una posible patología subyacente así como síntomas de alarma que precisen de una actuación urgente. Para ello se han elaborado tablas y algoritmos que pretenden facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica de los médicos de familia.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Deceptive lower back pain

A B S T R A C T

The following case aims to review the fundamental aspects of acute lower back pain in a synthesized and practical way. Since this is an extremely frequent pathology, it is essential to know and identify the signs of a possible underlying pathology and alarm symptoms that require urgent action. To this end, tables and algorithms have been developed that aim to facilitate decision-making in the clinical practice of family doctors.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Acude a consulta un paciente varón de 39 años de edad, guardia civil de profesión, sin ningún antecedente médico-quirúrgico de interés. Desde hace 3 días presenta una lumbalgia mecánica bilateral, sin irradiación, que relaciona con un encamamiento prolongado previo debido a un cuadro pseudogripal. Resuelta la clínica general, se encuentra en situación de incapacidad temporal debido al dolor lumbar.

Tras la evaluación inicial, inicial, impresiona de lumbalgia de origen osteomuscular, por lo que se administran 75 mg de diclofenaco y 4 mg de dexametasona intramusculares y se deja pautado tratamiento analgésico oral a demanda.

Una semana después, el paciente consulta nuevamente por este motivo. Refiere que tras una mejoría inicial que ha permitido incluso su reincorporación laboral, presenta un empeora-

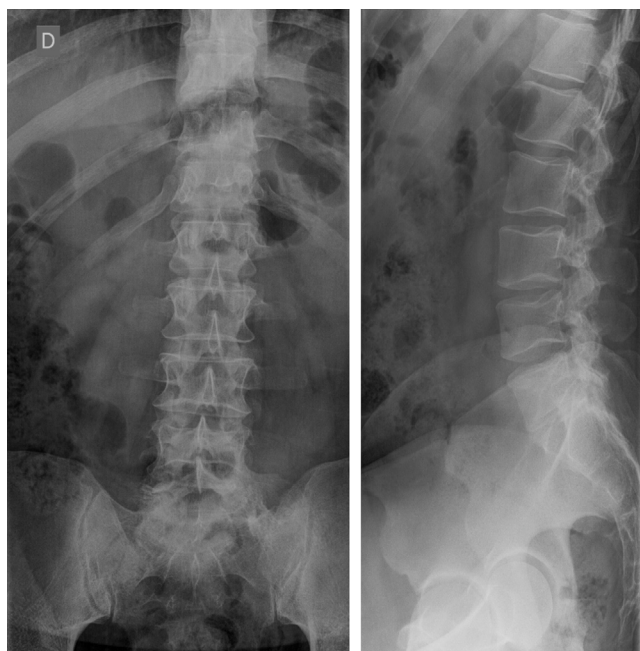


Figura 1 – Radiografía anteroposterior y lateral de columna lumbosacra realizada en el Servicio de Urgencias: no se aprecian hallazgos patológicos en el esqueleto examinado.

miento del dolor en los últimos días con escasa respuesta a la analgesia pautada. Ala anamnesis, niega fiebre u otra clínica acompañante y presenta una exploración física anodina, sin signos de radiculopatía.

Se administra nuevamente tratamiento intramuscular y se indica al paciente acudir a Urgencias en caso de nuevo empeoramiento.

Finalmente, el paciente acude al Servicio de Urgencias. En esta ocasión, el dolor lumbar se irradia hacia la cara lateral del muslo derecho y se acompaña de parestesias en la planta del pie ipsilateral.

Tras rehistoriar al paciente, niega antecedente traumático de ningún tipo ni episodios previos similares. No tiene fiebre, clínica digestiva, respiratoria ni miccional; tampoco síndrome general. Control de esfínteres preservado, sin alteraciones de la fuerza ni de la sensibilidad, salvo las parestesias mencionadas.

En la exploración física presenta dolor a la percusión de apófisis lumbares bajas, paravertebral bilateral y movilidad del tronco limitada; maniobras de Lassègue y Bragard negativas; flexo-extensión conservada en ambos pies, con reflejos osteotendinosos conservados; no se aprecian déficits motores ni de la sensibilidad; deambulación dificultada por la sensación de parestesias; resto de la exploración sin hallazgos.

Inicialmente, se administra analgesia intravenosa y se reevalúa al paciente, que refiere franca mejoría del dolor. No obstante, en la exploraciónse objetiva una pérdida de fuerza para la extensión de ambos pies, mayor en el derecho.

Ante este hallazgos, se realiza una analítica con reactantes de fase aguda, radiografía de columna lumbosacra (figura 1) y TAC craneal, en los que no se observan signos de patología aguda.

Dada la presencia de un déficit motor agudo, se solicita valoración por el Servicio de Neurología.

Entre tanto, se aprecia una rápida progresión del déficit motor: pérdida de fuerza (0/5) para la extensión del pie dere-

Tabla 1 – Causas más frecuentes de dolor lumbar.

Dolor lumbar de características mecánicas
Lesión muscular o ligamentosa
Enfermedad degenerativa
Traumatismo, fractura
Protrusión discal
Funcional (sobrepeso, postural...)
Defectos anatómicos
Dolor lumbar de características no mecánicas
Infecciones locales
Neoplasias primarias, metástasis
Enfermedades reumatológicas
Enfermedades del metabolismo óseo-mineral
Dolor referido de origen extralumbar

cho, (2/5) para el pie izquierdo y abolición de ambos reflejos aquileos.

Por todo ello, el paciente ingresa en Neurología con sospecha de síndrome de Guillain-Barré (SGB) para completar estudios.

Finalmente se solicita una resonancia magnética de la columna en la que se observan dos extrusiones discales centrales (L4-L5 y L5-S1) que contactan con raíces L5 y S1 y ocasionan una radiculopatía bilateral que origina un déficit motor agudo, por lo que se realiza traslado al hospital de referencia para intervención quirúrgica a cargo del Servicio de Neurocirugía.

Comentario

El caso clínico descrito sirve para revisar la importancia de conocer e identificar los signos de alarma en el dolor lumbar, ya que en la mayoría de los casos se trata de una afectación benigna y con buena respuesta al tratamiento. Además, es necesaria la existencia de unos algoritmos de actuación y criterios de derivación hospitalaria en función de los hallazgos en cada caso.

Se estima que más del 80 % de la población adulta presentará dolor lumbar en algún momento de su vida^{1,2}. De todos los pacientes valorados por este motivo, en menos del 10 % se llegará a un diagnóstico principal; lo más habitual es que se trate de una lumbalgia inespecífica, que tendrá buena respuesta al tratamiento sintomático y remisión en pocas semanas¹.

No es infrecuente que debido al elevado número de consultas generadas por este motivo exista la tendencia a trivializar la clínica referida por los pacientes por la asunción de que se trata de una patología leve. Por esto resulta de vital importancia conocer y recordar los signos y síntomas que puedan implicar una enfermedad subyacente, así como la actuación por parte del médico de familia en tal caso.

Resulta imprescindible realizar una buena anamnesis y exploración física para poder identificar a los pacientes subsidiarios de estudios complementarios y de una actuación urgente¹⁻³.

Las causas más frecuentes de dolor lumbar se resumen en la tabla 1.

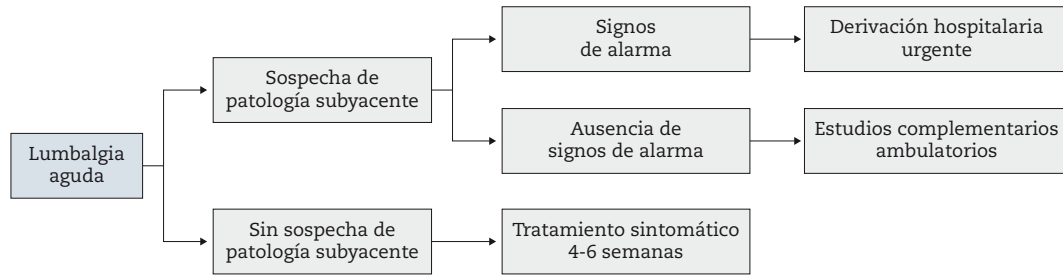


Figura 2 – Resumen del algoritmo de actuación práctica ante una lumbalgia aguda.

Tabla 2 – Signos y síntomas de alarma en el dolor lumbar y pruebas complementarias necesarias de forma urgente.	
Signos y síntomas de alarma	Patología subyacente y actuación
Retención urinaria, incontinencia fecal o alteración de la sensibilidad en silla de montar.	Síndrome de cola de caballo: Realizar resonancia magnética (RM) urgente.
Déficit neurológico sensitivo o motor.	Lesión medular: Realizar RM urgente. Lesión encefálica: Realizar TAC craneal urgente.
Fiebre, inmunosupresión, drogas vía parenteral, cirugía reciente.	Infección: Realizar RM urgente y estudio analítico.
Traumatismo previo o factores de riesgo de pérdida ósea (corticoterapia, fracturas por fragilidad, sexo femenino, edad avanzada).	Fractura vertebral: Realizar radiografía urgente.
Síndrome general, descanso nocturno alterado, antecedentes familiares o personales de cáncer.	Neoplasia: Realizar radiografía preferente y estudio analítico.

La experiencia sostiene que en las lumbalgias de menos de 4 semanas de evolución sin signos de alarma ni de patología subyacente la realización de pruebas complementarias no mejora el pronóstico ni reporta un beneficio significativo¹⁻³. Por el contrario, pueden producirse hallazgos casuales difíciles de correlacionar con el contexto clínico, que pueden suponer un sobrediagnóstico para el paciente y un aumento injustificado del gasto sanitario.

Tras la evaluación inicial del dolor lumbar agudo, el algoritmo de actuación según la revisión bibliográfica realizada puede resumirse en la [figura 2](#).

Por todo lo anteriormente expuesto, y como conclusión, es labor del médico de familia conocer y detectar la presencia de signos o síntomas de alarma^{1,2} en un paciente con dolor lumbar agudo y realizar la remisión correspondiente al centro de referencia. Dichos signos se describen en la [tabla 2](#).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía clínica de Lumbalgia. Fisterra; 2021. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/lumbalgia/>
2. Wheeler SG, Wipf JE, Stagier TO, Deyo RA, Jarvik JG. Evaluation of low back pain in adults. En: Atlas SJ, Kunins L, eds. UpToDate; 2021 [consultado 18-11-2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults>
3. Pangarkar SS, Kang DG, Sandbrink F, Bevevino A, Tillisch K, Konitzer L, et al. VA/DoD Clinical Practice Guideline: Diagnosis and treatment of low back pain. J Gen Intern Med. 2019; 34(11): 2620-9. doi: 10.1007/s11606-019-05086-4.