

CASOS CLÍNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Programa de Formación Continua y Actualizada
para médicos de Atención Primaria mediante la exposición
de Casos Clínicos registrados en la consulta médica,
tras la elaboración de la historia clínica

Enero-diciembre 2006 (21 TEMAS)

Desarrollado por la Revista EL MEDICO en colaboración
con la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMergen)

Actividad validada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMergen

TEMA 3

■ Dolor de espalda

PRÓXIMA ENTREGA

■ Trastornos de ansiedad

DOLOR DE ESPALDA

DOLOR DE ESPALDA

**COORDINADOR Y AUTOR:
SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE**

MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DEL GRUPO DE TRABAJO DE LOCOMOTOR DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

Constituye el dolor de espalda una de las consultas de mayor frecuencia en nuestra clínica, de hecho y refiriéndonos tan sólo a lumbalgias, 8 de cada 10 personas han presentado dolor de espalda y es que a partir de los 20 años la prevalencia es de casi el 15 por ciento. Significativo es también que los costes directos relacionados con la atención clínica (tanto en el primer nivel como a nivel de especialistas y hospitalario) así como los indirectos (ej: bajas laborales) son bastante importantes. Debemos saber manejar a dichos pacientes y el arsenal de medidas empleadas para tratarlos es tan amplio como ineficaz.

CASO CLÍNICO

Anamnesis

Mujer de 71 años de edad que acude a consulta por presentar dolor en región lumbo-sacra que se irradia hacia región posterior de nalga y muslo derecho. Presenta una evolución de 7 días y refiere clara mejoría en reposo y en cama, aunque al levantarse –tras períodos de descanso– y al deambular refiere una exacerbación clara del dolor. Ha presentado crisis similares en al menos, y que recuerde, cinco ocasiones precedentes sin necesidad de ir al médico pues han cedido sin más al cabo de varios días y con tratamiento analgésico. En esta ocasión presenta limitación de sus actividades ya que vive en un tercer piso sin ascensor y le es imposible subir y bajar escaleras. Su trabajo se limita a las actividades cotidianas de casa, aunque refiere que su labor profesional anterior ha estado relacionada con la

limpieza de una empresa durante unos 15 años. Quiere ser derivada al especialista.

Antecedentes

Madre fallecida por ACV y padre de causa natural. Antecedentes personales bastante anodinos salvo el hecho de presentar cifras tensionales relativamente altas y dolores articulares desde hace al menos 20 años.

Exploración

Peso: 76 kg (IMC>32).

Postura antiálgica con presencia de contractura paravertebral lumbar. Limitación de la flexión anterior (distancia mano-suelo: 35 cms). Exacerbación del dolor al presionar espinosas L4-L5. No observamos atrofia del cuádriceps. La paciente no colabora al intentar realizar otras pruebas exploratorias por exacerbación del dolor.

Pruebas

Análítica general. Hemograma, VSG, PCR y bioquímica normales (glicemia 79 mg/dl, urea 40, creatinina 1,0, colesterol tal 215, triglicéridos 89, úrico 4,2).

Tensión arterial: 149/90 mm Hg (media de dos determinaciones).

Rx: Se adjunta radiografía lateral de región lumbar donde podemos destacar los siguientes signos:

- Disminución espacios intervertebrales.
- Osteofitosis gigante (sindesmofitos).
- Acuñaamiento vertebral (Figura 1).

Juicio clínico

Aunque la anamnesis con signos clínicos típicos, antecedentes laborales y pruebas complementarias con resultados negativos sugieran claramente el diagnóstico de artrosis, la radiografía con signos degenerativos avanzados nos confirma el diagnóstico:

Lumbartrosis evolucionada. Espondiloartrosis.

Diagnóstico diferencial

El 5 por ciento de todas las lumbalgias pueden ser secundarias a trastorno grave. La anamnesis iría encaminada a descartar precisamente dolores de espalda secundarios a otros procesos (infección, absceso, tumores, afecciones congénitas...) que serían descartables ante la clínica de dolor mecánico sin otras manifesta-



Figura 1. Prueba de acuñamiento vertebral.

ciones sistémicas o analíticas y en todo caso ante los signos radiográficos característicos de la artrosis lumbar. Aunque no está indicada en principio la realización de radiología, signos de alarma como figuran en la Tabla I nos obligarían a prescribirla.

Tratamiento

Se realiza el siguiente tratamiento:

- Reposo relativo con indicación expresa de no rea-

TABLA I. Signos de alarma en el paciente con lumbalgia

- Drogas vía parenteral.
- Infección ó fiebre. Presencia de adenopatías.
- Dolor de gran intensidad, continuo y que no cede en reposo.
- Alteración de esfínteres.
- Pérdida de fuerzas en miembros inferiores. Alteración motora de MMII.
- Disnea, sudoración.
- Pérdida de peso. Síndrome constitucional.
- Traumatismo reciente.
- Tumor, Masa pélvica.
- Inmunosupresión.

lizar esfuerzos de flexo-extensión que puedan comprometer la columna lumbar.

- Calor local tras la administración de un AINE tópico.
- Prescripción de AINES vía oral. Ibuprofeno 600 mg/12 horas junto a omeprazol como protector gástrico.

Evolución

La paciente regresa a consulta para renovación del tratamiento médico aunque hace referencia a la poca mejoría que ha tenido. Es derivada a la Consulta de Escuela de Espalda.

COMENTARIO

En un paciente con lumbalgia inespecífica habría primero que objetivar si la causa es o no mecánica. En este caso los antecedentes laborales, peso y características del dolor así lo hacen manifestar con claridad.

Es conveniente investigar sobre posibles influencias psicosociales que pueden desencadenar procesos de dolor de espalda (excesiva tensión, estrés laboral, acontecimiento vital...) y que podrían cronificar el cuadro.

La prescripción de radiografías no está indicada (salvo en procesos de larga duración) y nos bastaría con la anamnesis y ciertos datos exploratorios. Serían necesarias más de 2.000 radiografías para detectar algo no recogido en la anamnesis.

Respecto al tratamiento hemos de considerar que la resolución espontánea es lo común y no estarían indicado reposo ni tratamiento agresivo o que no hayan demostrado su eficacia. La actividad normal desde el

DOLOR DE ESPALDA

TABLA II. Resumen de los tratamientos recomendados en lumbalgia

1. Información positiva y tranquilizadora a los pacientes.
2. Evitar el reposo en cama. Realizar la actividad física que pueda (trabajar).
3. Si es necesario prescribir fármacos de primer escalón.
 - Paracetamol (650 a 1.000 mg/6horas).
 - AINES pautados (no a demanda).
 - AINES pautados más miorrelajantes (menos de una semana).
4. Programas educativos breves y no limitados sólo a higiene postural (dar folletos validados).
5. Intervención NRT si la lumbalgia dura más de 15 días y es superior a 3 puntos en la escala de Dolor (Neuroreflejo terapia).
6. Prescribir ejercicio a partir de las 2-6 semanas de dolor y no antes.
7. Prescribir "Escuela de Espalda" no basadas sólo en ergonomía ó higiene postural si el dolor es de más de 4-6 semanas y hay mala funcionalidad.
8. Fármacos de segunda línea: Antidepresivos tricíclicos.
9. Tratamiento cognitivo-conductual en lumbalgias con mal pronóstico funcional y repercusiones psico-sociales.
10. Parches de capsaicina durante 3 semanas en dolor de tres meses de duración, intenso y fracaso terapéutico anterior.
11. Opiáceos en exacerbaciones frecuentes y sin respuesta a fármacos inferiores.
12. Programas rehabilitadores multidisciplinares en pacientes con gran afección psicológica, física, laboral y de calidad de vida de más de 3 meses de evolución y fracasos de otros programas monodisciplinares.
13. PENS (neuroestimulación percutánea) como última opción conservadora.

Extraída de la Guía COST B13. Vers. española (www.reide.org).

TABLA III. Tecnologías no recomendadas en la lumbalgia

Fármacos: Corticoides, gabapentina, AINEs tópicos, antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, anti-TNF.

Electroterapia: Láser, onda corta, ultrasonidos, calor y TENS.

Procedimientos físicos: Tracción, masajes, corsés y fajas, acupuntura, manipulaciones vertebrales y reposo en cama.

Infiltraciones incluyendo bloqueos nerviosos y ozonoterapia.

Estimulación y denervación: Rizolisis por radiofrecuencia.

Cirugía no recomendada en lumbalgias inespecíficas salvo en casos muy específicos de artrodesis en ámbitos donde no exista tratamiento cognitivo-conductual con ejercicio.

Extraída de la Guía COST B13. Vers. española (www.reide.org).

principio disminuye el proceso agudo y subagudo, la prescripción analgésica serviría como coadyudante, mientras que la ausencia en el trabajo aumenta considerablemente las posibilidades de cronificación del dolor. El ejercicio y terapia multidisciplinar y conductual han demostrado su eficacia en lumbalgias subagudas.

La versión española de la guía COST B 13 (Guía de práctica clínica para la Lumbalgia Inespecífica) desarrollada por diferentes expertos y con participación de Sociedades Científicas (SEMERGEN, semFYC, SEMG, SER, SERAM... etc.), Red Española de Investigadores en dolencias

de espalda, Centro Cochrane, Red española de Medicina basada en la evidencia, etc.. publicada recientemente (disponible en www.reide.org) pauta una serie de tratamientos recomendados y no recomendados que figuran en las Tablas II y III respectivamente basados en la revisión de no menos de 1.000 estudios sobre lumbalgia inespecífica.

BIBLIOGRAFÍA

- Batlle-Gualda E, Jovani V, Ivorra J, Pascual E. Las Enfermedades del Aparato Locomotor en España. Magnitud y recursos humanos especializados. Rev. Esp Reumatología 1998; 25: 91-105.
- Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la Incapacidad Temporal de origen músculo-esquelético en la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Reumatología 2.000; 27:48-53.
- Batlle-Gualda E. Estudio ARTROCAD: evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y de la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y de cadera. Presentación de estudios preliminares. Revista Española de Reumatología 2.005;32(1):22-7.
- Blanco F.J., Carreira P., Martín E., Mulero J., et al. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. Cap. 55, 56,57. Edit Médica Panamericana. Madrid 2004.
- Guía de Práctica clínica en Lumbalgia Inespecífica (COST B 13, Versión española). disponible en URL: <http://www.reide.org>