



... el dolor de espalda. ¿Tiene una lumbociática?

José María Bordas Julve

Médico de familia.
EAP Gòtic. Barcelona. Institut Català de la Salut.

Jordi Forcada Gisbert

Médico de familia.
EAP Gorg. Badalona (Barcelona). Institut Català de la Salut.

Francesc M., un paciente varón de 48 años sin antecedentes patológicos de interés, acude a la consulta de su médico de cabecera por dolor en la parte baja de la espalda. Explica que el dolor se ha iniciado hace 4 días sin un desencadenante

¿TIENE EL PACIENTE UNA LUMBALGIA O UNA LUMBOCIÁTICA?

Se define como lumbalgia el dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con irradiación a una o ambas piernas, o sin ella¹.

Aunque existen diversos cuadros clínicos ajenos al aparato locomotor con los que se debe establecer el diagnóstico diferencial, en la práctica habitual en consulta los procesos que más frecuentemente deberemos descartar son el herpes zóster lumbar y la patología urológica (especialmente el cólico nefrítico y la pielonefritis). En el caso del herpes zóster, aunque ocasionalmente la aparición de lesiones cutáneas puede retrasarse dificultando el diagnóstico inicial, la aparición de éstas suele despejar las dudas que se hayan podido producir. En lo que respecta a la patología urológica, la tira reactiva en orina, los síntomas urinarios, la irradiación del dolor hacia la zona genital y los signos y síntomas generales nos ayudarán a establecer el diagnóstico correcto.

¿TIENE EL PACIENTE CON LUMBALGIA UNA PATOLOGÍA SUBYACENTE POTENCIALMENTE GRAVE O QUE REQUIERA UNA ACTUACIÓN TERAPÉUTICA URGENTE?

Alrededor del 90% de pacientes con lumbalgia aguda presentarán un proceso benigno y, mayoritariamente, de causa no identificable o inespecífica. Para el pequeño porcentaje de pacientes con causas potencialmente graves o que requieran una actuación quirúrgica urgente, la anamnesis, y muy especialmente el interrogatorio de las señales de alerta (tabla 1), es

claro y que, aunque inicialmente estaba centrado en la espalda, actualmente también afecta a la nalga y la cara posterosuperior del muslo izquierdo. El dolor es de moderada intensidad y mejora parcialmente con el reposo y con analgésicos¹.

fundamental. Aunque como se observa en la tabla los valores de sensibilidad y especificidad son variables (tabla 2)², el interrogatorio conjunto de todas ellas puede proporcionarnos datos de interés para confirmar o descartar una sospecha diagnóstica, especialmente en el caso de sospecha de cáncer.

Tabla 1

Señales de alerta (*red flags*)

- Edad superior a 55 años
- Traumatismos graves o leves en pacientes osteoporóticos
- Antecedentes de cáncer, virus de la inmunodeficiencia humana o inmunodeficiencias
- Síntomas constitucionales: fiebre, pérdida de peso, malestar general
- Infección urinaria
- Toma prolongada de corticoides
- Adicción a drogas por vía parenteral
- Dolor de ritmo inflamatorio
- Incontinencia de esfínteres, anestesia en silla de montar
- Déficit neurológico significativo o progresivo en una extremidad

¿APORTA ALGO LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA LUMBALGIA INESPECÍFICA?

Inspección

La inspección se utiliza para apreciar desviaciones del raquis en sentido anteroposterior (cifosis-lordosis) y en sentido lateral (escoliosis), tanto con el paciente en una posición fija como

Tabla 2

Validez de la anamnesis para la detección de causas subyacentes graves de lumbalgia			
Enfermedad detectada	Datos clínicos	Sensibilidad	Especificidad
Cáncer	Edad > 50 años	0,77	0,71
	Antecedentes de cáncer	0,31	0,98
	Pérdida peso	0,15	0,94
	Sin mejoría tras 1 mes de tratamiento	0,31	0,90
	Las cuatro anteriores	1,00	0,60
Espondilodiscitis séptica	UDVP, infección urinaria o infección cutánea	0,40	—
Espondilitis anquilopoyética	Edad al inicio < 40 años	1,00	0,07
	Dolor que no mejora con el reposo	0,80	0,49
	Rigidez matutina lumbar	0,64	0,59
	Duración del dolor > 3 meses	0,71	0,54

Tomada y modificada de Deyo RA et al².
UDVP, usuarios de drogas por vía parenteral.

con el movimiento. Igualmente nos podría permitir evaluar visualmente las masas musculares paravertebrales.

Evidencias: la detección de alteraciones de la estática (cifosis, lordosis) obtiene una grado de correlación leve-aceptable interobservadores (kappa: 0,33-0,49)^{3,4}; sin embargo, su prevalencia es prácticamente la misma en pacientes con lumbalgia o sin ella. Igualmente, se observó, con un grado de evidencia fuerte, una baja fiabilidad⁵ en la detección de desplazamientos laterales de la columna (**grado de recomendación C**).

Palpación

La palpación puede utilizarse para detectar puntos dolorosos sobre las espinosas y/o la musculatura paravertebral, además de las articulaciones sacroilíacas.

Evidencias: una revisión sistemática mostró que la mayoría de maniobras de palpación del raquis tienen un bajo grado de fiabilidad⁶ (**grado de recomendación C**). Ésta es especialmente baja para la palpación de la musculatura paravertebral y algo mejor para la palpación de las espinosas. Otra revisión⁷ concluye que tanto la palpación del grado de tensión muscular como la palpación para detectar alteraciones del alineamiento del raquis son poco fiables o no válidas. En una tercera revisión sis-

temática⁵ se observó, con un grado de evidencia fuerte, que la fiabilidad del dolor provocado por la palpación es baja.

En pacientes con síndrome de disfunción sacroilíaco como causa de lumbalgia crónica, el dolor provocado por la palpación de las articulaciones sacroilíacas ofrece, en general, un buen grado de correlación interobservador (kappa: 0,81)⁴.

Movilidad

El rango de movilidad lumbar, fundamentalmente la flexión, se ha utilizado para tener un indicador indirecto del grado de discapacidad de los pacientes con lumbalgia. La amplitud de la movilidad puede medirse de diferentes formas (con inclinómetro, distancia dedos-suelo, test de Shober, etc.). La aparición de dolor desencadenado por el movimiento es otra información que nos puede ofrecer el estudio de la movilidad.

Evidencias: en un estudio donde el rango de movilidad lumbar se medía con un inclinómetro⁸ no hubo correlación entre el rango de flexión y el grado de discapacidad medurado a través del cuestionario de Roland Morris. En otros estudios, el grado de fiabilidad, tanto de la flexión como de la extensión lumbar, son variables. En el estudio de Hunt⁹, donde la movilidad lumbar era medida con un inclinómetro electrónico por personal entrenado, la correlación intraobservador fue de 0,48 para la flexión y de 0,53 para la extensión lumbar.

En la ya mencionada revisión sistemática de May⁵ se encuentra una evidencia fuerte que indica que hay una baja fiabilidad del dolor provocado por el movimiento (**grado de recomendación C**).

¿Y EN LA CIÁTICA?

Test de Lasègue

La maniobra de Lasègue (**figura 1**) se utiliza para evaluar la presencia de radiculopatía, habitualmente por hernia discal.

Evidencias: una revisión sistemática publicada en el año 2000¹⁰ mostró los siguientes valores de validez de la prueba en sujetos con sospecha de ciática por hernia discal, utilizando como referencia los hallazgos quirúrgicos: sensibilidad 0,91 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,82-0,94); especificidad 0,26 (IC del 95%: 0,16-0,38). La maniobra de Lasègue contralateral ofreció resultados opuestos, es decir, baja sensibilidad (0,29; IC del 95%: 0,24-0,34) y alta especificidad (0,88; IC del 95%: 0,86-0,90). En la mayoría de estudios incluidos en la revisión de Rubinstein⁵ se encuentra un grado de fiabilidad de la maniobra bueno, tanto inter como intraobservador. En un estudio realiza-

do en atención primaria¹¹, la fiabilidad interobservador mostró una kappa de 0,70 (grado de recomendación B).

REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS Y FUERZA MUSCULAR

La exploración de los reflejos osteotendinosos y la fuerza muscular, explorada a través de la marcha de puntillas (S1) y talones (L5), se utiliza para evaluar la afectación neurológica motora en caso de sospecha de radiculopatía.

Evidencias: en un estudio para evaluar la fiabilidad interobservador de estas exploraciones, los valores de kappa fueron los siguientes: para detectar asimetrías en el reflejo rotuliano 0,42; para el aquileo 0,53; para detectar anomalías en la marcha de puntillas 0,57 y para la marcha de talones 0,82 (grado de recomendación B).

CONCLUSIONES

Cuando atendemos a un paciente con lumbalgia, y habiendo descartado previamente otros procesos ajenos al aparato locomotor, las dos preguntas clave que debemos intentar responder son: ¿está la lumbalgia causada por una enfermedad sistémica? (infección, neoplasia, enfermedad reumática autoinmunitaria). En segundo lugar ¿hay un compromiso neurológico que requiera una evaluación quirúrgica?^{12,13}. Las respuestas a ambas preguntas las obtendremos, fundamentalmente, del interrogatorio de las señales de alerta. La exploración física, exceptuando la maniobra de Lasègue en pacientes

con sospecha de ciática por hernia discal, va a aportarnos poca información. Tal como hemos visto, la maniobra de Lasègue es sensible pero poco específica, por lo que parece razonable, si es positiva, realizar el Lasègue invertido que ofrece prestaciones opuestas (baja sensibilidad pero alta especificidad).

La mayoría de las maniobras utilizadas habitualmente en la exploración física de la lumbalgia ofrecen, en general, un grado de fiabilidad leve-aceptable. ¿Quiere decir esto que debemos dejar de realizarlas? De ninguna manera. Simplemente supone que debemos tener claro el porqué de nuestros actos en la consulta. En el caso de la exploración física en la lumbalgia, como ya se ha mencionado, no obtendremos de ella mucha información importante para el manejo del paciente. Sin embargo, es poco probable que un paciente que acuda a visitarnos con dolor de espalda se vaya satisfecho de nuestra atención si no ha sido explorado.

RECOMENDACIONES

1. Cuando un paciente consulta por dolor en la parte baja de la espalda, descartar herpes zóster y patología urológica antes de asumir que es una lumbalgia.
2. Realizar siempre interrogatorio de las señales de alerta, tanto en lumbalgia como en ciática, para descartar causas graves subyacentes o compromiso neurológico que requiera actuación urgente.
3. En el caso de una lumbalgia no irradiada y sin señales de alerta, la exploración convencional no aporta datos relevantes para el manejo clínico; sin embargo, es importante, si no imprescindible, para «fidelizar» al paciente.
4. El test de Lasègue es el más evaluado en la detección de ciática por hernia discal. Puesto que es poco específico, si es positivo es conveniente realizar el Lasègue invertido.

Figura 1

Maniobra de Lasègue



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med. 2001;344:363-70.
La mejor revisión global de la lumbalgia. Todo los conceptos importantes sobre esta patología en cuatro hojas. Imprescindible.
- Devillé WL, van der Windt DA, Dzaferagic A, Bezemer PD, Bouter LM. The test of Lasègue. Systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. Spine. 2000;25:1140-7.
Revisión clásica sobre la validez diagnóstica de la maniobra de referencia en el compromiso radicular.



BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Irazusta I, Alcorta Michelena I, Aguirre Lejarcegui G, Aristegi Racero G, Caso Martínez J, Esquisabel Martínez R et al. Guía de práctica clínica sobre lumbalgia. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza. GPC 2007/1.
2. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What cant the history and physical

- examination tell us about low back pain? JAMA. 1992;268:760-5.
3. Van Dillen LR, Sahrman SA, Norton BJ, Caldwell CA, Fleming DA, McDonnell MK et al. Reliability of physical examination items used for classification of patients with low back pain. Phys Ther. 1998;78:979-88.
 4. Weiner DK, Sakamoto S, Perera S, Breuer P. Chronic low back pain in older adults: prevalence, reliability, and validity of physical examination findings. J Am Geriatr Soc. 2006;54:11-20.
 5. May S, Littlewood C, Bishop A. Reliability of procedures used in the physical examination of non-specific low back pain: a systematic review. Austr J Physiotherapy. 2006;52:91-102.
 6. Seffinger MA, Najm WI, Mishra SI, Adams A, Dickerson VM, Murphy LS et al. Reliability of spinal palpation for diagnosis of back and neck pain. A systematic review of the literature. Spine. 2004;29:E413-E425.
 7. Rubinstein SM, van Tulder M. A best-evidence review of diagnostic procedures for neck and low-back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2008;22:471-82.
 8. Sullivan MS, Shoaf LD, Riddle DL. The relationship of lumbar flexion to disability in patients with low back pain. Phys Ther. 2000;80:240-50.
 9. Hunt DG, Zuberbier OA, Kozlowski AJ, Robinson J, Berkowitz J, Schultz IZ et al. Reliability of the lumbar flexion, lumbar extension, and passive straight leg raise test in normal populations embedded within a complete physical examination. Spine. 2001;26:2714-8.
 10. Devillé WL, van der Windt DA, Dzaferagic A, Bezemer PD, Bouter LM. The test of Lasègue. Systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. Spine. 2000;25:1140-7.
 11. Roussel NA, Nijs J, Truijien S, Smeunninx L, Stassijns G. Low back pain: clinimetric properties of the Trendelenburg test, active straight leg raise test, and breathing pattern during active straight leg raising. J Manipulative Phys Ther. 2007;30:270-8.
 12. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med. 2001;344:363-70.
 13. Forcada J, Palacios M. Patología de la columna lumbar. AMF. 2008;4:296-302.

MÁS EN AMF

Por si quieres saber más sobre el tema, en este apartado te relacionamos, y comentamos brevemente, lo más relevante que se ha publicado hasta ahora en AMF:

Patología de la columna lumbar. J. Forcada, M. Palacios. AMF. 2008;4(6):296-302.

Una revisión completa de la lumbalgia, en la sección «Los principales problemas de salud».

Ciática. J. Forcada, F. Moreno. AMF. 2006;2(10):583-7.

¿Cómo podemos mejorar nuestra capacidad para atender a un paciente que sufre una ciática? Pistas sobre anamnesis y exploración básica, pero sobre todo sobre exploración neurológica y pruebas que debemos solicitar. En la sección «Mejorando la capacidad resolutive».

Pruebas de imagen en la lumbalgia. V. Giner, A. Pérez. AMF. 2008;4(9):523-7.

¿Siempre hay que pedir una radiografía?, ¿y otras pruebas de imagen? Un artículo de la sección «Uso adecuado de...»

Espondilitis anquilosante. A. Pérez, F. Vargas. AMF. 2008;4(11):628-36.

Cuándo y cómo debemos pensar en una causa de lumbalgia poco frecuente, pero grave y que puede afectar a personas jóvenes. En la sección «A propósito de un caso».

Tiempos difíciles. R. Bravo. AMF. 2006;2(8):480-1.

Ameno comentario, en «Un vistazo a las últimas publicaciones», sobre las escasas evidencias que tenemos respecto a la exploración y tratamiento de la lumbalgia.