

Lumbalgia

Definición

La lumbalgia o lumbago es un término para el dolor en la [región lumbar](#), causado por un [síndrome músculo-esquelético](#).

Durante años la lumbalgia se ha considerado una patología en principio benigna, de una gran [prevalencia](#), pero en general de escasa duración y de buen pronóstico.

ver [lumbalgia inespecífica](#)

Algunos episodios de dolor lumbar tiene una causa sintética ¹⁾.

Epidemiología

Es uno de los [síntomas](#) más comunes y costosos, siendo la segunda causa de visita médica después de la [cefalea](#), con un elevado impacto en la salud de la población y con importantes repercusiones laborales.

La incidencia de dolor espinal a lo largo de la vida se considera que tiene una frecuencia de entre el 54 y el 80% ^{2) 3)}.

Hasta un 80% de la población adulta experimentará un episodio de dolor lumbar importante en algún momento de su vida, si bien la mayoría de ellos no han solicitado atención sanitaria.

Clasificación

Clasificación por su duración

Aguda: si dura menos de 4 semanas.

Subaguda: si dura entre 4 y 12 semanas.

[Lumbalgia crónica](#): si dura más de 12 semanas.

El 90 % de los casos del dolor de espalda (DE), sea cual sea el segmento donde se produce, son de tipo mecánico.

Mecánico: dolor no continuo, que se produce con la movilización de la estructura dolorida; mejora francamente con el reposo. Puede dificultar el inicio del sueño si el paciente se acuesta con el dolor pero una vez que se duerme no le despierta. Está causado por procesos degenerativos óseos o ligamentosos, o por sobrecarga o contracturas de las partes blandas.

Inflamatorio: dolor continuo, que se exacerba con los movimientos; no mejora o lo hace escasamente con el reposo. Despierta al paciente impidiéndole dormir. Está causado por la presencia de un proceso inflamatorio articular (sinovitis) o por infecciones o neoplasias.

Lumbociática

Lumbocruralgia..

Etiología

La inestabilidad crónica relacionada con los cambios degenerativos del disco o cuerpo vertebral asociados al movimiento anormal son la fuente del dolor.

En un segmento de movimiento puede residir en los:

Platillos vertebrales

Anillo del disco

Periostio vertebral

Articulaciones, y / o alrededor de estructuras de tejidos blandos

Estas alteraciones se suelen producir en:

Estenosis de canal lumbar

[Espondilitis anquilosante](#): Espondiloartritis asociado con el HLA B27

Síndrome facetario

Aunque el trabajo en determinadas actividades son sospechosas de causar dolor lumbar, los resultados de ocho revisiones sistemáticas no apoyan esta hipótesis.

Esto puede estar relacionado con calidad insuficiente de la literatura científica, así como la dificultad de establecer la causalidad del dolor lumbar. Estos resultados a nivel de población no se oponen a la posibilidad de que las personas pueden atribuir su dolor lumbar a actividades físicas debidas a su trabajo (Kwon y col., 2011).

[Discopatía](#)

[Hernia discal lumbar](#)

[Síndrome facetario](#)

[Sacroileitis](#)

[Psoriasis....](#)

[Metástasis vertebral](#)

[Plasmocitoma](#)

[Osteoporosis.](#)

[Fractura vertebral](#)

[Estenosis de canal lumbar](#)

[Estenosis foraminal.](#)

Anamnesis

Preguntar por:

Sobreesfuerzo físico

Malas posturas.

En el caso de las mujeres, se puede desencadenar o agravar con el ciclo menstrual.

Personas que han nacido con espina bífida son muy vulnerables a poseer una lumbalgia resistente en alguna etapa de su vida.

Descartar radiculopatía

Claudicación neurógena

La lumbalgia puede ser un síntoma de enfermedades genéticas que afectan al tejido conectivo como el Síndrome de Ehlers-Danlos y el Síndrome de Hiperlaxitud articular.

La lumbalgia puede estar producida en muchos casos, por el Síndrome de miositis tensional, y puede tratarse adecuadamente siguiendo el protocolo de tratamiento del SMT.2 .

Por otro lado existen fuentes o tipos de dolor lumbar; el dolor facetario, en el cual existe una inflamación entre 2 articulaciones cigoapofisiarias (dolor específico), otro tipo de dolor lumbar es el discógeno, donde el disco intervertebral posee una lesión que genera dolor (dolor difuso, en una zona inespecífica), otra fuente de dolor es la compresión radicular, donde la vertebra comprime la salida de los nervios que se dirigen hacia las piernas (el dolor irradiado hacia las piernas) conocido como ciática; otra causa de dolor puede ser una contractura muscular, una disfunción de la articulación sacro-ílica, o por algún órgano que refleje su disfunción en la zona lumbar, como los riñones e intestino delgado.

¿Es continuo?

¿Aumenta con la movilización?

¿Mejora con reposo?

¿Le impide conciliar el sueño?

¿Le despierta impidiéndole dormir?

Signos de alerta

Traumatismo menor reciente y edad >50 años.

Uso prolongado de corticoides, osteoporosis.

Síntomas constitucionales de origen desconocido.

Fiebre.

Pérdida de peso, malestar general.

Infección inter-recurrente.

Inmunosupresión.

Consumo de drogas por vía parenteral.

Historia de cáncer.

Dolor de ritmo inflamatorio.

Debut en edad >70 años.

Déficit neurológico focal.

Síntomas neurológicos progresivos o discapacitantes.

Duración superior a 6 semanas.

Diagnóstico

La lumbalgia aguda no complicada es un proceso benigno y autolimitado que no requiere ningún tipo de estudio radiológico. La inmensa mayoría de estos pacientes se recuperan de forma espontánea en menos de 30 días.

Analítica

La analítica básica a solicitar se limita a una VSG o PCR en los casos dudosos entre patología mecánica e inflamatoria; si sospechamos patología inflamatoria y consideramos que tenemos margen de tiempo para estudiarla solicitaremos bioquímica y pruebas específicas para llegar al diagnóstico de sospecha: fosfatasa alcalina, Ca, P, proteínas totales, proteinograma, látex, HLA-B27, marcadores tumorales, etc.

Pruebas radiológicas

La no realización de pruebas radiológicas en los cuadros de lumbalgia no complicada y no asociada a signos de alerta supone una importante reducción de estudios diagnósticos con las consiguientes implicaciones económicas que ello supone para el sistema público de salud, y de reducción de dosis de irradiación para los pacientes (cuando la prueba realizada es una TC o radiología simple).

Radiografía simple

El estudio radiológico básico, que no debe solicitarse rutinariamente, comprende una radiografía (Rx) del segmento implicado en anteroposterior (AP) y lateral (L).

Radiografías dinámicas

En los procesos crónicos, más de 3 meses de evolución, deberemos pedir Rx dinámicas (lateral en flexión y extensión forzadas: se considera patológico o "inestable" diferencias superiores a los 3´5 mm) y en casos seleccionados oblicuas.

Densitometría ósea

Resonancia lumbar

Resonancia sacroiliaca

Resonancia de caderas

Diagnóstico diferencial

Es importante un buen diagnóstico, descartando infección, cáncer, osteoporosis o lesiones que requieran cirugía, antes de comenzar el tratamiento para la lumbalgia inespecífica.

Desgarros y esguinces lumbares

Degeneración facetaria y discal asociada con la edad Hernia de disco y radiculopatías

Fracturas vertebrales por osteoporosis

Canal medular estrecho (estenosis espinal lumbar) Espondilolistesis

Prostatitis

Endometriosis

Enfermedad pélvica inflamatoria

Nefrolitiasis

Obstrucción uretral

Pielonefritis

Absceso perinefrítico

Aneurisma de aorta

Pancreatitis

Colecistitis

Fractura vertebral traumática

Escoliosis y cifosis severas

Mieloma múltiple

Metástasis a columna vertebral

Linfomas y leucemias

Tumores de la médula espinal

Tumores retroperitoneales

Tumores vertebrales primarios

Espondilitis anquilosante

Espondilitis psoriásica

Síndrome de Reiter

Enfermedad intestinal inflamatoria

Osteomielitis

Discitis séptica

Absceso espinal

Herpes-zóster

Aracnoiditis lumbar

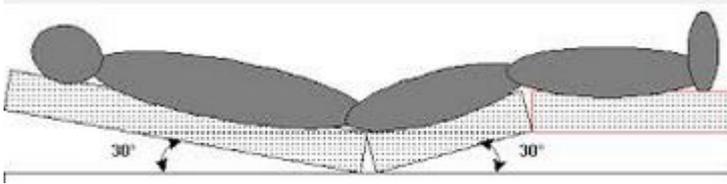
Síndrome de cauda equina y síndrome de cono medular
Brucelosis

Tratamiento

Tratamiento conservador

La terapia de masaje puede ser eficaz para el tratamiento del dolor de espalda crónico, con beneficios duraderos de al menos 6 meses (Cherkin y col., 2011).

Reposo en cama durante un máximo de 3-4 días, en posición Semi Fowler.



Modificación de la actividad, evitando todos los movimientos dolorosos.

Contraindicar trabajos que precisan el levantamiento de pesos de forma repetitiva, vibraciones (vehículos o maquinaria industrial), posturas asimétricas o postura sostenida durante un periodo largo de tiempo (incluido estar mucho tiempo sentado).

[Paracetamol](#) por vía oral de 500 mg a 1 gr cada 4-6 horas.

No se ha podido constatar una mejoría con [Antiinflamatorios no esteroideos](#)

Citar en 1 semana y si ha mejorado:

Iniciar durante las 2 primeras semanas ejercicios aeróbicos de bajo estrés como pasear, bicicleta y nadar.

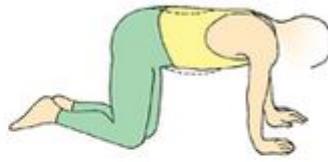
Citar en 2 semanas y si ha mejorado:

Recomendar 2 semanas de ejercicios para extensores de espalda y músculos abdominales y remitir a [Fisioterapia](#).

Ejercicios para dolor en la parte baja de la espalda (Low Back Pain Exercises)



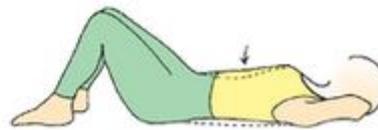
Estiramiento erguido del muslo



Gato y camello



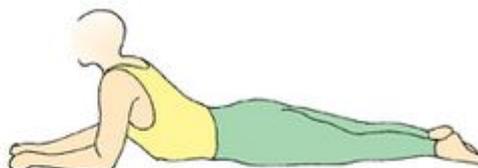
Estiramiento de brazos y piernas



Inclinación de la pelvis



Flexión abdominal parcial



Estiramiento piriforme



Ejercicios de extensión

Si no mejora con programa de fisioterapia y [analgésicos](#), plantear [infiltración facetaria](#) la cual puede predecir la respuesta al tratamiento con [rizolisis facetaria](#) mediante termocoagulación o radiofrecuencia pulsada.

Consejos

1. Mantén una postura correcta. En los períodos de asueto, podemos estar más pendientes de crear hábitos posturales saludables, tanto durmiendo, de pie o sentados. Esto es fundamental para prevenir los dolores de espalda. Posturas inadecuadas pueden tensionar el sistema óseo y muscular de la espalda.
2. Evita la ropa ajustada y los tacones altos. Es más fácil usar ropa cómoda durante las vacaciones. La falta de compromisos sociales favorece el uso de calzado poco elevado. Estos dos hechos en conjunto evitan la adopción de malas posturas.
3. No levantes pesos excesivos. Determinadas malas costumbres son más sencillas de evitar durante tiempos de descanso. Coger a un niño a toda prisa para dejarlo en la guardería, o bajar la compra del supermercado muy cargados, pueden y deben evitarse.
4. Corrige tu sobrepeso. La sudoración provocada por el calor, consumir mayor proporción de frutas y verduras frescas (más apetecibles en estas fechas) y la facilidad para llevar una vida menos

sedentaria, pueden llevarnos a perder peso durante las vacaciones. El sobrepeso prolongada en el tiempo puede provocar que los músculos y huesos de la espalda se tensionen y llegue el dolor de espalda.

5. Haz ejercicios de estiramiento. Aprovecha el descanso del verano para ello. Haz planes que favorezcan caminar un rato cada hora. Asimismo, adopta la postura ergonómica que las situaciones de estrés laboral no siempre permiten.

6. Practica deporte de forma moderada. La rigidez del cuerpo se puede evitar con la práctica de ejercicio. Con 10 minutos al día basta para prevenir el dolor de espalda y fortalecer los músculos, siempre y cuando no se practique en plena crisis de lumbalgia.

7. Acudir a un especialista. Es frecuente que aplacemos nuestra decisión de acudir al doctor "para la vuelta de vacaciones". No pasa nada por decidirse de una vez y mejorar su calidad de vida.

8. En caso de lesión. Si el afectado es alguno de los músculos de la espalda por habernos excedido con el deporte o habernos hecho daño por alguna causa, coloque una bolsa de hielo para aliviar el dolor. El verano es la mejor época para no sentir molestias ante el cambio de temperatura de la piel.

9. Evite la automedicación. El hecho de no estar cerca de nuestro médico habitual puede llevarnos a caer en la tentación de tomar determinados fármacos, como el paracetamol o anti-inflamatorios y así disfrutar más de nuestros días de descanso.

10. Busque un buen centro. Existen centros donde enseñan al paciente con dolores lumbares a controlar su dolor mediante la actividad física. Ya no es recomendable si sus molestias son crónicas y superan el año de duración.

Bibliografía

Cherkin, Daniel C, Karen J Sherman, Janet Kahn, Robert Wellman, Andrea J Cook, Eric Johnson, Janet Erro, Kristin Delaney, y Richard A Deyo. 2011. «A comparison of the effects of 2 types of massage and usual care on chronic low back pain: a randomized, controlled trial». *Annals of Internal Medicine* 155 (1) (Julio 5): 1-9. doi:10.1059/0003-4819-155-1-201107050-00002.

Kwon, B K, D M Roffey, P B Bishop, S Dagenais, y E K Wai. 2011. «Systematic review: occupational physical activity and low back pain». *Occupational Medicine (Oxford, England)* (Julio 4). doi:10.1093/occmed/kqr092. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21727180>.

Algoritmo

Hacer constar en la historia:

Edad

Antecedente oncológico

Pérdida de peso reciente

Inmunosupresión

Uso de esteroides

Informe

Paciente de 40 años que consulta por dolor lumbar sin irradiación a miembros inferiores, de 3 meses de evolución. Aumenta con maniobras de Valsalva. Ha realizado fisioterapia y tratamiento analgésico sin mejoría clínica.

Dolor a la flexión de la columna lumbar

Se solicita RM lumbar

¹⁾

Seif, Gretchen, y James Elliott. 2011. «Ankylosing spondylitis in a patient referred to physical therapy with low back pain». *Physiotherapy Theory and Practice* (Julio 3). doi:10.3109/09593985.2011.570418. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21721997>.

²⁾

Interventional techniques: Evidence-based practice guidelines in the management of chronic spinal pain. *Pain Physician*. 2007;10:7-111.

³⁾

Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: A review of the literature. *Pain*. 1998;77:231-239.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=lumbalgia>

Last update: **2025/05/04 00:00**

