

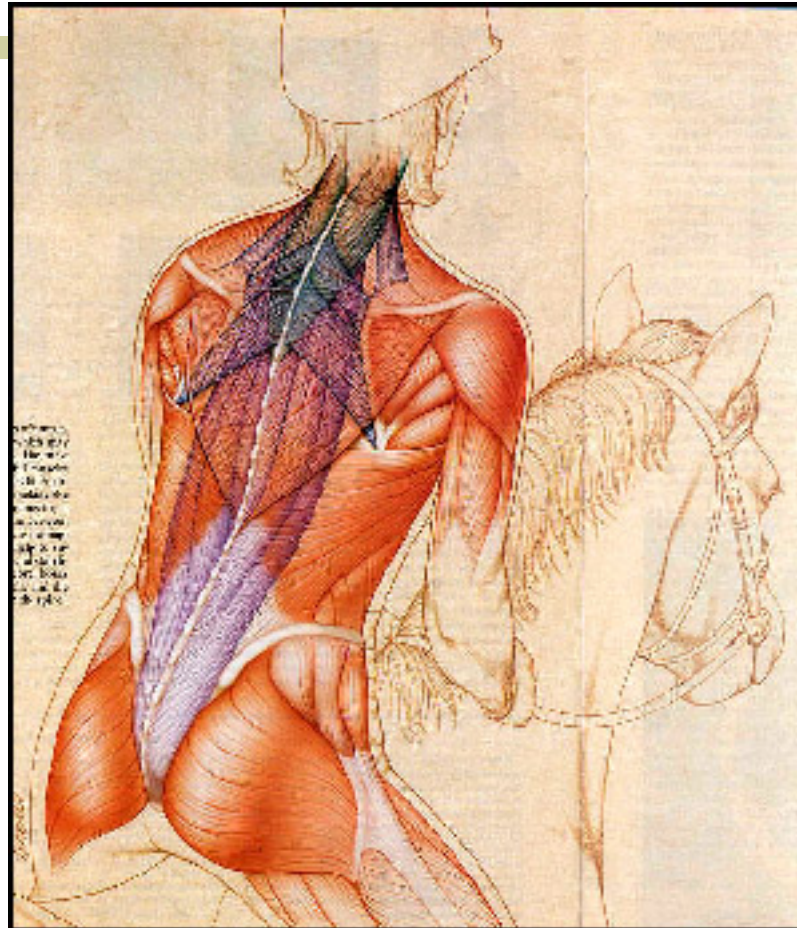
LUMBALGIA: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Dr. Ezequiel Rodríguez Reimundes

Dr. Jorge A. Césaró

Servicio de Emergencias

El principal desafío diagnóstico es distinguir el 95% de los pacientes con lumbalgia simple y benigna del 5% de pacientes con procesos sistémicos o déficit neurológico



Etiología:

Causa mecánica (97%):

Estiramientos músculo-ligamentarios (70%)

Procesos degenerativos discales y facetarios
(10%)

Hernia de disco (4%)

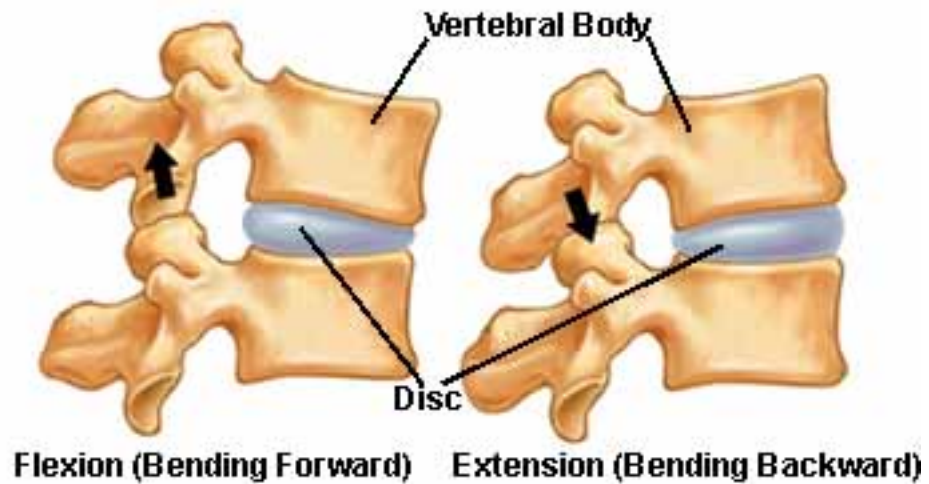
Canal estrecho lumbar (3%)

Fractura osteoporótica (4%)

Espondilolistesis (2%)

Fractura traumática (<1%).

Facet Joints in Motion



Etiología:

Causas espinales no mecánicas (<1%):

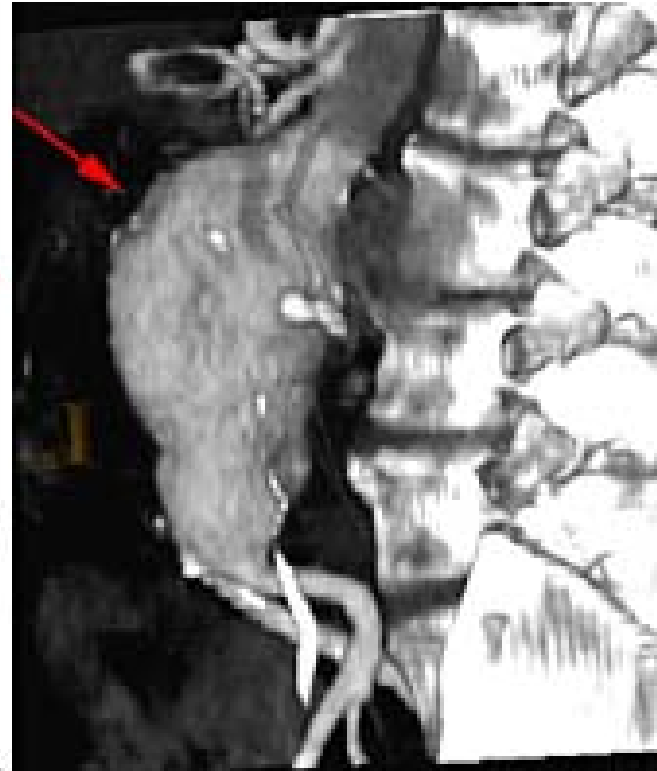
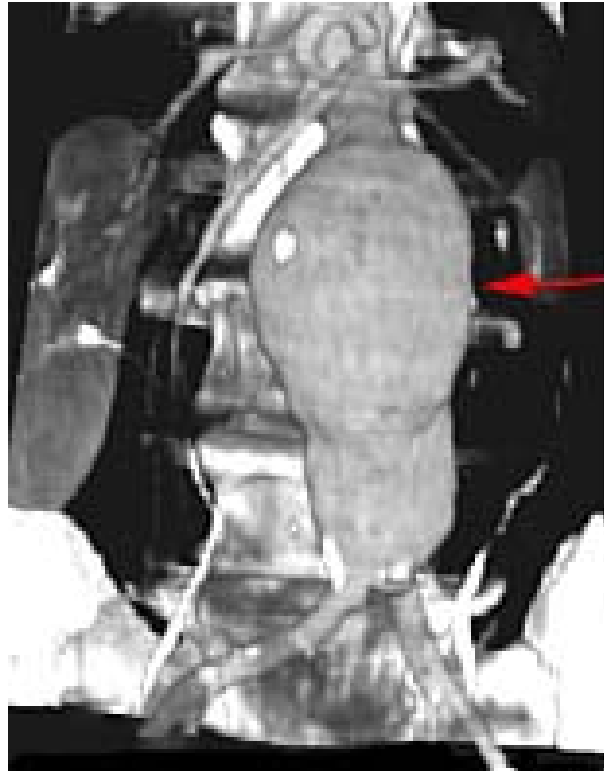
Neoplasia (0,7 %)

Infección (0,01 %)

Artritis inflamatorias seronegativas (0,3 %)

Enf. de Paget.

Enfermedad visceral (2%): Aorta, riñón, tubo digestivo, órganos pelvianos.



Signos y Síntomas de Alarma (Red Flags)

Historia

- Trauma reciente significativo
- Trauma leve/ moderado en > 50 años
- Tratamiento con corticoides
- Osteoporosis
- Edad > 70 años
- Síncope
- Historia previa de cáncer
- Antecedentes de infección reciente
- Fiebre $\geq 38^{\circ} \text{C}$
- Abuso de drogas EV
- Inmunosupresión
- Pérdida de peso inexplicada
- Inicio súbito de dolor lumbar, en flanco o genitales
- Diaforesis. Náuseas.
- Dolor nocturno
- Incontinencia fecal
- Retención aguda de orina

Signos y Síntomas de Alarma (Red Flags)

Examen Físico

- Hipotensión. Taquicardia.
- Diferencia de TA entre ambos MM.SS.
- Masa abdominal pulsátil
- Pulsos disminuidos o compromiso circulatorio de MM.II.
- Pérdida de tono de esfínter anal
- Déficit motor MM.II
- Dolor lumbar focal y fiebre.

Factores Asociados a la Presencia de Cáncer

Edad >50 %

Antecedentes previos de cáncer

Pérdida de peso inexplicada

Dolor que persiste más allá de las cuatro a seis semanas con tratamiento conservador

Evaluación

- ⑩ La mayoría de los dolores lumbares son de causa benigna, resuelven en un lapso de seis semanas con tratamiento conservador y no requieren estudios de imágenes ni laboratorio para su evaluación y tratamiento inicial.

Evaluación 2

En pacientes con antecedentes o hallazgos sugestivos de enfermedad sistémica o en pacientes que no mejoran a las seis semanas del inicio del cuadro, una radiografía simple y una eritrosedimentación normales prácticamente descartan causas sistémicas de la lumbalgia.

Evaluación 3

- ⑩ **La resonancia magnética** es la imagen más sensible y específica para detectar infecciones o neoplasias.
- ⑩ Pacientes con ciática o síntomas de canal estrecho lumbar que no mejoran en seis semanas considerar resonancia o tomografía.

Dolores de origen músculo ligamentario (strain/ sprain/ lumbalgia idiopática)

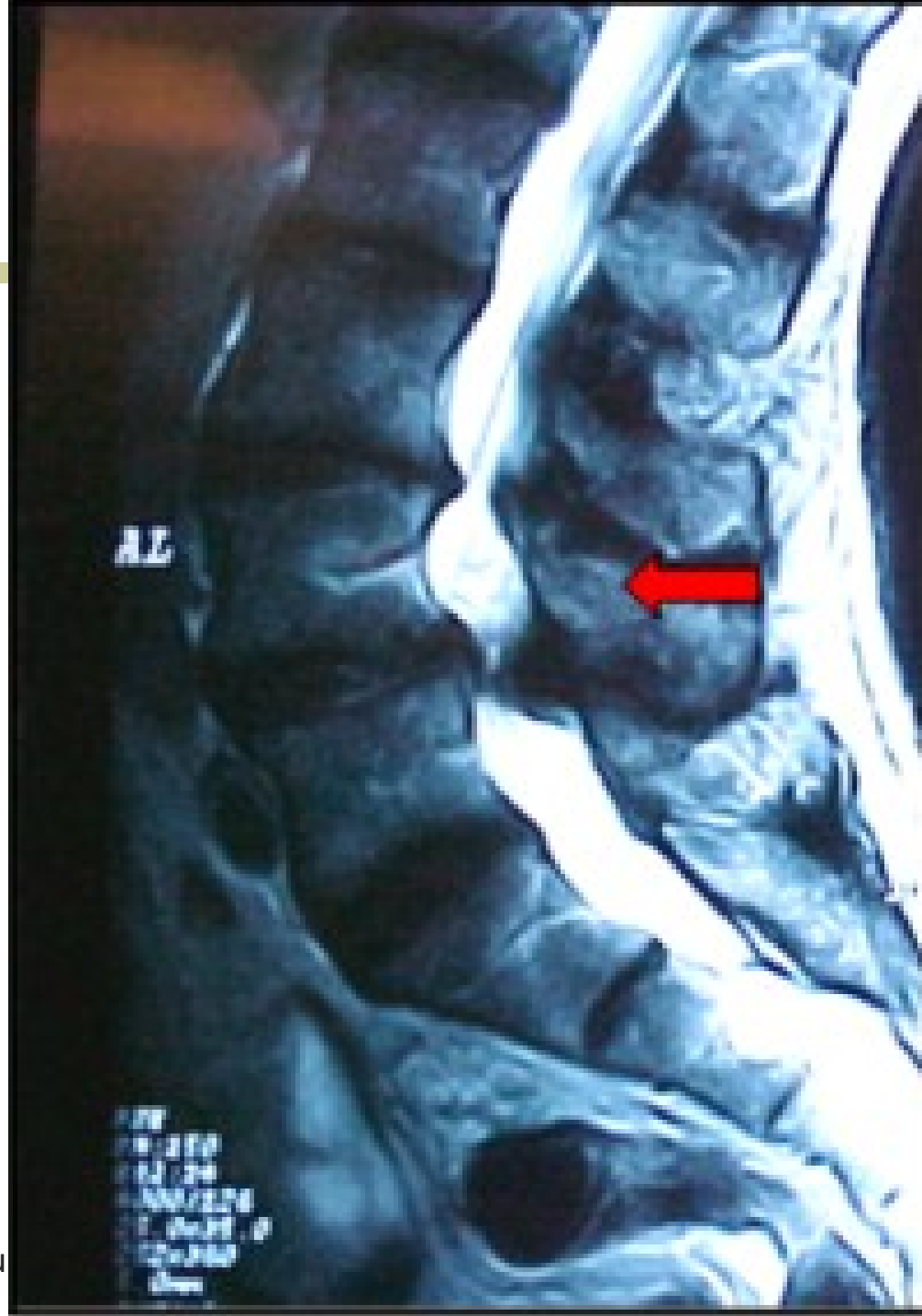
- ⑩ Predominan en pacientes jóvenes y sanos
- ⑩ Se asocian a estrés postural y estan causados presumiblemente por contractura o estiramiento de estructuras paraespinales.
- ⑩ Habitualmente resuelven en un lapso de cuatro a seis semanas con tratamiento conservador.
- ⑩ No se requieren estudios de imagen ni de laboratorio cuando el cuadro clínico es sugestivo, cuando no hay antecedentes de traumatismo y cuando no existen factores de riesgo para enfermedad sistémica.

Hernia de Disco

- La **Hernia de disco** con compromiso de la raíz nerviosa es la principal causa de lumbalgia/ lumbociatalgia con déficit neurológico.
- ⑩ Ocurre más frecuentemente entre los 30 y los 55 años.
- ⑩ Más del 95% de los casos se producen a nivel de los dos últimos discos y comprometen las raíces nerviosas de L5 y S1.
- ⑩ Los principales síndromes neurológicos asociados son:
 - -debilidad en la dorsiflexión del pie y el hallux y pérdida de sensibilidad en la región medial del pie (L5)
 - -debilidad en la flexión plantar del pie, disminución del reflejo aquileano y déficit sensitivo en la región lateral del pie (S1).

Canal Estrecho Lumbar

- ⑩ Puede asociarse a ciatalgia y déficit neurológico de miembros inferiores (claudicación). Ocurre generalmente en ancianos
- ⑩ Es producido por artrosis, hipertrofia facetaria y engrosamientos ligamentarios. Habitualmente compromete varias raíces nerviosas y suele ser bilateral.
- ⑩ El dolor atenúa o desaparece al sentarse.



Síndrome de Cola de Caballo

- ⑩ Se produce por compresión de la cauda equina habitualmente por hernia discal masiva a nivel de la línea media.
- ⑩ Se presenta con:
 - - retención aguda de orina,
 - -lumbociatalgia uni o bilateral,
 - -déficit sensitivo-motor,
 - -signo de Lasegue,
 - -anestesia/ hipoestesia en la región perianal (“en silla de montar”)
 - -pérdida de tono del esfínter anal.
- ⑩ Conducta: realizar tomografía o resonancia y considerar descompresión quirúrgica inmediata.

Diagnósticos Diferenciales 1

ALTO RIESGO: URGENCIAS Y EMERGENCIAS

- Diseccción Aórtica: *Eco transesofágico, TC, IC Cirugía Cardiovascular.*
- Sme. Cola de caballo: *Descompresión inmediata.*
- Absceso/ Hematoma epidural: *TC/ RM, IC Infectología*
- Ruptura Aneurisma de Aorta Abdominal: *Eco/ TC, IC Cirugía Cardiovascular.*
- Fractura vertebral: *TC, IC Traumatología.*
- Meningitis: *Punción Lumbar, Cultivos, Tto. Antibiótico empírico.*
- Mielitis trasversa: *RM, Punción Lumbar.*

Diagnósticos Diferenciales 2

ALTO RIESGO: URGENCIAS Y EMERGENCIAS

- Lumbalgia y déficit neurológico MM.II.: *TC / RM*
- Hernia de disco: *RM*
- Malignidad: *Búsqueda de primario*
- Ciática con potencial compromiso de raíz nerviosa: *TC/ RM*
- Canal estrecho lumbar: *RM*
- Osteomielitis: *RM*
- Torsión, masa o tumor de ovario: *EcoTransvaginal, IC Ginecología.*
- Pancreatitis: *Amilasa, Lipasa, Eco*

Diagnósticos Diferenciales 3

ALTO RIESGO: URGENCIAS Y EMERGENCIAS

- Derrame pleural: *Rx Tórax, Eco Pleura, Toracocentesis.*
- Neumonía: *Rx. Tórax, Cultivos, Tto. Antibiótico empírico.*
- Trombo embolismo pulmonar: *TC helicoidal, Centello V/Q, Anticoagulación.*
- Pielonefritis: *Orina Completa, Cultivos, Función Renal, Tto. Antibiótico empírico.*
- Masa o hemorragia retroperitoneal: *Eco/ TC, IC Cirugía, Urología*
- Enf. pelviana inflamatoria: *IC Ginecología, Tto. Antibiótico empírico.*
- Colecistitis: *Eco, IC Cirugía General, Tto. Antibiótico empírico.*

Diagnósticos Diferenciales 4

CUADROS ESTABLES/ BAJO RIESGO

- *Lesión ligamentaria*
- *Estiramiento muscular*
- *Espondilitis anquilosante*
- *Artrosis*
- *Fractura patológica sin compromiso nervioso*
- *Hernia de disco sin compromiso nervioso*
- *Espondilolistesis*
- *Artritis reumatoidea*
- *Enfermedad esofágica*
- *Litiasis Renal*
- *Enf. úlcero péptica*
- *Prostatitis*
- *Endometriosis*

Tratamiento Inicial

- Los pacientes con lumbalgia aguda sin evidencia de enfermedad sistémica o compromiso neurológico importante deben ser informados sobre el buen pronóstico del cuadro y la poca utilidad de proseguir estudios diagnósticos.
- La mayoría de los pacientes con radiculopatía mejoran con tratamiento conservador a las cuatro semanas sin necesidad de cirugía.
- No está recomendado el reposo en cama en pacientes con lumbalgia leve a moderada y está restringido a pacientes con dolor severo invalidante o que presenten déficits neurológicos.

Recomendación

- Medidas de educación postural, kinesiología y cese de actividades físicas perjudiciales.
- Analgésicos: los AINEs son las drogas de primera línea. Deben indicarse de manera reglada y no a demanda.
- Relajantes musculares: Diazepam 5 mg cada 6 horas, ciclobenzaprina 5 a 10 mg cada 8 horas. Habitualmente no se recomiendan por lapsos mayores a una semana.
- Los dolores subagudos o crónicos, especialmente de origen neuropático, pueden responder a carbamazepina, fenitoína, tramadol, gabapentin o antidepresivos tricíclicos.

Bibliografía

- Lehrich JR et al. *Approach to the diagnosis and evaluation of low back pain in adults*. Up to Date. Dec.2004
- Lehrich JR et al. *Treatment of low back pain: initial approach*. Up to Date. Dec.2004
- Speed C. *Low back pain. ABC of rheumatology*. BMJ Vol.328. 2004. pp1119-21
- Jarvik JG et al. *Diagnostic Evaluation of Low Back Pain with Emphasis on Imaging*. Ann.Int.Med. Vol 137. 2002. Number 7. pp 586-597
- Deyo RA, Winstein JN. *Low Back Pain*. N Engl J Med, Vol. 344, Feb.1, 2001. pp363-370
- Rodgers KG, Jones BJ *Back pain*. Rosen's Emergency Medicine. Concepts and Clinical Practice. 5th edition. 2002.



¡GRACIAS!