

NO TODO DOLOR LUMBAR ES LUMBAGO

Dra. Marta Casanova Soto¹ / Dr. Joan Izquierdo Alabau¹ / Dr. Juan Alonso Perez-Barquero² / Dña. Laura Sánchez Tormos³

¹ Médico Interno Residente. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Médico Interno Residente. Hospital Universitario y Politécnico La FE. Valencia

³ Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

RESUMEN

El dolor lumbar es una afección muy frecuente y con alta repercusión socio-económica en la sociedad occidental. Supone el segundo motivo por el que se consulta al médico de atención primaria, siendo la entidad más frecuente de consulta originada por patología musculoesquelética. Aproximadamente el 80% de las lumbalgias cursan sin complicaciones y su curso es autolimitado, el 15-20% responden a una causa específica y el 5% a una patología grave. Debido a que es una patología muy común y generalmente banal, se pueden pasar por alto hallazgos clínicos que orientan hacia una enfermedad grave

Presentamos el caso de un paciente que consultó por dolor lumbar de unas horas de evolución que en un principio parecía de características mecánicas.

La historia clínica y la valoración de los signos de alarma en la anamnesis y en la exploración del dolor lumbar que pueden ayudar al médico a orientar la evaluación diagnóstica y tratamiento adecuado del paciente de patologías que pueden amenazar la vida del paciente.

PALABRAS CLAVE

Lumbalgia, dolor lumbar, aneurisma, rotura de aneurisma.

ABSTRACT

Low back pain is a very frequent condition with a high socio-economic impact in western countries. It is the second reason of consultation in primary care centers, being the most frequent entity of consultation in the muskuloeskeletal pathologies. Approximately 80% of low back pain present without complications and their course is self-limited, 15-20% respond to a specific cause and 5% to a more severe pathology. Because it is a common syndrome with a generally benign origin, the examiner may overlook markers of serious disease.

We present the case of a patient who consulted because of few hours evolution lumbar pain that even at first seemed to be mechanical-type of complain, it ended up being transferred to the intensive care unit of The Reference Hospital. Therefore, with this review we want to emphasize on the red flags in the historical and physical factors of the low back pain, which can help to guide to the diagnosis.

KEY WORDS

Low back pain, lumbar pain, aneurysm, aneurysmruptura

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es muy frecuente, y es una de las principales causas de consulta en atención primaria (AP). La mayor parte de las personas sufren dolor lumbar en algún momento de la vida. El primer episodio suele presentarse entre los 20 años con un ascenso entre los 45-49 años de edad, aunque solo un 14% sufrirá un episodio que durara más de 2 semanas. La prevalencia anual en la población adulta oscila, según diferentes estudios, entre el 22 y el 65 %. En un 7,7% de adultos puede persistir clínicamente como una lumbalgia crónica.

Teniendo en cuenta su elevada prevalencia en la población general, la gran variabilidad en su manejo clínico y farmacológico, en los últimos años han aumentado los costos de salud asociados a la atención del dolor lumbar, así como el consumo de recursos diagnósticos y sociosanitarios.

El dolor lumbar suele presentarse de forma indiferenciada y en la mayoría de los pacientes dentro de un curso autolimitado mejorando en menos de 4-6 semanas; sin embargo, un pequeño porcentaje corresponde a una patología que puede comprometer la vida del paciente. Es de gran importancia identificar los síntomas de mayor gravedad través de la historia clínica y la exploración. Esta serie de síntomas deben ser considerados en la evaluación sistemática de los enfermos en el servicio de urgencias, ya que guiarán la toma de decisiones del médico, lo que le permitirá un uso racional de los métodos diagnósticos, sin caer en la sobre medicalización, así como un acertado y rápido manejo de aquellas patologías que amenazan la vida¹.

CASO CLÍNICO

Paciente de 76 años con antecedentes personales de HTA, dilatación de la aorta abdominal de 3 cm, fracturas costales múltiples, colangitis con posterior colecistectomía y amigdalectomía.

El paciente acude a Urgencias por un cuadro de hemiparesia izquierda, alteraciones de la sensibilidad y alteraciones en la articulación del lenguaje. Presentándose hemodinámicamente estable en todo momento y destacando en la exploración neurológica: una desviación leve de

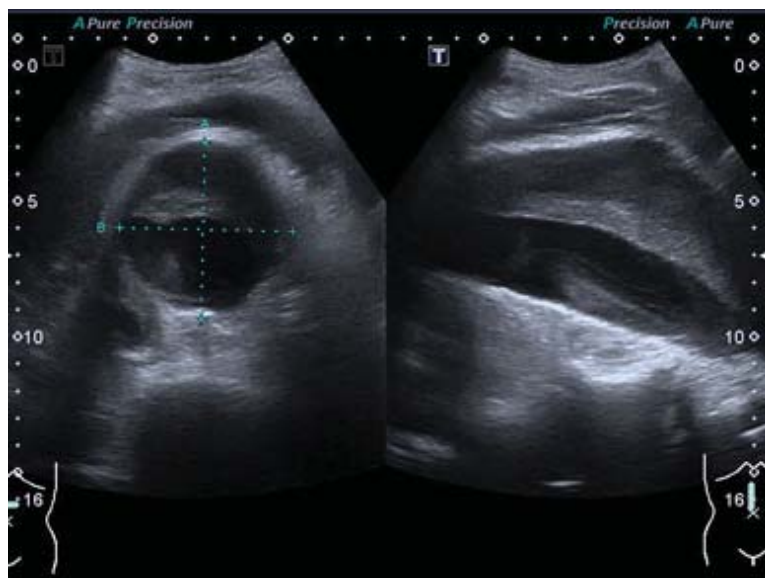


Fig. 1. Ecografía abdominal: dilatación de aorta descendente.

la comisura bucal hacia la izquierda con hemianopsia izquierda, paresia 4/5 en extremidades izquierdas con disminución de la sensibilidad en hemicuerpo izquierdo y extinción de hemicuerpo izquierdo. Atendiendo a este caso según la National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) presenta 16 puntos. Por lo que al tratarse de un posible Accidente Cerebro Vascular (ACV) se decide activar el código ICTUS.

En este momento mientras el paciente mejora clínicamente con un NIHSS 1 es diagnosticado mediante TC de ACV isquémico indeterminado parietal derecho (PACI). Por lo que se desestiman terapias de reperfusión recomendándose tratamiento con Ácido Acetil Salicílico (AAS) 300mg en el momento del diagnóstico y posteriormente cada 24 horas.

Reinterrogando al paciente refiere episodio de lumbalgia de características mecánicas. El dolor según refiere el paciente era de tipo mecánico, pero por los antecedentes de dilatación aórtica y los resultados de la analítica (leucocitosis $18.54 \times 10^9/L$, hematíes $3.79 \times 10^{12}/l$, hemoglobina 10.3 g/dL, hematocrito 31.7%, creatinina 2.8 mg/dL, urea 81 mg/dL, LDH 455 IU/L, pH 7.22, bicarbonato 19.6 mmol/L, lactato 6.4 mmol/L) se decidió realizar una ecografía abdominal que nos desveló un aneurisma abdominal roto (Fig. 1).

Ante los hallazgos de la ecografía abdominal se decide realizar el TC que nos informa de un aneurisma de la aorta torácica descendente y de otro aneurisma en la aorta abdominal infrarrenal



Fig. 2. Dilatación fusiforme aneurismática de la aorta abdominal infrarrenal (7,2 cm DT x 9,8 cm DAP) con presencia de trombo mural, apreciándose una discontinuidad en la cara anterior de la pared del aneurisma que se acompaña de una colección semilunar periférica extrínseca correspondiente a hematoma periférico, secundario a rotura aneurismática.

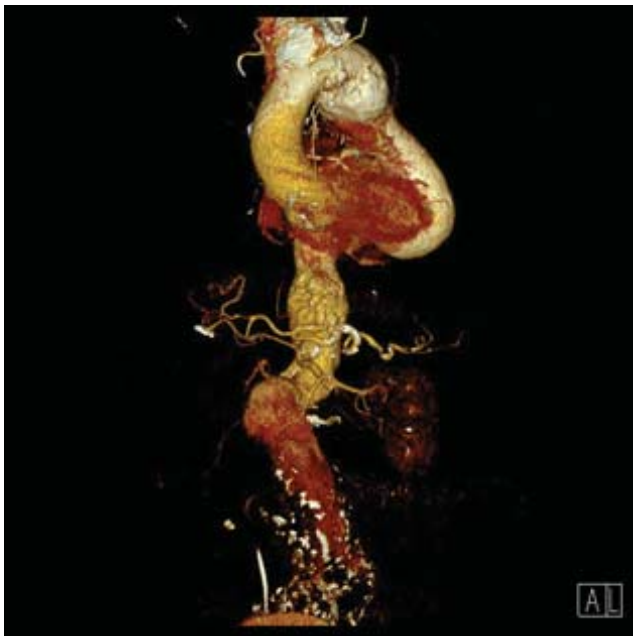


Fig. 3. Reconstrucción vascular de la aorta torácica y abdominal.

complicado con hematoma periaórtico y retroperitoneal (Fig. 2 y 3).

Con el diagnóstico de ACV y rotura de aneurisma de la aorta abdominal, se decide trasladar al paciente al Servicio de Cirugía Vascular de su Hospital de referencia.

Debido a la complejidad del caso tras la intervención el paciente continuó con una evolución tórpida del proceso presentando tras la intervención a lo largo de su estancia en la UCI

una insuficiencia renal aguda que precisó de hemodiálisis, isquemia glútea con posibles embolizaciones distales en ambos pies, rabdomiólisis y edema subcortical parietal derecho precisando una politransfusión. El paciente actualmente se encuentra ingresado en su Hospital de referencia.

DISCUSIÓN

El dolor lumbar es un motivo de consulta frecuente en el servicio de Urgencias con evolución y pronóstico habitualmente benigno. En la gran mayoría de los pacientes el dolor desaparecerá después de algunas semanas de evolución sin lograr establecer una etiología clara, constituyendo un episodio de dolor lumbar inespecífico. En una pequeña proporción de los pacientes (1%-5%) que consultan por dolor lumbar estaremos frente a una patología con riesgo significativo para la funcionalidad o vida del enfermo. En esta categoría de riesgo elevado deberemos considerar las enfermedades vasculares, infecciosas, neoplásicas y sistémicas. Los signos de alarma en la clínica y en la exploración (Tabla 1)² guiarán la evaluación y manejo global del paciente que permitirán un apropiado enfrentamiento diagnóstico. El uso rutinario de métodos diagnósticos no está recomendado en el dolor lumbar de presentación inespecífica. El estudio debe ser precoz si se sospecha fractura, infección o compromiso medular,

HISTORIA CLÍNICA	EXAMEN FÍSICO
EDAD MENOR DE 20 AÑOS O MAYOR DE 50 AÑOS	FIEBRE
DURACIÓN PROLONGADA DEL DOLOR (MAYOR DE 6 SEMANAS)	TAQUICARDIA
HISTORIA DE TRAUMA	HIPOTENSIÓN ARTERIAL
DOLOR QUE AUMENTA CON EL REPOSO	PALIDEZ-LLENADO CAPILAR LENTO
DOLOR NOCTURNO	MASA ABDOMINAL PULSÁTIL
FIEBRE, ESCALOFRÍO O SUDORACIÓN NOCTURNA	DOLOR A LA PALPACIÓN DE APÓFISIS ESPINOSAS
DOLOR QUE PERSISTE A PESAR DE TERAPIA ANALGÉSICA ÓPTIMA	SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS FOCALES
INMUNOSUPRESIÓN	RETENCIÓN URINARIA
PROCEDIMIENTOS RECIENTES CON RIESGO DE BACTEREMIA	INCONTINENCIA URINARIA O FECAL
USO DE DROGAS ENDOVENOSAS	PÉRDIDA DE TONO ESFINTER ANAL
BAJADA DE PESO	
HISTORIA DE NEOPLASIA	

Tabla 1. Síntomas y signos de alarma en el paciente con dolor lumbar atendido en la unidad de emergencia².

y particularmente expedito ante la sospecha de patología vascular, como es nuestro caso^{3,4}.

Dentro de este tipo de dolor queremos centrarnos en la disección aórtica y el aneurisma aórtico roto que son dos entidades clínicas de elevada letalidad en la práctica de la medicina de urgencia. La enfermedad aórtica aguda, torácica o abdominal, puede presentarse con dolor lumbar por lo que su reconocimiento precoz, adecuado tratamiento y disposición son competencias fundamentales del clínico en el escenario de urgencia.

Se denomina aneurisma a la dilatación focal, permanente e irreversible de la arteria que supone un aumento de más del 50% del diámetro esperado. Generalmente son asintomáticos en el momento del diagnóstico, suelen ser hallazgos casuales durante la exploración física rutinaria, como una masa pulsátil, y más frecuentemente,

como consecuencia del empleo de técnicas diagnósticas con motivo de otra patología. La complicación más frecuente del aneurisma mayor de 6 cm de diámetro, es su rotura.

La rotura suele ser anunciada por la triada clásica por dolor brusco en región lumbar o en la parte media del abdomen con irradiación hacia la ingle, nalgas y miembros inferiores, shock (hipotensión) y la presencia de una masa abdominal pulsátil⁵.

El principal factor de riesgo de rotura es el tamaño del aneurisma (mayores de 6cm de diámetro). Igualmente, incrementan el riesgo de ruptura la hipertensión arterial y la coexistencia de EPOC. Si la rotura es hacia el retroperitoneo, el sangrado puede contenerse y el paciente permanece normotenso en un inicio. Algunos pacientes refieren un cuadro subagudo de dolor abdominal periumbilical irradiado a flancos o dolor lumbar⁶.

BIBLIOGRAFIA

1. Melchor Lemp M. Evaluación del paciente con dolor lumbar. Rev Med Clin Condes 2008;19(2)- 137.
2. Mitrano CK, Gatica VM, Fuenzalida PA, Carrasco ON, Verdejo CB, Peñafiel FS. Evaluación diagnóstica del paciente con dolor lumbar en la Unidad de Emergencia. Rev Chil de Med Inten.2013; 28(1): 27-37.
3. Martínez Hernández J, Lozano Olivares J, Tornero Molina J, Fernández Prada M. Dolor lumbar. Madrid: IM&C; 2015.
4. M. Seguí Díaz, J. Gervas. El dolor lumbar. SEMERGEN. 2002. 28:21-41.
5. Isselbacher Eric M. Thoracic and Abdominal Aortic Aneurysms. Circulation. 2005;111(6):816-28.
6. Rogers RL, McCormack R. Aortic disasters. Emerg Med Clin N Am 22(2004); 887-908.