



LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA MODIFICA EL MANEJO DE LA LUMBALGIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

En las últimas décadas, la investigación científica ha mejorado drásticamente el conocimiento sobre la etiopatogenia y fisiopatología de la lumbalgia, así como sus pautas de diagnóstico y tratamiento. Se recomienda definir su manejo clínico según el resultado de la anamnesis y la exploración física.

Fractura o enfermedad sistémica

Si existen antecedentes, síntomas o signos exploratorios sugestivos de fractura o enfermedad sistémica - como dolor de características no mecánicas, fiebre, mal estado general, pérdida involuntaria de peso, signos neurológicos alarmantes, antecedentes de traumatismo, cáncer, osteoporosis o uso prolongado de corticoides - , conviene prescribir los procedimientos diagnósticos complementarios apropiados en cada caso, como gammagrafía, resonancia magnética o PET. Una enfermedad sistémica es la causa del dolor en menos del 1 % de los pacientes atendidos por lumbalgia en atención primaria.

Compresión nerviosa por protrusión, hernia discal o estenosis espinal

Si existen síntomas o signos de compresión nerviosa por protrusión o hernia discal, o por estenosis espinal, y pese al tratamiento apropiado

duran más de seis a doce semanas o tres a seis meses, respectivamente, procede realizar una resonancia magnética para confirmar la indicación quirúrgica. Esto ocurre en aproximadamente el 4 % de los pacientes atendidos en atención primaria, y en el 25 % de estos casos, es decir, en el 1 % del total, la cirugía está indicada.

Síndrome de la cola de caballo

Si hay signos sugestivos de síndrome de la cola de caballo, como pérdida importante de fuerza en las piernas, anestesia en silla de montar o pérdida del control de esfínteres, es necesario realizar urgentemente una resonancia magnética y valorar la cirugía, preferentemente antes de 48 horas. Esto sucede en aproximadamente uno de cada 700.000 casos.

Síndrome mecánico inespecífico

En el aproximadamente 95 % restante de pacientes sin signos de sospecha de fractura ni enfermedad sistémica, y tampoco de compresión nerviosa, se diagnostica un "síndrome mecánico inespecífico" y procede tratarles directamente, sin prescribir pruebas diagnósticas para evitar iatrogenia innecesaria. Por ejemplo, prescribir una resonancia magnética en estos casos, aumenta hasta un 800 % el riesgo de atribuir erróneamente el dolor a un hallazgo radiológico casual y que el paciente termine siendo operado inapropiadamente.

Revisión de conceptos tradicionales

La investigación científica ha desechado otros conceptos tradicionales. Por ejemplo:

- La mayoría de los hallazgos radiológicos, como la degeneración o fisura discal, escoliosis, espondilolistesis, o la degeneración facetaria, resultan clínicamente irrelevantes. Su presencia no modifica el diagnóstico, el tratamiento ni el pronóstico. Tampoco la protrusión/hernia discal ni la estenosis espinal, salvo que la clínica concuerde.

- El reposo en cama está contraindicado. Incluso durante el episodio doloroso conviene

mantener el mayor grado de actividad que permita el dolor, interrumpiendo solo las actividades que realmente lo desencadenen o incrementen su intensidad.

- En pacientes con lumbalgia, un colchón de firmeza intermedia es mejor que uno muy firme.

- El tratamiento farmacológico debe ser lo más breve posible. Salvo contraindicaciones, los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son la primera opción. El efecto del paracetamol no supera al placebo, y el de los mio relajantes es mínimo o inexistente en la lumbalgia inespecífica, aunque podrían ser útiles en algunos casos de cervicalgia inespecífica. Los opiáceos no son más efectivos que los AINEs, pero conllevan más riesgos y se asocian a una peor evolución del grado de discapacidad. Otros fármacos están indicados en casos específicos.

- El ejercicio es la medida preventiva más eficaz, ya que reduce el riesgo de recidiva y la duración de un eventual episodio. Cualquier tipo de ejercicio es mejor que ninguno, pero debe evitarse aquel que desencadene dolor o aumente su intensidad. En pacientes crónicos con desequilibrios musculares establecidos, podrían ser necesarios ejercicios compensatorios específicos.

Los estudios realizados han generado pruebas científicas sólidas sobre la eficacia, efectividad, seguridad y eficiencia de algunas tecnologías intervencionistas, tanto quirúrgicas como no quirúrgicas, y han demostrado la ineficacia de muchas otras. Desgraciadamente, la práctica clínica habitual difiere significativamente de lo que recomiendan las pruebas científicas disponibles, lo que reduce su efectividad y genera retrasos, riesgos, costes y sufrimientos evitables.

Dr. Francisco Kovacs

Director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE). Hospital Universitario HLA-Moncloa en Madrid

