

Reto más importante en el diagnóstico de las lumbalgias¹

Diferenciar el origen

- 90% procesos musculoesqueléticos benignos e inespecíficos.¹
- 10% enfermedades específicas que pueden precisar un rápido tratamiento.¹



Banderas Rojas en lumbalgia²

Signos somáticos de alarma.

FRACTURA/OSTEOPOROSIS²

- » **Trauma severo**, por ejemplo, debido a un accidente automovilístico, caída desde una altura o accidente deportivo.
- » **Terapia con esteroides sistémicos.**
- » **Traumatismo mínimo**; por ejemplo, tos, estornudos o levantamiento de objetos pesados, en un paciente anciano o con osteoporosis.

INFECCIÓN²

- » **Síntomas sistémicos**; por ejemplo, fiebre, escalofríos recientes, anorexia o fatigabilidad.
- » **Infección bacteriana** reciente.
- » Abuso de **drogas intravenosas.**
- » **Inmunosupresión.**
- » **Enfermedad debilitante** subyacente.
- » **Terapia de infiltración espinal** reciente.
- » **Dolor intenso por la noche.**

RADICULOPATÍA/NEUROPATÍA²

- » **Hernia de disco**, en pacientes más jóvenes es la causa más común de compresión de la raíz nerviosa.
- » **Dolor que se irradia hacia una o ambas piernas** en una distribución dermatoma, posiblemente asociado con alteraciones sensoriales como entumecimiento u hormigueo en el área del dolor y/o con debilidad.
- » **Síndrome de cauda equina**: disfunción de la vejiga y el intestino de inicio repentino, por ejemplo, retención urinaria, polaquiuria o incontinencia.
- » **Déficit sensorial perianal/perineal.**
- » **Déficit neurológico** marcado o progresivo (debilidad o déficit sensorial) en una o ambas extremidades inferiores.
- » **Mejora del dolor con empeoramiento simultáneo de la debilidad**, hasta la pérdida completa de la función del músculo segmentario (muerte de la raíz nerviosa).

TUMOR/METÁSTASIS²

- » **Paciente anciano.**
- » **Antecedentes de malignidad.**
- » **Síntomas sistémicos**, como pérdida de peso, anorexia o fatigabilidad.
- » **Peor dolor en decúbito supino.**
- » **Dolor intenso por la noche.**

ESPONDILOARTRITIS AXIAL²

- » **Dolor lumbar** que persiste durante **más de 12 semanas** en un paciente menor de 45 años.
- » **Inicio insidioso del dolor.**
- » **Rigidez matinal** (durante unos 30 minutos).
- » **Mejora del dolor lumbar con el movimiento** en lugar de en reposo.
- » **Dolor de glúteos alternados.**
- » **Despertarse** por la noche o temprano en la mañana **debido al dolor.**
- » **Rigidez progresiva de la columna.**
- » **Acompañando artritis periférica, entesitis o uveítis.**
- » **Psoriasis concomitante o enfermedad inflamatoria intestinal.**

Tabla adaptada de Chenot J-F. 2017.



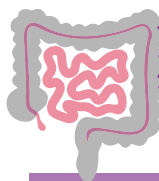
Banderas Amarillas en lumbalgia²

Signos somáticos de alarma.

FACTORES PSICOSOCIALES DE CRONIFICACIÓN²

- » **Estado de ánimo depresivo, angustia**: estrés negativo, principalmente relacionado con el trabajo.
- » **Pensamientos relacionados con el dolor**: tendencia a la catastrofización, impotencia/desesperanza, creencias de evitación del miedo.
- » **Comportamiento pasivo ante el dolor**: comportamiento marcadamente defensivo y temeroso/evitativo; comportamiento excesivamente activo ante el dolor persistencia en las tareas, conducta de supresión del dolor.
- » **Pensamientos relacionados con el dolor**: supresión de los pensamientos.
- » **Tendencia a la somatización.**

Tabla adaptada de Chenot J-F. 2017.



Causas Extravertebrales de lumbalgia²

Debido a **PROCESOS QUE AFECTAN A ÓRGANOS VECINOS** no pertenecientes a las estructuras óseas, musculares o disco/ligamentosas de la columna vertebral

- » **Procesos abdominales y viscerales**: colecistitis, pancreatitis.
- » **Alteraciones vasculares**: aneurismas aórticos.
- » **Causas ginecológicas**: endometriosis.
- » **Causas urológicas**: urolitiasis, tumores renales, abscesos perinéfricos
- » **Enfermedades neurológicas**: neuropatía periférica
- » **Enfermedades mentales y psicosomáticas.**

Tabla adaptada de Chenot J-F. 2017.

Bibliografía: 1. Vázquez A, Caballero JA, Rivera ME. Abordaje de la funcionalidad en la lumbalgia desde atención primaria. Pozuelo de Alarcón: Canal Editorial; 2022. 2. Chenot J-F, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pflingsten M, Schorr SG. Non-specific low back pain. Dtsch Arztebl Int. 2017;114(51-52):883-890.