

Lumbalgia

Fecha de la última revisión: **06/05/2018**

Cursos Fisterra relacionados:

- [Actualización problemas clínicos en A...](#)
- [Manejo del Dolor en Atención Primaria](#)

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Qué repercusión tiene y cuáles son sus factores de riesgo?](#)
3. [¿Cuáles son sus causas?](#)
4. [¿Cómo abordar la evaluación inicial?](#)
5. [¿Cuándo solicitar pruebas de imagen o complementarias?](#)
6. [¿Cuál es su tratamiento?](#)
7. [¿Cuándo derivar?](#)
8. [Bibliografía](#)
9. [Más en la red](#)
10. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

El **dolor lumbar (DL)** o lumbalgia es el dolor o tensión muscular localizado en la región lumbar vertebral o paravertebral, entre la última costilla y los pliegues glúteos. Según su duración puede ser **agudo** (menos de 4 semanas), **subagudo** (entre 4 y 12 semanas) y **crónico** si se prolonga más de 12 semanas (Movasat Hajkhan A, 2017).

Cuando el dolor se irradia por la extremidad inferior siguiendo un dermatoma definido se denomina **ciática, radiculopatía lumbosacra** o lumbociática, originado por la compresión de una raíz nerviosa espinal que en el 90% de los casos corresponde a la raíz L5-S1 (Wheeler GW, 2018).

¿Qué repercusión tiene y cuáles son sus factores de riesgo?

El DL es la principal causa mundial de discapacidad (GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2016). Más del 80% de las personas sufren lumbalgia alguna vez en su vida. Afecta a ambos sexos y a cualquier edad incluidas infancia y adolescencia, aunque hasta la mitad de las personas no consultan al médico por ello. La mayoría de los episodios son autolimitados y se resuelven en unas semanas. No obstante, es frecuente la evolución recurrente, desarrollando síntomas crónicos un 10-15% de los pacientes (Balagué F, 2012).

Una revisión sistemática de estudios de 54 países encontró una prevalencia global puntual de DL del 12%, y mensual del 23% (Hoy D, 2012). En España la prevalencia de lumbalgia puntual estimada en adultos es del 14,8%, mayor en mujeres (17,8%) que en hombres (11,3%), y la prevalencia de lumbalgia crónica es del 7,7% (Humbria Mendiola A, 2002).

Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud sobre problemas crónicos de salud, el DL ocupa el segundo lugar en frecuencia tras la hipertensión arterial, afectando al 17,3% de la población mayor de 15 años (IASNS, 2016).

El **coste económico** es muy elevado, siendo los costes indirectos mucho más altos que los directos o sanitarios. La lumbalgia crónica genera incapacidad en el 11-12% de la población (Balagué F, 2012), siendo una importante causa de absentismo laboral y jubilación prematura. Pese al continuo incremento del gasto sanitario no han mejorado los resultados en salud y la discapacidad global relacionada ha continuado aumentando (Traeger A, 2017).

El DL se ha relacionado con muchos **factores de riesgo**, cuyo conocimiento podría ser útil para el desarrollo de estrategias preventivas. Entre ellos están el trabajo físico cargando pesos, la obesidad, el tabaquismo, el trabajo sedentario o psicológicamente agotador, edad avanzada, sexo femenino, bajo nivel educativo y factores psicológicos como trastornos de somatización, ansiedad y depresión. Entre los factores que predisponen a **recurrencia o cronicidad** están los episodios previos de lumbalgia o ciática, edad avanzada, mala salud general, estrés psicológico o psicosocial, insatisfacción laboral, trabajos con cargas físicas y discapacidad previa (Maher C, 2017; Wheeler GW, 2018).

¿Cuáles son sus causas?

El DL es un síntoma muy común con múltiples posibles causas, generalmente benignas y autolimitadas (tabla 1). A efectos prácticos y una vez descartado un origen extralumbar, los pacientes atendidos por lumbalgia en atención primaria pueden clasificarse en cuatro categorías (Bardin LD, 2017; Traeger A, 2017; Wheeler GW, 2018):

- La gran mayoría (85-90%) tendrán un **dolor lumbar inespecífico (DLI)**, donde no se identifica patología subyacente específica ni estructura anatómica causante del dolor. Su diagnóstico se realiza tras la exclusión de otras causas. Aunque se atribuye de forma genérica a procesos musculoesqueléticos benignos, degenerativos o traumáticos, no se recomienda intentar identificar las estructuras anatómicas causantes del dolor, dada la baja validez de las pruebas diagnósticas.
- En torno al 5-10% presentarán un **dolor radicular**, con síntomas de radiculopatía o de claudicación neurógena. La causa más frecuente de radiculopatía lumbosacra son las protrusiones y hernias discales. La claudicación neurógena es característica de la estenosis del canal lumbar que aparece en edades avanzadas por factores como espondilosis, espondilolistesis y engrosamiento del ligamento amarillo.
- Entre el 2-4% tendrá una **fractura vertebral**, especialmente pacientes de edad avanzada con antecedentes de osteoporosis o de tratamiento prolongado corticoideo, en los que la fractura puede aparecer tras mínimos traumatismos.
- Menos del 1% de pacientes presentará una **causa específica** de DL que puede ser grave y/o precisar valoración y tratamiento inmediato, como cáncer, infección, espondiloartritis como la espondilitis anquilosante y síndrome de cola de caballo.

Lumbalgia mecánica	• Distensión muscular y lesiones ligamentosas. • Fractura vertebral (postraumática, osteoporótica). • Enfermedad degenerativa del disco intervertebral y/o articulaciones facetarias. • Hernia de disco. • Estenosis del canal lumbar. • Espondilolisis y espondilolistesis. • Alteraciones anatómicas (escoliosis, cifosis, síndrome de Bertolotti, etc.). • Sobrecarga funcional (embarazo, hiperlordosis, dismetrías, etc.).	
Lumbalgia no mecánica	Tumores	• Neoplasias primarias (mieloma, linfoma, tumores de la médula espinal, etc.). • Metástasis vertebrales. • Tumores óseos benignos.
	Espondiloartropatías seronegativas	• Espondilitis anquilosante. • Artritis reactiva (síndrome de Reiter). • Artritis psoriásica. • Artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn, colitis ulcerosa).
	Infecciones	• Osteomielitis. • Absceso epidural. • Absceso paravertebral.
	Otras causas	• Enfermedad de Paget. • Fibromialgia. • Enfermedad piscosomática, depresión.
Dolor referido extralumbar	• Enfermedades renales (cólico nefrítico, pielonefritis, etc.). • Enfermedades gastrointestinales (pancreatitis, colecistitis, diverticulitis, etc.). • Enfermedades genitourinarias (prostatitis, endometriosis, etc.). • Aneurisma aórtico. • Herpes zóster. • Artrosis de cadera. • Síndrome del piriforme.	

¿Cómo abordar la evaluación inicial?

La **evaluación inicial del DL agudo** en atención primaria incluye una historia clínica enfocada y un examen físico con el objetivo de:

- Identificar a los pacientes con mayor probabilidad de presentar enfermedad grave o causa específica de DL, valorando la presencia de signos de alarma.
- Decidir qué pacientes requieren pruebas de imagen y si éstas han de realizarse inmediatamente (tabla 2).

Tabla 2. Causas específicas de dolor lumbar: características clínicas y pruebas diagnósticas indicadas. (Maher C, 2017; Bardin LD, 2017; Wheeler GW, 2018)			
Posible causa	Características clave en la anamnesis y exploración física	Prueba de imagen	Estudios adicionales
Cáncer	• Historia previa de cáncer (dato más sugestivo).	• RM preferente.	• VSG.
	• Fuerte sospecha clínica, múltiples factores de riesgo, dolor nocturno y/o en varios puntos y/o en reposo. • Pérdida de peso inexplicable. • Edad >50 años.	• Rx columna. • RM si Rx negativa y persiste sospecha de cáncer y/o VSG elevada.	
Infección vertebral	• Fiebre. • Consumo de drogas vía intravenosa. • Inmunosupresión. • Infección reciente. • Procedimiento quirúrgico vertebral reciente. • Dolor nocturno y/o en reposo.	• RM inmediata.	• Hemograma. • VSG y/o PCR.
Síndrome de la cola de caballo	• Retención urinaria (dato más sugestivo).	• RM inmediata.	Ninguno

	• Incontinencia fecal. • Anestesia en silla de montar. • Debilidad progresiva en miembros inferiores. • Síntomas neurológicos a varios niveles.		
Déficit neurológico severo/progresivo	• Debilidad progresiva. • Déficits motores no limitados a una raíz lumbosacra unilateral.	• RM inmediata.	• Considerar EMG/ENG.
Fractura vertebral	• Traumatismo. • Edad avanzada. • Uso prolongado de corticoides. • Osteoporosis o factores de riesgo de osteoporosis.	• Rx columna. • RM/TC si Rx negativa y persiste sospecha de fractura.	Ninguno
Espondilitis anquilosante	• Dolor crónico >3 meses. • Inicio a edad joven <40-45 años. • Dolor inflamatorio: inicio gradual, rigidez matutina, mejoría con ejercicio y no con reposo, dolor nocturno. • Manifestaciones extra-articulares (uveítis). • Historia familiar de espondiloartropatía. • Buena respuesta a AINEs.	• Rx artic. sacroilíacas.	• VSG y/o PCR. • HLA-B27.
Hernia discal	• Dolor irradiado y alteración sensitiva y/o motora con distribución radicular L4, L5 o S1. • Maniobra de elevación de la pierna recta o elevación cruzada de la pierna recta positivas. • Maniobra de elevación de la pierna recta o elevación cruzada de la pierna recta positivas.	Ninguna	Ninguno
	• Síntomas persistentes tras 4-6 semanas de tratamiento en pacientes candidatos a cirugía o infiltración epidural.	• RM.	• Considerar EMG/ENG.
Estenosis de canal lumbar	• Dolor bilateral irradiado a miembros inferiores (glúteos, muslos o piernas). • Edad avanzada. • Claudicación neurógena (dato más sugestivo): ◦ Dolor que mejora en sedestación o al flexionar el tronco. ◦ Dolor que empeora con la bipedestación o caminando.	Ninguna	Ninguno
	• Síntomas persistentes tras 4-6 semanas de tratamiento en pacientes candidatos a cirugía.	• RM.	• Considerar EMG/ENG.
RM: resonancia magnética; VSG: velocidad de sedimentación; Rx: radiografía simple; EMG: electromiograma; ENG: electroneurograma; AINE: antiinflamatorio no esteroideo.			

La **anamnesis** tiene mayor valor que los datos aislados de la exploración física. Incluye (Movasat Hajkhan A, 2017):

- **Antecedentes personales:** tumores, inmunodepresión, sedentarismo, obesidad, uso de drogas intravenosas, infecciones recientes, osteoporosis, tratamientos con corticoides, procedimientos previos de espalda, datos socio-laborales, problemas psicológicos, etc.
- **Características del dolor:** localización, intensidad, duración, forma de inicio, desencadenantes, traumatismos, factores que agravan y alivian, irradiación, déficits sensitivos o motores asociados, episodios previos de lumbalgia, tratamientos realizados, etc. Puede ser:
 - **Mecánico:** empeora con el movimiento, esfuerzo, cargas y determinadas posturas. Cede con reposo, descarga y posturas antiálgicas. Sugiere patología degenerativa.
 - **Inflamatorio:** insidioso, profundo, difícil de localizar, cambiante, progresivo. No cede o aumenta con el reposo y por la noche, y puede acompañarse de síntomas generales según la causa. Característico de procesos infecciosos, tumorales o inflamatorios.
 - **Radicular:** irradia por el miembro inferior y se acompaña de alteraciones sensitivas y a veces motoras según la raíz afecta. Suele presentar inicio brusco. Característico de hernia discal o estenosis de canal lumbar.
- **Síntomas acompañantes del dolor:**
 - Neurológicos: alteraciones en la fuerza o sensibilidad, incontinencia, caídas o inestabilidad en la marcha, etc.
 - Generales: pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna, etc.

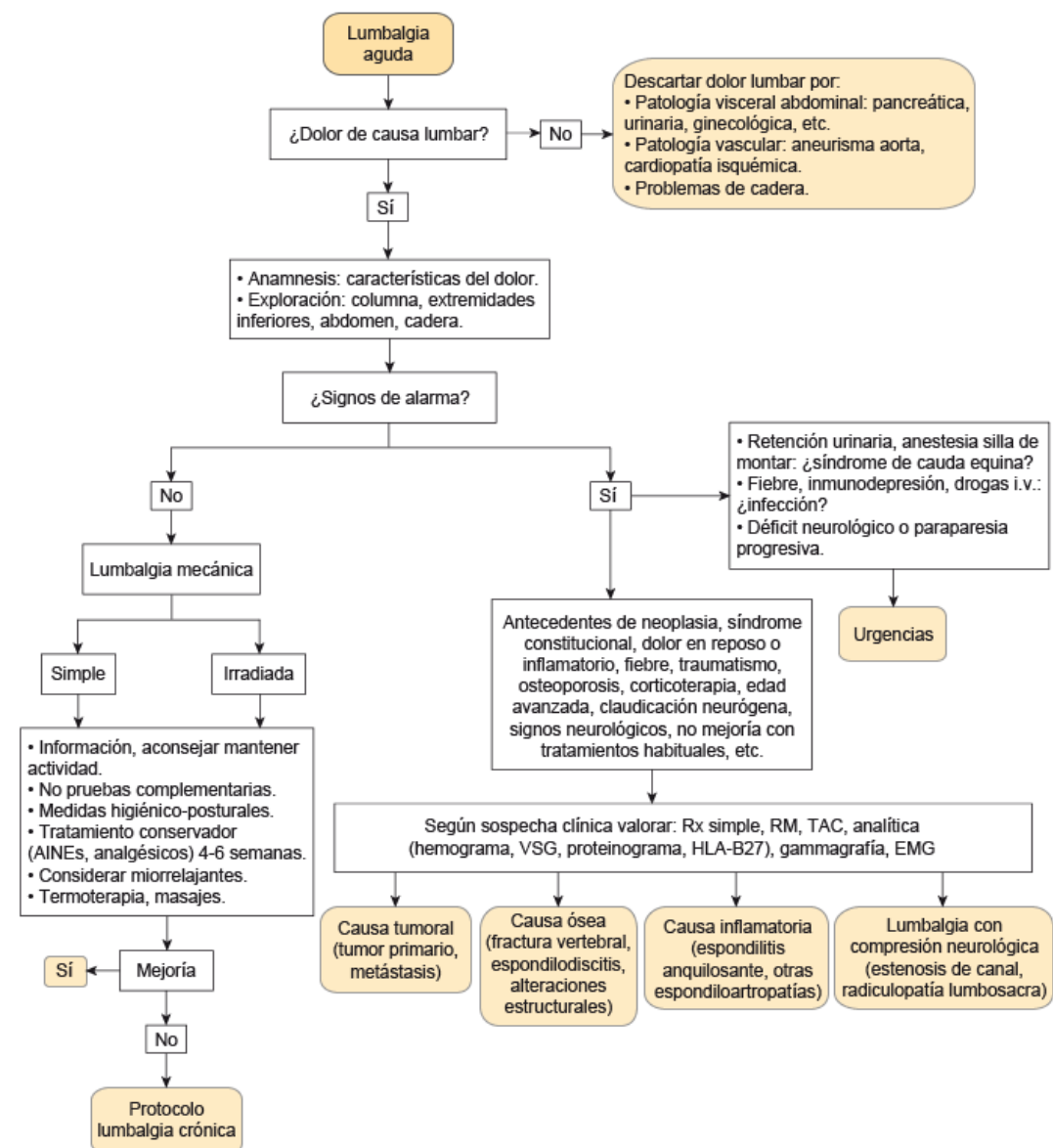
La **exploración física** se realiza en bipedestación y en decúbito. Incluye (Pérez Irazusta I, 2007):

- **Inspección:** valorar estática, postura antiálgica, marcha, deformidades (escoliosis, hiperlordosis, etc.), arcos de movilidad, prueba de Schöber (flexión anterior de la columna), lesiones cutáneas, etc.

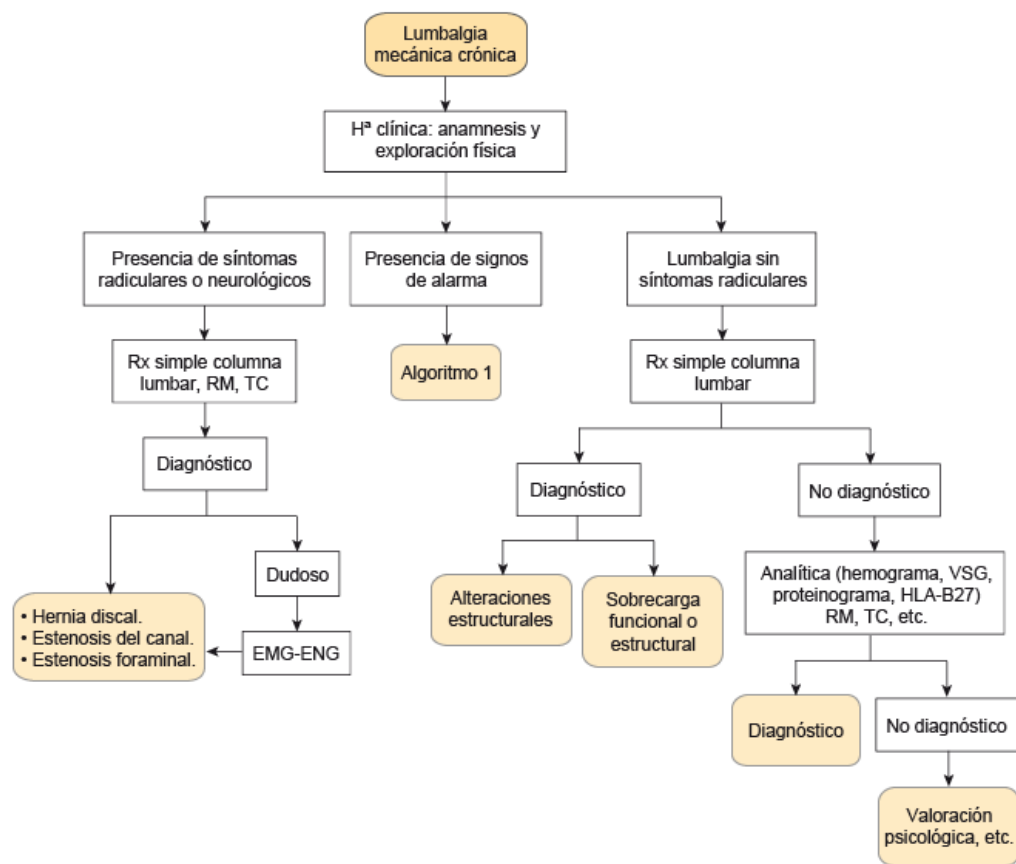
- **Palpación/percusión** de región lumbosacra y apófisis espinosas para valorar contracturas, infección, fracturas. Tanto la palpación como la exploración de la movilidad lumbar tienen una baja fiabilidad.
- **En decúbito supino:** movilidad de cadera, exploración articulaciones sacroilíacas.
- Si existe síndrome radicular o síntomas neurológicos:
 - **Elevación recta de la pierna:** maniobras de tracción radicular (Lasègue, Bragard).
 - **Exploración neurológica** de las raíces L1-S1: fuerza, reflejos y sensibilidad (incluido periné). La existencia de paresia prácticamente confirma la compresión radicular (tabla 3).
- Si la anamnesis sugiere patología infecciosa, tumoral, visceral, etc., se realizará una exploración minuciosa dirigida a la sospecha etiológica.

Tabla 3. Exploración física de las raíces lumbosacras.			
Raíz	Fuerza	Sensibilidad	Reflejos
L1	Flexión cadera	Región inguinal	
L2	Flexión y abducción de cadera	Cara anterior del muslo	
L3	Flexión y abducción de cadera Extensión de rodilla	Cara antero-interna del muslo	Rotuliano
L4	Extensión de rodilla	Cara antero-interna de pierna y tobillo	Rotuliano
L5	Flexión dorsal de tobillo Extensión primer dedo Caminar de talones	Cara lateral pierna Dorso del pie	
S1	Flexión plantar de tobillo Caminar de puntillas	Cara posterior pierna Planta y borde lateral del pie	Aquileo

Entre los **signos o señales de alarma** que sugieren enfermedad sistémica subyacente se incluyen antecedentes de cáncer, edad >50 años, pérdida de peso, duración del dolor >1 mes, dolor nocturno y falta de respuesta al tratamiento. El uso de drogas inyectables, infecciones bacterianas recientes o fiebre aumentan la sospecha de infección espinal (Wheeler GW, 2018). En revisiones sistemáticas realizadas, tener antecedentes de cáncer aumenta significativamente la probabilidad de malignidad. Y los signos que en atención primaria indican mayor probabilidad de fractura vertebral son la edad avanzada, el tratamiento prolongado con corticoides y el trauma severo (Henschke N, 2013; Downie A, 2013; Williams CM, 2013).



Algoritmo 1. Evaluación de la lumbalgia aguda.



Algoritmo 2. Evaluación de la lumbalgia mecánica crónica.

¿Cuándo solicitar pruebas de imagen o complementarias?

La realización de **pruebas de imagen** debe basarse en la sospecha clínica (Chou R, 2011):

- Si hay síntomas de compresión medular, síndrome de la cola de caballo, déficit neurológico progresivo y/o severo o sospecha de infección vertebral debe realizarse una **resonancia magnética inmediata**. Ante antecedentes de cáncer o sospecha de fractura vertebral se solicitarán pruebas de imagen en la evaluación inicial (ver tabla 2).
- No están indicadas en la valoración inicial de lumbalgia aguda o dolor radicular sin signos de alarma, pues frecuentemente se detectan anomalías inespecíficas sin claro significado patológico y se expone al paciente a radiaciones y posibles intervenciones diagnósticas o terapéuticas innecesarias. Si el dolor persiste tras 4-6 semanas de tratamiento está indicado reevaluar al paciente y valorar pruebas de imagen.

Las principales **pruebas de imagen** en la lumbalgia son las radiografías simples y la resonancia magnética (RM), y en un segundo lugar la tomografía computarizada (TC) (Pérez Irazusta I, 2007; Solà-Morales O, 2010; Reviriego Rodrigo E, 2014):

- **Radiografía simple:** indicada ante sospecha de fractura vertebral, espondilitis anquilosante, cáncer o infección y en DLI crónico o recurrente si no hay radiografía previa. Se desaconsejan las **tele-radiografías** de columna total en el adulto con DLI crónico salvo sospecha de progresión de curva escoliótica lumbar (Hernández Rodríguez MA, 2014).
- **RM:** método de elección para evaluar la morfología del disco intervertebral. Está indicada ante sospecha de infección, neoplasia, síntomas de compresión medular o síndrome de la cola de caballo, y en hernia discal o estenosis del canal en pacientes candidatos a cirugía.
- **TC:** útil para estudiar estructura ósea ante sospecha de estenosis de canal lumbar, fractura vertebral o patología facetaria.

Los datos de **laboratorio** generalmente carecen de interés, en todo caso su normalidad ayuda a excluir otras patologías. Está indicado realizar hemograma con VSG/PCR en sospecha de cáncer, infección y lumbalgia inflamatoria, en este último caso con HLA-B27.

Los estudios **electromiográficos** están indicados cuando existe déficit neurológico severo/progresivo y ante dudas diagnósticas para un planteamiento quirúrgico en la radiculopatía. La **gammagrafía** ósea puede ser útil ante sospecha de neoplasia o fractura cuando la radiología simple es normal (Hernández Rodríguez MA, 2014).

¿Cuál es su tratamiento?

El objetivo del tratamiento es reducir el dolor y sus consecuencias, incluida la discapacidad asociada. En las lumbalgias específicas el manejo depende de la etiología. Aquí se tratará exclusivamente del dolor lumbar inespecífico o dolor radicular sin signos de alarma.

Medidas no farmacológicas

Informar a los pacientes: es fundamental informar a los pacientes tras la evaluación clínica. En el DL agudo, la información debe tranquilizarle respecto a lo improbable de un problema grave como causa de su lumbalgia, el buen pronóstico en cuanto a su recuperación, la posibilidad de recurrencias y la no necesidad de pruebas de imagen iniciales. En el DL crónico, además de informar sobre el proceso es importante promover el autocuidado y alentar al paciente a mantenerse lo más activo posible y permanecer en el trabajo (Maher C, 2017).

Reposo/actividad física: las guías de práctica clínica (GPCs) recomiendan mantener la actividad siempre que sea posible y la pronta reintegración a la actividad laboral. No es aconsejable el reposo en cama salvo dolor muy intenso y el mínimo tiempo necesario (NICE, 2016; Qaseem A, 2017).

Ejercicio: no hay evidencia significativa de la efectividad del ejercicio físico en la lumbalgia aguda. Sí puede ser útil en la prevención de recurrencias tras la recuperación del DL agudo, reduciendo el riesgo de futuros episodios de DL hasta un 35% (Steffens D, 2016). En el DL crónico, una revisión Cochrane reciente concluye que el ejercicio puede mejorar el dolor y la funcionalidad física, aunque en su mayoría son efectos pequeños-moderados y no consistentes en todas las revisiones (Geneen L, 2017).

Técnicas de relajación: en el DL crónico las GPCs recomiendan como primera medida el tratamiento no farmacológico, que incluye programas de ejercicio, terapia cognitiva conductual, técnicas de relajación (tai-chi, yoga, pilates, mindfulness, relajación progresiva, etc.) y rehabilitación multidisciplinaria (Chou R, 2017). La evidencia de estas intervenciones es en general de calidad baja, y la mejoría obtenida del dolor y/o la función es pequeña, como en el caso del **yoga** (Wieland LS, 2017), el **tai-chi** (Qaseem A, 2017) y el método **pilates** (Yamato T, 2015). La elección depende de la preferencia del paciente, el coste y la accesibilidad; no hay datos que demuestren la superioridad de una sobre otra.

Termoterapia local/masajes: el **calor** local puede reducir el dolor y la discapacidad en el DL agudo o subagudo, aunque el beneficio es pequeño y de corta duración (French SD, 2006). No hay evidencia para recomendar la aplicación de frío, el TENS y las corrientes interferenciales (Pérez Torres F, 2013). El **masaje** puede mejorar el dolor a corto plazo tanto en DL agudo como crónico, pero la evidencia es de baja/muy baja calidad (Furlan A, 2015).

Manipulaciones vertebrales: la **manipulación vertebral** realizada por expertos produce mejoras modestas en el dolor y la función en el DL agudo y los brotes de DL crónico. En el 50-67% de pacientes pueden aparecer efectos secundarios musculoesqueléticos leves (dolor, rigidez muscular, cefalea) (Paige NM, 2017).

Acupuntura: no hay evidencia consistente de su eficacia en la lumbalgia. Algunos estudios encuentran un pequeño efecto a corto plazo sobre el dolor y tiene pocos efectos secundarios, por lo que puede ser una opción en pacientes interesados (Knight CL, 2017).

Psicoterapia: la terapia cognitivo-conductual, la terapia de relajación progresiva y otras terapias de reducción del estrés tipo mindfulness tienen una eficacia moderada en el dolor lumbar crónico inespecífico (Qaseem A, 2017).

En general, en el DLI no existe evidencia para recomendar el tratamiento con tracciones, fajas y corsés lumbares, plantillas, calzado de suela basculante o electroterapia (NICE, 2016; Qaseem A, 2017).

Medidas farmacológicas

En la lumbalgia inespecífica aguda o recidivante y en el dolor radicular la primera opción farmacológica son los AINEs y analgésicos. El manejo del dolor lumbar crónico hace mayor énfasis en terapias no farmacológicas y en el tratamiento de posibles comorbilidades como la depresión. Los fármacos están indicados cuando pese a esto no se consigue un control adecuado del dolor.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): son el tratamiento de primera opción en lumbalgia aguda, ciática y en ciclos cortos en lumbalgia crónica (menos de dos semanas). Consiguen una pequeña mejoría del dolor y la capacidad funcional. Siempre hay que valorar las características del paciente (edad, patologías) y los posibles efectos adversos cardiovasculares, gastrointestinales y renales. No hay evidencia que demuestre que un tipo de AINE sea más efectivo que otro (Enthoven WT, 2016; Rasmussen-Barr E, 2016; Traeger A, 2017).

Analgésicos: el **paracetamol** ha sido durante mucho tiempo primera opción terapéutica en el DL, pero una revisión Cochrane 2016 concluyó que hay evidencia de alta calidad de que no mejora el dolor ni la capacidad funcional en el DL agudo, y no está claro si tiene algún efecto en el DL crónico (Saragiotto B, 2016). Puede ser una alternativa en ancianos y pacientes con contraindicación a AINEs. La guía **NICE** recomienda no utilizarlo solo, pero si como segunda opción junto a opioides débiles si los AINEs están contraindicados o son ineficaces (NICE, 2016).

Otro analgésico alternativo muy utilizado en España para el dolor agudo es el **metamizol**, si bien no hay estudios de su efectividad y seguridad. Entre sus efectos adversos puede producir aplasia medular.

Relajantes musculares: se recomiendan los relajantes musculares no benzodiazepínicos como **ciclobenzaprina**, **metocarbamol** o **tizanidina**. Proporcionan una pequeña mejoría a corto plazo en el DL agudo. Se deben mantener menos de una semana y vigilar posibles efectos secundarios (sedación y potencial adicción). Pueden asociarse a los AINEs si con éstos no hay mejoría, aunque la evidencia al respecto es contradictoria. La guía **ACP** los incluye como primera opción como tratamiento alternativo a los AINEs en la lumbalgia aguda (Qaseem A, 2017). No se recomiendan en lumbalgia crónica (Traeger A, 2017).

Las benzodiazepinas no se recomiendan en el DL agudo ni crónico, ya que no hay evidencia de su efectividad y existe la posibilidad de abuso (Knight CL, 2017).

Opiáceos débiles (tramadol, codeína): el **tramadol** se recomienda como segunda opción en el DL agudo, dolor neuropático y DL crónico, ante el fracaso o la contraindicación de los tratamientos previos (NICE, 2016; Qaseem A, 2017). Debe administrarse el menor tiempo posible, controlar su dosificación y la aparición de efectos adversos de los opiáceos (estreñimiento, náuseas, prurito, mareo, somnolencia, tolerancia, etc.). Aunque el tramadol presenta el perfil menos desfavorable, conlleva el riesgo del síndrome serotoninérgico (Knight CL, 2017; Torres LM, 2017).

Opiáceos mayores: indicados ante dolor moderado-severo que no responde a otras terapias, a las dosis mínimas eficaces y durante el menor tiempo posible. Aunque existe evidencia de la eficacia a corto plazo en el DL crónico de opioides mayores y menores, no hay datos respecto a la efectividad y seguridad a largo plazo. Y no hay diferencias en su efectividad al compararlos con AINEs o antidepresivos (Chaparro LE, 2013). Todas las guías advierten respecto al incremento del uso de **opioides** en el DL crónico pese a sus importantes efectos adversos, y proponen disminuirlo (Traeger A, 2017).

Antidepresivos y antiepilépticos: los antidepresivos no se recomiendan en lumbalgia aguda (Pérez Torres F, 2013). En pacientes con DL crónico la **duloxetina** muestra una pequeña mejoría en el dolor y la función, y la guía ACP la recomienda como tratamiento de segunda opción en esos casos (Qaseem A, 2017). En nuestro país la duloxetina no incluye esta indicación en ficha técnica.

Los antiepilépticos como **pregabalina** o **gabapentina** se utilizan en el dolor radicular crónico, aunque la evidencia de su efectividad es insuficiente y hay que valorar sus efectos secundarios (Qaseem A, 2017). La guía NICE recomienda para tratar el dolor neuropático empezar indistintamente con **amitriptilina**, **duloxetina**, **gabapentina** o **pregabalina** (NICE, 2013).

Corticoides: se han utilizado para sustituir o potenciar la acción de los AINEs en el DL agudo y en la ciática, pero no hay evidencia de su efectividad para mejorar el dolor, por lo que no se recomiendan (Qaseem A, 2017).

Terapéuticas intervencionistas

Normalmente se aplican en las **unidades del dolor** en casos de dolor crónico y/o severo con limitación funcional, refractarios al tratamiento no invasivo. Las **inyecciones epidurales** de anestésico local y esteroides en personas con ciática aguda y severa proporcionan una mejoría inmediata, aunque modesta del dolor pero

que no se mantiene a largo plazo (Chou R, 2015). En pacientes con DL persistente y refractario una alternativa es la **denervación por radiofrecuencia**, aunque hay dudas de su efectividad en el dolor originado en articulaciones facetarias, sacroilíacas o discos intervertebrales (Maas E, 2015). En el dolor facetario se realiza rizólisis del ramo posterior de la raíz dorsal (Pérez Torres F, 2013).

Cirugía

Es la última alternativa en el DL crónico inespecífico con discapacidad asociada que no responde a tratamientos conservadores. La decisión debe basarse en una toma de decisiones compartida tras una detallada información de los riesgos/beneficios, ya que pocos pacientes consiguen la resolución completa de los síntomas. Su finalidad es estabilizar la columna lumbar. La **fusión vertebral** es la cirugía más común (Chou R, 2016).

Otra indicación de cirugía es la radiculopatía por hernia discal con dolor e incapacidad severos y/o progresión en la afectación neurológica. En comparación con la terapia no quirúrgica, la **discectomía** mejora antes el dolor en el seguimiento a corto plazo, pero los resultados son equivalentes pasados uno o dos años (Chou R, 2016).

En la estenosis de canal el tratamiento inicial debe ser conservador, pero si hay déficits neurológicos progresivos o síndrome de la cola de caballo está indicada la **laminectomía descompresiva** de los segmentos estenosados (Chou R, 2016).

¿Cuándo derivar?

- A urgencias: pacientes con déficit neurológico severo o progresivo, síndrome de cola de caballo, sospecha de fractura vertebral aguda post-traumática, sospecha de infección vertebral, aneurisma, etc.
- A reumatología: sospecha de espondiloartritis, fractura vertebral osteoporótica (sin signos de alarma), dolor lumbar persistente más de tres meses pese a tratamiento correcto.
- A traumatología: fractura vertebral susceptible de tratamiento quirúrgico, dolor radicular que no responde al tratamiento farmacológico.
- A medicina interna: sospecha de neoplasia primitiva o metastásica.
- A rehabilitación: dolor lumbar crónico persistente, pacientes con escoliosis o cifosis de reciente aparición.
- A unidades del dolor: casos de dolor crónico, severo, incapacitante, con limitación funcional, refractario al tratamiento.

Bibliografía

- Balagué F, Mannion AF, Pellisé, Cedraschi C. Non-specific low back pain. Lancet. 2012;379(9814):482-91. PubMed **PMID: 21982256**
- Bardin LD, King P, Maher CG. Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. Med J Aust. 2017;206(6):268-73. PubMed **PMID: 28359011**
- Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk DC. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(8):CD004959. PubMed **PMID: 23983011. Texto completo**
- Chou R, Hashimoto R, Friedly J, Fu R, Dana T, Sullivan S, et al. Pain management injection therapies for low back pain. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2015. **Texto completo**
- Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2011;154(3):181-9. PubMed **PMID: 21282698. Texto completo**
- Chou R. Subacute and chronic low back pain: Nonpharmacologic and pharmacologic treatment. En: Atlas SJ, Sullivan DJ, editors. UpToDate; 2017 [consultado 3-2018]. Disponible en: **<https://www.uptodate.com/contents/subacute-and-chronic-low-back-pain-nonpharmacologic-and-pharmacologic-treatment>**
- Chou R. Subacute and chronic low back pain: Surgical treatment. En: Atlas SJ, Sullivan DJ, editors. UpToDate; 2016 [consultado 3-2018]. Disponible en: **<https://www.uptodate.com/contents/subacute-and-chronic-low-back-pain-surgical-treatment>**
- Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RW, De Vet HC, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. BMJ. 2013;347:f7095. PubMed **PMID: 24335669. Texto completo**
- Enthoven WT, Roelofs PD, Deyo RA, Van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2:CD012087. PubMed **PMID: 26863524. Texto completo**
- French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. A Cochrane review of superficial heat or cold for low back pain. Spine. 2006;31(9):998-1006. PubMed **PMID: 16641776**
- Furlan A, Giraldo M, Baskwill A, Irvin E, Imamura M. Massage for low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(9):CD001929. PubMed **PMID: 26329399. Texto completo**
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016;388(10053):1545-602. PubMed **PMID: 27733282. Texto completo**
- Geneen L, Moore R, Clarke C, Martin D, Colvin L, Smith B. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2017;1:CD011279. PubMed **PMID: 28087891. Texto completo**
- Henschke N, Maher CG, Ostelo RW, De Vet HC, Macaskill P, Irwig L. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(2):CD008686. PubMed **PMID: 23450586. Texto completo**
- Hernández Rodríguez MA, Moreno Valentín G, coordinadores. Recomendaciones clínico asistenciales para abordaje integral de la lumbalgia. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias; 2014. **Texto completo**
- Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. Arthritis Rheum. 2012;64(6):2028-37. PubMed **PMID: 22231424**
- Humbería Mendiola A, Carmona L, Peña Sagredo JL, Ortiz AM; Grupo de Estudio EPISER. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. Rev Esp Reumatol. 2002;29(10):471-8. **Texto completo**
- IASNS. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. **Texto completo**
- Knight CL, Deyo RA, Staiger TO, Wipf JE. Treatment of acute low back pain. En: Atlas SJ, Sullivan DJ, editors. UpToDate; 2017 [consultado, 2-2018]. Disponible en: **<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain>**
- Maas E, Ostelo R, Niemisto L, Jousimaa J, Hurri H, Malmivaara A, et al. Radiofrequency denervation for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(10):CD008572. PubMed **PMID: 26495910. Texto completo**
- Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. Lancet. 2017;389(10070):736-47. PubMed **PMID: 27745712**
- Movasat Hajkhan A, Bohórquez Heras C, Turrión Nieves A, Álvarez de Mon Soto M. Protocolo diagnóstico del dolor lumbar mecánico. Medicine. 2017;12(26):1541-5.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE; 2016. **Texto completo**
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. NICE; 2013. **Texto completo**
- Paige NM, Miake-Lye IM, Booth MS, Beroes JM, Mardian AS, Dougherty P, et al. Association of Spinal Manipulative Therapy With Clinical Benefit and Harm for Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2017;317(14):1451-60. PubMed **PMID: 28399251. Texto completo**
- Pérez Irazusta I, Alcorta Michelena I, Aguirre Lejarcegui G, Aristegi Racero G, Caso Martínez J, Esquisabel Martínez R, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia Osakidetza. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza; 2007. **Texto completo**

- Pérez Torres F, Pérez Caballero P, Núñez-Cornejo Palomares C, Ibáñez Juliá MJ, López Buades TL, Juliá Mollá C, et al. Lumbalgia. En: Belmonte MA, Castellano JA, Román JA, Rosas JC, editores. Enfermedades Reumáticas. Actualización SVR II. Valencia: SVR; 2013. p. 741-68. Disponible en: <http://www.svreumatologia.com/enfermedades-reumaticas-2>
- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017;166(7):514-30. PubMed **PMID: 28192789. Texto completo**
- Rasmussen-Barr E, Held U, Grooten WJ, Roelofs PD, Koes BW, Van Tulder MW, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for sciatica. Cochrane Database Syst Rev. 2016;10:CD012382. PubMed **PMID: 27743405. Texto completo**
- Reviriego Rodrigo E, López de Argumedo González de Durana M, Villanueva Hernández G, Galnares Cordero L, Castelló Zamora B. Uso de la radiografía en el diagnóstico de la lumbalgia: revisión sistemática. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2014. **Texto completo**
- Saragiotto B, Machado G, Ferreira M, Pinheiro M, Abdel Shaheed C, Maher C. Paracetamol para el dolor lumbar. Cochrane Database Syst Rev. 2016; (6):CD012230. PubMed **PMID: 27271789. Texto completo**
- Solà-Morales O, Galimany J. Lumbàlgia crònica: utilització apropiada de les proves de diagnòstic per la imatge. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. **Texto completo**
- Steffens D, Maher CG, Pereira LSM, Stevens ML, Oliveira VC, Chapple M, et al. Prevention of Low Back Pain. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2016;176(2):199-208. PubMed **PMID: 26752509. Texto completo**
- Torres LM, Jiménez AJ, Cabezón A, Rodríguez MJ y el Grupo del Estudio COLUMBUS. Prevalencia del dolor irruptivo asociado al dolor crónico por lumbalgia en Andalucía (estudio COLUMBUS). Rev Soc Esp Dolor. 2017;24(3):116-24. **Texto completo**
- Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. CMAJ. 2017;189(45):E1386-95. PubMed **PMID: 29133540**
- Wheeler GW, Wipf JE, Staiger TO, Deyo RA, Jarvik JG. Evaluation of low back pain in adults. En: Atlas SJ, Sullivan DJ, Lee SI, editors. UpToDate; 2018 [consultado 3-2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults>
- Wieland LS, Skoetz N, Pilkington K, Vempati R, D'Adamo CR, Berman BM. Yoga treatment for chronic non-specific low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2017;1: CD010671. PubMed **PMID: 28076926. Texto completo**
- Williams CM, Henschke N, Maher CG, Van Tulder MW, Koes BW, Macaskill P, et al. Red flags to screen for vertebral fracture in patients presenting with low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(1):CD008643. PubMed **PMID: 23440831**
- Yamato T, Maher C, Saragiotto B, Hancock M, Ostelo R, Cabral C, et al. Pilates for low back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD010265. PubMed **PMID: 26133923. Texto completo**

Más en la red

- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2017;166(7):514-30. PubMed **PMID: 28192789. Texto completo**
- Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. CMAJ. 2017;189(45):E1386-95. PubMed **PMID: 29133540**

Autores

- Miguel Ángel Delgado Nicolás Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Silvia Ayala Luna Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Centro de Salud Los Ángeles. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.
(2) Centro de Salud Segre. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

