

Clasificación etiológica y clínica

M.L. Palomo Pinto^a, A. Rodríguez Cardoso^b y C. Barquinero Canales^c
^aMedicina Interna. ^cMFyC. C.S. de Majadahonda. ^bMFyC. C.S. de Loranca. Fuenlabrada. Madrid.

ETIOLOGÍA

El dolor lumbar es un síntoma originado por una gran variedad de procesos que pueden ser de naturaleza degenerativa, inflamatoria, infecciosa o tumoral. En la tabla I se expone la clasificación de las lumbalgias.

Alrededor del 90% de las lumbalgias¹ son debidas a una alteración mecánica de las estructuras vertebrales (arcos vertebrales anterior y posterior, disco intervertebral, ligamentos y musculatura paravertebral), en general, por sobreutilización, deformidad o microtraumatismo, en algunos casos claramente identificada, pero en la mayoría no se encuentra una causa específica relacionada. A pesar de que las alteraciones vertebrales mencionadas pueden estar implicadas en la etiopatogenia de las lumbalgias, no existe una correlación lineal entre la clínica referida por el paciente y la alteración anatómica hallada por técnicas de imagen, por lo que llegar a un diagnóstico etiológico o causal de certeza es posible sólo en un 20% de los casos, aproximadamente².

El 10% restante corresponde a patología no mecánica de la columna vertebral o bien a patología ajena a la columna. Tiene mucho interés la evaluación adecuada y temprana de este pequeño grupo de pacientes, ya que el dolor lumbar puede ser síntoma de una enfermedad de carácter grave, como el síndrome de la cola de caballo o el aneurisma disecante de aorta. Por ello, siempre debe valorarse al enfermo globalmente y tener en cuenta los diagnósticos diferenciales antes de etiquetar una lumbalgia como benigna o mecánica.

CLÍNICA

En todo paciente con dolor lumbar se debe proceder a realizar la historia clínica y la exploración física, según se ha establecido en un capítulo anterior de esta monografía, lo que nos pondrá en condiciones de realizar un diagnóstico sindrómico (fig. 1) y aproximarnos a una causa de la lumbalgia.

Dolor lumbar mecánico simple

Se trata de un dolor local producido por alteraciones de la columna vertebral, estructurales o por sobrecarga funcional o postural³. Es el tipo de lumbalgia más frecuente. Los procesos causales más comunes se resumen en la tabla II.

Las fracturas (traumáticas o patológicas) y las hernias discales agudas a menudo se inician bruscamente y el paciente puede recordar con frecuencia de una forma precisa el acontecimiento que rodeó al inicio del dolor. Lo describe como un golpe unilateral en la región lumbar mientras realizaba algún deporte o levantaba peso, quedándole posteriormente una limitación de la movilidad por el dolor.

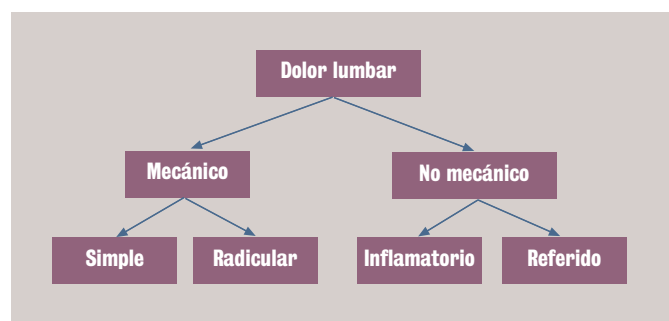
Las distensiones musculares o ligamentosas se hacen evidentes horas después de terminar la actividad excesiva, prolongada o des-

TABLA I Clasificación etiológica

Lumbalgias mecánicas
Lumbalgia por alteraciones estructurales
Espondilólisis
Espondilolistesis
Escoliosis
Patología discal
Artrosis interapofisarias posteriores
Lumbalgia por sobrecarga funcional y postural
Dismetrias pélvicas
Hipotonía muscular abdominal
Hipertonía muscular posterior
Sobrecargas articulares y discales
Embarazo
Sedentarismo
Hiperlordosis
Deportivas
Lumbalgia por traumatismo
Distensión lumbar
Fractura de compresión: de cuerpos vertebrales y de apófisis transversas
Subluxación de la articulación vertebral
Espondilolistesis: fractura traumática del istmo
Lumbalgias no mecánicas
Lumbalgias inflamatorias
Espondiloartritis anquilosante
Espondiloartropatías
Lumbalgias infecciosas: discitis u osteomielitis
Agudas: gérmenes piógenos
Crónicas: tuberculosis, brucelosis, hongos
Lumbalgias tumorales
Tumores óseos benignos: osteoma osteoide, osteoblastoma, tumor de células gigantes, hemangioma, fibroma, lipoma
Tumores óseos malignos: mieloma múltiple, sarcoma ostogénico, linfoma, osteosarcoma
Metástasis vertebrales: mama, próstata, pulmón, riñón, tiroides, colon
Tumores intrarraquídeos: meningioma, neurinoma, ependimoma
Lumbalgias no vertebrales y viscerales (dolor referido)
Patología osteoarticular no vertebral: cadera, articulaciones sacroilíacas
Patología gastrointestinal: úlcus, tumores pancreáticos, duodenales, gástricos o colónicos, pancreatitis crónica, colecistitis, diverticulitis
Patología vascular: aneurisma disecante de aorta
Patología retroperitoneal: hemorragia, linfoma, fibrosis, absceso de psoas
Patología genitourinaria: endometriosis, embarazo ectópico, neoplasia genital, de vejiga, próstata o riñón, pielonefritis, urolitiasis, prostatitis
Otras causas de lumbalgia no mecánica
Enfermedades endocrinas y metabólicas: osteoporosis con fracturas, osteomalacia, sacromegalia, alteraciones de las paratiroides, condrocalcinosis, ocrónosis, fluorosis
Enfermedades hematológicas: leucemias, hemoglobinopatías, mastocitosis, mielofibrosis
Miscelánea: enfermedad de Paget, artropatía neuropática, sarcoidosis, enfermedades hereditarias
Fibromialgia, problemas psiconeuróticos

acostumbrada. Las fracturas corticales o los desgarros y torsiones del periostio producen un dolor intenso y constante, y presenta variaciones con la postura o la actividad. Generalmente, es agudo y se percibe en la zona de la columna afectada. La presión firme y la percusión reproduce el dolor.

La lumbalgia mecánica simple también puede estar provocada por una enfermedad precoz del disco, sin afección de la raíz nerviosa, o por las alteraciones de las carillas articulares interapofisarias, en general por artrosis degenerativa, que suele ser indistingui-

**Figura 1** Clasificación clínica de las lumbalgias.

ble clínicamente. La hernia discal puede causar dolor lumbar sin afección radicular.

Dolor lumbar radicular

Se define como el dolor que se produce por el compromiso de una raíz o el tronco nervioso. La localización es fija, distribuyéndose por el dermatoma que corresponde a la raíz afectada.

El dolor lumbar radicular (DLR) puede ser motivado por diferentes mecanismos: compresión, estiramiento, torsión e irritación de la raíz nerviosa. Según se expone en la tabla III, en función de la localización anatómica de la lesión nerviosa varían las causas de dolor radicular.

Durante el ataque pueden darse todas las intensidades de dolor, desde uno sordo a otro punzante e intenso, irradiado hacia la pierna⁴. Frecuentemente, se manifiesta como un dolor de carácter agudo y lancinante en el territorio de la raíz lesionada. Se exacerba con las maniobras de Valsalva. La irradiación del dolor difiere según cuál sea la raíz comprometida. Otras manifestaciones son las parestesias y la hiperalgesia de las estructuras del dermatoma correspondiente. Puede asociarse un déficit motor de los músculos, con debilidad y disminución o abolición de los reflejos osteotendinosos. Ocasionalmente, se producen edemas por estasis cuando se afectan las fibras motoras de la raíz anterior.

La distinción principal debe hacerse entre un dolor radicular verdadero y un dolor referido. Este último no se extiende por debajo de la rodilla, las maniobras de tracción son negativas y el dolor no es urente o de hormigueo, como en la afección radicular.

La *hernia discal* es la causa más frecuente, con gran diferencia sobre las siguientes, de dolor lumbar con distribución radicular. Puede aparecer de forma aguda después de un traumatismo o del uso excesivo de la columna lumbar; sin embargo, es más frecuente que el paciente presente una historia de muchos años de duración con episodios de exacerbación y de remisión. Los síntomas suelen iniciarse entre los 20 y los 30 años, y es más frecuente en los varones.

La columna lumbosacra está sujeta a grandes tensiones mecánicas durante la vida diaria, de modo que las presiones intradiscuales pueden superar la fuerza de retención del anillo fibroso⁴. El síndrome producido por la herniación discal depende del tipo, el tamaño y la localización del prolaps, así como de la integridad de los ligamentos circundantes, la anatomía local de las raíces nerviosas y el tamaño del canal raquídeo.

Cuando el dolor radicular aparece en un anciano es poco probable que se trate de una hernia discal; hay que pensar en una fractura, incluso en ausencia del antecedente de un traumatismo o en la exacerbación de una enfermedad crónica, como la artrosis de las carillas articulares. Hay que prestar atención a la sintomatología sistémica acompañante por si se tratara de un absceso o de una neoplasia que provoque una compresión en la raíz.

En el dolor radicular verdadero es obligado interrogar sobre si hay incontinencia fecal o vesical o se detecta anestesia del periné

TABLA II Causas más frecuentes de dolor lumbar mecánico simple

- Lesión traumática
- Degeneración discal
- Artrosis interapofisaria
- Osteoporosis (fracturas)
- Escoliosis
- Lipoma sacro
- Estenosis del canal espinal
- Epifisitis
- Espondilolistesis
- Enfermedad de Paget

TABLA III Causas de dolor radicular según la localización anatómica de la lesión nerviosa

- Raíz nerviosa
 - Hernia discal
 - Espondiloartrosis
 - Espondilolistesis
 - Torsión del pedículo
 - Enfermedad de Paget
 - Fractura por compresión
 - Neoplasia vertebral o metástasis
 - Aracnoiditis
 - Herpes zoster
 - Abceso epi o subdural
 - Osteomielitis
- Plexo Lumbosacro
 - Afección unilateral de múltiples raíces en relación con: cáncer, anticoagulación, aneurisma de aorta, enfermedad pélvica y amiotrofia diabética
- Nervio periférico
 - Síndrome del piriforme
 - Mononeuritis femoral o ciática relacionada con diabetes mellitus, vasculitis o traumatismo
 - Meralgia parestésica
 - Atrapamiento del nervio peroneo
 - Tumores del nervio ciático

(denominada “en silla de montar”), lo que indicaría una lesión de la cola de caballo, requiriendo derivación urgente a neurocirugía.

Dolor no mecánico

Podemos distinguir básicamente 2 tipos de dolor no mecánico: el dolor lumbar de características inflamatorias y el dolor referido desde otras estructuras.

1. Dolor inflamatorio

La rigidez matutina, el dolor lumbosacro en reposo, sobre todo nocturno son síntomas frecuentes en los pacientes con artropatías inflamatorias que afectan al esqueleto axial. Los pacientes con espondilitis anquilosante o espondilitis enteropáticas desarrollan habitualmente una sacroileítis previa a la espondiloartritis. Son enfermedades sistémicas con manifestaciones extraarticulares que nos pueden ayudar a diagnosticar la forma de artritis que provoca el dolor lumbar (iritis-espondiloartritis anquilopoyética; conjuntivitis, uretritis y balanitis-síndrome de Reiter)⁵.

Diversas causas de dolor lumbar se presentan con características inflamatorias. Si se trata de una lumbalgia infecciosa el dolor es intenso, con fiebre y afección del estado general, pudiéndose reconocer o no el foco infeccioso. La presentación clínica depende del agente. Las infecciones bacterianas son de curso agudo y presentan síntomas tóxicos, mientras que las infecciones tuberculosas y fúngicas son de evolución crónica y escasa expresión clínica (febrícula, pérdida de peso, etc.).

En el examen físico destaca la limitación de la movilidad, el espasmo muscular y la sensibilidad dolorosa a la percusión del hueso afectado.

En los pacientes con una lumbalgia, sea o no de características mecánicas, que no se resuelve en 2 ó 3 semanas y que, en algún momento de la evolución, presentan síntomas sistémicos y/o fiebre, deben evaluarse cuidadosamente los factores predisponentes o de

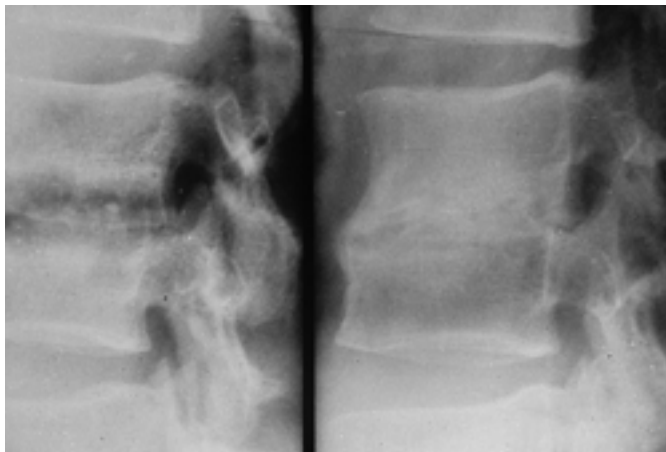


Figura 2 Discitis séptica. Alteraciones precoces y tardías, columna lumbar (radiografía). *Izquierda*) La proyección lateral pone de manifiesto la pérdida de corteza de las placas vertebrales adyacentes y el pinzamiento o estrechamiento del espacio discal. Infección del espacio discal por *Staphylococcus aureus* de un mes de duración. *Derecha*) Seis meses más tarde y después del tratamiento, hay una pérdida del espacio discal con anquilosis, regeneración del hueso nuevo y un osteofito de puente anterior. Estas anomalías son características de una infección curada.

sencadenantes de una discitis infecciosa (fig. 2) o de un sacroileítis piógena. En adultos se asocia a cirugía previa del disco; aproximadamente un 3% de las intervenciones quirúrgicas desarrollan infecciones en el espacio intervertebral que se diagnostican mediante cultivo del material aspirado del disco. Se han descrito casos de discitis asociados a sinus pilonidal séptico de larga evolución⁵.

La osteomielitis vertebral es consecuencia de una bacteriemia procedente de una fuente extraósea que puede ser identificada en el 40% de los casos (tracto genitourinario, aparato respiratorio y piel). El organismo causal más frecuentemente encontrado es el *Staphylococcus aureus*, presente hasta en un 60% en algunas series. Otros organismos que pueden causar osteomielitis son micobacterias, hongos, espiroquetas y parásitos. En pacientes ancianos y en adictos a drogas por vía parenteral se aíslan gérmenes gramnegativos (*E. coli* y *Pseudomonas aeruginosa*).

Los pacientes que han sufrido cirugía o traumatismo en la columna vertebral pueden ser infectados por organismos como *Diphtheroides* y *Staphylococcus epidermidis* y cursar con una clínica muy poco expresiva.

En los trabajadores de la industria cárnica y los pastores de ovejas habrá que sospechar en una infección por *Brucella*.

Si el dolor presenta características infiltrativas, es decir, de reciente aparición, con ritmo inflamatorio, progresivo y con rigidez vertebral, hay que sospechar un origen tumoral, sobre todo si se trata de un primer episodio de lumbalgia en un paciente de edad avanzada o con antecedentes de neoplasia.

Los tumores que afectan a la columna lumbar pueden ser benignos, como el osteoma osteoide (más frecuente), el osteoblastoma, el osteocondroma, el hemangioma o el granuloma eosinófilo, o malignos, como el mieloma múltiple (más frecuente), el condrosarcoma, el cordoma, el linfoma o las metástasis en el esqueleto.

Las metástasis son 25 veces más frecuentes que los tumores primarios en la columna vertebral. El origen son tumores de mama, próstata, pulmón, riñón, colon, cérvix uterino y vejiga.

En la médula espinal pueden hallarse metástasis extradurales, neurofibromas, meningiomas, ependimomas y astrocitomas.

En la exploración física encontramos una mayor sensibilidad localizada sobre la lesión, y una disfunción neurológica si hay compresión neural. La radiología puede ser de utilidad para localizar la lesión.

TABLA IV Dolor lumbar referido

Alteraciones gastrointestinales
Carcinoma colorrectal
Carcinoma gástrico
Carcinoma pancreático
Apendicitis retrocecal o pélvica
Pancreatitis
Diverticulitis
Colon irritable
Úlcus péptico (penetración posterior)
Alteraciones retroperitoneales
Disección aórtica
Aneurisma aórtico abdominal
Tumor, hemorragia, absceso retroperitoneal
Cólico/carcinoma renal o ureteral
Alteraciones ginecológicas
Endometriosis
Miomias uterinos
Carcinomas ginecológicos
Embarazo uterino o ectópico
Infección pelviana
Quiste/torsión de ovario
Menstruación
Otros
Prostatitis
Carcinoma prostático
Herpes zoster incipiente

2. Dolor referido

Denominamos dolor referido al que se origina en las vísceras pélvicas y abdominales y se irradia hacia la columna vertebral, no se suele modificar con el movimiento, no cede con el reposo ni con el decúbito y puede variar con la función de la víscera afectada (tabla IV). Hay una excepción importante a estas afirmaciones, el aneurisma de aorta, que es de crecimiento lento y puede ir erosionando la porción anterolateral del cuerpo vertebral y mimetizar un dolor de tipo mecánico. Por ello, en todo paciente adulto con lumbalgia se debe indagar sobre la existencia de claudicación intermitente y explorar el abdomen buscando una masa abdominal pulsátil, un soplo abdominal y palpar los pulsos periféricos.

El dolor lumbar referido rara vez es el único síntoma de enfermedad visceral, suele acompañarse de cambios en la función gastrointestinal o genitourinaria que suelen ser la clave para hallar el origen del dolor lumbar.

Los siguientes síntomas y signos hacen sospechar una enfermedad grave subyacente:

- Traumatismo reciente.
- Fiebre.
- Pérdida de peso y astenia.
- Tratamiento con esteroides.
- Tratamiento con anticoagulantes.
- Inicio después de los 50 años.
- Historia de cáncer.
- Aumento del dolor en decúbito.

Dolor lumbar crónico

Se define como la lumbalgia que dura más de 3 meses. Un 10% de las lumbalgias evolucionan hacia la cronicidad.

Las causas más comunes identificadas de DLC son la enfermedad degenerativa espinal (espondiloartrosis) y el desequilibrio postural crónico, aunque hay que tener en cuenta que la lumbalgia crónica es de origen multifactorial, por lo que a veces es difícil determinar cuál es el problema causal, ya que en su génesis pueden intervenir factores de índole psicológico y social además del orgánico.

Hay que tener en cuenta la edad¹ para orientar la etiología del dolor lumbar; en pacientes jóvenes son más frecuentes las alteraciones posturales, las fibrositis y los síndromes de inestabilidad me-

cánica. Siguiendo en orden de frecuencia, deben considerarse la espondiloartritis anquilopoyética y, por último, los tumores óseos primarios. En pacientes de mediana edad y ancianos, las causas más comunes de dolor lumbar crónico son la espondiloartrosis y las osteopatías metabólicas (principalmente, las complicaciones de la osteoporosis).

Artrosis vertebral

Es la enfermedad más frecuente de todas las que afectan a las articulaciones del ser humano. Ha recibido múltiples denominaciones: osteoartritis, artritis hipertrófica, osteoartrosis, enfermedad articular degenerativa; quizás el más adecuado es el de artrosis. Desde el punto de vista biomecánico⁶, la degeneración de las articulaciones intervertebrales puede dividirse en tres fases:

1. Disfunción. Cursa con estiramientos en las cápsulas de las articulaciones posteriores, con leve sinovitis asociadas a tensiones rotacionales del anillo fibroso que conducen a desgarros de éste. Con el tiempo pueden llegar a producir una protrusión del anillo. La manifestación clínica es el dolor y en la exploración física se aprecia una menor movilidad de la columna y una hipertonía de los músculos.

2. Inestabilidad. Se instaura cuando ha progresado la degeneración discal y la laxitud capsular de las articulaciones posteriores dando lugar a subluxaciones de estas articulaciones. El dolor en esta etapa es similar al que existe en la fase I. Más raramente, aparece un dolor radicular intermitente debido al atrapamiento de la raíz en el receso lateral del canal medular.

3. Estabilización. El segmento móvil inestable puede recuperar la estabilidad mediante la aparición de fibrosis periarticular y el desarrollo de osteofitos alrededor de las articulaciones posteriores y del disco, reduciendo la movilidad casi por completo. En esta fase mejora el dolor que ha existido durante años. No obstante, los osteofitos pueden causar estenosis degenerativa que afecta al receso lateral del canal.

Existen dos grandes patrones de artrosis: primaria, en la que no hay evidencia del factor de sobrecarga articular, y secundaria, en la que se incluyen todos los tipos de artrosis en los que se identifican factores etiológicos locales o generales.

La artrosis primaria se presenta de forma aislada o afectando a diversas articulaciones, tanto periféricas como del esqueleto axial. Existe una agregación familiar, por lo que se cree que el factor hereditario es determinante. Predomina en las mujeres en una proporción de 10:1.

Desde el punto de vista clínico puede ser asintomática o expresarse como una lumbalgia mecánica, a veces irradiada (ciatalgia). En los mayores de 50 años, los osteofitos pueden causar estenosis degenerativa del canal espinal en el receso lateral y provocar un dolor radicular. Si la estenosis afecta a la zona central, cursa con síntomas complejos derivados del compromiso radicular y vascular. Puede existir una claudicación neurógena que se caracteriza porque el dolor disminuye cuando el paciente flexiona la columna o se sienta y se reproduce con la hiperextensión. Se distingue de la claudicación intermitente de origen vascular en que ésta aparece al caminar y mejora cuando el paciente se detiene aunque permanezca de pie. El 90% de los pacientes que padecen estenosis del canal espinal presentan el síndrome de claudicación neurógena.

La hiperostosis anquilosante senil (hiperostosis esquelética difusa idiopática), descrita por Forestier y Rotés-Querol, es una forma clínica de artrosis primaria que tiene como sustrato fundamental la calcificación ligamentosa y la osificación anterior de la columna vertebral.

La artrosis secundaria tiene rasgos clínicos y radiológicos indistinguibles de la artrosis primaria, si bien en ocasiones aparecen peculiaridades que sugieren procesos subyacentes como enfermedades metabólicas (enfermedad de Wilson, hemocromatosis, ocrónosis, enfermedad de Gaucher) y enfermedades endocrinas entre las que destaca la diabetes mellitus, que ha sido mencionada como condicionante de la artrosis.

Patología por sobrecarga y postural

Cualquier alteración en el equilibrio de fuerzas o biomecánica de los elementos vertebrales puede llevar a una sobrecarga de algunas estructuras y, secundariamente, a dolor lumbar crónico mecánico. Así, las alteraciones de la estática⁷ (escoliosis, hiperlordosis, dismetría pélvica, cifosis), los desequilibrios musculares (hipotonía de la musculatura abdominal o hipertonía de la dorsal, sedentarismo, embarazo, obesidad) y las sobrecargas musculoligamentosas que se producen en el trabajo o en el deporte, pueden ser causas de lumbalgia mecánica, sin lesión estructural identificable.

En algunos pacientes hay que considerar el origen psicógeno de la lumbalgia, una vez descartadas las causas orgánicas identificables. Cuando se sospecha un origen no orgánico del DLC, hay que tratar de encuadrarlo en una de las siguientes categorías: desorden de conversión, depresión y síndrome de compensación del dolor lumbar, caracterizado por las alteraciones funcionales del trabajo o la vida sexual, familiar y social.

Muy frecuentemente, la lumbalgia ha sido desencadenada por un accidente laboral susceptible de compensación económica y se presenta como un dolor intratable que afecta a otros aspectos personales. Al presentar la demanda y lograr una compensación económica, da lugar a un período de remisión transitoria; poco tiempo después se sucede un agravamiento. Las alteraciones son más notorias en la simulación.

La simulación no corresponde a una psicopatología definida: se trata de un ventajista que miente o exagera con respecto a la presencia o gravedad de los síntomas para obtener un beneficio laboral o económico. La simulación se asocia a un contexto medicolegal, con una incongruencia clara y persistente entre la discapacidad o el dolor expresado y los hallazgos objetivos, y el paciente presenta una falta de colaboración para la evaluación diagnóstica y para el tratamiento. A veces se asocia a trastornos de personalidad. ■

Bibliografía

1. Reilly. Dolor lumbar. En: Reilly, editor. Estrategias prácticas en medicina ambulatoria. Barcelona: Editsa, 1995.
2. Moyá Ferrer F. Lumbalgia. En: Andreu JL, Barceló P, Figueroa M, Herrero-Beaumont G, Martín Mola E, Olivé A et al, editores. Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Mosby/Doyma S.A., 1996.
3. Laffon Roca A, Naredo Sánchez E. Semiología del dolor lumbar. Escuela de espalda.
4. Martín Santos JM. Hernias discales en la región lumbar. En: Vaquero J, editor. Lumbociáticas y cervicobraquialgias. Madrid: Tiempos Médicos, 1989.
5. Borenstein DG. Low back pain. En: Klippel JH, Dieppe PA, editores. Rheumatology. Londres: Mosby, 1994.
6. Martín Santos JM. Artrosis de la columna lumbar. Biomecánica del raquis. En: Andreu JL, Barceló P, Figueroa M, Herrero-Beaumont G, Martín Mola E, Olivé A et al, editores. Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Mosby/Doyma S.A., 1996.
7. Lipson SJ, Branch Jr WT. Low back pain. En: Branch WT, editores. Office Practice of Medicine (2.ª ed.). Filadelfia: Sanders Company, 1987.