



LUMBALGÍA CRÓNICA

Revisión de su importancia clínica y abordaje desde la fisioterapia

Lic. Francisco Bonilla Alvarado
Clínica de fisioterapia UCIMED.
Universidad de Ciencias Médicas

Recibido: 8/1/19
Publicado: 20/2/19

La lumbalgia se describe como una entidad clínica caracterizada por dolor en la región vertebral o paravertebral de la región lumbar, y puede extenderse desde la última costilla y los pliegues glúteos¹

Ocho de cada diez personas sufren de lumbalgia alguna vez en su vida, y constituye el 70% de todos los dolores de espalda¹. Por tanto, es bien conocido que la prevalencia de dolor lumbar es alto en la población mundial², siendo la causa más frecuente de incapacidad en la población comprendida entre los 16 y 44 años.¹ Datos presentados en el 2017 por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) reflejan que las afectaciones de dolor en la espalda son las que más incapacitan a la población laboral costarricense, según datos del Sistema de Registro, Control y Pago de Incapacidades.³ Autores mencionan que esta afectación representa un problema con alto impacto social, laboral, familiar y económico⁴, ya que las personas pueden llegar a presentar niveles significativos de discapacidad y deterioro funcional físico.

Según la etiología, la lumbalgia puede ser clasificada como inespecífica

o específica. Si existe una razón conocida, esta será considerada como específica, las cuales comprenden alrededor de un 20%, siendo las principales causas las hernias discales o fracturas osteoporóticas, y el 5% debidas a un problema grave como procesos tumorales o aneurisma de aorta¹. Por otra parte, aquellos casos donde no se conoce la etiología serán nombrados como lumbalgia inespecífica, constituyendo el 85% de los casos.²

La lumbalgia puede presentarse de manera aguda (tras un traumatismo o aumento de la intensidad y duración a de una lumbalgia existente) o crónica (período de dolor lumbar mayor a tres meses) por la afectación de algún segmento anatómico, esto comúnmente se asocia a microtraumatismos repetidos en músculos, tendones, ligamentos de la columna lumbosacra⁵. Asimismo, el dolor mecánico tiene la tendencia a exacerbarse con la actividad física o sobrecarga y mejora con el reposo y posturas antiálgicas, a diferencia de un dolor inflamatorio que aumenta con el reposo y mejor con la actividad física⁶. Por lo general, el dolor puede

ser descrito en banda desde el centro de la columna lumbar hacia los lados, sensación de opresión de la región muscular paravertebral lumbosacra, debilidad del miembro inferior asociada al dolor experimentado, además, pueden existir sensaciones radicales hacia la región glútea y rara vez se desarrollan parestesias al miembro inferior⁵.

Ante la anamnesis, es importante realizar un análisis minucioso, ya que es fundamental para la aproximación diagnóstica. Se debe realizar un reconocimiento del tipo de dolor presente, tiempo de evolución, localización, irradiaciones, relación con la postura o movimientos, factores agravantes, atenuantes, episodios previos, síntomas y signos de alarma.¹ Además, se deben tomar en cuenta los factores de riesgo como la edad (entre 20 a 50 años), el tabaquismo, la obesidad, el sexo femenino, el trabajo tanto física como el psicológicamente estresante, el sedentarismo, la insatisfacción laboral, o los trastornos psicológicos¹. Ante la exploración física, primeramente se hará una inspección visual de manera estática



(posturas antiálgicas, asimetrías, cicatrices, deformidades y demás) dinámica (exploración de la movilidad de columna) y la marcha. Ante la palpación, resulta común encontrar sensibilidad de la musculatura paravertebral⁵. Se palpará para la identificación de puntos gatillos miofasciales (cuadrado lumbar, iliopsoas, glúteo medio, iliocostal lumbar, longuísimo torácico, multifidos lumbares)⁷, articulación sacroilíaca, apófisis espinosas, crestas ilíacas y demás perfiles óseos. Por otra parte, la valoración neurológica es importante para evaluar afectaciones radiculares, entre algunas maniobras (Lasegue, Braggard, entre otras), reflejos rotulianos, aquileos, valoración de la sensibilidad y pruebas del examen manual muscular. Existen algunos hallazgos llamados banderas rojas o criterios alarmantes que deben ser remitidos a una evaluación médica completa. Entre algunos de estos signos se encuentran infecciones, fiebre, adenopatías, dolor intenso que no cede con el reposo, alteraciones de esfínteres, déficit neurológico grave por compresión de cola de caballo, tumor o masa pélvica, pacientes inmunosuprimidos, historial de cáncer o sospecha de fractura vertebral⁶. Anatómicamente existen distintos sistemas de estructuras que permiten dar la estabilidad a la región lumbar. Estos sistemas son llamados pasivos, activos y neurales. El sistema pasivo consiste en estructuras articulares no contráctiles (ligamentos, perfiles articulares, cápsulas articulares, disco intervertebral y demás), el sistema neural está conformado por los receptores neurales que reciben la información desde las estructuras pasivas y activas. Por último, el sistema activo comprende las estructuras musculares. Este sistema se puede dividir en dos principales grupos estabilizadores: globales y locales. Los músculos estabilizadores globales o multisegmentarios permiten movimientos amplios del tronco y cadera a través de músculos

grandes. Por otra parte, los músculos locales juegan un rol importante de la estabilización segmentaria lumbar, entre estos encontramos músculos de la capa profunda como lo son los multifidos, transversos abdominal, musculatura del suelo pélvico y el diafragma². Teniendo esto en cuenta, se puede inferir que el entrenamiento muscular en el proceso del tratamiento en fisioterapia es esencial para permitir dar la estabilización central, de manera que, se permita que el paciente logre controlar el movimiento del componente central durante sus actividades de movimiento dinámico del tronco y extremidades. Otras medidas terapéuticas utilizadas son la realización de estiramientos de tejidos blandos, movilizaciones neurales, técnicas de manipulación vertebral, agentes físicos y eléctricos, fisioterapia invasiva, entre otras series de técnicas. Resulta importante mencionar que la educación postural y del manejo del dolor es fundamental en el tratamiento de la lumbalgia crónica. Actualmente, se conoce que el dolor crónico es una entidad clínica compleja, toma en cuenta más allá de los modelos anatómicos, biomecánicos y físicos. El dolor es definido por la Association on the Study of Pain (IAPS) (2012) como: "Experiencia sensitiva y emocional desagradable que refleja daño titular potencial o real, o se describe en términos de dicho daño". Esta definición dada por dicha organización internacional toma en cuenta la esfera psicosocial, la cual es conocida como un factor predictor de discapacidad a largo plazo y dolor crónico⁸. Por tanto, el rol de la fisioterapia en la esfera psicosocial debe ir orientada hacia la promoción de información al paciente en razón de su educación, abordaje del temor al movimiento que pueda tener, reconocimiento de la patología y la función⁸.

Como se ha mencionado, la complejidad del dolor es un hecho contundente. Su prevalencia mundial

a nivel lumbar es una realidad que afecta a la población, sin dejar por fuera nuestro país. Su manejo mediante equipos interdisciplinarios es esencial para proveer medidas preventivas orientadas a la población⁴.

La investigación emergente sobre el dolor de origen mecánico valida el concepto de que especialidades como la fisioterapia son básicas para tratarlo, esto por su trasfondo biológico, uso del movimiento y ejercicio, métodos prácticos y sencillos⁸.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A. Movasat Hajkhan, C. Bohórquez Heras, A. Turrión Nieves y M. Álvarez de Mon Soto. Protocolo diagnóstico del dolor lumbar mecánico. *Medicine*. 2017;12(26):1541-5.
2. Finta R, Nagy E, Bender T. The effect of diaphragm training on lumbar stabilizer muscles: a new concept for improving segmental stability in the case of low back pain. *J Pain Res*. 2018 Nov 28;11:3031-3045. doi: 10.2147/JPR.S181610.
3. Caja Costarricense del Seguro Social. [Internet]. Caja Costarricense del seguro Social. 2018. Citado el 05 de febrero de 2019. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?dolores-de-espalda-son-las-que-mas-incapacitan-a-poblacion-laboral-tica>
4. Rubi Mejía R, Guevara U, Martínez E, Rivera MG, Roa-Aguirre L. Prevalencia del dolor de espalda baja en un centro interdisciplinario para el estudio y tratamiento del dolor. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Vol. 37. No. 1 Enero-Marzo 2014 pp 5-11
5. Lotke P, Abboud J, Ende J. *Ortopedia* (2 ed.). Walker Kluwer, 2016.
6. J. Sanz Sanz, A. Prada Ojeda, J.L. Andreu Sánchez y J. Mulero Mendoza. Protocolo diagnóstico de la lumbalgia mecánica crónica. *Medicine*. 2009;10(30):2035-7
7. Travell J, Simons D. *Myofascial Pain and Dysfunction The Trigger Point Manual: The Lower Extremities* (Vol 2). Lippincott Williams & Wilkins, 1997.
8. Brotzman B, Manske R. *Rehabilitación ortopédica clínica: Un enfoque basado en la evidencia* (3 ed.). Elsevier España, S. L., 2012.

