



DOLOR LUMBAR

RONALD CASTILLO

CARLOS BLANCO

MAGDALA ALI

JULIO -2012

INTRODUCCION



- Problema de salud pública.
- ↑ prevalencia y repercusión socioeconómica.
- Causa frecuente en urgencias y atención primaria.
- 2ª causa de baja laboral.
- Lumbalgia: + en mujeres y aumenta con la edad
(Max:40 y 59 a)
- Variabilidad importante en la práctica.

Importante:

- Evaluación detallada y correcta exploración para la detección precoz de las causas altamente letales.

DEFINICION

- Síndrome doloroso localizado en la región lumbar con irradiación eventual a la región glútea, caderas o parte distal del abdomen.
- En estado agudo, este síndrome se agrava por todos los movimientos y en la forma crónica solo por ciertos movimientos de la columna lumbar.



DEFINICION

Si al cuadro doloroso se le agrega el compromiso neurológico, radicular, se convierte en lumbociática y el dolor es entonces referido a una o ambas extremidades pélvicas.

Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar



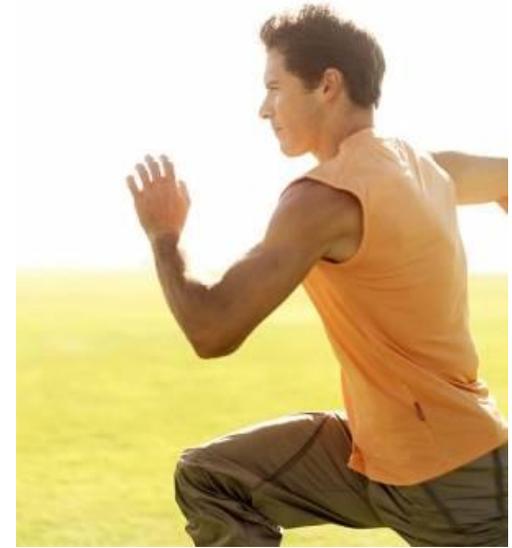


FACTORES DE RIESGO

- Discrepancia de miembros pélvicos
- Incremento en la lordosis
- Escoliosis
- Cefalea
- Dolor cervical
- Estrés
- Sedentarismo
- Sobrepeso
- Tabaquismo
- Multiparidad



FACTORES DE RIESGO



Estrés

Esfuerzo físico

Osteoartritis

Malas posturas

Traumas



Osteoporosis

Artritis

Degeneración de discos

EPIDEMIOLOGIA

- ✓ **70 a 80 %.** tendrán un episodio en su vida
- ✓ **14 %.** Duracion > 2 semanas
- ✓ **90 %.** Se resolverán de forma espontanea
- ✓ **1.5%.** Sera con irradiación ciática
- ✓ **20 a 30%** hernia discal



EPIDEMIOLOGIA

- ✓ **50%** demostrable con TAC o RNM
- ✓ **2%** requerirá Tto Qx
- ✓ **4%** Fx por compresión
- ✓ **0.7%** Ca o Mts
- ✓ **0.01%** desarrolla infección espinal



CLASIFICACIÓN

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Aguda	< 6 semanas
Sub-aguda	6 – 12 semanas
Crónica	> 12 semanas
Recurrente	L. aguda en px con episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con periodos asintomáticos de tres meses

SEGÚN UBICACIÓN E IRRADIACIÓN

Dolor lumbar no radicular	Dolor regional, sin irradiación definida
Dolor lumbar radicular	(lumbociática)
Lumbalgia compleja o potencialmente catastrófica	Dolor severo, no remitente, que se presenta aun en reposo y en la noche

LUMBALGIA AGUDA



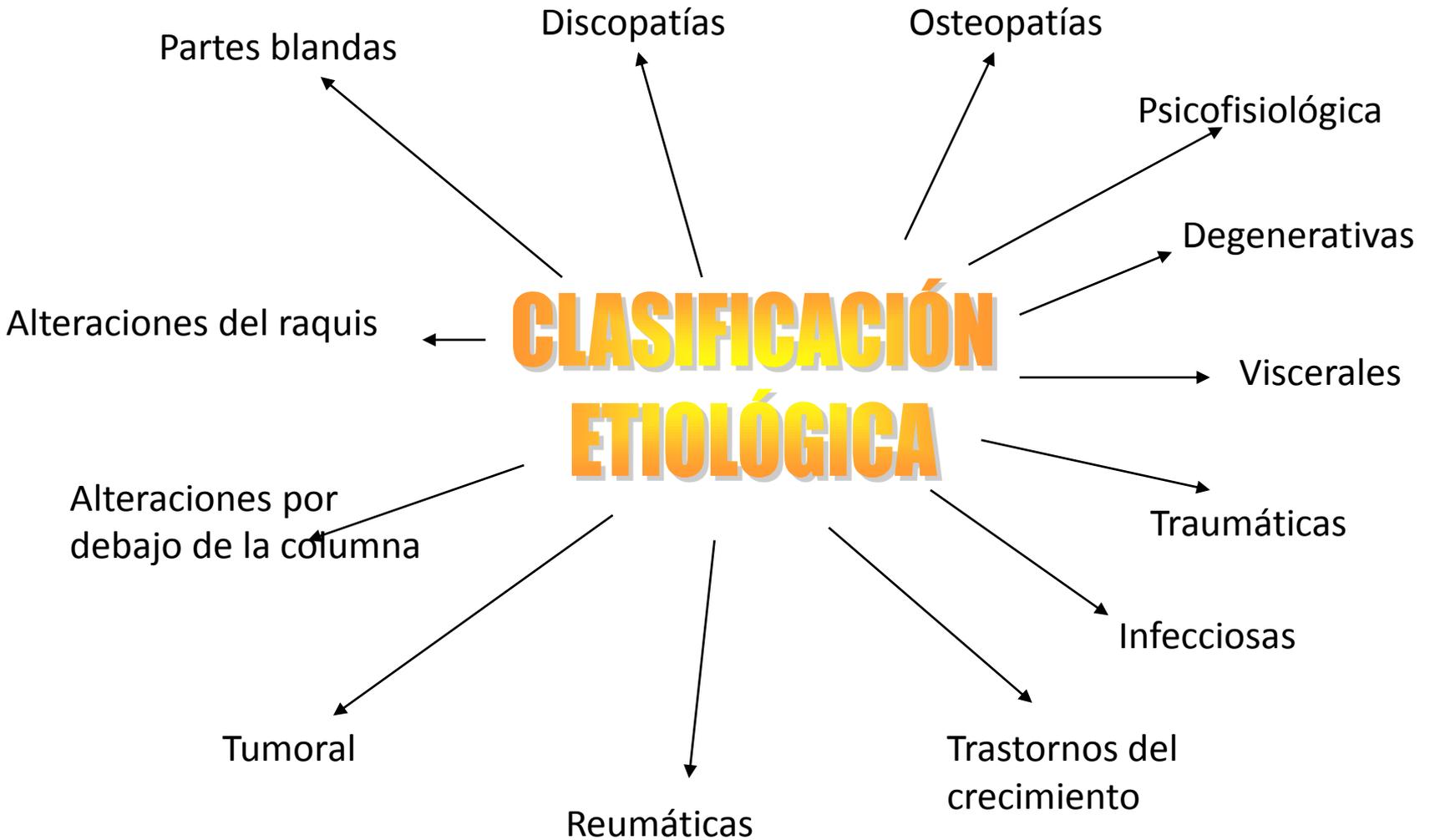
SEGÚN ETIOLOGIA

LUMBALGIA MECANICA

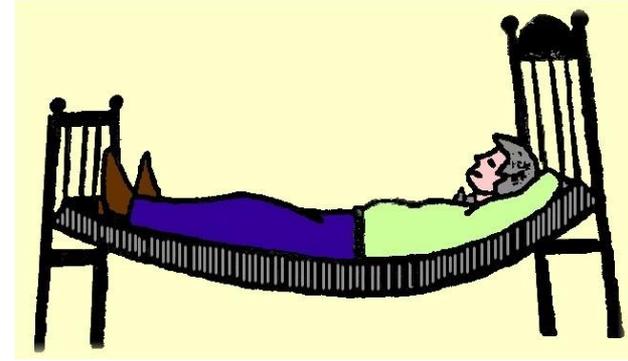
Dolor que aumenta con la movilización y disminuye con el reposo. No existe dolor nocturno espontáneo.
Originado por alteraciones estructurales, sobrecarga funcional y postural.

LUMBALGIA NO MECANICA

Dolor diurno y/o nocturno, que no cede con reposo y puede alterar el sueño. Su origen puede ser inflamatorio, infeccioso, tumoral, visceral, miscelánea.



ETIOLOGIA



- **CONGÉNITA.**-Sacralización, lumbarización, lisis o listesis, asimetría de miembros pélvicos, con desviación de columna lumbar que altera la biomecánica.
- **MECÁNICA POSTURAL.**- Por disfunción de la musculatura anterior y posterior, insuficiencia vertebral, alteraciones de postura y fuerza, por posturas funcionales (hábito, ocupación, entrenamiento) .

ETIOLOGIA



ETIOLOGIA



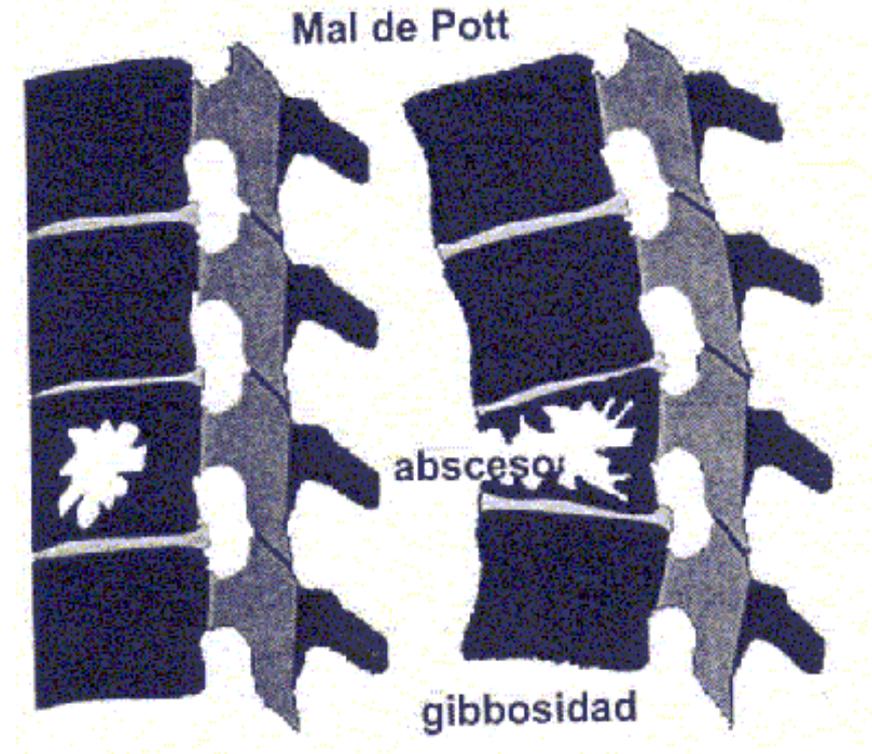
ETIOLOGIA

- **INFECCIOSA:** inmunosuprimidos, consumidores de drogas y diabéticos.
- **Infección aguda:** Por osteomielitis directa o postquirúrgica por *S. Aureus*, *E. Coli* o vía hematógena, de piel, tracto respiratorio o aparato génitourinario, puede lesionar cuerpo, disco y meninges.



INFECCIOSAS

- Tuberculosis
- Salmonelosis
- Brucelosis
- Estafilococos
- Micosis



ETIOLOGIA

○ INFLAMATORIA:

Etiología desconocida px. jóvenes.

- Crónica y progresiva, sobre articulaciones sacroiliacas y vertebrales, produce anquilosis, > en sexo masculino.

Rx:sindesmofitos (aspecto de caña de bambú).



ETIOLOGIA



METABÓLICA.-

Por descalcificación ósea, rarefacción y disminución a la resistencia mecánica.

- Se puede fracturar el cuerpo vertebral, la columna se rectifica o se produce cifosis, disminuye la talla >. Se detecta por densitometría ósea, TAC.



ETIOLOGIA

DEGENERATIVA.-

Por cambios bioquímicos e histológicos en el disco.

Se alteran músculos, ligamentos y apófisis articulares.

- Coexisten factores como: edad avanzada, metabólicos, endócrinos, constitucionales, hereditarios, ambientales, traumáticos y vasculares que tienen un efecto acumulativo.
- Rx: osteofitos, pinzamientos, plataformas irregulares, discos calcificados.



ETIOLOGIA

- **VISCERAL-**

Renal: cólico renal, pielonefritis, tumores.

Vascular: aneurisma aórtico, isquemia mesentérica.

Digestiva: pancreatitis, úlcera péptica, apendicitis, colecistitis, tumores.

Ginecológicas: embarazo, dismenorrea, endometritis, tumores.

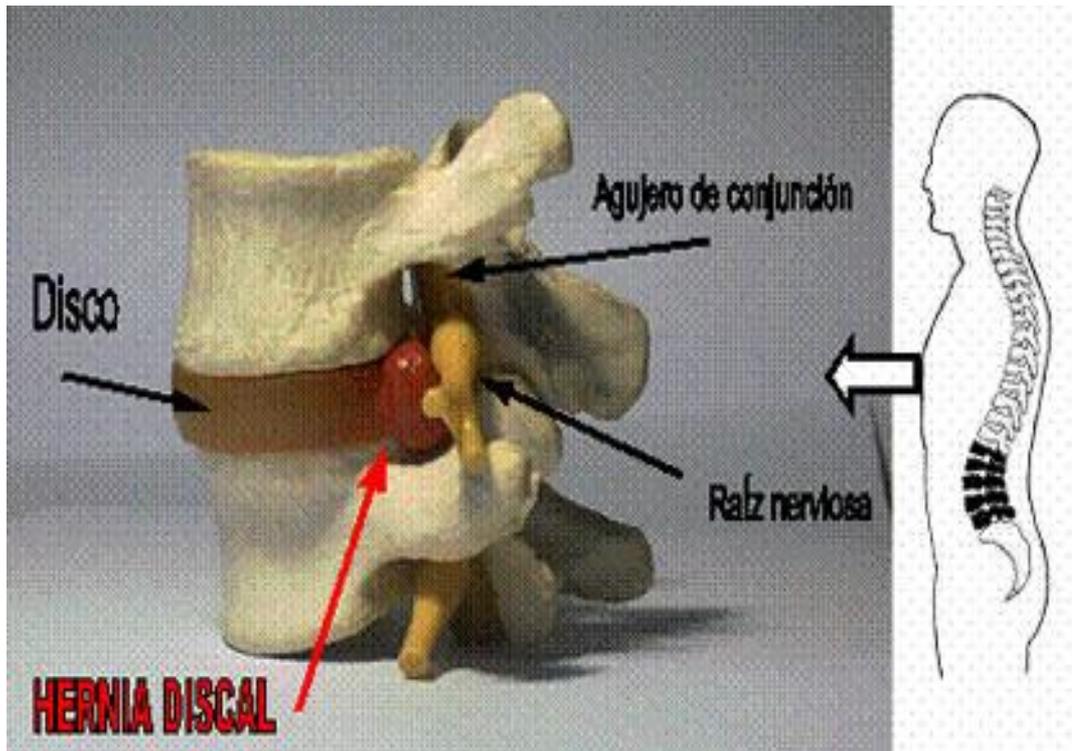


CONSIDERACIONES FUNCIONALES



- Funciones biomecánicas fundamentales: Transferencia del peso estático y dinámico del esqueleto axial y apendicular. Permitir el apoyo de los movimientos fisiológicos. Proteger las estructuras de la médula espinal y raíces nerviosas.

DISCOPATÍAS

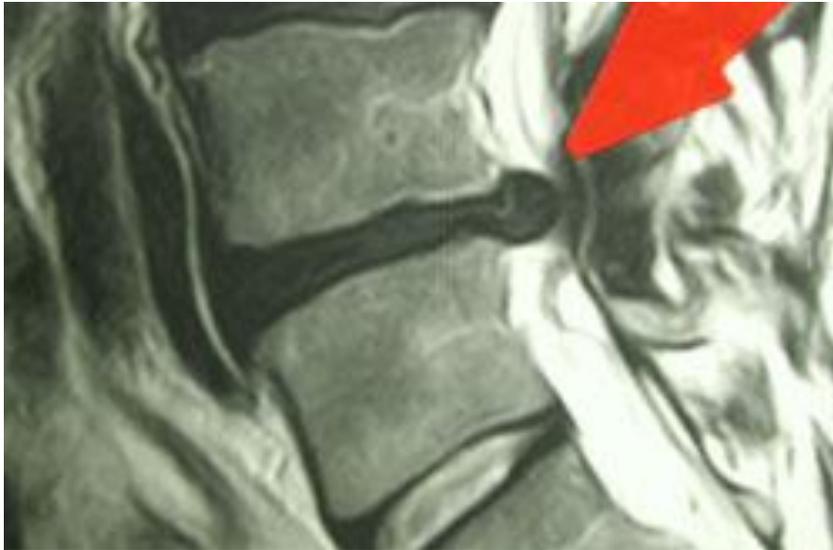


HERNIA DISCAL

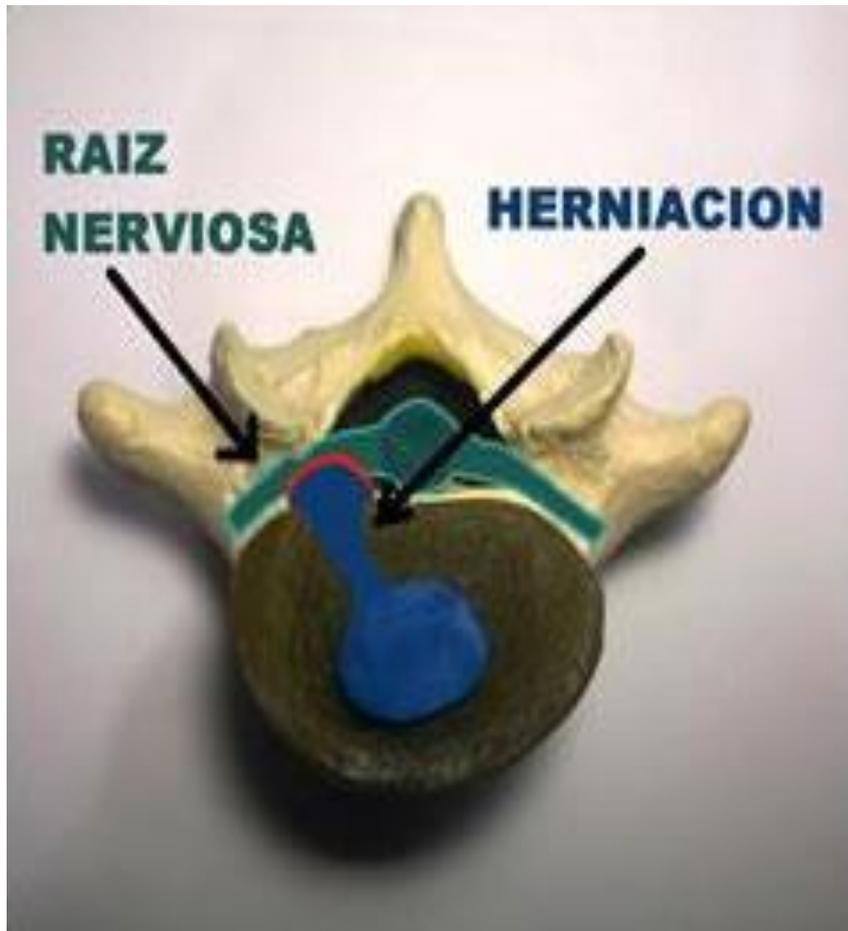
- La ciática es el 1er signo que se observa
- Definido como un dolor urente que se irradia al dermatoma de la raíz afectada acompañado de parestesias
- Mas común en L5 – S1
- Se agrava con la tos, estornudo .



Hernia de disco



DEGENERACION DE DISCO



- Cuando se combinan fenómenos degenerativos y sobrecarga, puede producirse protrusión del núcleo pulposo.

Síntomas y signos radicales

Vértebra	Distribución del dolor	Pérdida sensitiva	Pérdida motora	Pérdida de reflejos
L4	Muslo anterior a región interna de la pierna	Parte interna de la pierna a maleolo interno	Tibial anterior	Rotuliano
L5	Pierna externa a dorso del pie	Región externa de la pierna a dorso del pie	Extensor largo del dedo gordo	(Tibial posterior)
S1	Región externa del pie	Región externa del pie, planta	Peroneo largo	Aquileo
C5	Cuello a hombro y brazo	Hombro	Deltoides	Biceps, supinador
C6	Región externa del brazo a pulgar e índice	Dedo pulgar, índice	Biceps, extensores de la muñeca	Biceps, supinador
C7	Región externa del brazo a dedo medio	Dedo índice, medio	Triceps	Triceps
C8	Región interna del brazo a dedo anular, meñique	Dedo anular, meñique	Músculos de la mano	Ninguno

DIAGNOSTICO

- Historia clínica y exploración física.
- Estudios de laboratorio.
- Radiología de columna lumbosacra
- Electromiografía
- Tomografía computarizada
- Mielografía
- Densitometría
- Resonancia magnética nuclear



DIAGNOSTICO

- **HISTORIA CLINICA:**

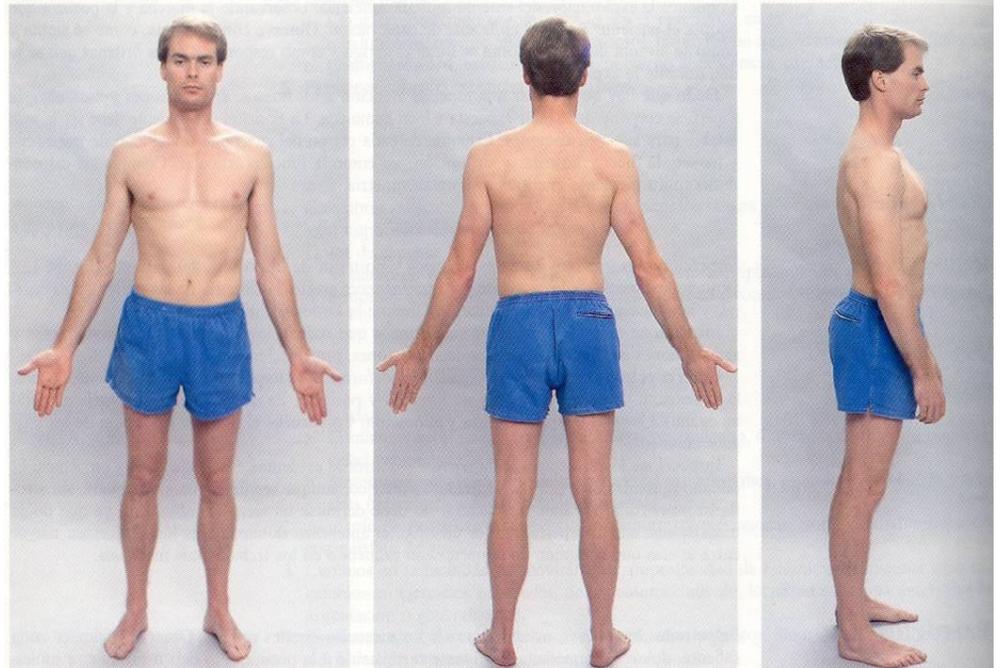
- Tipo de dolor
- Evolución
- Localización
- Factores que agravan
- Episodios previos
- Irradiación radicular
- Síntomas generales
- Discapacidad
- Enfermedades previas



DIAGNOSTICO

con el paciente de pie:

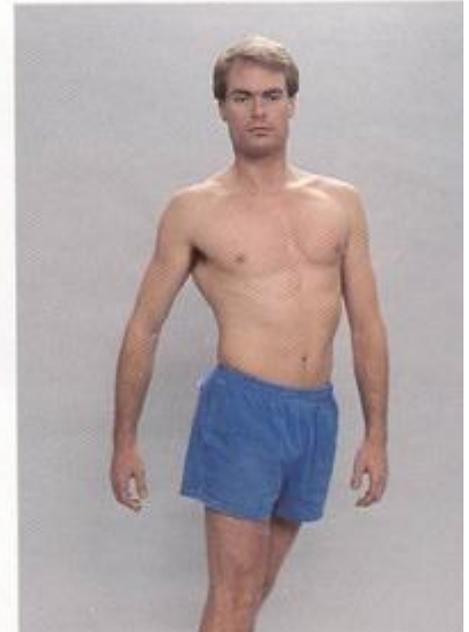
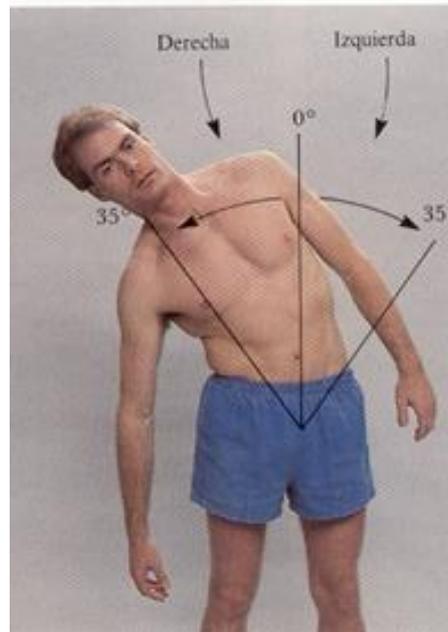
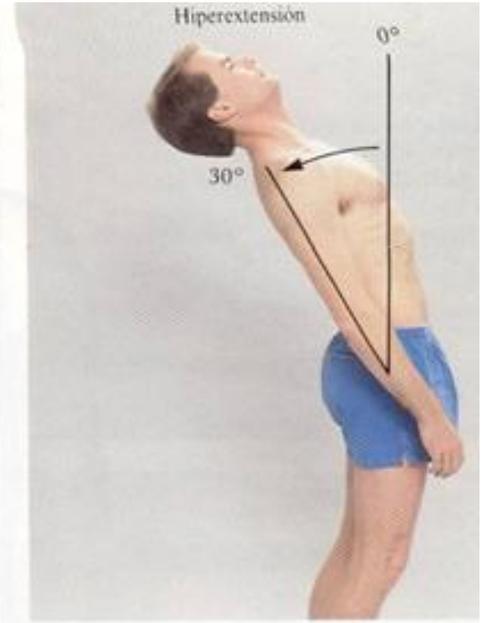
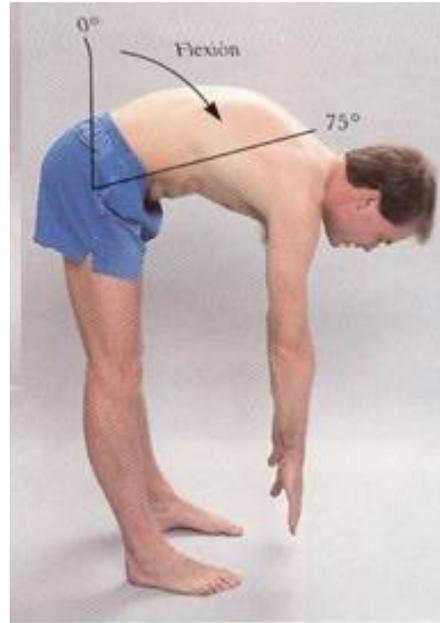
- Alineación
- Simetría
- Tamaño
- Deformidades
- Piel y tejidos sobre músculos y articulaciones (color, pliegues, tumefacción, masas)



DIAGNOSTICO

Movimientos

- Flexión
- Extensión
- Inclínación lateral derecha
- Inclínación lateral izquierda
- Rotación

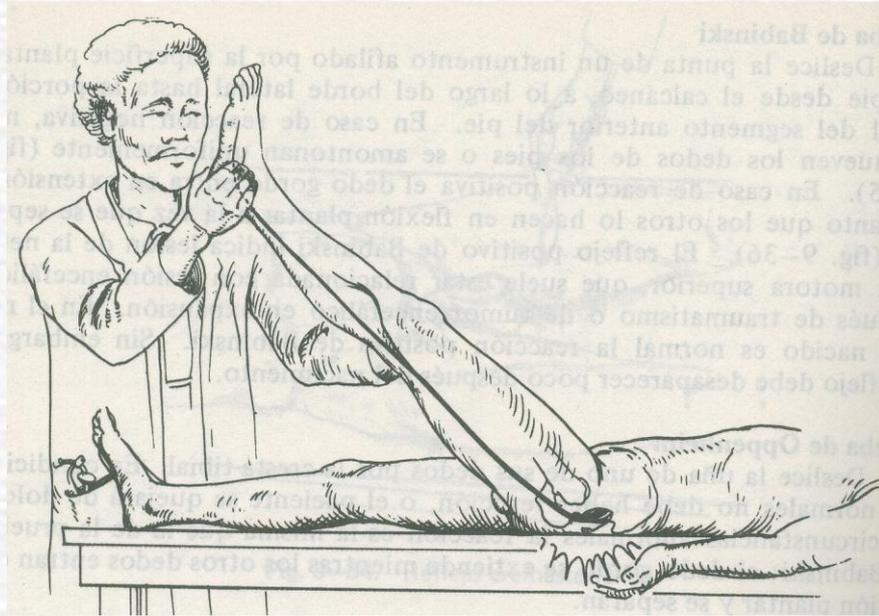


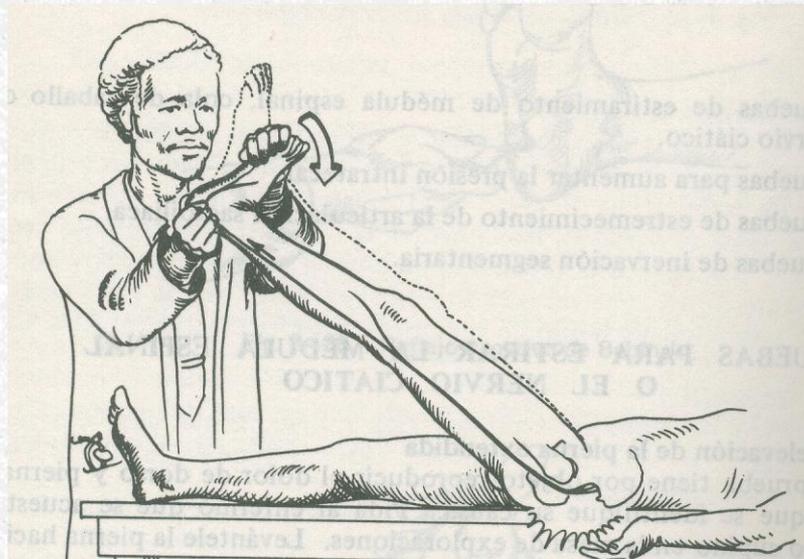
EXAMEN FÍSICO

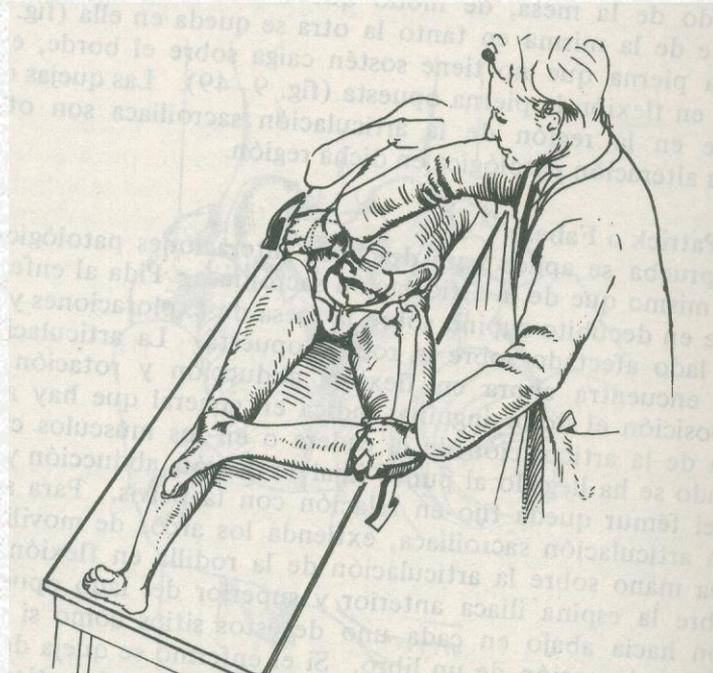
☛ Maniobras:

1. Lasegue
2. Patrik o Fabere.

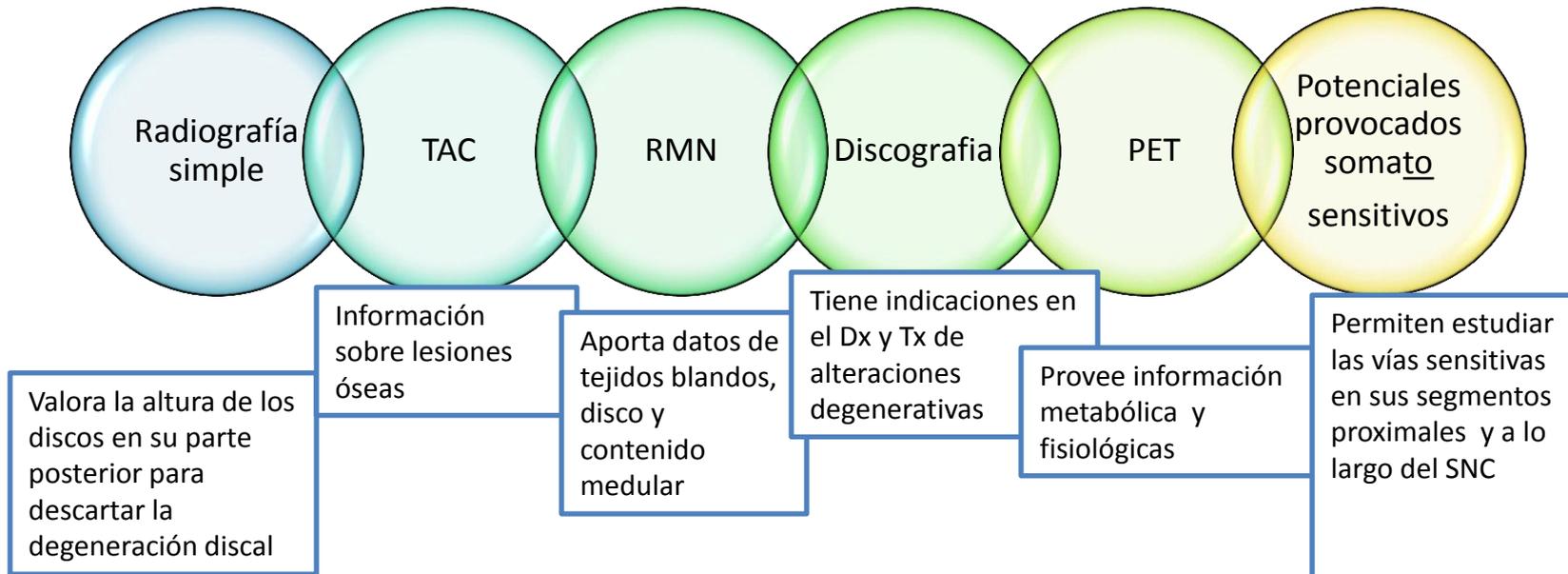








ESTUDIOS DE GABINETE



DIAGNOSTICO



RADIOGRAFÍA VALORAR:

1. ARCO POSTERIOR,
2. ALTURA DISCAL,
3. DEFINIR MÁRGENES DE LOS CUERPOS VERTEBRALES,
4. DESCARTAR DESTRUCCIÓN OSEA,
5. LESIONES LÍTICAS O BLÁSTICAS,
6. AUMENTO DE PARTES BLANDAS PREVERTEBRALES,
7. AGRANDAMIENTO O REACCIÓN OSTEOCITARIA DE LOS AGUJEROS DE CONJUNCIÓN.

RESONANCIA MAGNETICA

- No es practica en las primeras semanas de evolucion.
- Decidir un posible tratamiento quirurgico.
- Protrusion discal en 25 % de pacientes asintomaticos por debajo de los 60 años.
- No en pacientes con marcapasos, implantes ferromagneticos y clips intracraneanos.



TRATAMIENTO

- Basado en la escalera analgésica de la OMS
- Preventivo conservador, higiene de columna, con ejercicios, posturas correctas, tipos de colchón.
- Analgesia: y miorrelajantes con un AINE o con inhibidores de la COX-2, adyugar con medicamentos antidepresivos, si dolor severo, opioides, tramadol, morfina.
- Invasivo: bloqueos terapéuticos con aplicación de corticoesteroides de depósito, lidocaína y bupivacaína

TRATAMIENTO

- Soportes y corsés, elásticos o semirrígidos en la etapa aguda o en pacientes ancianos con gran alteración mecánica, con grave hipotrofia muscular abdominal.
- Quirúrgico, cuando exista compresión del saco dural o raíces nerviosas con alteración de la sensibilidad y fuerza muscular severas, en patologías congénitas, compresivas, fracturas, tumores, infecciones.



TRATAMIENTO

ULTRASONIDO: Efecto de micro masaje celular producidos por la vibración ultrasónica

LASÈR: a nivel interarticular y articulación interapósaria posterior, durante 2 a 3 veces por semana

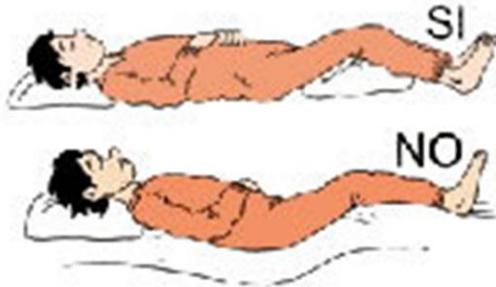


TERMOTERAPIA

- Infrarrojos: calor superficial, su acción relajante del musculo por reducción de la tensión muscular, analgésica y descontracturante
- Masaje: produce dilatación capilar (aumento de circulación) y relajación muscular. MASAJE TRANSVERSAL, LIBERACION MIOFASCIAL, ACUPRESION

PREVENCIÓN

Para dormir



Para alcanzar un objeto



Para sentarse



Al permanecer de pie mucho tiempo



PRONOSTICO

EN TERMINOS GENERALES TANTO LAS LUMBALGIAS COMO LUMBOCIATALGIAS TIENEN BUEN PRONOSTICO, PERO RESERVADAS PARA LA FUNCION.
CASI TODAS SE RECUPERAN Y MUY POCAS REQUIEREN INTERVENCION QUIRURGICA.



GRACIAS.....

