



Lumbalgia o dolor de espalda baja

Autor: Luis Néstor Gómez Espinosa, ortopedista, traumatólogo y especialista en cirugía de columna adscrito a Sports Clinic.

La lumbalgia es tal vez la forma más común de dolor axial, referido al dolor en la parte baja de la espalda a nivel de las vértebras lumbares.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el dolor de espalda baja no es ni una enfermedad ni una entidad diagnóstica, sino que se trata del dolor de duración variable en un área de la anatomía, afectada de manera tan frecuente que se ha convertido en un paradigma de respuestas a estímulos externos e internos. La incidencia y prevalencia del dolor de espalda baja son similares en el mundo, pero esta dolencia tiene rangos altos como causa de discapacidad e incapacidad para laborar, así como afección en la calidad de vida y como causa de consulta médica. En muchas ocasiones el origen es oscuro y sólo en una minoría de los casos hay una explicación directa con una enfermedad orgánica existente.²⁻⁵

De acuerdo con la Sociedad Internacional para el Estudio de la Columna Lumbar, la lumbalgia se define como el síndrome doloroso localizado en la región lumbar con irradiación eventual a la región glútea, las caderas o la parte distal del abdomen. En el estado agudo, este síndrome se agrava por todos los movimientos y en la forma crónica solamente por ciertos movimientos de la columna lumbar. Cuando al cuadro doloroso se agrega un compromiso neurológico radicular, la lumbalgia se convierte en lumbociática y el dolor es entonces referido a una o ambas extremidades pélvicas.

Hay amplia variedad en los cuidados, hecho que sugiere que existe una falta de certeza profesional acerca del abordaje adecuado. Además, prevalece el uso excesivo de los estudios de imagen y de la cirugía para el dolor de espalda baja en Estados Unidos, y muchos expertos consideran que el problema ha sido sobremedicado.⁶

La lumbalgia es una queja frecuente en la consulta externa; la mayor parte de los casos corresponde a causas mecánicas de la columna verte-

Referencias bibliográficas

1. Campin MD. Lumbalgia. *Rev Soc Per Med Inter* 2004, 17(2):50-56.
2. IMSS. Boletín de prensa núm. 095, 21 de febrero de 2005.
3. Rothman SL. The diagnosis of infections of the spine by modern imaging techniques. *Orthopedic Clinics of North America* 1996;27(1):15-31.
4. IMSS. Boletín de prensa núm. 182, 30 de marzo de 2005.
5. Ehrlich GE. Low back pain. *Bulletin of the WHO* 2003;81(9):671-676.
6. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med* 2001;344(5):363-370.
7. Van Tulder MW, Koes BW. Low back pain and sciatica. *Clin Evid* 2001;6:864-883.
8. Hoppenfeld S. Evaluación de lesiones de raíz nerviosa que afectan al tronco y la extremidad inferior. En: *Neurología ortopédica*, Hoppenfeld S. Ed. El Manual Moderno, 1981, pág. 82.

bral y/o musculatura paravertebral. Alrededor de 70-80% de las personas presentará lumbalgia en alguna etapa de su vida. Su importancia radica en la incapacidad que provoca para continuar desarrollando actividades cotidianas, así como por la incapacidad laboral que origina y porque merma la calidad de vida.^{2,5,6} Afecta por igual a hombres y mujeres, con inicio más frecuente a la edad de 30-50 años. Es la causa más común de discapacidad relacionada con el trabajo en gente menor de 45 años y la que más gastos genera laboralmente en términos de compensación a los trabajadores y gastos médicos.⁶

Podemos decir que la lumbalgia es tan frecuente que pocos son los que escapan de ella. Nachenson estima que en algún momento, durante la vida adulta, 80% de los individuos experimentará esta patología en un grado significativo. Por otro lado, las investigaciones de Horal demuestran que la lumbalgia comienza en grupos jóvenes (35 años), que de ellos 35% presentará ciática y que después de desaparecer el cuadro original agudo 90% sufrirá recidivas. Es sabido que el cuadro original de lumbalgia generalmente es de inicio agudo, mientras que la recurrencia ulterior tiende a aparecer en forma insidiosa.

El dolor crónico de espalda es una condición más difícil, ya que presenta una intrincada cubierta psicológica por la insatisfacción laboral, aburrimiento y un sistema de compensación generoso que contribuye a ello.⁵ Se debe tener en cuenta que un porcentaje de casos con esta patología está asociado a neoplasias, infecciones o patologías en órganos adyacentes. Hay que considerar que la lumbalgia es un síndrome que puede provenir de distintas patologías y tener en mente el concepto de signos de alarma para distinguir entre los que se autolimitan y entre los que tienen una enfermedad de fondo de trascendencia.¹ Habitualmente se presenta después de un gran esfuerzo (al realizar flexión o torsión); el paciente expresa que siente que algo se rompió en la región lumbar con el inicio del dolor.

Los estudios experimentales sugieren que el dolor de espalda baja se puede originar en muchas estructuras de la columna, incluyendo ligamentos,

facetar articulares, periostio vertebral, musculatura paravertebral y fascias, vasos sanguíneos, el *annulus* fibroso y las raíces nerviosas. Posiblemente el dolor de espalda baja sea causado por lesiones músculo-ligamentarias y procesos degenerativos relacionados con la edad en el disco intervertebral y en las facetar articulares.⁶ Casi 85% de los pacientes con dolor bajo de espalda aislado no puede tener un diagnóstico anatomopatológico preciso. La asociación entre la sintomatología y la imagen es débil. Los términos no específicos, tales como esguinces, lesiones por esfuerzo o procesos degenerativos, son utilizados comúnmente.⁶

Debido a que el diagnóstico anatómico es elusivo, la evaluación diagnóstica puede llegar a ser frustrante para los pacientes y para los médicos. Es útil hacer tres preguntas:⁶

- ¿Hay una enfermedad sistémica que causa el dolor?
- ¿Existe estrés social o psicológico que pueda amplificar o prolongar el dolor?
- ¿Existe compromiso neurológico que pueda requerir evaluación quirúrgica?

Diagnóstico

En el diagnóstico se debe tomar en cuenta la anamnesis (efecto sobre la actividad funcional), el tiempo de evolución (la mayoría de las lumbalgias remite alrededor de las cuatro semanas) y las características del dolor (tipo, localización, irradiación, síntomas asociados). Se han encontrado algunos síntomas de alarma o banderas rojas¹ que conducen a una investigación más profunda:

- Infección del tracto urinario
- Uso prolongado de esteroides
- Dolor en aumento que no calma con el reposo.
- Incontinencia vesical y rectal
- Retención urinaria con incontinencia por rebosamiento.
- Inmunosupresión
- Pérdida de peso
- Fiebre

Tabla I. Anamnesis

Dolor lumbar mecánico (97%)	Dolor lumbar no mecánico (1%)	Dolor lumbar referido (2%)
Lumbalgia, torsión o estiramiento 70% Enf. deg. discal y articular 10% Espondilosis, espondilolistesis 2% Hernia de disco 4% Estenosis espinal 3% Fractura traumática <1% Enfermedades congénitas <1% <ul style="list-style-type: none"> • Cifosis severa • Escoliosis severa • Vértebra transicional 	Neoplasia 0.7% <ul style="list-style-type: none"> • Carcinoma metastásico • Mieloma múltiple • Linfoma/leucemia • Tumores médula espinal • Tumores retroperitoneales Infecciones 0.01% <ul style="list-style-type: none"> • Osteomielitis • Discitis bacteriana • Abscesos paraespinales/epidurales • Endocarditis Artritis inflamatoria HLA B27 0.03%	Órganos pélvicos <ul style="list-style-type: none"> • Prostatitis • Endometriosis • Enf. inflamatoria pélvica Riñón <ul style="list-style-type: none"> • Nefrolitiasis • Pielonefritis • Absceso Vascular <ul style="list-style-type: none"> • Aneurisma aorta abdominal Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> • Pancreatitis, colecistitis, úlcera perforada

• Manifestaciones articulares inflamatorias
 Con la anamnesis es posible diferenciar tres probables aproximaciones al diagnóstico, y cada una de ellas tiene sus diagnósticos diferenciales: dolor lumbar mecánico (97%), dolor lumbar no mecánico (1%) y dolor lumbar referido (2%).

Examen físico

Resulta fundamental valorar al individuo de pie: postura, marcha, posición antiálgica, examen de la espalda, valoración de espasmo muscular, escoliosis. En la evaluación con el paciente sentado se pueden encontrar alteraciones en los reflejos osteotendinosos, elongación de raíz nerviosa, fuerza muscular, localización del dolor.

En decúbito supino también se pueden evaluar los reflejos, los signos de neurotensión como el de Lassegue, Lassegue reforzado y contralateral, Turín, signos de afección sacroilíaca como Patrick, Erichsen y cizallamiento posterior. En esta posición se valora la movilidad de la articulación coxofemoral para descartar alguna patología proveniente de la cadera. En decúbito prono se puede evaluar el dolor radicular desde la raíz L2 a L4 a través de la maniobra de Lassegue invertido (extensión del muslo).

Cuando por medio de la exploración física se detecta una alteración o déficit neurológi-

co en las extremidades inferiores, éste puede ser por afección motora, refleja o sensorial. La Tabla 1 describe los hallazgos de los tres niveles que con más frecuencia se lesionan (L3-L4, L4-L5 y L5-S1) y los agrupa de acuerdo a estos cambios encontrados en dichos niveles. Aunque esta tabla fue creada para las afecciones de disco, puede aplicarse en la clínica para tener una orientación anatómica del sitio en donde se halla el proceso patológico que afecta al paciente.

Exámenes auxiliares

Durante el primer episodio de lumbalgia y en ausencia de datos que orienten a banderas rojas, no es necesario tomar estudios de imagen, ya que no aportan nada al diagnóstico del paciente. Se solicitan exámenes simples (estudio radiográfico de columna lumbosacra en AP, lateral y oblicuas, de preferencia de pie y sin calzado) ante la sospecha de neoplasias, sintomatología focal, espondilitis anquilosante, déficit neurológico, sintomatología de larga evolución, traumatismo.

Estudios como la tomografía computarizada (TC) permiten visualizar estenosis vertebrales, hernias de disco (con contraste intratecal, mielo-TC) y artrosis de las facetas articulares. Se indica especialmente para visualizar el tejido óseo. La gammagrafía ósea tiene un papel limitado en los casos en los que hay sospecha de osteomielitis, neoplasia ósea, fractura oculta o espondilitis anquilosante; ha perdido ➔

Loxonin⁶⁰

Loxoprofeno Sódico

RÁPIDO alivio
de la **(Inflamación)**
y dolor

- Mayor potencia analgésica que los COX-2 selectivos¹
- Por ser una prodroga, presenta mínimos efectos adversos sobre el tracto gastrointestinal comparado con el resto de los AINE's²
- Sin riesgo de daño cardiovascular



NOMBRE COMERCIAL Y GÉNERICO

LOXONIN 60 Loxoprofeno Sódico

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN

Cada UNIDAD contiene:

Loxoprofeno sódico..... 60,0 mg

Excipiente c.s.p. 1 Tableta

Estructura química: Dihéato de 2-(4-(2-(6-oxoheptanoil)etil)imidazolidin-2-yl)propanoato-monosódico.

DESCRIPCIÓN

LOXONIN 60 es una droga perteneciente al grupo del Ácido fólico Proprósico, sintetizada por Sankyo Co. LTD, según como resultado de un programa de desarrollo de fármacos con características analgésicas y antiinflamatorias.

LOXONIN 60 produce una efectiva acción antiinflamatoria, que resulta principalmente de su capacidad para disminuirse los receptores periféricos al dolor a la acción de los mediadores químicos. LOXONIN 60 por ser prodroga actúa una vez que se ha convertido en su forma activa trans-CH3 después de su absorción. Esto le confiere que su efecto actúe sobre el tracto gastrointestinal una menor intensidad que los descritos para el resto de los AINE's.

LOXONIN 60 al encontrarse en el estómago no actúa, se absorbe y hasta ese momento ejerce su inhibición balanceada sobre la síntesis de prostaglandinas, lo que completa su perfil de tolerabilidad. LOXONIN 60 ha demostrado alta eficacia y tolerancia en diversos estudios clínicos. Siendo utilizado tanto en procesos inflamatorios crónicos y agudos, en patologías musculares y musculoesqueléticas, en dolores por traumatismo, post-operatorio, extracción dental, etc.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS

LOXONIN 60 ha mostrado alta efectividad como tratamiento coadyuvante en los procesos inflamatorios en diversas especialidades.

Patología reumática y musculoesquelética: Artritis reumatoide, tratamiento sintomático de la osteoartritis de mano, hombro, periartritis del hombro, dolores por traumatismo, como esguince, luxaciones, fracturas. Síndrome de hombro doloroso y dolores inflamatorios en postoperatorio.

Otorinolaringología: Sinusitis, amigdalitis, otitis, faringitis, laringitis y otitis, preferentemente en vías respiratorias altas.

Oftalmología: Entoraciones dentarias, abscesos periodontales, periodontitis, abscesos y gingivitis.

Medicina general: Cuadros inflamatorios de diversa etiología e intensidad de vías respiratorias altas, en aparato gastrointestinal y muscular musculares en general.

Gineco-obstetricia: En procesos inflamatorios de cualquier etiología como dismenorrea, amenia, enfermedad inflamatoria pélvica, cervicitis, metritis, etc.

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMIA EN HUMANOS

LOXONIN 60 es absorbido casi completamente luego de la administración oral, con una biodisponibilidad excelente luego de una dosis de 60 mg tres veces al día.

LOXONIN 60 se une fuertemente a las proteínas en más de un 99 %, en especial a la albúmina con un volumen de distribución restringido. Esto es característico de otros derivados de ciclooxigenasa en los cuales la fracción libre está entre 1-3 %.

LOXONIN 60 es metabolizado extensamente a nivel hepático, menos del 1 % no metabolizado aparece en la orina y las heces. Estudios en pacientes con insuficiencia renal o hepática han demostrado que no requieren ajuste de las dosis cuando se administra LOXONIN 60 a este grupo de pacientes.

La edad avanzada puede alterar la eliminación, resultando en una acumulación del medicamento, tal como se ha descrito con otros AINE's. Loxoprofeno sódico es una prodroga, ya que actúa después de su absorción por el tracto gastrointestinal al convertirse en metabolito activo. Como se sabe, sin el curso de su absorción, los AINE's convencionales no logran sus acciones inhibitorias la síntesis de prostaglandinas en la propia mucosa gástrica. LOXONIN 60 mantiene intacta la mucosa gástrica durante su absorción, ya que en este momento se comporta como prodroga.

El mecanismo de acción de LOXONIN 60 se basa principalmente en la inhibición del Ácido Aracidoilico, mediante el bloqueo de la enzima ciclooxigenasa. LOXONIN 60 ha demostrado una inhibición de la síntesis de prostaglandinas P₂ que cataliza la síntesis de prostaglandinas proinflamatorias, sin afectar en mayor forma la COX-1 (ciclooxigenasa 1) que participa en la síntesis de las prostaglandinas cicloprotectoras. Esta inhibición está determinada por la forma trans-CH3 forma activa del Loxoprofeno sódico.

CONTRAINDICACIONES

Pacientes con hipersensibilidad al Loxoprofeno sódico y a otros componentes de la forma del producto. Hipersensibilidad al ácido acético o a otros AINE's. Pacientes con úlcera péptica activa, asma, pólipos nasales o artrosis. Insuficiencia hepática severa, insuficiencia renal severa, niños, menores de 12 años, embarazo o lactancia.

PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA

No se administra durante el embarazo o cuando se sospeche su existencia, ni durante la lactancia o menos que a criterio médico en lactancia rigurosa. Medicamento no aconsejable. Su administración por cualquier vía debe ser restringida en caso de enfermedad del tracto digestivo. Si es indispensable su uso, el médico tratante debe tomar las medidas necesarias para proteger las vías digestivas como la posibilidad de alteraciones gastrointestinales. En pacientes con volumen sanguíneo disminuido y con bajo flujo renal, la administración de Loxoprofeno sódico y otros AINE's pueden precipitar la disfunción renal. En pacientes con mayor riesgo a presentar tal acción son: diabéticos, hipertensos, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia hepática y síndrome nefrótico. No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada.

REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSA

Con una frecuencia menor al 1 %: Gastrointestinal: Dispepsia, náusea, vómito, dolor abdominal, constipación, diarrea. Hematológica: Anemia. Dermatológica: Prurito, erupción cutánea. SNC: Cefalea. Cardiovascular: Edema.

Con una frecuencia menor al 1 %: Gastrointestinal: Alteración transitoria de la función hepática. Hematológica: Alteración del recuento celular sanguíneo. Dermatológica: Urticaria. Respiratorio: Asma aguda. Cardiovascular: Aumento de presión arterial, náusea. Cardiovascular: Alteración de los parámetros de la función renal.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS Y DE OTRO GÉNERO
No se administran conjuntamente con otros AINE's antiinflamatorios orales, líquidos, intravenosos, intramusculares, colchicina, sulfonamidas y ciclosporina.

ADVERTENCIAS EN PRUEBAS DE LABORATORIO

Se observó valores ligeramente aumentados de GOT y GPT, sin embargo, la relación con Loxonin fue desconocida, y cada fluctuación normal fue considerada como "probablemente no relacionada".

PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENÉISIS, MUTAGÉNESIS, TERATOGENÉISIS Y SOBRE LA FERTILIDAD
Ver precauciones y restricciones en citados anteriormente.

DOSES Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN: Oral. Se toma una tableta de 60 mg tres veces al día o una tableta en una sola dosis. De acuerdo a la respuesta terapéutica, la dosis se puede ajustar.

PRESENTACIONES

LOXONIN 60 con 30 tabletas de Loxoprofeno sódico de 60 mg cada una. LOXONIN 60 con 30 tabletas de Loxoprofeno sódico de 60 mg cada una.

RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO

Conservar en lugar seco y fresco a una temperatura inferior a 30°C.

LEYENDAS DE PROTECCIÓN

Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. No exceda la dosis prescrita. Manténgase fuera del alcance de los niños. No se use en el embarazo, lactancia ni en niños menores de 12 años.

NOMBRE DEL LABORATORIO Y DIRECCIÓN
SIEGFRIED RHEIN (S) FARMACIA S.R.L. DE C.V.
CORPORATIVO ARCCO, Bosque de Álamos No. 47-B, San Pío, Col. Bosque de las Lomas, Del. Cuajimalpa C.P. 05120, México, Distrito Federal.
PLANTA FARMACÉUTICA, Calle 2 No. 30 Fracc. Ind. Bordo Juárez, Querétaro, Qro. 76120

NÚMERO DE REGISTRO DE MEDICAMENTO, NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DEL IFE,
DINE-1114548 2001 Reg. Num. 19462001 SIA



SIEGFRIED RHEIN

Conciencia por la Vida

1. Annu. Rep. Sankyo Res Lab. 2001, 53:103

2. Matsuda K, et al: Japanese Journal of Inflammation. 2:263-6, 1982

su valor para detectar infecciones, comparada con la resonancia magnética.

Los estudios de imagen por resonancia magnética (IRM) tienen mejor definición de imagen en partes blandas, son menos invasivos y permiten visualizar mejor las hernias discales, las hernias residuales, la estenosis por ligamento amarillo y los tumores intrarraquídeos. En los casos en los que hay sospecha de infección es el estudio más sensible y específico por imagen para detectar aumento en la señal de agua debido a la infección.³ En las radiografías simples es visible a las ocho semanas, en los estudios de resonancia magnética los primeros cambios visibles son causados por edema e infiltrado de células inflamatorias.³

La evaluación electrodiagnóstica mediante electromiografía de aguja (EMG) y velocidad de conducción nerviosa (VCN) puede ser de utilidad para confirmar el diagnóstico, pero debe ser correspondiente con la exploración física, la sintomatología y los hallazgos de imagen debido a la alta sensibilidad y baja especificidad del estudio.

Aunque las protrusiones discales encontradas en los estudios de imagen con frecuencia son culpadas por el dolor, raramente son responsables del mismo y la cirugía casi nunca tiene éxito al tratar de aliviarlo. Ningún tratamiento aislado es mejor que otros; los pacientes prefieren terapia por manipulación, pero los estudios no han demostrado que sea superior a otros tratamientos.⁵

Condiciones clínicas

Después de que se hace el interrogatorio y la historia clínica, así como el examen físico y neurológico de las extremidades inferiores y de que se han valorado los diversos estudios de imagen y/o de gabinete, es posible detectar varias condiciones clínicas que causan la lumbalgia. Se describirán brevemente algunas de las que más se encuentran en la consulta.

El conducto lumbar estrecho o estenosis lumbar es la disminución del diámetro del conducto vertebral. Puede ser central o de los

agujeros de conjunción y se presenta por una incongruencia entre el contenido y el continente, produciendo una compresión del tejido neural y síntomas tales como dolor de las extremidades y alteraciones sensoriales o motoras. En la historia clínica ocupa un lugar importante la existencia de claudicación intermitente neurógena.

Para que tengan valor los cambios degenerativos encontrados en los estudios radiográficos iniciales, debe haber representación clínica. Cuando el disco intervertebral sufre herniación, la sintomatología suele ser muy específica y el dolor tiene una irradiación hacia el glúteo, muslo, pierna o hasta el pie, dependiendo de la raíz comprometida.

Otra causa de dolor lumbar es la osteoporosis, padecimiento en el cual hay aplastamiento espontáneo de un cuerpo vertebral. El origen de la osteoporosis puede ser terapia crónica por esteroideos, pacientes portadores de enfermedad ósea metastásica y osteoporosis posmenopáusica. Se calcula que una tercera parte de estos aplastamientos es asintomática y que en los casos sintomáticos no se presenta irradiación a las extremidades inferiores.

La lesión espinal de causa neoplásica más frecuente es el carcinoma metastásico, con síntomas insidiosos y en aumento y dolor nocturno que no mejora con el reposo. Por frecuencia participan mama, pulmón, próstata, riñón y tiroides. El mieloma múltiple es el tumor primario de hueso que más compromete a la columna. La infección es una causa poco frecuente de lumbalgia; destaca la osteomielitis secundaria a punciones por catéteres, punciones lumbares, mielografías, discografías o por cirugía. En Latinoamérica es importante el papel de la tuberculosis, la salmonelosis y la brucelosis por el compromiso óseo que se manifiesta como lumbalgia y por el probable compromiso medular y radicular y el daño neurológico secundario que produce.

La lumbociatalgia es uno de los síntomas más característicos de la herniación de disco a nivel lumbar, está presente en 95% de los casos y se desarrolla por compresión o irritación de una raíz nerviosa lumbar inferior o sacra superior. El dolor es agudo, con irradiación a la pierna, tobillo o pie, ➔

según la raíz comprometida. El dolor incrementa con acciones que producen la elongación de la raíz, como toser, estornudar o realizar la maniobra de Valsalva. Cuando el compromiso radicular es importante, hay parestesias en la zona, disminución de la fuerza de los músculos inervados por dicha raíz y reducción de los reflejos osteotendinosos.

En más de 95% de los casos, la hernia se origina por lesión del disco en los niveles L4-L5 o L5-S1, con afección de las raíces nerviosas L5 y S1, respectivamente. Existe limitación del movimiento debido al espasmo reflejo de la musculatura paraespinal. La herniación masiva del disco en la línea media es la causa más común de compresión de raíces por debajo de L1 y provoca el síndrome de cauda equina (retención urinaria, anestesia en silla de montar, disminución del tono del esfínter anal). Es una urgencia quirúrgica real.

Respecto a la espondilolisis, ocurre un defecto o fractura de la *pars interarticularis*, con mayor frecuencia afectado en L5. La secuela más común de esta lesión es la espondilolistesis, en la que ocurre un desplazamiento hacia delante de una vértebra sobre la adyacente. Otro tipo de deslizamiento proviene de cambios degenerativos y artrósicos de las facetas articulares en los niveles L4-L5, con subluxación y desplazamiento anterior de cuerpo vertebral, que causa dolor por el esfuerzo ligamentario y de las uniones intervertebrales.

Se puede producir dolor por radiculopatía debido a la compresión de la raíz a nivel de los forámenes intervertebrales y a la propia listesis, que disminuye el diámetro del conducto raquídeo. El dolor se localiza en la región lumbar, con irradiación glútea y hacia los miembros inferiores.

Los cambios encontrados en la espondiloartrosis lumbar pueden ser anteriores por afección de los espacios intersomáticos (enfermedad discal) o posteriores por afección de las facetas articulares (artrosis facetaria), con predominio de L4-L5 y L5-S1. En ocasiones, en esta patología se incluyen las articulaciones sacroilíacas. El dolor lumbar es crónico, variable y se exacerba con la hiperextensión de la columna. Esta afección se valora mejor en los estudios radiográficos laterales y oblicuos,

así como en los cortes axiales de la tomografía computarizada.

Tratamiento de la lumbalgia^{1, 2, 4}

Se considera que lo mejor es la prevención. De modo que se deben evitar las malas posturas, la obesidad, el sedentarismo y los deportes de alto impacto sin entrenamiento. Es necesario aprender a cargar objetos pesados, controlar el estrés y fortalecer el abdomen mediante ejercicios. También es importante informar al paciente que 80% de las personas con lumbalgia está libre de dolor en un lapso de cuatro semanas y que no debe tener reposo absoluto (excepto los individuos con lumbociatalgia, que lo deben llevar por cuatro días). Hay tres grupos de medicamentos que pueden utilizarse en los casos de lumbalgia:

- Analgésicos y opioides. En la población con dolor agudo de espalda baja, las revisiones sistemáticas no han hallado evidencia consistente en el uso de analgésicos contra los AINE, pero en los estudios se ha determinado que son menos efectivos en los casos de dolor crónico.
- Relajantes musculares. Reducen el dolor lumbar agudo y en los casos crónicos lo hacen por poco tiempo.
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Son más efectivos en pacientes agudos y crónicos, especialmente si se combina con vitamina B, pero no ha demostrado mejorar el dolor radicular.

No se ha observado una mejoría significativa con antidepresivos o colchicina en individuos con dolor lumbar agudo o crónico, ni en personas con datos de síndrome depresivo secundario al dolor de espalda baja.⁷ Existen otros tipos de tratamiento más invasivos, aunque son controversiales en las revisiones de la literatura mundial y generalmente tienen una utilidad limitada para mejoría de los pacientes en los casos de dolor bajo de espalda agudo o crónico. **DOLOR**