

Dolor de espalda en el anciano. Medicación e infiltraciones

M. RULL Y R. PERIÑÁN

Es difícil dar una cifra exacta de prevalencia de dolor lumbar en el anciano (DLA)¹, pero en un estudio que evalúa la problemática de la artrosis en la población española en los años 2005-2010², en edades superiores a los 60 años, sitúa la columna lumbar en segundo lugar después de la artrosis de rodilla y una de las enfermedades que produce una mayor invalidez.

La aparición de dolor de espalda en edad superior a 50 años es una de las señales de alarma que hay que tener en cuenta al evaluar inicialmente un dolor de espalda (Tabla 1)³. Aunque la enfermedad mecanico-degenerativa es la causa más frecuente de dolor lumbar (espondiloartrosis, estenosis de canal, espondilolistesis, osteoporosis), no hay que olvidar que puede estar fuera de la columna; en un 2% la lumbalgia será debida a enfermedad abdominal, pélvica o retroperitoneal. El dolor lumbar de etiología neoplásica tiene dos orígenes: invasión ósea (mieloma múltiple, metástasis) e invasión neural (plexopatía lumbosacra, carcinomatosis meníngea, síndrome de compresión espinal). La prevalencia del dolor lumbar por neoplasia es del 0,7%^{4,5}.

Es necesario tener un diagnóstico para proponer una estrategia terapéutica pero iniciaremos siempre un tratamiento analgésico sintomático mientras buscamos la etiología. Los fármacos y las infiltraciones serán opciones para conseguir los objetivos que nos debemos marcar ante el DLA: tratar el dolor, mejorar la calidad de vida y disminuir el consumo de servicios sanitarios. El DLA se presenta en el contexto de enfermedad crónica, aunque puede tener episodios de reagudización.

MEDICACIÓN

Los ancianos tienen una mayor susceptibilidad a numerosos principios activos y el 51% de las muertes por reacciones adversas a medicamentos ocurre en personas mayores de 65 años. Es importante la selección del fármaco y el ajuste posológico cuidadoso con dosis pequeñas e ir aumentando según respuesta clínica⁶. Hay que evaluar los intervalos de administración y las indicaciones de la polifarmacia por enfermedad asociada. En tratamientos crónicos monitorizar hemoglobina, función renal y hepática.

El paracetamol es el fármaco de elección en el dolor leve o moderado, con dosis máxima de 4 g/d. Los AINE, especialmente los COX-2, se indicarán en episodios de reagudización, al igual que los relajantes musculares y por periodos cortos. El tramadol estará indicado en dolor moderado que no responda a paracetamol o en combinación por efecto sinérgico. Precaución si el paciente toma antidepresivos (IMAO, ISRS o duales). Si la intensidad del dolor es importante estarán indicados los opioides del tercer escalón, de liberación retardada o por vía transdérmica. La recomendación está en prescribirlos por periodos cortos⁷; si el tratamiento se prolonga debe hacerse el seguimiento por facultativos con experiencia para valorar la eficacia, la aparición de tolerancia, sobredosis y complicaciones. Delirio y déficit cognitivo pueden presentarse en el anciano por el opioide o por otros psicofármacos. Es importante la titulación individual teniendo en cuenta la farmacocinética de cada fármaco y su enlentecimiento en el paciente geriátrico.

Unidad de Tratamiento del Dolor
Servicio de Anestesiología
Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII
Universitat Rovira i Virgili
Tarragona

Dirección para correspondencia:

María Rull
Hospital Joan XXIII
Dr. Mallafré Guasch, 4
43007 Tarragona
E-mail: mrull@datalogic.es

Tabla 1. Señales de alarma en el dolor de espalda**Datos de la historia clínica**

- Edad < 20 años o > 50 años
- Inicio insidioso del dolor
- Dolor de duración superior a las 6 semanas
- Dolor torácico
- Antecedente de trauma
- Fiebre, escalofríos y sudoración nocturna
- Exploración reciente que puede causar bacteriemia
- Dolor que no mejora a pesar de dosis supratrapéuticas de analgésicos
- Dolor que empeora por la noche
- Historia de abuso de drogas por vía parenteral
- Historia de inmunosupresión
- Pérdida de peso
- Antecedentes de neoplasia

Datos de la exploración

- Fiebre
- Hipotensión
- Hipertensión extrema
- Mal estado general
- Masa abdominal pulsátil
- Retención urinaria aguda
- Déficit neurológico progresivo

Antidepresivos tricíclicos (valorar contraindicaciones por sus efectos anticolinérgicos) y antiepilépticos (valorar somnolencia, ataxia, fatiga y náuseas) cuando la clínica es de dolor radicular⁸⁻¹⁰. Bajas dosis de corticoides por vía sistémica y en periodos cortos no están contraindicados en el dolor radicular, aunque nosotros preferimos la vía peridural o perirradicular. Los relajantes musculares al cabo de 1-2 semanas producen más efectos centrales que relajación muscular, por lo que en casos crónicos producen dependencia física y no hay evidencia de su eficacia¹¹.

INFILTRACIONES

Infiltración de puntos gatillo. No hay evidencia de su eficacia, pero hay que considerar la dificultad de una correcta exploración y diagnóstico. Los músculos implicados son el cuadrado lumbar, el psoas y el piriforme.

Los esteroides peridurales están indicados en el dolor radicular. La evidencia de su efectividad se encuentra entre moderada-fuerte para cualquiera de las vías utilizadas, interlaminar, transforaminal y caudal, con mejores resultados a corto plazo¹². El NNT para obtener un alivio del dolor de un 75% a corto plazo es de 7,3, y a largo plazo de 13 para un alivio del dolor superior al 50%¹³. Para evitar los efectos secundarios de los corticosteroides se han utilizado otros antiinflamato-

rios¹⁴. El bloqueo radicular selectivo con control radiológico es más efectivo que la infiltración a ciegas interlaminar¹⁵. Los esteroides epidurales pueden ser una alternativa a la cirugía en la estenosis de canal¹⁶⁻¹⁸.

La radiofrecuencia pulsada del ganglio de la raíz dorsal es otra opción para el tratamiento del dolor radicular en la lumbociática crónica.

Las infiltraciones facetarias son de utilidad clínica, y si el alivio del dolor es importante pero de corta duración estará indicada la radiofrecuencia del ramo medial lumbar. La evidencia es limitada (nivel III)¹⁹⁻²¹.

Para optimizar el beneficio clínico consideramos indicada la combinación de varios tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bressler HB, Keyes WJ, Rochon PA, Badley E. The prevalence of low back pain in the elderly. *Spine* 1999;24:1813-9.
2. Estudio Expert Artrosis. Tratamiento en el horizonte de los años 2005-2010 en España. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. M-49039-2004.
3. Winters ME, Klutz P, Zilberstein J. Back pain emergencies. *Med Clin N Am* 2006;90:505-23.
4. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med* 2001;344:363-70.
5. García LM, Farré M, Montero A. Dolor lumbar de origen neoplásico. Diagnóstico y tratamiento conservador. *Rev Soc Esp Dolor* 2001;8 Suppl II:118-23.
6. Vicente Sánchez F, Cabral Rodríguez R. Reacciones adversas a fármacos en el anciano. *JANO* 2007;1640:37-40.
7. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, et al. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy and association with addiction. *Ann Intern Med* 2007;146:116-27.
8. Freedman GM. Clinical management of common causes of geriatric pain. *Geriatrics* 2002;57:36-42.
9. Shen FH, Samartzis D, Andersson GBJ. Non-surgical management of acute and chronic low back pain. *J Am Acad Orthop Surg* 2006;14:477-87.
10. Maizels M, McCarberg B. Antidepressants and antiepileptic drugs for chronic non-cancer pain. *Am Fam Physician* 2005;71:483-90.
11. Grabis M. Management of chronic low back pain. *Am J Phys Med Rehabil* 2005;84(Suppl):29-41.
12. Abdi S, Datta S, Lucas LF. Role of epidural steroids in the management of chronic spinal pain: a systematic review of effectiveness and complications. *Pain Physician* 2005;8:127-43.
13. Moore A, Edwards J, Barden J, McQuay H. Bandolier's. Little Book of Pain Oxford University Press; 2004. p. 256-9.
14. Aldrete JA. Epidural injections of indomethacin for postlaminectomy syndrome: a preliminary report. *Anesth Analg* 2003;96:463-8.
15. Thomas E, Cyteval C, Abiad L, et al. Efficacy of transforaminal vs. interspinous corticosteroid injection in discal radiculalgia: a prospective, randomised, double-blind study. *Clin Rheumatol* 2003;22:299-304.
16. Rydevik BL, Cohen DB, Kostuik JP. Spine epidural steroids for patients with lumbar spinal stenosis. *Spine* 1997;22:2313-7.
17. Igarashi T, Hirabayashi Y, Seo N, et al. Lysis of adhesions and epidural injection of steroid/local anaesthetic during epiduroscopy potentially alleviate low back and leg pain in elderly patients with lumbar spinal stenosis. *Br J Anaesth* 2004;93:181-7.
18. Malmivaara A, Slati P, Heliovaara M, et al. Surgical or non-operative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial. *Spine* 2007;32:1-8.
19. Dreyfuss P, Halbrook B, Pauza K, et al. Efficacy and validity of radiofrequency neurotomy for chronic lumbar zygapophysial joint pain. *Spine* 2000;25:1270-7.
20. Geurts JW, Van Wijk RM, Stolker RJ, Groen GJ. Efficacy of radiofrequency procedures for the treatment of spinal pain: a systematic review of randomized clinical trials. *Reg Anesth Pain Med* 2001;26:394-400.
21. Hooten WM, Martin DP, Huntton MA. Radiofrequency neurotomy for low back pain: evidence-based procedural guidelines. *Pain Med* 2005;6:128-38.