

Terapéutica conservadora y tratamiento farmacológico

C. DE BARUTELL¹, F. DOMINGO¹ Y R. RODRÍGUEZ^{1,2}

RESUMEN

La finalidad del tratamiento de los pacientes con lumbalgia es conseguir la desaparición del dolor y si no puede ser totalmente, intentar mantener una actividad diaria suficiente evitando alteraciones psicológicas. La lumbalgia aguda es un cuadro muy característico, con dolor que aumenta al esfuerzo y se alivia en reposo. No hay radiculalgia y puede existir contractura muscular. El examen neurológico es normal, no siendo necesario solicitar ninguna prueba diagnóstica, salvo un estudio radiológico simple. El tratamiento se basa en reposo, corsé y medicación adecuada. La lumbalgia crónica es aquella que dura más de seis meses después del fracaso de diferentes tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Se debe explorar de nuevo al paciente y solicitar pruebas de imagen (tomografía computarizada [TC], resonancia magnética [RM]) y electromiografía (EMG). El tratamiento debe consistir en faja dorsolumbar flexible al realizar esfuerzo y tratamiento farmacológico con AINE, relajantes musculares y analgésicos, pudiendo añadir antidepresivos duales por su efecto sobre el ánimo y por su efecto analgésico.

Palabras clave: Lumbalgia aguda. Lumbalgia crónica. Reposo. Corsé. Tratamiento farmacológico lumbalgia. AINE. Relajantes musculares. Analgésicos. Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.

ABSTRACT

The purpose of the treatment of patients with low back pain is to achieve the disappearance of pain, and if it cannot be, trying to maintain daily activity avoiding psychological alterations. Acute back pain is a very characteristic chart, with pain that increases with the effort and is relieved at rest. There is no radiculitis and there may be muscle contracture. The neurological examination is normal, and it is not necessary to request any diagnostic test, except for a simple radiological study. The treatment is based on resting, wearing a corset and adequate medication. Chronic low back pain is one that lasts for more than six months after the failure of different pharmacological and non-pharmacological treatments. The patient should be scanned again and imaging tests (computed tomography, magnetic resonance imaging) and electromyography must be requested. The treatment should consist of wearing a flexible thoracolumbar corset when performing effort and pharmacological treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants and analgesics, and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors antidepressants may be added, due to their effect on mood and analgesic effects. (DOLOR. 2018;33:153-6)

Key words: Acute low back pain. Chronic low back pain. Rest. Corset. Low back pain pharmacological treatment. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Muscle relaxants. Analgesics. Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors antidepressants.

Corresponding author: Carlos de Barutell, dolorpilar@telefonica.net

¹Clínica del Dolor
Hospital El Pilar
Grupo Quirón Salud

²Clínica del Dolor
Hospital de Viladecans
Barcelona

Dirección para correspondencia:
Carlos de Barutell
E-mail: dolorpilar@telefonica.net

Los requisitos fundamentales del tratamiento de los pacientes con lumbalgia se enumeran en la tabla 1. La misión de los médicos que tratan pacientes con dolor lumbar es conseguir que vuelvan lo antes posible a una función normal. La finalidad de nuestros tratamientos es conseguir cuatro premisas fundamentales: a) retorno, lo antes posible, del paciente a su actividad diaria, tanto laboral como recreativa; b) uso eficiente y pragmático de las pruebas complementarias; c) evitar cirugías innecesarias, y d) disminución del coste económico de nuestros tratamientos.

El apartado fundamental y prioritario del tratamiento es conseguir la desaparición del dolor y si en ocasiones no se puede erradicar completamente, es importante intentar que el paciente mantenga una actividad diaria suficiente que evite alteraciones de su estado psicológico.

Debemos igualmente valorar la efectividad de las pruebas diagnósticas y de la cirugía, ya que tienen altos costes económicos, de tanta importancia en la actualidad, aunque esto no quiere decir que nuestros actos estén regidos por el factor económico, sino por el factor de eficacia.

La sistematización del tratamiento del dolor lumbar^{1,2} consiste en la actitud y las indicaciones terapéuticas que debemos realizar en todo paciente con dicho dolor, dependiendo fundamentalmente de los datos obtenidos en la anamnesis y en la exploración clínica, así como en la elección de las pruebas complementarias que se deben realizar. La mayoría de los enfermos necesitarán un tratamiento conservador, siendo muy pocos los tributarios de cirugía precoz. Solamente el paciente que presente un síndrome de cola de caballo, con debilidad motora progresiva, exige la realización urgente de una TC o una RM para comprobar el diagnóstico, pudiendo ser tributario de tratamientos más agresivos e incluso de cirugía precoz.

LUMBALGIA AGUDA O LUMBAGO

Se presenta frecuentemente con un cuadro clínico característico. Después de un esfuerzo al levantarse, un viaje, un falso movimiento o a veces sin razón aparente, el paciente siente un dolor lumbar intenso con bloqueo, el conocido «me quedé clavado». Es un dolor que aumenta con el esfuerzo y la tos, y se alivia en posición estirada. Clínicamente hay rigidez, con actitud antiálgica y contractura muscular dolorosa. No hay radiculalgia, pero el dolor puede ser lateralizado e irradiar a la nalga. El examen neuro-

Tabla 1. Requisitos de tratamiento de las lumbalgias

– Tratar rápida y eficazmente el dolor agudo
– Reincorporar paulatinamente el paciente a las actividades cotidianas
– Plantear una estrategia terapéutica ordenada y con la colaboración del paciente
– Rectificar diagnóstico y tratamiento según evolución
– Realizar control de exploración neurológica y si presenta déficit neurológico, plantear tratamiento quirúrgico

lógico es normal y el examen general se dirigirá a buscar otra causa de lumbalgia. En este estadio no es necesario solicitar ninguna prueba complementaria, salvo una radiografía simple.

El tratamiento conservador es beneficioso al unir el reposo, el corsé y la medicación adecuada.

Contrariamente a la idea que prevaleció durante mucho tiempo³, hoy está demostrado que el periodo de reposo absoluto debe ser de corta duración. En la práctica hay que preconizar un reposo absoluto durante 2-3 días, después recomendar que se levante y camine varias veces al día, con la ayuda de una faja de contención lumbosacra, sobre todo en personas obesas con poca musculatura abdominal. También está indicado el uso de corsé en personas de edad avanzada, con discopatía degenerativa múltiple, en los cuales es difícil mantener un programa de ejercicios físicos. Debemos evitar que el paciente sufra una dependencia del corsé, por lo que se recomendará el uso discontinuo de él y la realización de ejercicios de fortalecimiento de la musculatura abdominal y espinal. La vuelta al trabajo se autoriza entre 8 y 15 días, según el trabajo que realice.

Los únicos medicamentos indispensables en la lumbalgia aguda⁴⁻⁶ son los analgésicos, que deben ser prescritos en función de la intensidad del dolor del paciente. Podemos seguir la clásica escalera analgésica, comenzando por un analgésico del primer escalón y si el dolor es de más intensidad, podemos recurrir a los del segundo escalón. El empleo de analgésicos opioides no tiene indicación en la lumbalgia aguda. Se pueden administrar AINE por vía oral durante pocos días. Durante los días de reposo en cama pueden administrarse relajantes musculares.

Al cabo de unas dos o tres semanas de este tratamiento conservador debemos evaluar a los pacientes en los cuales dicho tratamiento no ha surtido efecto. Nos encontramos con dos tipos de enfermos: aquellos en

que predomina la ciática y aquellos en que predomina la lumbalgia. En los primeros debemos reexplorar al paciente y solicitarle las pruebas de imagen que consideremos, y en caso de déficit neurológico solicitar pruebas de electrofisiología adecuadas.

LUMBALGIA CRÓNICA

Es aquella que dura más de seis meses después del fracaso de diferentes tratamientos farmacológicos y de rehabilitación. Puede originarse por diferentes mecanismos no siempre bien definidos y con frecuencia intrincados. Existe frecuentemente un deterioro discal corroborado por TC o RM, pero no hay correlación anatomoclínica perfecta y son numerosos los sujetos asintomáticos portadores de hernias discales no dolorosas. En muchas ocasiones se encuentran anomalías vertebrales: escoliosis, hiperlordosis, espondilolistesis y anomalías transicionales lumbosacras. Pero la implicación de estas anomalías en la génesis del dolor no siempre es fácil de demostrar.

Con frecuencia los pacientes llegan con voluminosos dosieres de exámenes complementarios y tratamientos diferentes. La exploración clínica es generalmente poco específica, pudiendo encontrar numerosos síntomas. Debemos volver a explorar al paciente, valorar el contexto socioprofesional y afectivo, y estudiar el estado psicológico, que en muchas ocasiones presenta un fondo depresivo y una tendencia hipocondríaca.

Las lumbalgias crónicas por accidente laboral son más problemáticas. Se trata por lo general de trabajadores de fuerza, que han tenido un episodio agudo de lumbalgia o ciatalgia y en los cuales los diferentes tratamientos no han tenido el éxito deseado, y continúan con dolor sin poder reincorporarse al trabajo durante meses o años, dispuestos a informes de indemnización para alcanzar una incapacidad total.

En estos casos de cronicidad no es necesario repetir pruebas de imagen, ya que disponen de muchas y la imagen por lo general no aporta una explicación franca, al no haber relación radioclínica. Puede ser interesante buscar pruebas en el EMG y, sobre todo, en los potenciales evocados.

Los corsés rígidos (lumbostato) no están indicados, fuera del periodo agudo y por poco tiempo. Una contención flexible (faja dorsolumbar) es útil para favorecer el retorno a la actividad. No tiene efecto de inmovilización del raquis, pero permite mantener la cincha abdominal, lo que tiene un efecto de

recuerdo de la postura permitiendo evitar amplitud de movimientos. No debe emplearse durante largos periodos de tiempo, quedando su uso para trabajos importantes o esfuerzos de levantamiento.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico⁷ debe tener en cuenta los múltiples factores que entran en juego: socioprofesionales, litigios jurídicos, problemas familiares, tipo de trabajo duro y poco gratificante, etc. Los medicamentos utilizados son los antiinflamatorios, los relajantes musculares y los analgésicos.

Antiinflamatorios⁸

Deben emplearse de diez días a tres semanas. Se deben utilizar AINE a dosis antiinflamatorias. El empleo de uno u otro depende de la experiencia del médico prescriptor y del carácter del enfermo; es más fácil que este cumpla el tratamiento si tiene que tomar una o dos pastillas al día que si son seis. Una buena opción es administrar Etoricoxib⁹. Se debe tener mucha precaución en casos de *ulcus* e insuficiencia renal.

En caso de ciatalgia aguda, resultan útiles los corticoesteroides intramusculares, por ejemplo, la dexametasona a dosis de 4 mg/día durante una semana.

Relajantes musculares^{10,11}

Ayudan a romper el círculo vicioso dolor-contratura muscular. Dicha contractura puede ser por sí misma muy dolorosa e incluso persistir después de haber cedido el estímulo perpetuando el dolor y en ocasiones originando un síndrome de dolor miofascial. Los más usados son las benzodiacepinas (diazepam, 2,5-5 mg tres veces al día) y el metocarbamol (400-800 mg tres veces al día).

Analgésicos

En casos en los cuales el empleo de AINE, con o sin relajantes musculares, no sea suficiente para controlar el dolor, está indicado añadir analgésicos no opiodes. Pueden emplearse medicamentos del primer escalón de la clásica escalera analgésica de la OMS y si no cede el dolor emplearemos del segundo escalón. No somos partidarios del empleo de analgésicos opiodes para estas patologías, salvo muy raras excepciones.

Antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina¹²

Tienen un efecto analgésico *per se*, además de su efecto sobre el ánimo. En todo dolor crónico sabemos que pueden aparecer signos de ansiedad y depresión, por lo que es útil emplear estos medicamentos, siendo de elección la fluoxetina a dosis de 30 a 60 mg/día.

CONCLUSIÓN

En la práctica es importante retener que los tratamientos farmacológicos a largo plazo son inútiles, incluso en ocasiones peligrosos y difíciles de retirar, como en el caso de los tranquilizantes.

En casos de lumbalgia aguda son indispensables. En lumbalgia crónica, el objetivo terapéutico a medio y largo plazo será sobre todo una readaptación de los pacientes, con el fin de permitirles una reinserción en sus actividades cotidianas y profesionales.

Debemos tener presente los «cuatro mandamientos» de las lumbalgias crónicas¹³:

- Desmedicalización
- Desintoxicación
- Readaptación
- Reinserción

BIBLIOGRAFÍA

1. Almeida M, Saragiotto B, Richards B, Maher CG. Primary care management of non-specific low back pain: key messages from recent clinical guidelines. *Med J Aust.* 2018;208(6):272-5.
2. Foster NE, Anema JR, Cherklin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet.* 2018;10137:2368-83.
3. Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(4):CD001254.
4. Koes BW, Backes D, Bindels PJE. Pharmacotherapy for chronic non-specific low back pain: current and future options. *Expert Opin Pharmacother.* 2018;19(6):537-45.
5. Chou R, Devo R, Friedly J, Skelly A, Weimer M, Fu R, et al. Systemic pharmacologic therapies for low back pain: A systematic review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 2017;166(7):480-92.
6. Chou R, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2007;147(7):505-14.
7. White AP, Arnold PM, Norvell DC, Ecker E, Fehlings MG. Pharmacologic management of chronic low back pain: synthesis of the evidence. *Spine (Phila Pa 1976).* 2011;36 21 Suppl):S131-43.
8. van Tulder MW, Scholten RJ, Koes BW, Deyo RA. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25(19):2501-13.
9. Palla R, Seger W, Adler JL, Ettlinger RE, Quaidoo EA, Lipetz R, et al. Etoricoxib reduced pain and disability and improved quality of life in patients with chronic low back pain: a 3 month, randomized, controlled trial. *Scand J Rheumatol.* 2004;33(4):257-66.
10. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM; Cochrane Back Review Group. Muscle relaxants for nonspecific low back pain: A systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration. *Spine (Phila Pa 1976).* 2003;28(17):1978-92.
11. Bernstein E, Carey TS, Garret JM. The use of muscle relaxant medications in acute low back pain. *Spine (Phila Pa 1976).* 2004;29(12):1346-51.
12. Schnitzer TJ, Ferraro A, Hunsche E, Kong SX. A comprehensive review of clinical trials on the efficacy and safety of drugs for the treatment of low back pain. *J Pain Symptom Manage.* 2004;28(1):72-95.
13. Brissaud Ph. Les lombalgies. París: Algiotheque Upsa; 1996.