

Manejo del Dolor Lumbar en Atención Primaria

Dr. Jaime Pino Q.

Médico Familiar

CMF Independencia ING

Dr. Oscar Ahumada

Traumatólogo/Médico Familiar

Hospital Clínico Universidad de Chile

nostica Lumbago Mecánico más ¿Síndrome Ansioso de base? Se indica AINE y relajantes musculares. Citado a control el 4 de Marzo, refiere disminución del dolor pero persistencia de “pesadez”. En esta oportunidad relata conflicto con su esposa por relación insatisfactoria en lo sexual. Se plantea mantener el tratamiento, y eventualmente efectuar terapia de pareja. Se cita con la esposa.

lumna lumbar que revela: Osteocondrosis L2-L3; Espondilosis dorsal; Leve espondiloartrosis L4-L5 y L5-S1. Se indica kinesiterapia, la que no puede efectuar sino hasta el mes de Octubre por problema económico. En el intertanto consulta varias veces ante reaparición o exacerbación del dolor lumbar en relación a su actividad laboral (tipo de trabajo inapropiado y relación conflictiva con empleador por trato abusivo y amenazas de despido), tratándose sintomáticamente y con reposo. El 8 de Noviembre, consulta para prorrogar licencia y comenta que sufrió caída previa al inicio de la kinesiterapia en octubre. Al examen, no se aprecia alivio del

Cinco meses después (Agosto 2004) consulta por dolor lumbar intenso con irradiación a EII; se diagnóstica Lumbo-ciática aguda, se indica tratamiento analgésico y se solicita radiografía de co-

CASO CLÍNICO

J.R.P.S, paciente de sexo masculino, 45 años de edad, casado, chofer de empresa contratista, sin antecedentes mórbidos de importancia (Figura 1), consulta por primera vez en Centro Médico Familiar Independencia de ING el día 25 de Noviembre de 2003 por dolor en la espalda de aproximadamente 1 día de evolución. Al examen físico se encuentra dolor y aumento del tono muscular en región interescapular derecha. Se diagnostica contractura muscular y se le indica reposo, calor local, analgésicos y relajantes musculares.

Vuelve a consultar por dolor de espalda el 1 de Marzo de 2004, esta vez referido a columna lumbar. Señala además que tiene mal dormir por el dolor y preocupaciones por su situación económica. Al examen: dolor muscular paravertebral bilateral lumbar y sacro. Se diag-

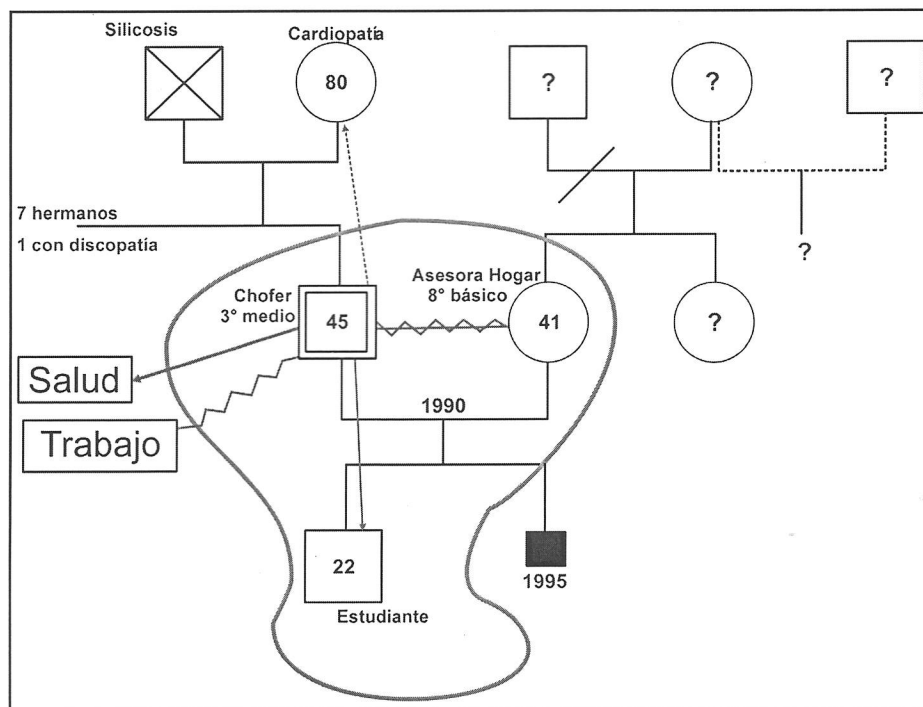


Figura 1. Genograma del paciente, JPRS.

CASO CLÍNICO

Tabla 1. Resumen de las consultas realizadas por el paciente JPRS en el CMF Independencia

Fecha	Anamnesis/Examen físico	Diagnóstico	Tratamiento/Exámenes/Derivaciones	Lic
25/11/03	Dolor dorsal derecho	Contractura Muscular	Analgésicos - Relajantes musculares	7
01/03/04	Dolor lumbar TEPE (-)	Lumbago mecánico Sd. Ansioso	AINE - Relajantes musculares	7
04/03/04	Menor dolor; conflicto	Control	"	
01/04/04	Sg. Lassegue + ? TEPE + ?	Lumbago Obs. Lumbociática	Rx. lumbosacra	5
16/08/04	Irradiación ciática	Lumbago con ciática izqda.	AINE	7
20/08/04	n/e	Control con Rx.	Osteoc.L2-L3; Espóndiloart L4-L5 y L5-S1	
01/09/04	Marcha claudicante	Lumbago	KNT (no se realizó)	11
26/10/04	Dolor dorsolumbar s/irradiación	Lumbago mecánico	Fisiatría	4
29/10/04	n/e	Lumbago	KNT	8
08/11/04	Dolor irradiado EII: ¿lesión?	Lumbago con ciática	Rx. lumbosacra	5
12/11/04	Dolor refractario	Control con Rx	Nód.Schmörl L1-L5 Puente óseo anterior L2-L3	
16/11/04	Dolor incapacitante s/irradiación	Lumbago	TAC. IC a TMT	11
24/11/04	n/e	Control con TAC	Mínimas protrusiones discales L4-L5; L5-S1. IC a TMT	L4-L5; 11
02/12/04	Se agrega dolor cervical	Control Traumatólogo	KNT	11
13/12/04		Lumbago	KNT	10
23/12/04		Control Traumatólogo	RNM. ¿Infiltración?	14
06/01/04	Menor dolor	Lumbago	Vuelve a trabajo, RNM según posibilidad	

dolor, pidiéndose nueva radiografía para descartar, esta vez, fractura. La radiografía muestra: Nódulos de Schmörl L1-L5 y puente óseo anterior L2-L3.

La evolución es tórpida no obstante el reposo, terapia física y medicamentos, por lo que se conversa con el equipo del CMF y se decide derivar a traumatología y realizar TAC de columna (24/ Noviembre) (Figura 2). La TAC muestra: mínimas protrusiones discales L4-L5 y L5-S1, discreta espondiloartrosis lumbar baja y espondilosis lumbar leve.

El 2 de Diciembre es atendido por traumatólogo quien indica nueva terapia kinésica, lo controla posteriormente, solicita RNM (pendiente hasta la fecha) y plantea la posibilidad de infiltración.

Problemas

- 1) Síndrome de Dolor Lumbar:
 - a. Etapa etiológica no precisada en estudio
 - b. Fracaso tratamiento médico
 - c. ¿Enfermedad profesional?
- 2) Conflicto de pareja no resuelto
- 3) Conflicto laboral

Plan

- 1) Coordinar con traumatólogo y completar estudio con RNM:
 - a. definir etiología.
 - b. tratamiento en consecuencia.
 - c. apoyar gestión para eventual causal de invalidez.
- 2) Reevaluar estado de conflicto de pareja.
- 3) Comunicación con empleador
Análisis de situación de reposo/licencias/cambio de funciones.

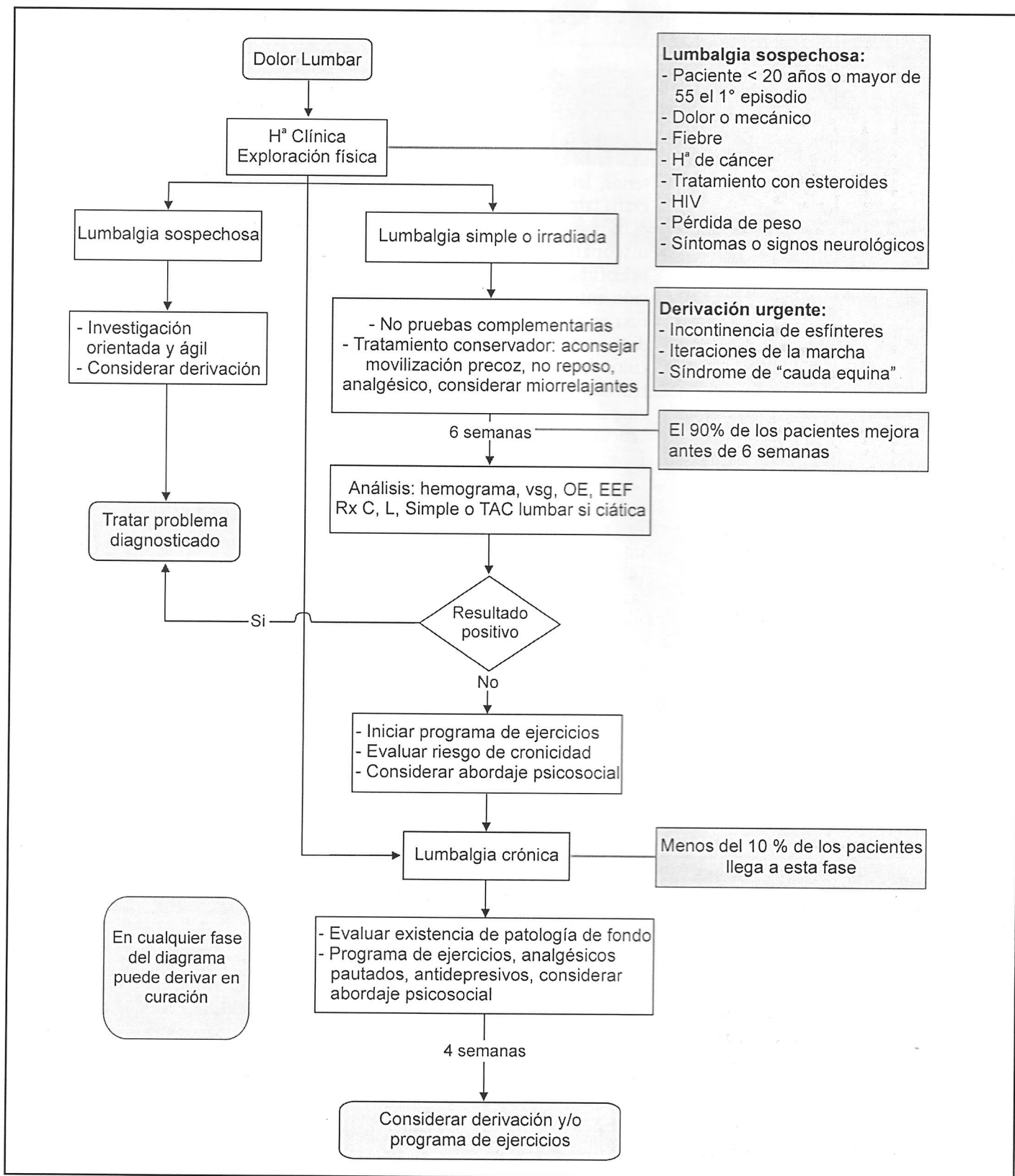


Figura 2. Algoritmo diagnóstico Síndrome de Dolor Lumbar tomado de www.fisterra.com/guias2/index.asp

COMENTARIO DEL ESPECIALISTA

Este caso clínico grafica claramente que un enfrentamiento integral en salud, con enfoque de riesgo permite entregar un diagnóstico y además facilita una estrategia de manejo para el futuro.

1. En la historia clínica es fundamental tener presente los síntomas de alerta de la medicina, que en nuestro paciente se caracterizó por persistencia del dolor más de un mes, pese a los tratamientos indicados.
2. El antecedente laboral es clave para entender el diagnóstico final de nuestro enfermo, ya que el manejar varias horas y en vehículos poco ergonómicos, predispone a lesiones "atípicas" y no al clásico lumbago postural.
3. El examen físico suele ser pobre en los casos de dolor discógeno (enfermedad discal degenerativa, infecciosa, inflamatoria o tumoral), ya que no suele mostrar déficits neurológico

radicular o focal, que facilitan el diagnóstico en la mayoría de estos casos.

4. El estudio preliminar debe incluir una radiografía lumbar antero posterior, lateral y oblicuas. La radiografía lateral permite identificar desplazamientos vertebrales o listesis, discopatías, lesiones tumorales, osteofitos, fracturas, etc. La proyección antero posterior suele ser confusa en muchos casos, pero la pérdida o el borramiento de los pedículos debe orientar a una lesión estructural. En las proyecciones oblicuas se identifican lesiones de la pars articular y pedículos.
5. La tomografía computada, es muy útil en el diagnóstico de lesiones óseas, pero cuando se trata de lesiones por discopatía (lesiones de la unidad funcional de la columna que incluye a dos vértebras con su disco, las articulaciones facetarias y los ligamentos), se debe solicitar una reso-

nancia magnética y así se podrá identificar la causa más probable del dolor de nuestro paciente, que seguramente se trata de una discopatía segmentaria de columna lumbar y por ende una enfermedad crónica, laboral y de manejo interdisciplinario.

6. Por último, creo fundamental que exista una comunicación permanente entre los médicos tratantes, en especial en estos casos que requieren de una visión integral, donde el especialista aborda una parte del individuo y su médico de familia es la única herramienta que podrá estructurar una estrategia eficiente, costo-efectiva y de alta satisfacción para nuestros pacientes.

Dr. Oscar Ahumada A.

Médico Familiar

Traumatólogo y Ortopedista

Hospital Clínico Universidad de Chile