

Dolor musculoesquelético axial

Dr. Francisco Gutiérrez Valenzuela

Generalidades

Aproximadamente uno de cada cinco individuos alguna vez experimenta dolor en las regiones axiales, particularmente en el cuello, en la espalda o zona lumbar, lo que hace que éste constituya un motivo frecuente de consulta en la Atención Primaria. La mayor parte no requieren estudios de imagenología ni de laboratorio, y se pueden resolver con una aproximación sistematizada en base a anamnesis y examen físico completo y orientado. La casi totalidad de los pacientes presentan mejorías significativas en lapsos de dos meses mediante tratamientos sencillos (reposo, analgésicos y relajantes musculares) y sin derivación. El papel del médico es distinguir los cuadros de tipo mecánicos o inespecíficos de los que no lo son, ya que son éstos últimos los que requieren estudio complementario completo y ameritan tratamiento por especialistas.

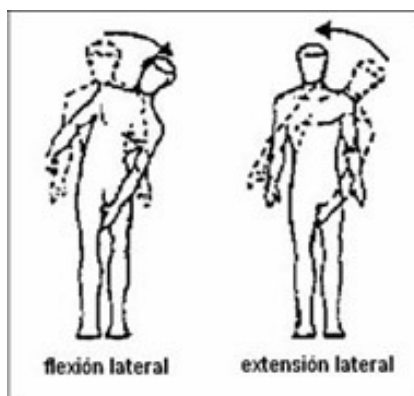
Solicitud racional de radiografías en dolor dorsolumbar

Un estudio radiológico inicial sería aceptable en las siguientes situaciones:

- Empeoramiento de los síntomas o ausencia de mejoría luego de seis a ocho semanas de tratamiento bien llevado
- Inicio de las molestias sin antecedente de trauma en un paciente menor de 20 años o en uno mayor de 50 años.
- Dolor de espalda y/o lumbar luego de un trauma importante (accidente en vehículo)
- Dolor de espalda severo
- Historia o hallazgos por examen físico sugerente de sacroilitis
- Paciente con dolor que no mejora con el reposo en cama
- Fractura vertebral o cirugía previa
- Deformidad espinal o presencia de masa
- Antecedente de neoplasia, especialmente tiroides, mama próstata, riñón
- Presencia de síntomas y signos de compromiso del estado general: fiebre, baja de peso.
- Dolor de tipo inflamatorio, que se define como aquel persistente por más tres meses, que se exacerba en el reposo y que alivia con la actividad física.

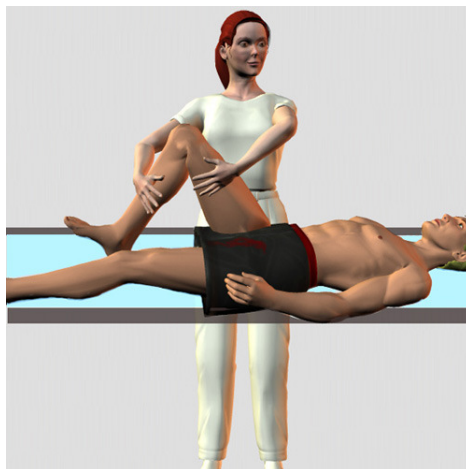
Examen Físico en atención primaria:

1. Movilidad de la columna. Examinar completamente los movimientos de la columna en todos los planos: flexión, extensión, lateralización y rotación, fijando las crestas iliacas. Deben explorarse las curvaturas anormales de la columna y buscar la presencia de masas o puntos de especial sensibilidad en el plano óseo. Del mismo modo se puede palpar las masas musculares contracturadas y sensibles.



2. Buscar alteraciones neurológicas, las raíces más afectadas son:
 - a. Raíz L5 - S1: Se asocia a disminución del reflejo alquiliano, hipoestesia del borde externo del pie y pérdida de fuerza del movimiento de extensión del pie, que se evidencia pidiéndole al paciente que camine en punta de pies

- b. Nervio ciático: aparición de dolor levantando la pierna con la rodilla extendida, el dolor aparece en la cara posterior del muslo, puede ser ipsilateral o contralateral.
- c. Nervio crural: extender el muslo sobre la pelvis manteniendo la rodilla en 90° (signo O'Connell)



- d. Raíz de L4: disminución o ausencia del reflejo patelar, hipoestesia anterolateral de la pierna y pérdida de fuerza al movimiento de flexión del pie, lo que se evidencia pidiendo al paciente caminar en talones
- 3. Palpación de articulaciones sacroilíacas: las pelvispondilopatías presentan dolor bilateral, en las artritis reactivas o infecciosas existe el dolor es unilateral.
- 4. Explorar movilidad de las caderas
- 5. Medir longitud de las extremidades inferiores: desde la espina iliaca anterosuperior al maléolo interno de cada extremidad, una diferencia de 2 cm o más puede ser significativa

CONSIDERACIONES EN LA ANAMNESIS	
Género	En mujeres lactancia, embarazo, en los hombres la espondiloartritis anquilosante
Edad	En adultos mayores considerar procesos degenerativos y patologías tumorales (metástasis)
Caracterización y curso del dolor	Preguntar por el alivio parcial o total con el reposo, debilidad durante la deambulaci3n, dolor persistente nocturno es sugerente de neoplasias
Dolor dorsolumbar	Si al examen regional, la movilidad de

	la columna es normal, el dolor puede estar fuera del sistema musculoesquelético (colon irritable, úlceras, endometriosis)
--	---

Exámenes complementarios:

Los pacientes que no cumplan los criterios de derivación o presenten signos de alarma descritos, razonablemente pueden recibir un tratamiento estándar (ver más abajo) en espera de una evolución favorable dentro de uno o dos meses. De fracasar éste, o darse una recurrencia inexplicada por las circunstancias concurrentes, se justifica estudio por etapas.

Tratamiento inicial en APS

1. Educación, haciendo énfasis en:
 - a. La recuperación es rápida, pero pueden haber recurrencias
 - b. Puede ser necesarios cambios en la actividad laboral para evitar recurrencias
 - c. Corrección de hábitos no ergonómicos
 - d. Si el caso lo amerita (fiebre, etc.), es necesario solicitar algunos exámenes
2. Medicamentos:
 - a. Paracetamol 1gr cada 6 – 8 horas para controlar el dolor severo
 - b. Los AINES pueden ser buen sustituto, pero no son mejores que el paracetamol, se deben considerar comorbilidades
 - c. No usar esteroides
3. Reposo
 - a. Reposo no mayor de 3 días y estimular el retorno progresivo de las actividades.
 - b. Evitar actividades de alto impacto
4. Evaluación psicológica. Es útil en quienes se mantienen sintomáticos y no presentan señales de alarma

Criterios de derivación al CDT

1. Sospecha de raquiestenosis: Se sospecha de esta patología cuando el dolor:
 - a. Se acentúa al caminar (o hiperextensión) y se alivia caminando agachado
2. Sospecha de espondiloartritis o pelviespondilopatías:
 - a. Dolor matinal y rigidez axial, que cede con actividad física
 - b. Dolor espinal asociado a artritis periféricas de las extremidades inferiores , tendinitis, dactilitis

3. Sospecha de tumor:
 - a. Dolor persistente nocturno (que interrumpe el sueño) en individuos mayores de 50 años
 - b. Dolor asociado a fiebre y baja de peso
 - c. Dolor dorsal nocturno + aparición reciente de escoliosis + edad joven
 - d. Dolor bilateral asociado a déficits motores (sensitivos y/o motores)
4. Sospecha de accidentes vasculares, aneurismas o hernias centrales:
 - a. Dolor dorsolumbar agudo y severo, sin factor precipitante
 - b. Déficit neurológico bilaterales
5. Sospechas de infecciones
 - a. Asociado a fiebre
 - b. No alivia en decúbito supino y flexión de caderas
 - c. Antecedente de uso de drogas endovenosas
6. Dolores asociados a:
 - a. Diarreas crónicas (3 meses)
 - b. Déficit neurológicos asimétricos
 - c. Antecedente de trauma
 - d. Síndrome de cauda equina: alteraciones del control del esfínter anal o urinario + hipoestesia de región perianal o cara interna de los muslos.

Debido a que el síndrome engloba un sin número de patologías, la **contraderivación** se realizará una vez completado el estudio, realizado el tratamiento y estabilizado al paciente, con indicaciones específicas de acuerdo a cada caso.

Dr. Francisco Gutiérrez Valenzuela

Bibliografía sugerida:

Evaluation of musculoskeletal symptoms: Matthew H Liang and Roger D Sturrock. In: "Practical Rheumatology", JH Klippel and PA Dieppe, eds. Mosby . 1995

Neck and Back Pain: David Borenstein. In: "Primer on The Rheumatic Diseases". 13th edition.

Lumbago. Eduardo Wainstein. En "Reumatología para Médicos de Atención Primaria". REUMA. Sociedad Chilena de Reumatología 2002

Origen del Dolor Lumbar: Develando el misterio. Miguel Gasic y Cristian Matus. Reumatología 2004; 20(3) 133-138.