

LUMBALGIA

GENERALIDADES

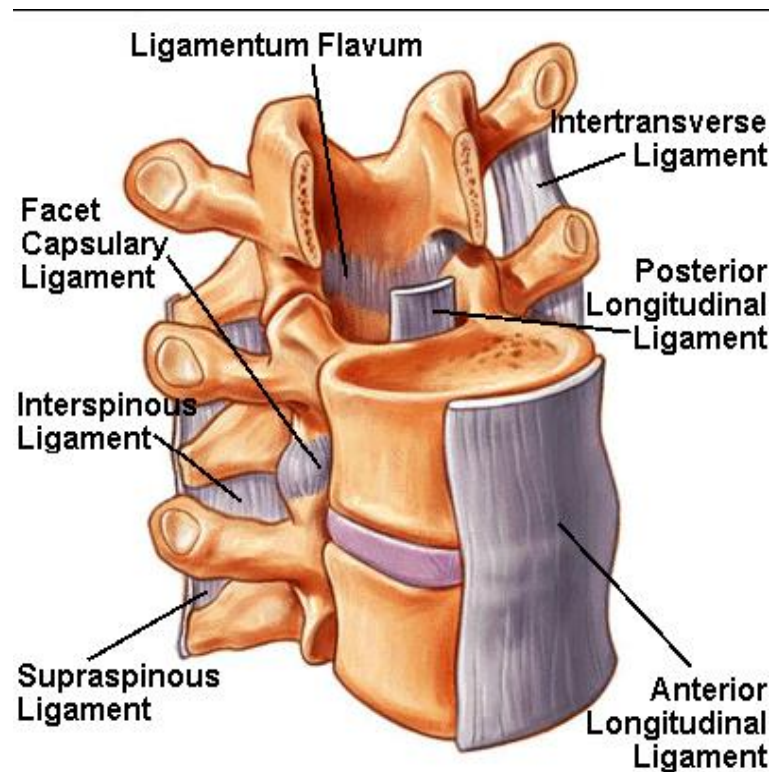
- **Afecta mas 70% población alguna vez en la vida**
- **Genera el 13% ausencia laboral por enfermedad**
- **La incidencia es mayor en hombres entre 35-55 años**
- **El 90% episodios ceden dentro de 6 semanas.**
- **Menos del 7% desarrollan dolor lumbar crónico.**
- **En atención primaria las causas:**
- **1% son neoplasias, 4% fracturas por aplastamiento y 1-3% protrusión discal**

EPIDEMIOLOGIA

- **90% es no específica (no puede identificarse su origen) y de naturaleza benigna**
- **Mayor incidencia entre 30 y 50 años**
- **Es la principal causa de trastornos relacionados con el trabajo en personas menores de 45 años. La mayoría retorna al trabajo en 1 semana y el 90% a los 2 meses**

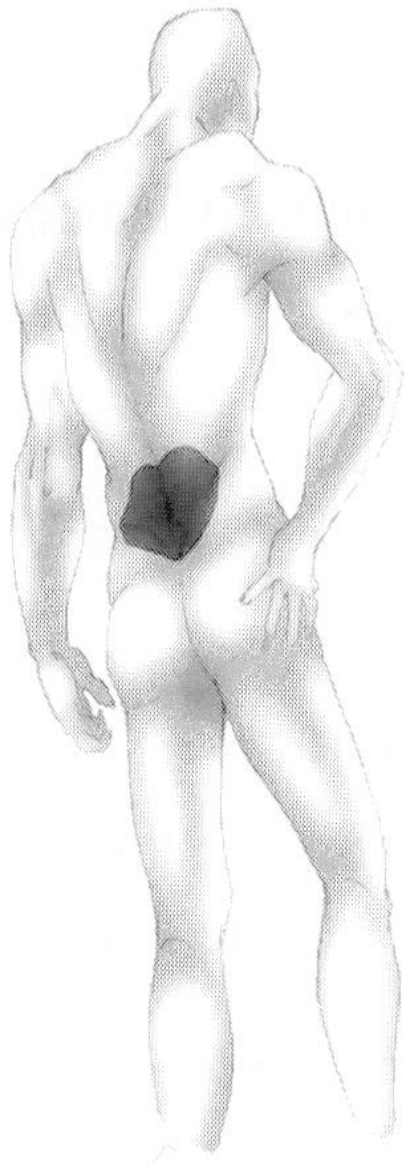
Estructuras capaces de producir dolor lumbar

1. Estructura ósea: Vértebras
2. Articulaciones: Disco intervertebral y articulaciones interapofisiarias posteriores
3. Ligamentos
4. Músculos y fascias
5. Raíces nerviosas

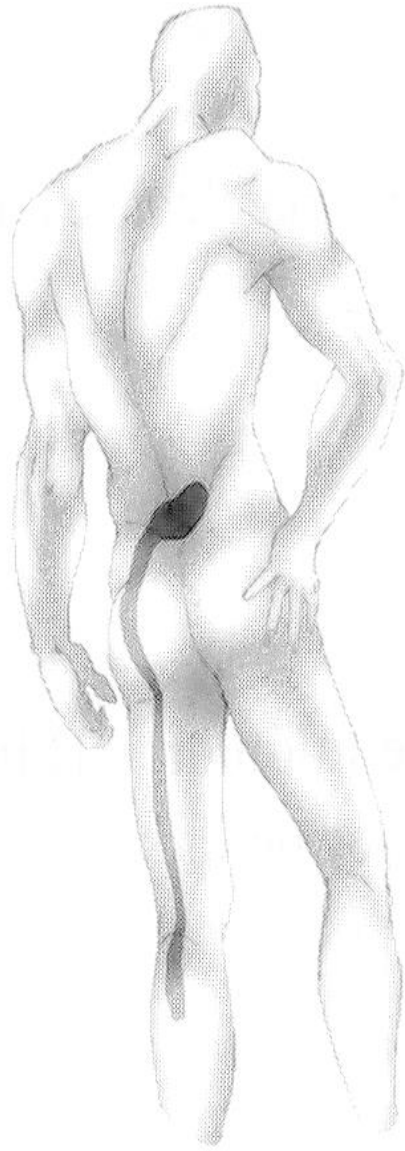


Formas de dolor lumbar

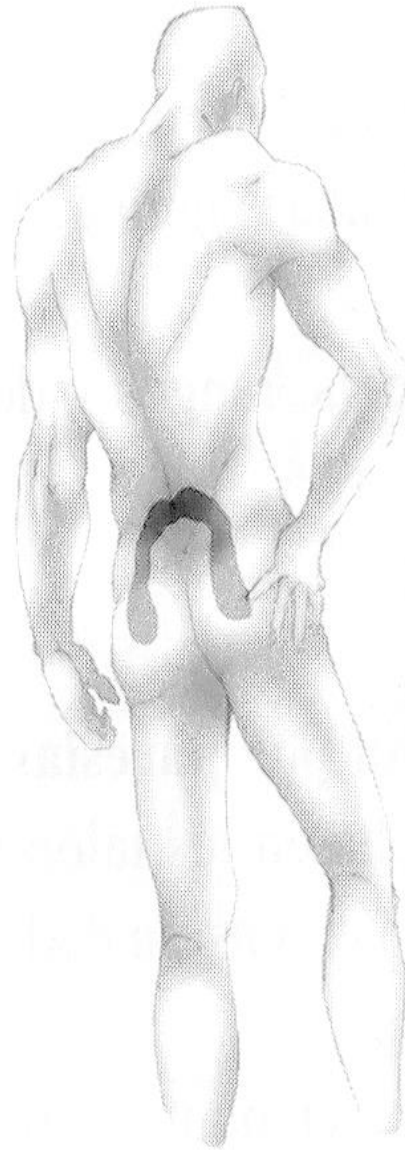
- 1. Síndrome de dolor lumbar puro**
- 2. Síndrome de dolor lumbociático**
- 3. Síndrome de dolor claudicación neural intermitente**
- 4. Síndrome de dolor lumbar atípico**



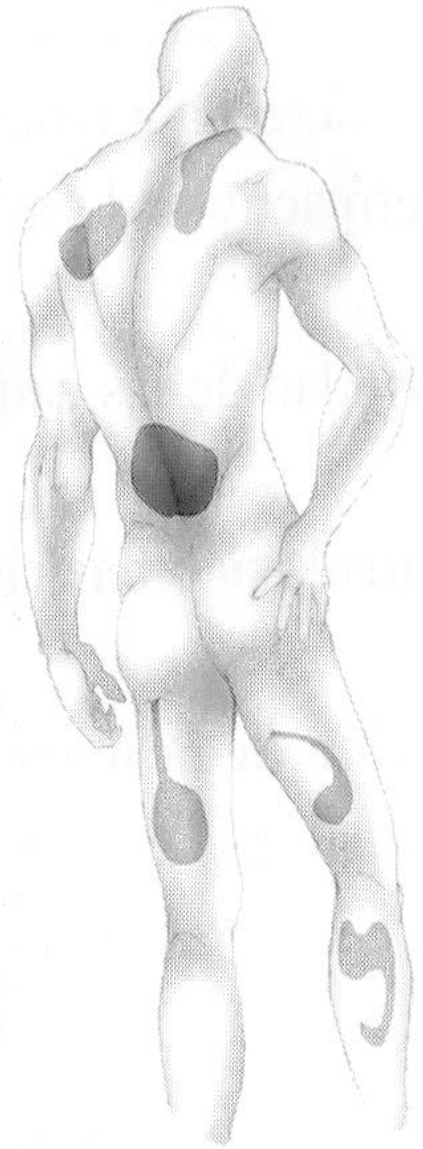
SDLP



SDLC



SCNI



SDLA

Síndrome lumbar puro

- **Localizado en zona lumbar, de tipo axial o paravertebral, uni o bilateral, en franja o cinturón, puede tener una irradiación a sacroiliacas o glúteos no sobrepasando su pliegue distal**
- **Se asocia a contractura muscular y rigidez vertebral**

Síndrome de dolor lumbociático

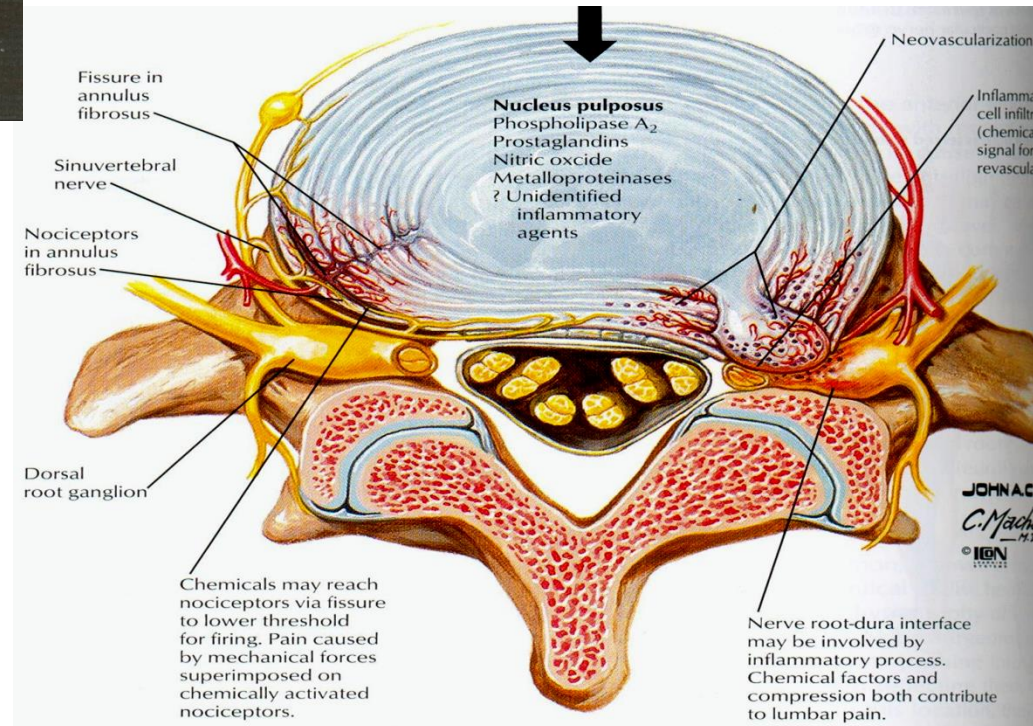
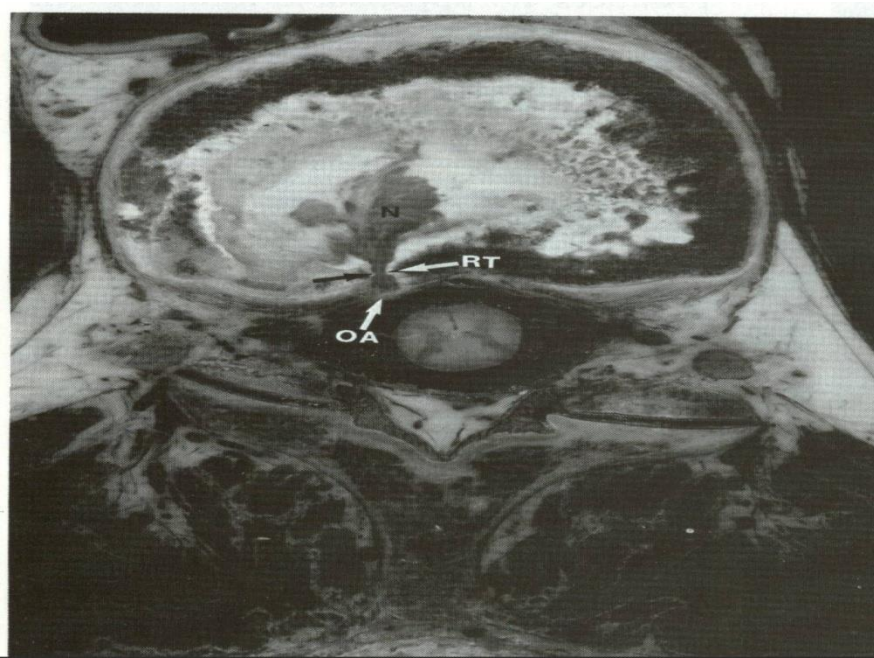
A la lumbalgia descrita se agrega una irradiación que sobrepasa el pliegue glúteo.

Practicamente siempre unilateral.

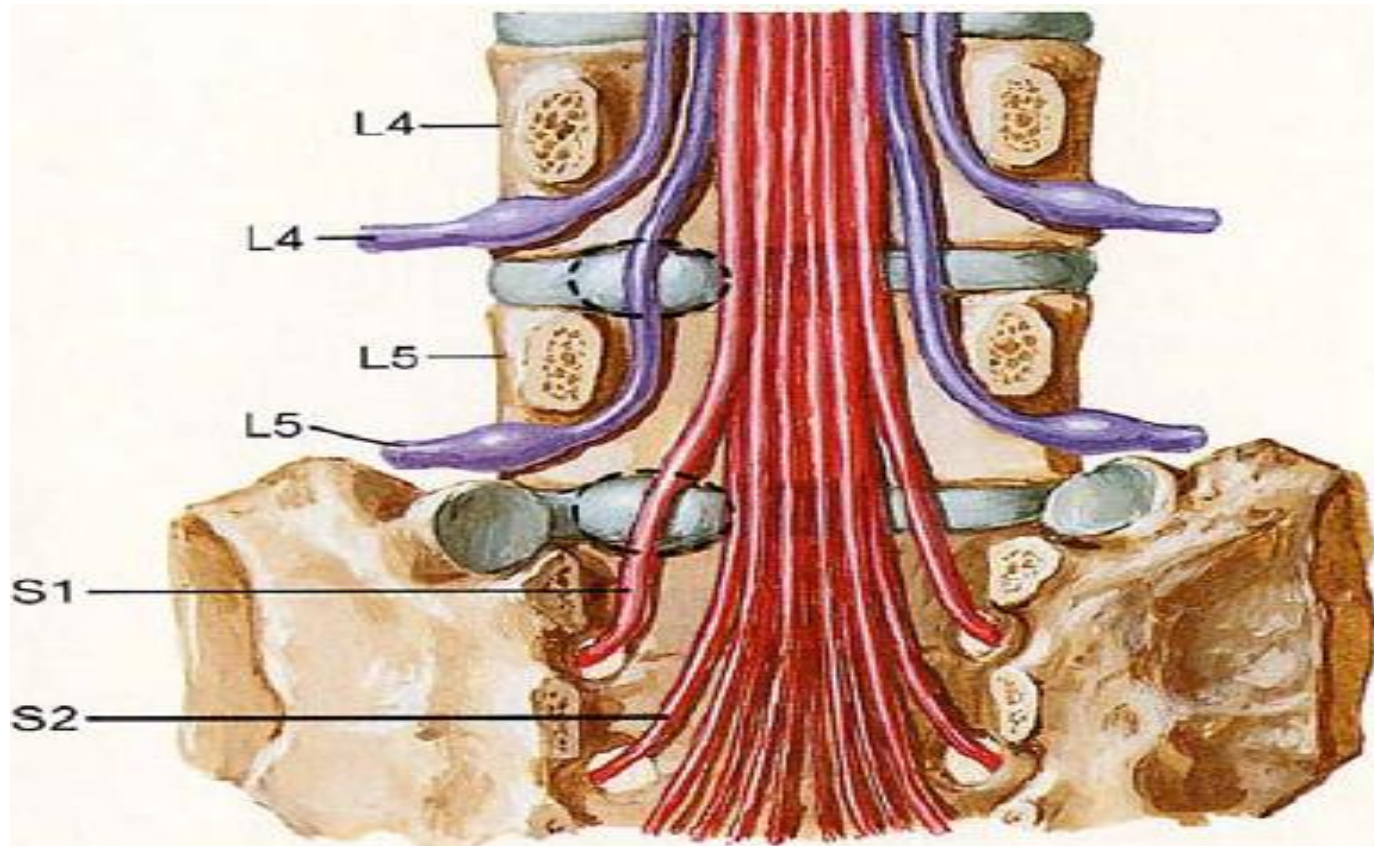
Dependiendo de la intensidad se agota en la rodilla o continúa hasta el pie.

Debido a compresión de nervios que salen del segmento lumbar.

PROTRUSIÓN DISCAL

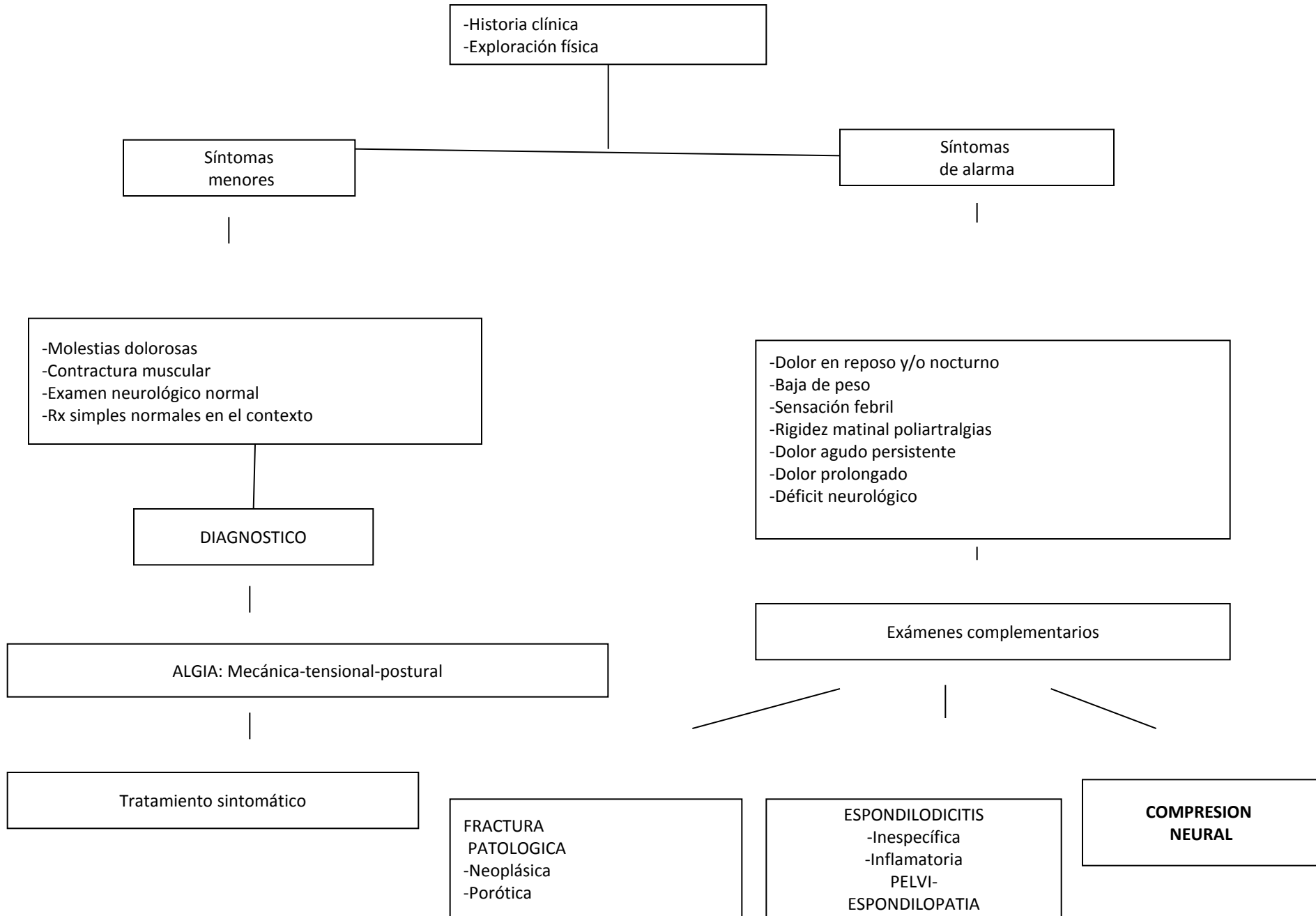


PROTRUSIÓN DISCAL



Lateral disc protrusion at level L4-5 usually affects 5th, not 4th, lumbar nerve; similarly, protrusion at L5-S1 affects 1st sacral, not 5th lumbar, nerve

Algoritmo diagnóstico en lumbalgia



-Historia clínica
-Exploración física

Síntomas
menores

Síntomas
de alarma

-Molestias dolorosas
-Contractura muscular
-Examen neurológico normal
-Rx simples normales en el contexto

DIAGNOSTICO

ALGIA: Mecánica-tensional-postural

Tratamiento sintomático

FRACTURA
PATOLOGICA
-Neoplásica
-Porótica

ESPONDILODITIS
-Inespecífica
-Inflamatoria
PELVI-
ESPONDILOPATIA

COMPRESION
NEURAL

-Dolor en reposo y/o nocturno
-Baja de peso
-Sensación febril
-Rigidez matinal poliartralgias
-Dolor agudo persistente
-Dolor prolongado
-Déficit neurológico

Exámenes complementarios

Síndrome de claudicación neural intermitente

- **Típicamente la persona inicia actividad sin molestias, en la medida que marcha progresa empieza a sentir dolor lo que le obliga a detenerse en ante flexión**
- **Mayores de 65 años**
- **Espondiloartrosis lumbar difusa**
- **Habitualmente debida a estenosis del canal**

CLAUDICACIÓN LUMBAR VERSUS VASCULAR

	Neural	Vascular
Localización	Proximal lumbar-muslo	Distal pantorrilla
Cede con..	Anteflexión, sentado	Al detenerse de pie
Referido como..	Debilidad rodillas y piernas	Agarrotamiento de pantorrillas
Al subir plano inclinado	Disminuye es soportable	Aumenta francamente
Al bajar plano inclinado	Aumenta por hiperlordosis	Disminuye por menor demanda
Pulsos periféricos	Simétricos amplios	Asimétricos ausentes o débiles

Dolores referidos a la espalda:

- Riñón**: Infección, inflamatoria, neoplásia, obstrucción ureteral, trombosis arteria renal
- Próstata**: Prostatitis crónica
- Páncreas**: pancreatitis, cáncer.
- Retroperitoneo**: Hemorragia, tumor, absceso.
- Colon**: Colitis ulcerosa, diverticulitis, cáncer colon
- Ligamento utero-sacro**: Endometriosis, Ca endometrio, mal posición uterina
- Aneurisma abdominal**

Exploración física

Inspección

- Marcha, actitud corporal, habilidad para desplazarse
- Posturas antialgicas
- Rigidez lumbar, contracturas musculares.
- Signo taconeo. Gran valor en neoplásia, infección, aplastamiento osteoporotico.

Exploración física

Palpación

- Puntos dolorosos vertebrales y ciáticos
- Verificar contracturas musculares
- Hiperreactividad muscular (indicativo de componente psicógeno)

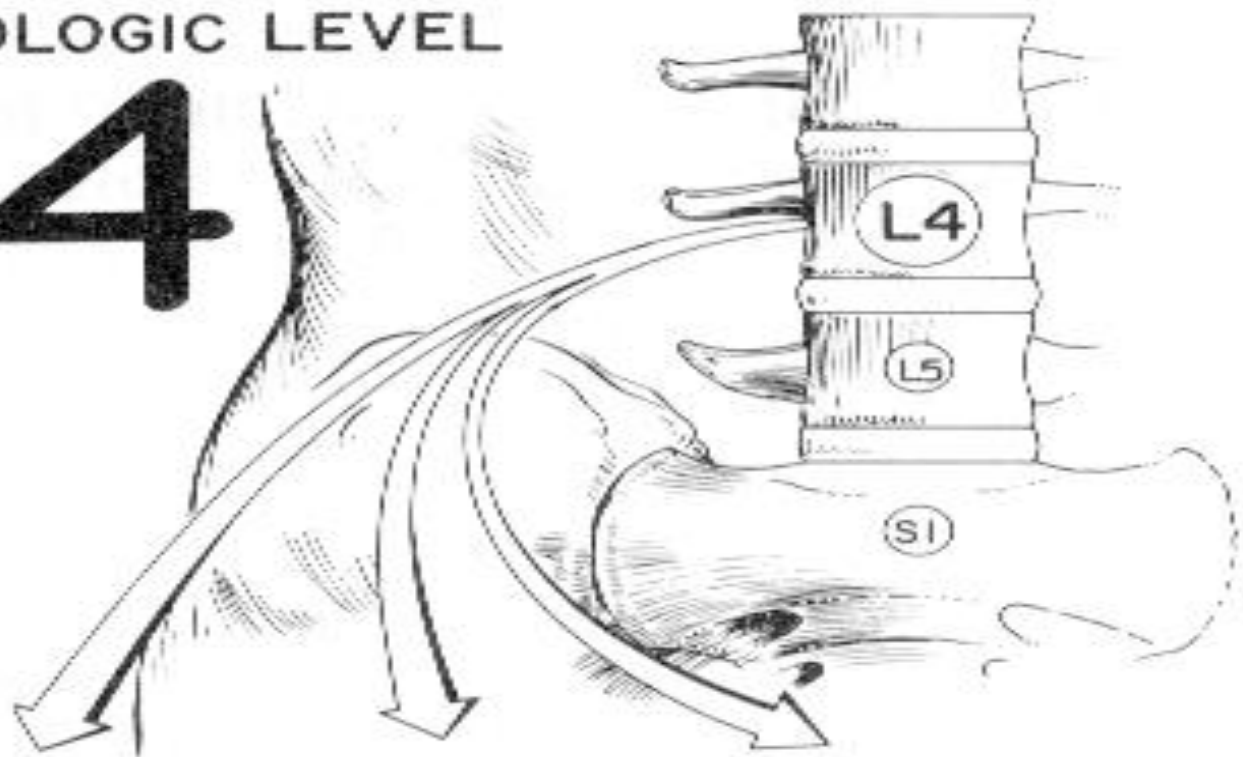
Examen neurológico básico

Disfunción marcha por paresia

- **L4:** incapacidad de marcha en talones por paresia músculo tibial anterior.
- **L5:** marcha en talones sin extensión de dedos por compromiso músculo extensor del primer oratejo y común de los dedos
- **S1:** Incapacidad de marcha en punta de pies por pérdida de fuerza de soleos y gastrocnemios.

NEUROLOGIC LEVEL

L4



MOTOR

TIBIALIS ANTERIOR
(FOOT INVERSION)



REFLEX

PATELLAR TENDON

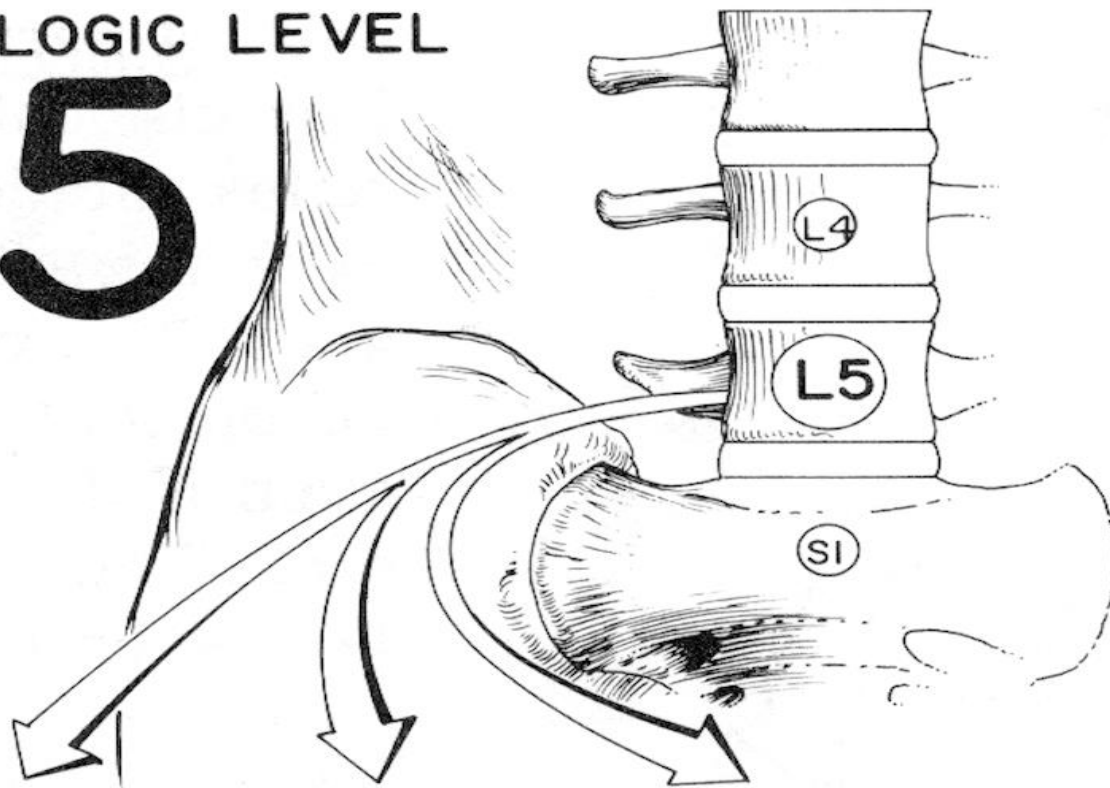


SENSATION



NEUROLOGIC LEVEL

L5



MOTOR

EXTENSOR
DIGITORUM
LONGUS



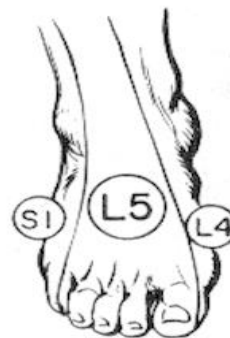
REFLEX



NONE

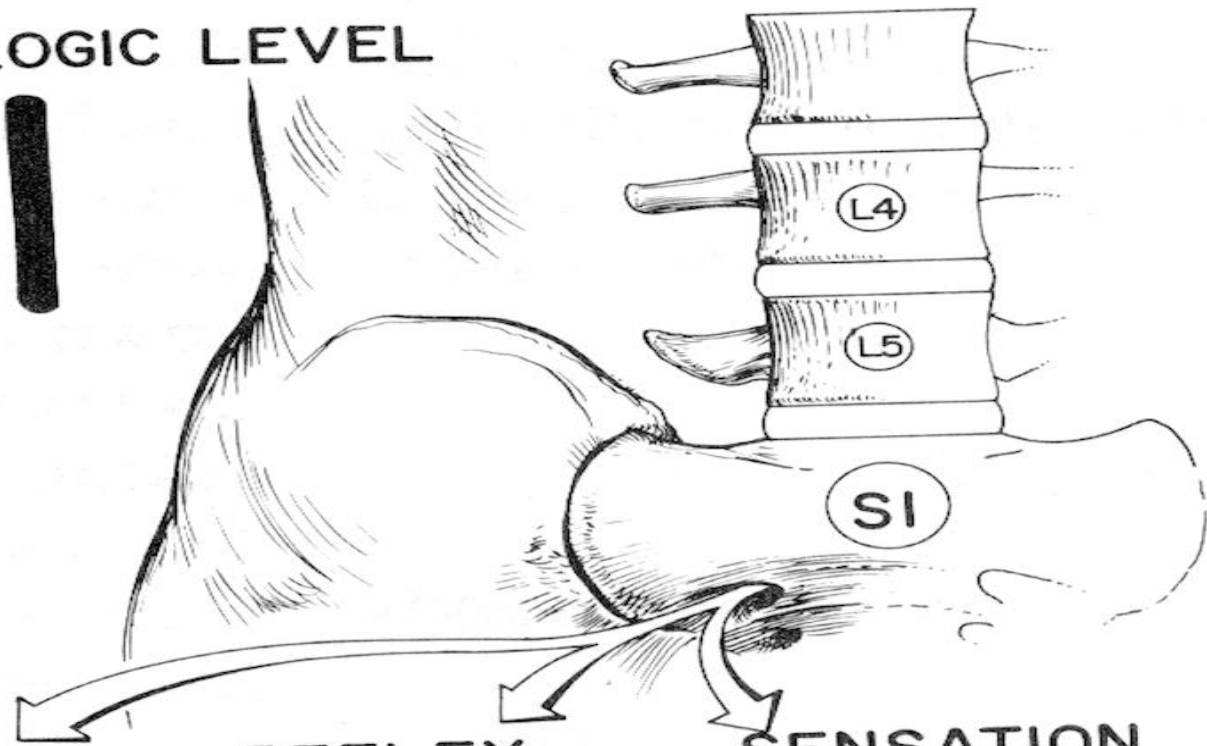


SENSATION



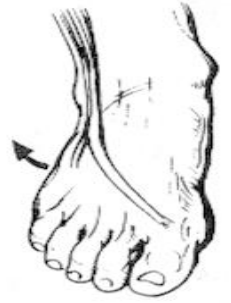
NEUROLOGIC LEVEL

S1



MOTOR

PERONEUS
LONGUS and
BREVIS



REFLEX

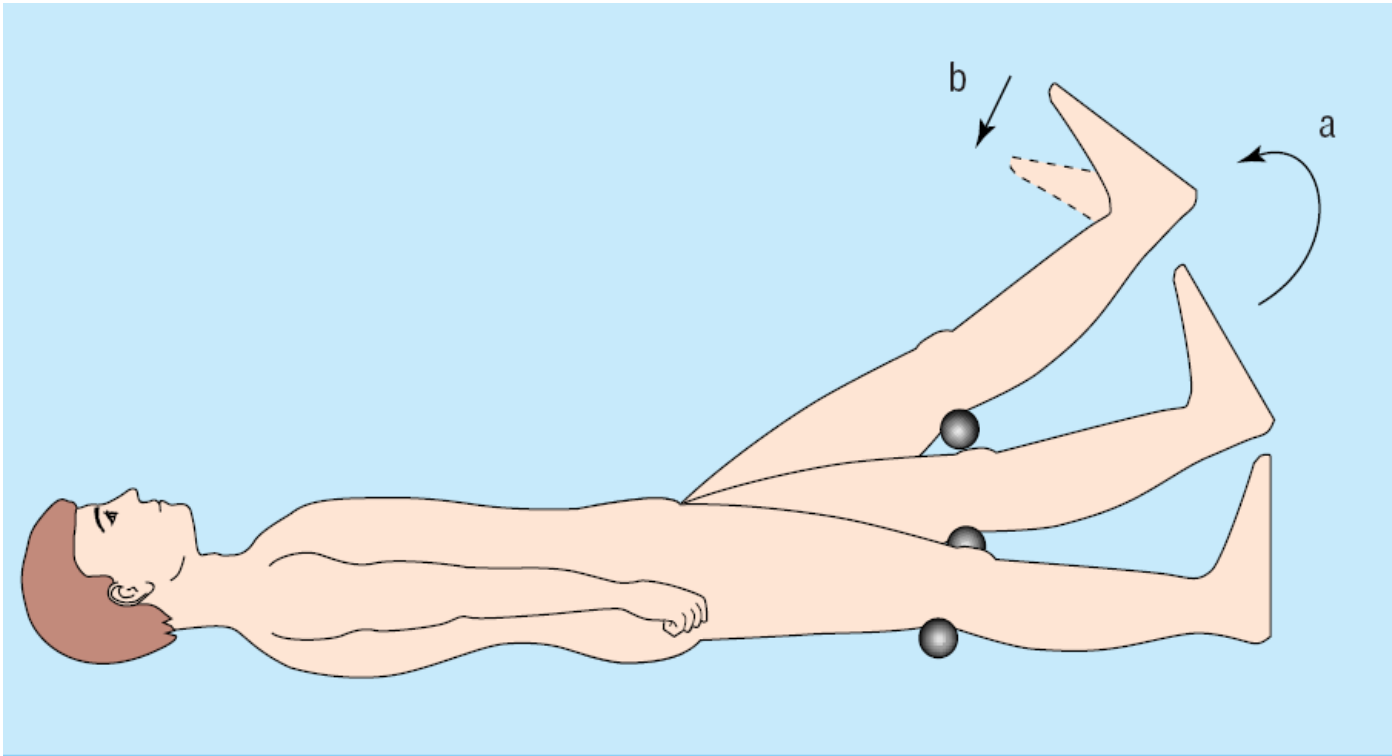
ACHILLES
TENDON



SENSATION

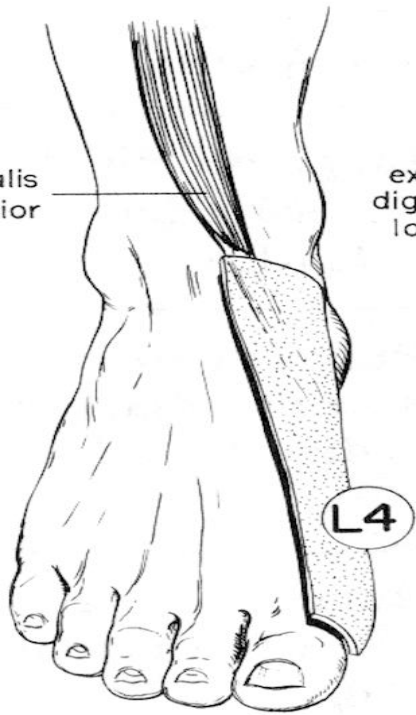


SIGNOS DE LASEGUE Y BRAGARD

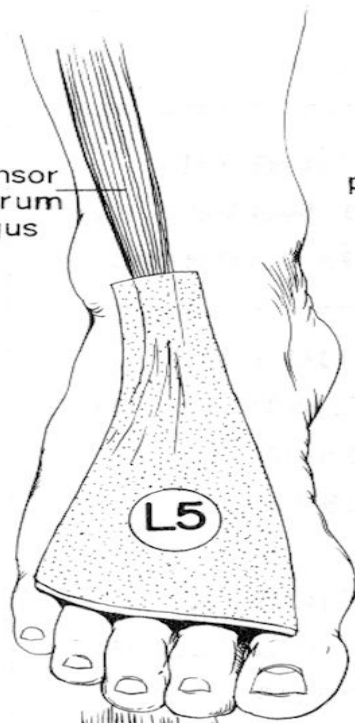


Signo de Lasegue: Decúbito dorsal cadera y rodilla en 90°, se extiende la rodilla: despierta dolor en pierna y muslo (no confundir con isquiotibiales acortados)

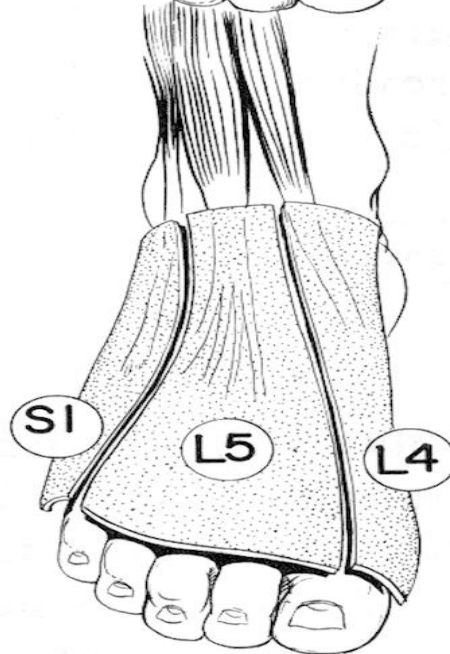
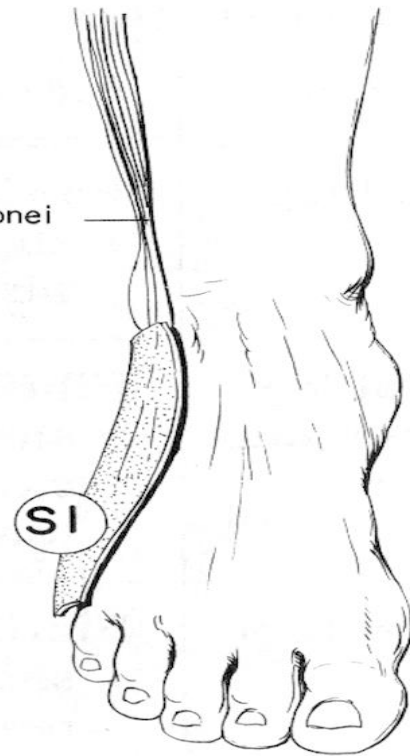
tibialis anterior



extensor digitorum longus



peronei



A

Señales de alarma

- Comienzo en menor de 20 o mayor de 55 años
- Trauma violento
- Dolor no mecánico, constante y progresivo
- Dolor torácico asociado, mal estado general.
- Antecedente de cáncer
- Pérdida de peso
- Esteroides sistémicos: inmunosupresión
- Drogadicción, HIV
- Signos y síntomas neurológicos
- Severa y persistente restricción de la flexión lumbar y/o deformidad estructural

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- No hay screening de laboratorio: sólo para excluir
- Imágenes sólo si hay hallazgos compatibles con enfermedad sistémica o trauma o evolución atípica.
- Rx después de 4-6 semanas de no remitir dolor (poca información). Excepto mayores de 65 años (cáncer, estenosis, fractura, aneurismas)
- RM es el método más sensible, realizar si hay evidencia fuerte de infección, cáncer o déficit neurológico.



16/10/2012, 10:50:10
HOSPITAL CLINICO-GENERAL-, HCGAL0024E

F

lumbar AP
1



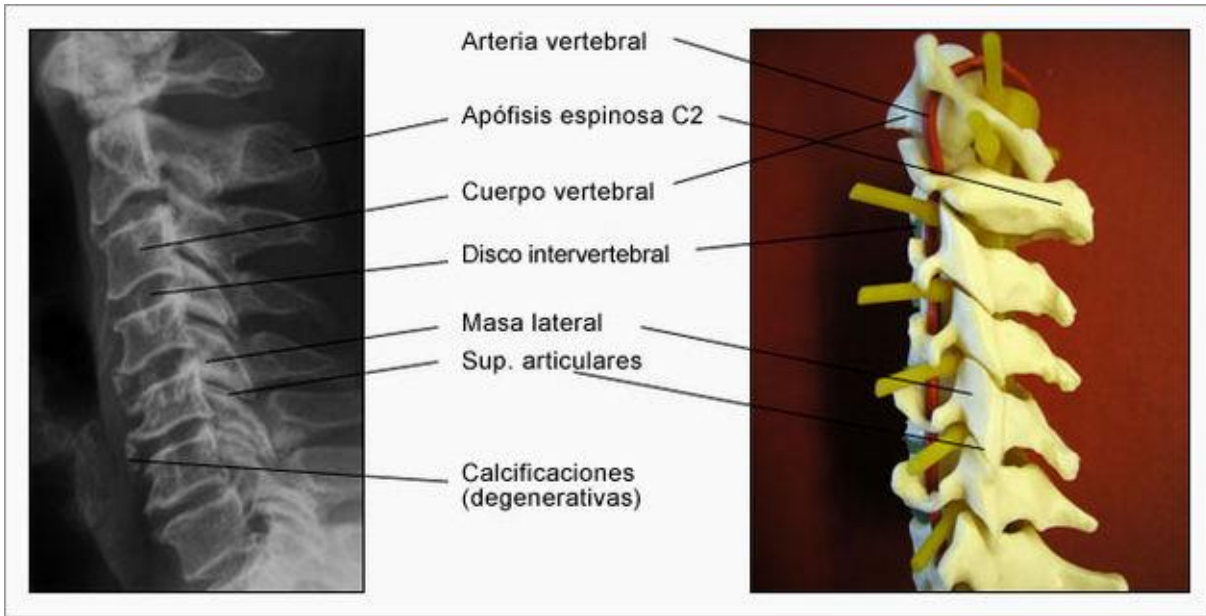
16/10/2012, 10:54:54
HOSPITAL CLINICO-GENERAL-, HCGAL0024E

F

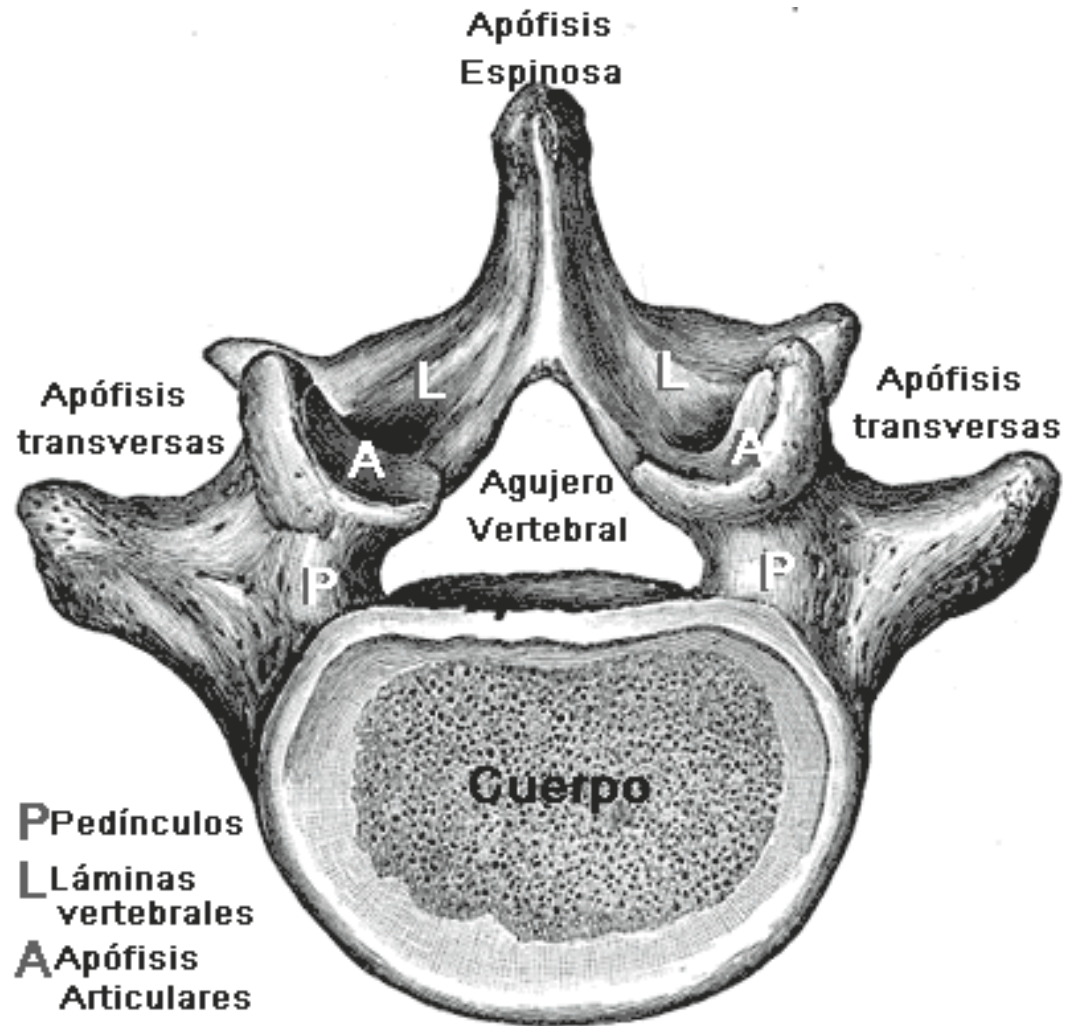
lumbar LAT
2



RECUERDO ANATÓMICO



RECUERDO ANATÓMICO



EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia en norte de España:

25% de la población general(32% M/ 13% V)

Finlandia 9% hombres y 13% mujeres

**Más frecuente en trabajadores manuales y en concreto ,
aquellos que deben forzar su cuello para el desarrollo del trabajo.
Menos frecuente en profesiones sedentarias**

Frecuente tras accidentes de tráfico con síndrome de latigazo.

Persiste en un 25%.

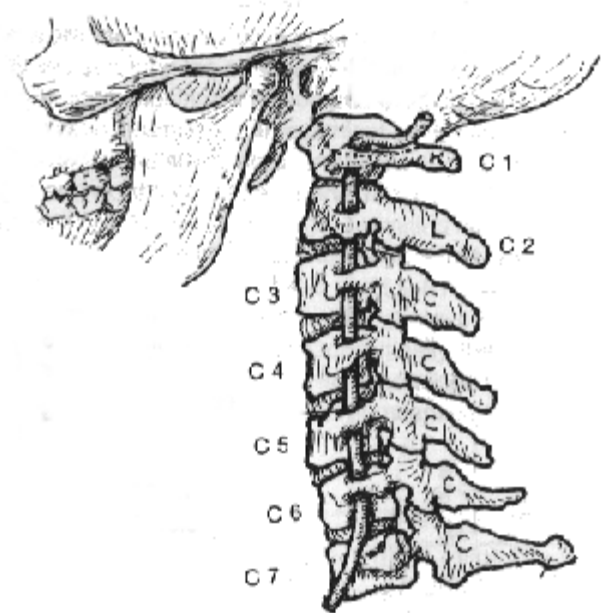
Síndrome cervical doloroso (cervicalgia simple)

- Se observa con mayor frecuencia a partir de los 30 años, aunque cada vez es más su presentación en los jóvenes que sufren dificultades familiares o de tipo laboral.
- El dolor se presenta en la columna cervical con diferentes irradiaciones, acompañado por espasmos musculares, una de las zonas más dolorosas es la región occipital.

FORMAS

**CERVICALGIA AGUDA:
INSTAURACIÓN HASTA 3 MESES ANTES**

**CERVICALGIA CRÓNICA:
SE MANTIENE POR MÁS DE 3 MESES, EN GENERAL POR AÑOS**



CAUSAS PRINCIPALES DE CERVICALGIA

Contractura muscular

Artrosis de las diferentes estructuras cervicales

Protrusiones discales

Infecciones

Neoplasias , principalmente metástasis

Enfermedad inflamatoria como las espondiloartropatías

Metabólicas (Enf. Paget).

CERVICALGIA

Manifestaciones clínicas

- **Dolor: agudo o crónico**
- **Rigidez: limitación en todos o alguno de los planos(flexión, lateralización inflexiones)**
- **Irradiación: cabeza, extremidades superiores**
- **Síntomas asociados: mareos**

EXPLORACIÓN FÍSICA

Inspección:

Anomalías posturales, protrusiones

Palpación:

Masas musculares pericervicales, apófisis espinosas, músculos adyacentes(trapezio)

Dolor irradiado: reflejos, fuerza muscular/atrofia y sensibilidad parcelar

Maniobras:

Spurling: Presión sobre cráneo en dirección espinal

Soto-Hall: Hiperestiramiento en decúbito: musculatura, lesión ósea.

Adson: Valoración de compresión en el opérculo



EXPLORACIÓN FÍSICA

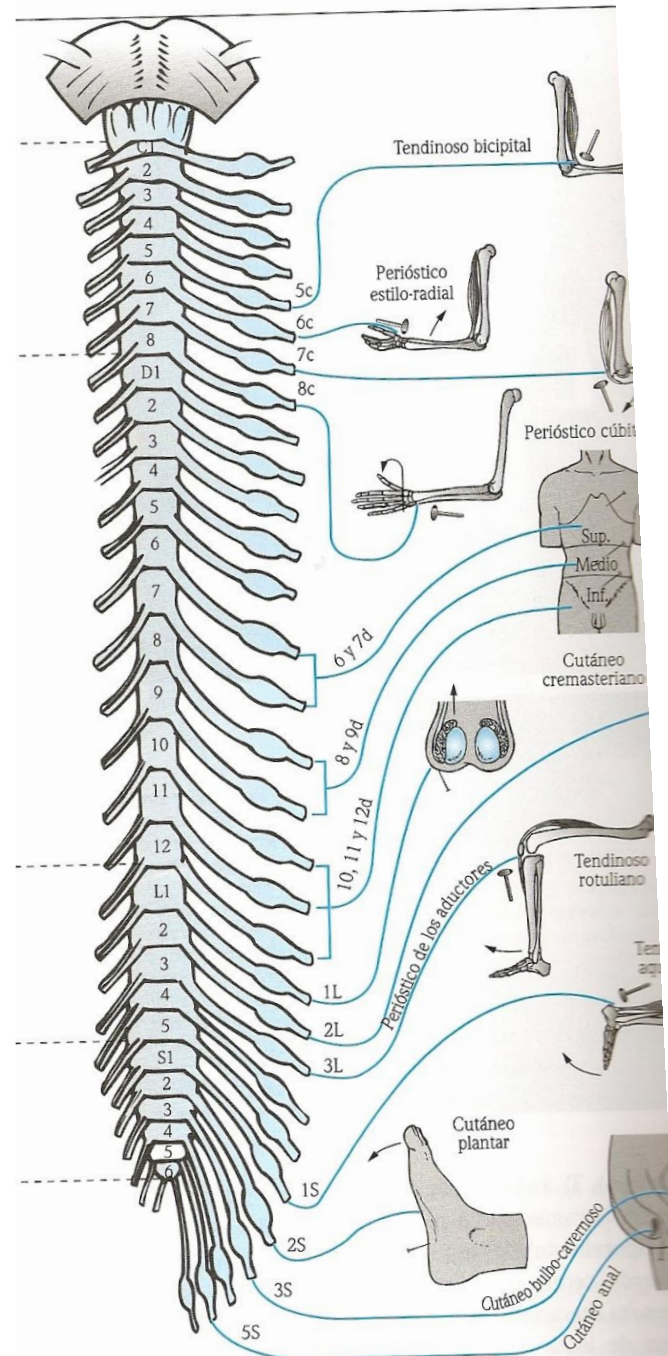
Radiculopatía compresiva

Reflejos:

Bicipital C5

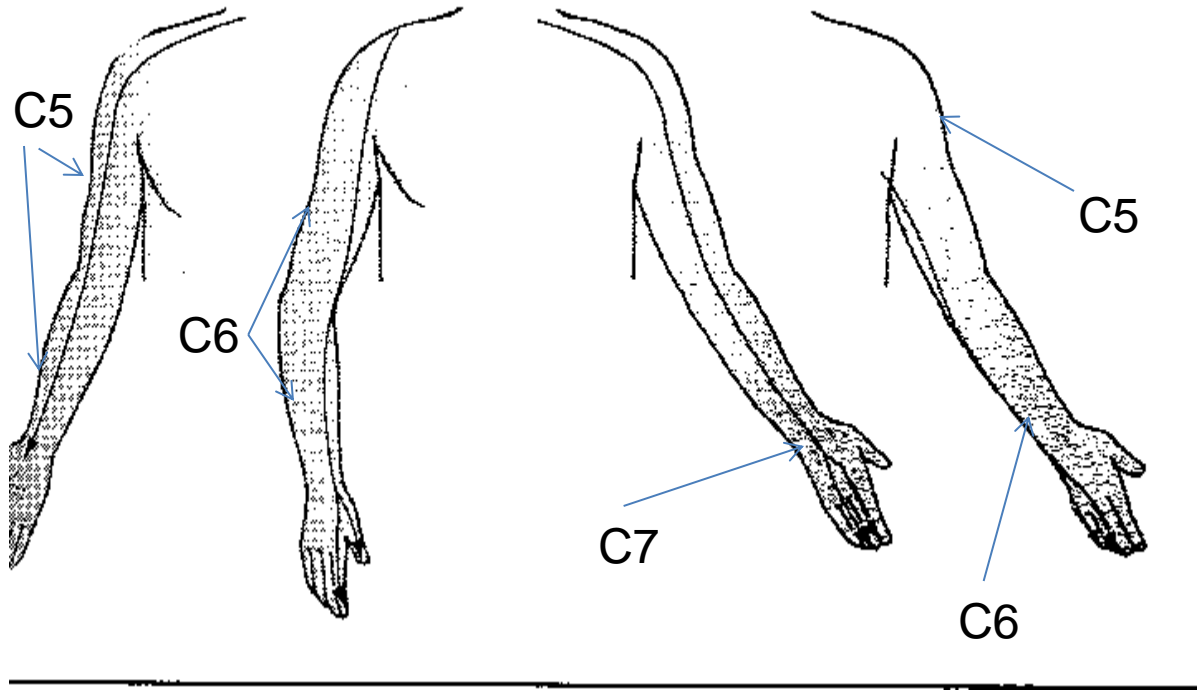
Estiloradial C6

Periostiocubital C7



EXPLORACIÓN FÍSICA

TERRITORIOS METAMÉRICOS DE IRARADIACIÓN DEL DOLOR CERVICAL C



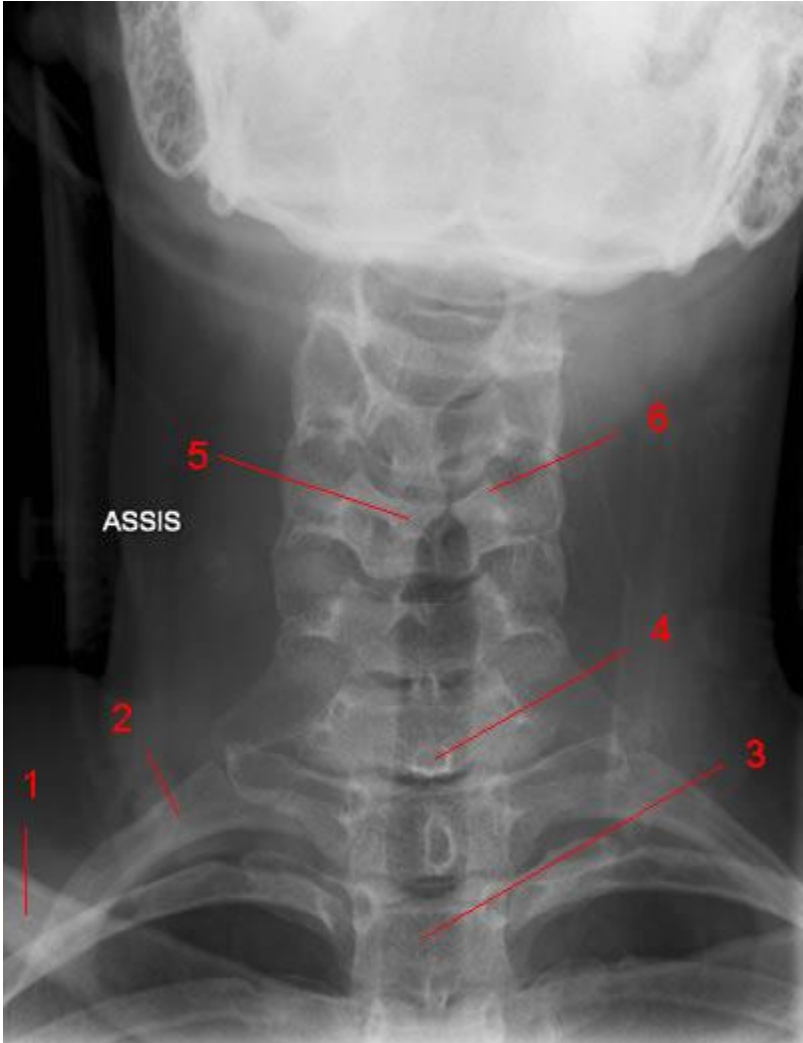
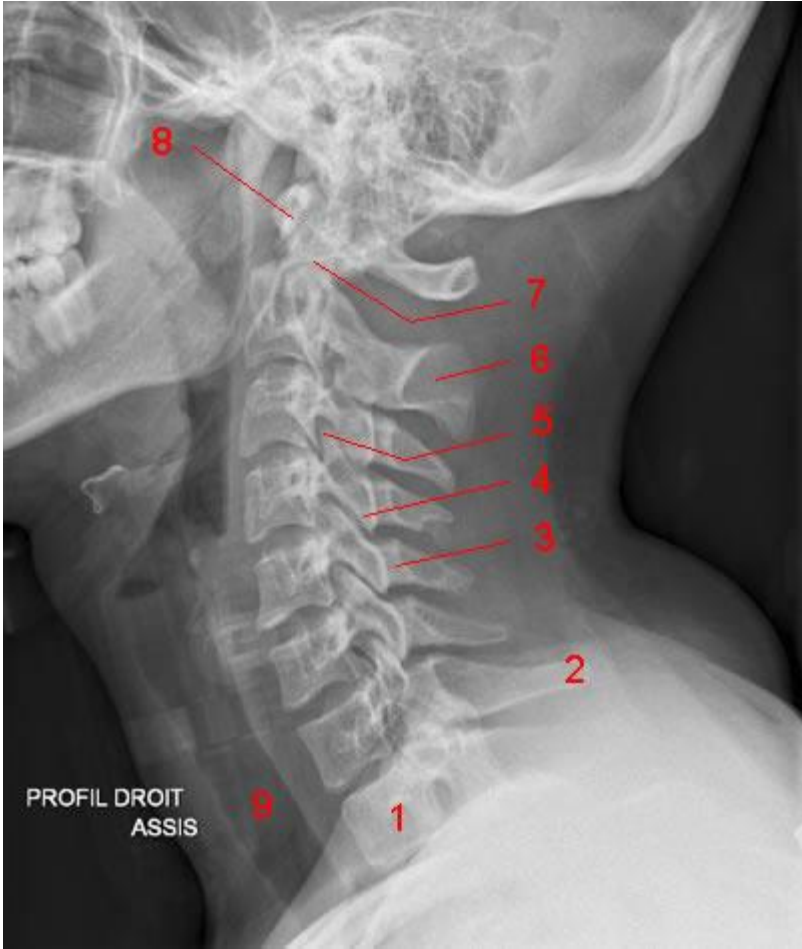
CASOS DE RELEVANCIA EN CERVICALGIA

- Menores 18 años.
- Insuficiencia vascular.
- Traumatismo significativo/lesión ósea.
- Malignidad, infección, inflamación.
- Mielopatía.
- Signos deficitarios en la exploración neurológica.
- Deformidad vertebral congénita o adquirida.
- Distonía inducida por drogas.

ESTUDIOS DE IMAGEN

- Radiografía simple cervical antero - posterior, lateral y oblicuas .
- TAC
- RMN
- Electromiografía

RADIOLOGÍA SIMPLE AP Y LAT



RADIOLOGÍA SIMPLE OBLÍCUAS

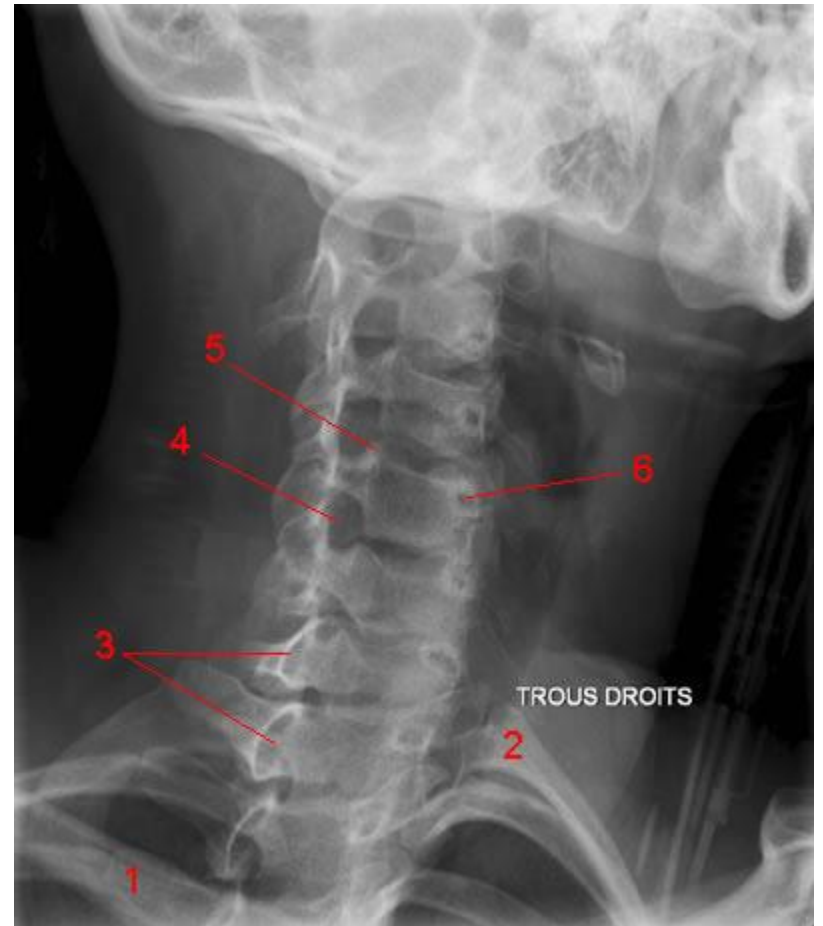
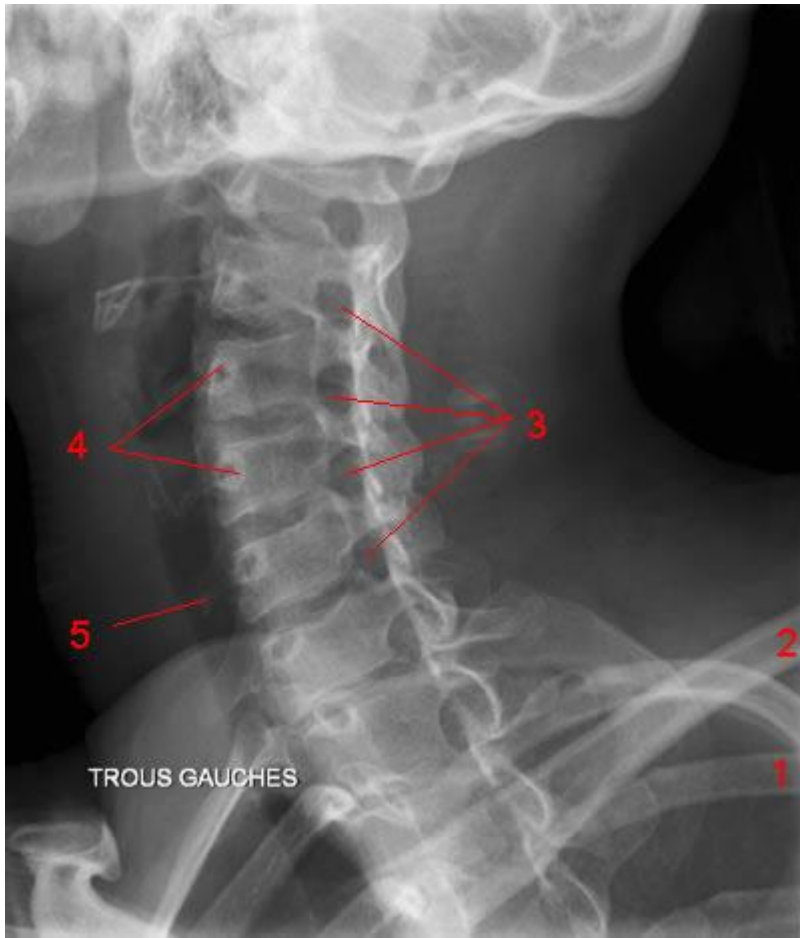
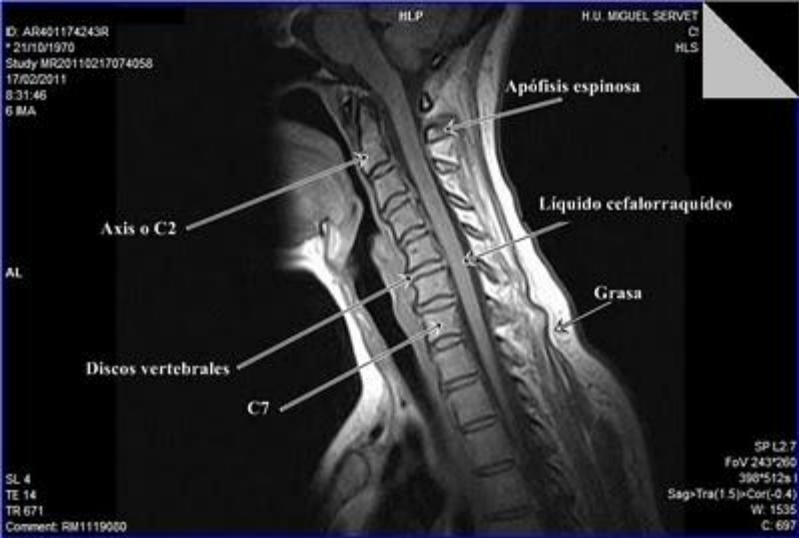
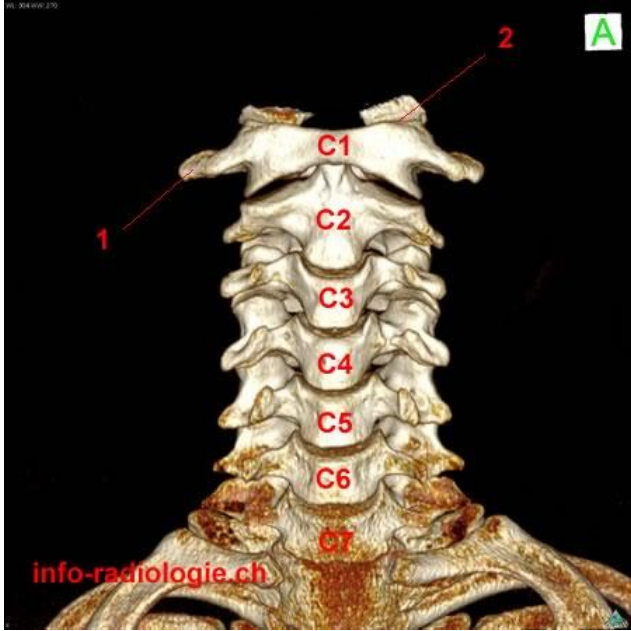
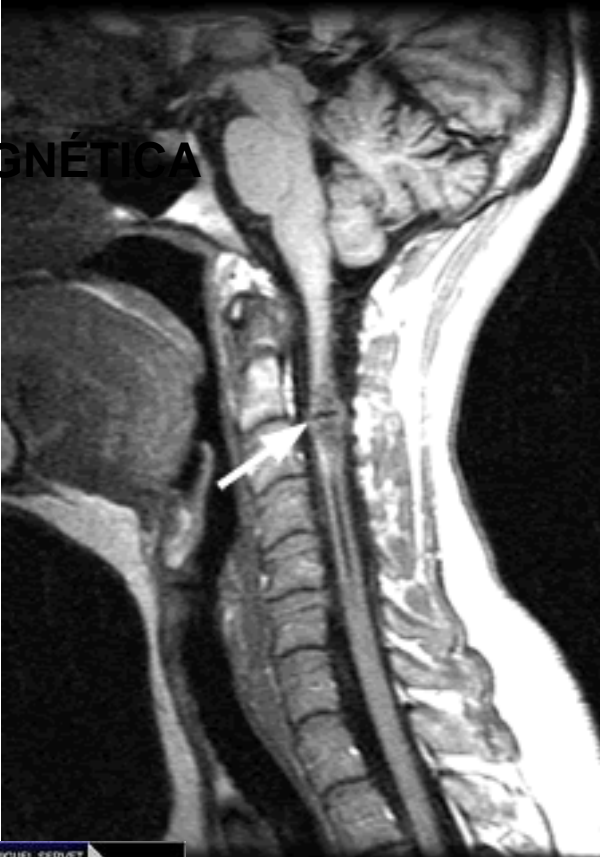


IMAGEN DE TAC HELICOIDAL Y RESONANCIA MAGNÉTICA

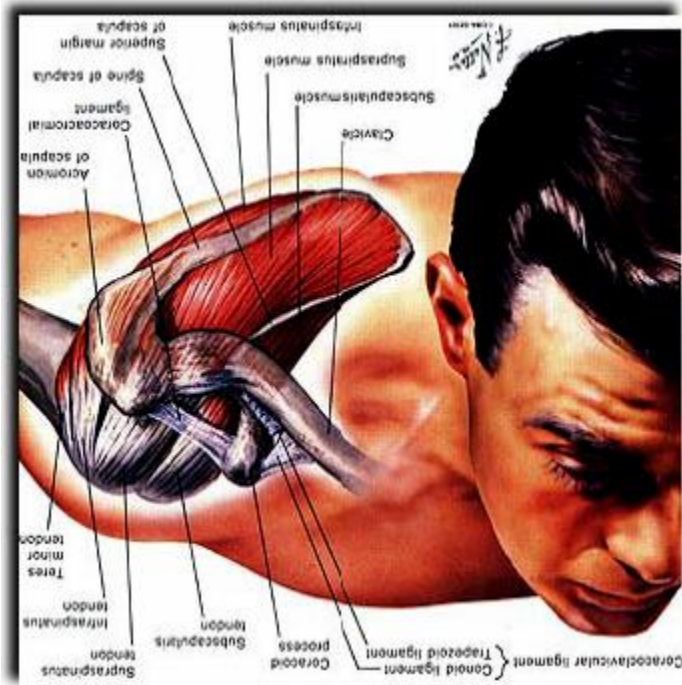


Síndrome cervical doloroso en ausencia de alteraciones de imagen

- La cervicalgia puede constituir índice de desajustes personales, tensiones, dificultades colectivas
- Períodos de cambio o presión socio-laboral, exceso de responsabilidad, sobrecarga o inadecuación del trabajo, fracaso profesional, soledad, falta de apoyo, etc.
- Diferenciar entre lo que se tiene en la imagen (artrosis siempre a partir de una edad) y lo que le pasa

HOMBRO DOLOROSO

RECUERDO ANATÓMICO



EVALUACION DEL HOMBRO

Está formado por 4 articulaciones :

- 1. Glenohumeral**
- 2. Acromioclavicular**
- 3. Esternoclavicular**
- 4. Escapulohumeral**

HOMBRO DOLOROSO

- **Omalgia (Periartritis escapulohumeral)**
- **Constituyen 5% de las consultas del médico de familia**
- **Motivo más frecuente después de la lumbalgia y cervicalgia**

HOMBRO DOLOROSO (causas)

Alteraciones del tendón:

Tendinitis bicipital, Tendinitis del manguito rotador.

Alteraciones glenohumerales o acromioclaviculares:

Osteoartritis, Artritis séptica, AR, psoriásica.

Hombro congelado

Bursitis

Dolor referido

CONCEPTOS Y CONSIDERACIONES

TIPOS DE LESIONES

- **Lesiones de Partes Blandas del hombro:**
- Concepto poco preciso y que no se ajusta a una afección bien determinada. En la actualidad agrupa a toda una serie de afecciones músculo esqueléticas del hombro. Las dos grandes patologías responsables son la tendinitis degenerativa y la bursitis.
- **Tendinitis:** Inflamación de las estructuras de deslizamiento del tendón o de la zona de inserción del manguito musculotendinoso.
- **Bursitis:** Inflamación y tumefacción de la bolsa sinovial subacromial y subdeltoidea, a consecuencia de lesiones degenerativas del manguito musculotendinoso. Es un fenómeno secundario a la tendinitis del manguito.
- **Capsulitis adhesiva:** Trastorno trófico de la cápsula y contenido articular que cursa con limitación severa a todos los movimientos del hombro. Llamado también “hombro congelado”, es frecuente en alteraciones neuroendocrinas(diabetes, tiroides, ictus).

Etiología:

- Degenerativas
- Microtraumatismos por sobreesfuerzo y movimientos bruscos en dirección anormal
- Posturas defectuosas: hombros redondeados y hombros caídos (típica de la senectud y de factores emocionales)
- Factores ocupacionales
- Ejecución de movimientos normales bajo temor, ansiedad y tensión
- Inmovilización del brazo

Síntomas y Signos

1. **Dolor**: Influye en su intensidad la tensión , el grado de hinchazón del tendón y el umbral del dolor del paciente

Localización del dolor: en el hombro inicialmente, principalmente en la cara anterolateral y en la vecindad del troquíter y del acromio

Se asocia a hiperalgesia local

Se puede irradiar hacia la parte inferior del brazo

Puede ser muy intenso, constante y continuo y aumentar durante la noche

2. **Limitación articular** de los movimientos pudiendo llegar a la rigidez

Examen Físico:

Inspección: postura antálgica mediante la autoinmovilización y postura de encogimiento de hombros; inflamación y tumefacción

Palpación: Puede haber calor local. Se exploran los **Puntos dolorosos:** troquiter, troquín, corredera bicipital, sitio bolsa subdeltoidea, articulación acromio clavicular y esternoclavicular, fibras superiores del trapecio, cara posterior del hombro, región escapular y región epicondilea

Limitación articular tanto al movimiento pasivo como activo y esto aumenta el dolor

Limitación de los movimientos de: abducción, flexión anterior, rotación y en ocasiones se puede limitar la extensión. En **Fase tardía:** atrofia muscular

MANIOBRAS ESPECÍFICAS

- **Manguito rotador**: aumento del dolor al abducir contra resistencia, al presionar hacia abajo cae. Apoyar la mano sobre el hombro opuesto y elevar el codo
- **Tendinitis del MR y compromiso acromioclavicular**: exploración del “arco”
- **Tendón bicipital** (maniobra de Yegarson): dolor al supinar y flexionar contra resistencia
- **Examen del cuello para descartar causas cervicales**
- **Examen neurológico**

SIGNOS DE ALARMA

- **Fiebre y escalofríos**
- **Mal estado del paciente**
- **Dolor persistente con movimiento o reposo y que despierta de noche**
- **Dolor no relacionado con movimiento y sin limitación funcional (referido)**
- **Dolor en el hueco axilar**
- **Alteraciones neurológicas**

ROTURA DE LA PORCIÓN LARGA DEL BICEPS



MANIOBRAS DE EXPLORACIÓN DEL HOMBRO



Flexión anterior



Extensión



Adducción



Abducción



Rotación interna



Rotación externa

Test de Jobe (supraespinoso)



Test de infraespinoso



Test de subescapular (Grebber)



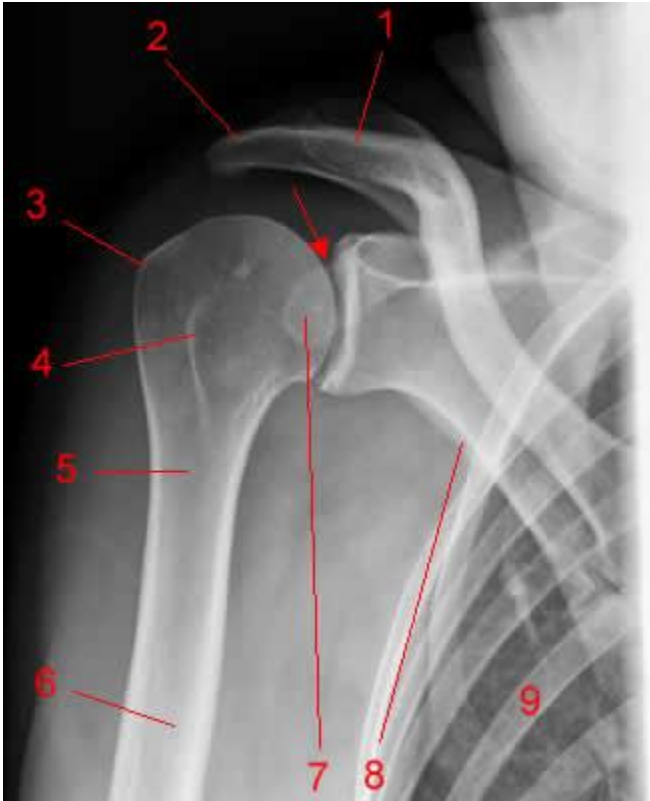
Test de Yergason(bicipital)



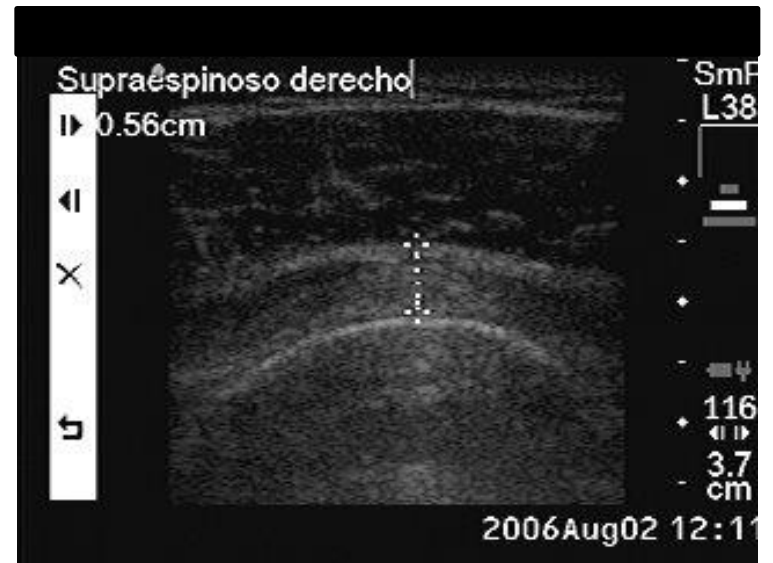
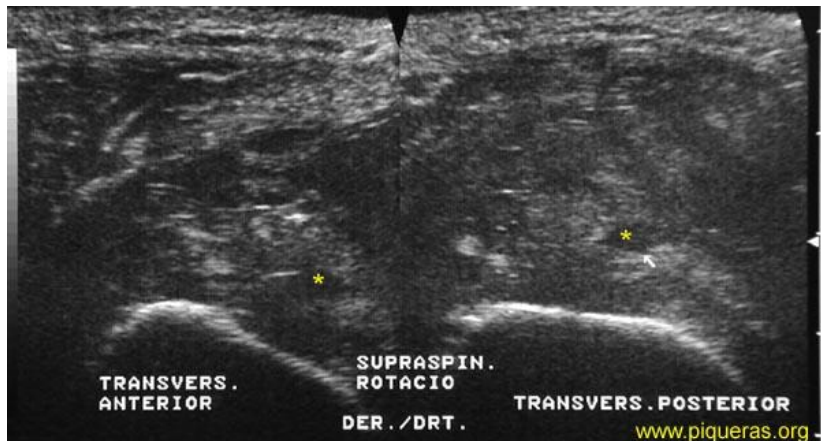
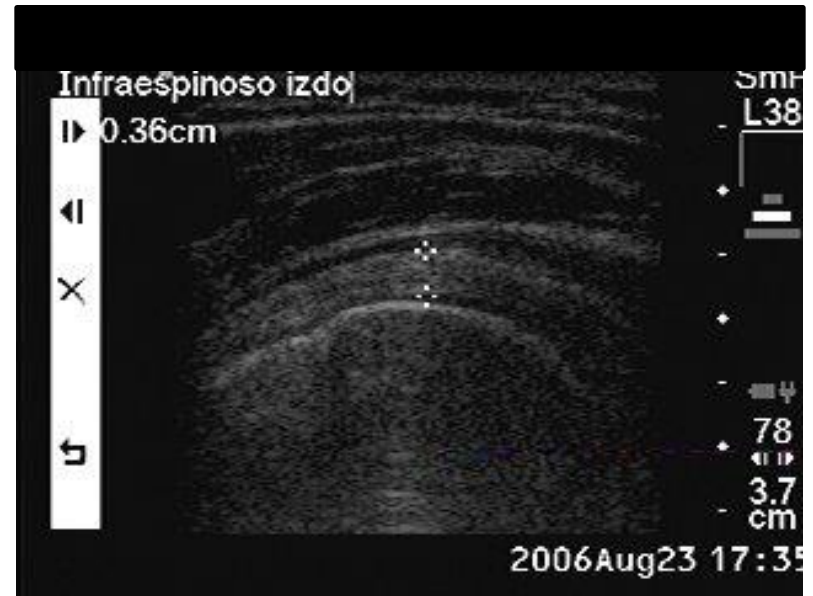
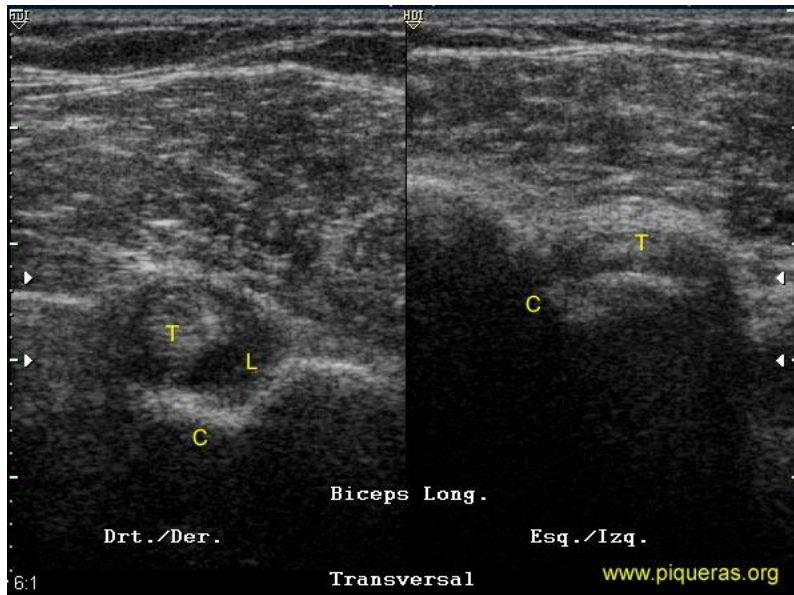
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- **Análisis de sangre y orina**
- **Radiografía del hombro de frente, anteroposterior en rotación interna y externa, y axilar**
- **Ecografía**
- **Tomografía computada y resonancia magnética**

RADIOLOGÍA SIMPLE



ECOGRAFÍA DE HOMBRO



RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

