

Lumbalgia INFLAMATORIA



Dr. Mario Moreno Álvarez, Reumatólogo
 Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Luis Vernaza, Guayaquil

Entre las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas, la lumbalgia es causa frecuente de consulta médica. Después de la gripe, la lumbalgia es la afectación humana más frecuente ya que la pueden padecer hasta el 65-80% de las personas en algún momento de su vida.

En mayores de 65 años la prevalencia de lumbalgia puede alcanzar hasta el 51%. Es causa frecuente de limitación de actividad y pérdida laboral. Se considera que el 95% de las lumbalgias son agudas y sólo el 5% son crónicas siendo sus causas muy variadas.

Entre los pacientes con dolor lumbar crónico (Dolor de 3 meses o más de duración) es de suprema importancia saber diferenciar entre una "lumbalgia de tipo mecánica" de una "lumbalgia inflamatoria" (Tabla 1), ya que ésta última se asocia o suele ser el síntoma inicial de un grupo especial y frecuente de enfermedades reumáticas crónicas llamadas "Espondiloartropatías Seronegativas", enfermedades que se caracterizan por Lumbalgia Inflamatoria, artritis periférica, entesitis (inflamación de las inserciones tendinosas ej, tendón de Aquiles), dactilitis o dedo en salchicha y uveítis (inflamación de cámara anterior del ojo).

Además este grupo de enfermedades tienen un marcador genético que es el HLA-B27, lo que hace que varios miembros de una misma familia la padezca.

La Espondilitis Anquilosante es el prototipo de este grupo de enfermedades, pero también tenemos a la Artritis Psoriásica, Artritis Reactiva postinfecciosa y la Artritis asociada a enfermedad intestinal crónica (Colitis ulcerativa y/o Enfermedad de Chron).

Tabla 1

Diferenciación entre lumbalgia mecánica e inflamatoria

	Lumbalgia Inflamatoria	Lumbalgia Mecánica
Edad de comienzo	< 40 años	Cualquier edad
Forma de comienzo	Insidioso	Agudo
Duración	>3 meses	< 4 semanas
Rigidez matinal	> 30 minutos	< 30 minutos
Dolor nocturno (en la madrugada)	Común	Ausente
Efecto del ejercicio	Mejora	Empeora
Sensibilidad en articulaciones sacroiliacas	Frecuente	Ausente
Déficit neurológico	Infrecuente	Posible

El inicio de una lumbalgia inflamatoria suele ser insidioso, de muy lenta evolución clínica, sin mayores cambios radiológicos iniciales, por lo que habitualmente pasa desapercibida por

años. En mujeres, niños y adolescentes el diagnóstico inicial es aún más difícil. Desde hace varios años se han propuesto criterios de diagnóstico para este tipo de lumbalgia, siendo los crite-

rios del grupo ASAS (Grupo de expertos en Espondiloartritis) los más recientes (Tabla 2).

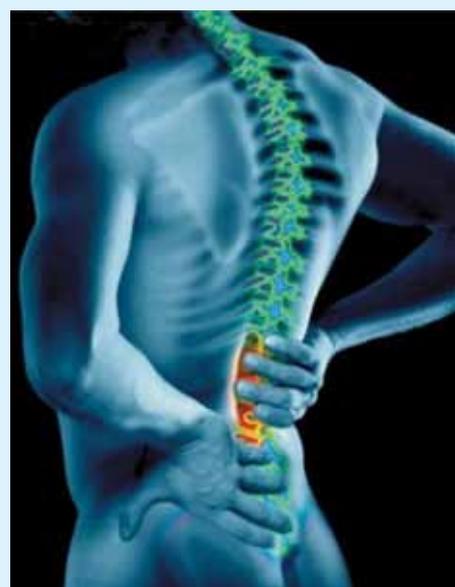


Tabla 2

Criterios ASAS de Dolor Lumbar Inflamatorio por Expertos (Dolor Lumbar Crónico; n=648)

- edad al inicio < 40 años
- inicio insidioso
- mejoría con el ejercicio
- no mejoría con el reposo
- dolor nocturno (con mejoría al levantarse)

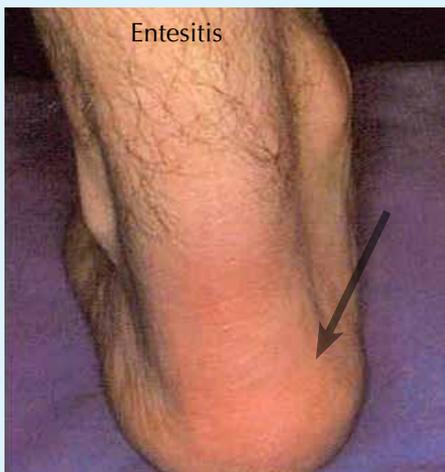
Sensibilidad: 79.6%; Especificidad: 72.4%

Dolor lumbar inflamatorio presente si se cumplen al menos 4 de los 5 parámetros.

Sieper J et al. Ann Rheum Dis. 2009;68:784-788



Ante todo paciente con diagnóstico o sospecha diagnóstica de Lumbalgia Inflamatoria habrá que realizar, como siempre, una adecuada historia clínica y examen físico para tratar de encontrar manifestaciones clínicas asociadas, destacando la presencia de historia familiar de: psoriasis cutánea, inflamación ocular recurrente (ojo rojo), diarrea crónica o intermitente, artritis periférica, dedos en salchicha, infecciones urinarias recurrentes o rebeldes al tratamiento, inflamación de las inserciones tendinosas (entesitis), etc.



Hasta hace pocos años sólo disponíamos de Rx simples convencionales para

biológicas, se ha permitido conocer mejor la fisiopatología y la evolución de este grupo de enfermedades.

La presencia de marcadores genéticos como el HLA B27 y la resonancia magnética nuclear (RMN) han abierto un nuevo campo para el diagnóstico temprano y seguimiento de este tipo de pacientes.

Por lo tanto todo paciente con dolor lumbar con características inflamatorias quiere decir que es de carácter nocturno, con irradiación a los gluteos y que mejora con la actividad física debe ser derivado de forma temprana y oportuna al reumatólogo para descartar una espondiloartropatía seronegativa.



la valoración de las lumbalgias inflamatorias, lo cual nos permitía realizar diagnósticos certeros pero lamentablemente tardíos, cuando la enfermedad ya tenía muchos años de evolución y había producido mucho daño articular.

Con el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas radiológicas y de laboratorio y con la aparición de las terapias

Debemos manifestar que aún con estas nuevas técnicas diagnósticas empleadas, hay pacientes que plantean incertidumbres y sólo es el seguimiento del paciente a lo largo del tiempo lo que nos dará la certeza diagnóstica. Así, será de importancia capital el buen juicio clínico de su médico reumatólogo.