

11226

29/104



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Post-grado

Unidad de Medicina Familiar No. 2
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

"ETIOLOGIA Y FRECUENCIA DE
LUMBALGIA EN EL PRIMER NIVEL
DE ATENCION"

TESIS

Que para obtener el Grado de:
ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dra. Alba Millegas Santibáñez



IMSS

Puebla, Pue.

1986-1988

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	3
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	4
MATERIAL Y METODOS.....	16
RESULTADOS.....	17
CONCLUSIONES.....	21
RESUMEN.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	24

INTRODUCCION

La Lumbalgia crea un problema de suma importancia práctica, ya que afecta a un gran número de pacientes y es, por tanto, uno de los síntomas que con mayor frecuencia motivan la consulta al médico. Las causas que originan el dolor lumbar son muy variadas, así como los métodos de su exploración y tratamiento.

Esta diversidad a veces puede inducir a cierta confusión y pesimismo por parte del paciente, que en ocasiones llega a dudar de la ayuda que pueda prestarle la Medicina.

Aunque en la actualidad se conoce bastante bien la biomecánica de la columna vertebral, y ello nos explica el origen del dolor lumbar, aún quedan algunos puntos oscuros. Por ejemplo, el papel del psiquismo en estas enfermedades no está completamente explicado. No obstante, el diagnóstico y tratamiento de la Lumbalgia no suele presentar grandes dificultades y en la mayoría de los pacientes el tratamiento adecuado conduce a la rápida curación.

Las enfermedades y lesiones del sistema musculoesquelético tienen los índices más altos de morbilidad, como consecuencia de diversos factores etiológicos, pero particularmente debido a la industrialización y mecanización, como factores productores de accidentes que ocasionan fracturas, luxaciones, esguinces, amputaciones y lesiones de los nervios periféricos, la postura erecta que genera la acción de fuerzas mecánicas sobre la columna vertebral, produciendo dolor lumbar, dorsal y cervical, o bien la mayor sobrevida que actúa exponiendo a mayor desgaste el cartilago articular dando lugar a diversas formas de artritis, pero particularmente a la enfermedad articular degenerativa u osteoartritis, que padecemos invariablemente todos los seres humanos en diferente grado.

Se ha estimado, por ejemplo, que durante la vida activa, el 80% de los seres humanos de los países industrializados sufren lumbalgia en diferentes grados de intensidad, duración o incapacidad. En los Estados Unidos de América se ha considerado que re-

presenta la enfermedad más costosa en el grupo de edad entre 30 y 60 años y se ha estimado que la incapacidad resultante tiene un costo anual de 14,000 millones de dólares.

La lumbalgia es una afección común, cuya causa específica y tratamiento preciso, a veces produce frustración en la profesión médica. Se han recomendado muchos tipos de exámenes para descubrir la causa de una lumbalgia en particular y se han proclamado como eficaces muchos tipos de tratamiento, realizados por distintos médicos, terapeutas o especialistas. Muchos de los términos empleados por médicos y terapeutas son mal entendidos, no se comprenden del todo o son confusos.

A los pacientes se les etiqueta, cataloga y clasifica, y -- con frecuencia terminan desorientados. Se les recomiendan tratamientos pero no se les explica el motivo. Se critican otros métodos terapéuticos. El paciente, que es quien siente los síntomas, los describe a médicos que no escuchan. El médico explica, pero a menudo en términos imprecisos que ni siquiera el mismo comprende del todo y con seguridad mucho menos para sus pacientes.

Debe haber respuestas y de seguro también muchas preguntas. Aunque gran parte de la información relativa a la lumbalgia se desconoce, hoy en día ya se han establecido muchos principios de ella.

La persona que padece lumbalgia tiene derecho a saber por qué la sufre: de dónde proviene el dolor, qué lo causa y por qué se le recomienda un tratamiento especial.

JUSTIFICACION

El presente trabajo fué realizado con el fin de encontrar cual es la frecuencia y la etiología más común que se presenta de lumbalgia en el primer nivel, ya que existe un índice elevado de consultas por esta patología, cuya etiología es múltiple, puede originarse en los huesos, articulaciones y los músculos, así como en el sistema nervioso y en los órganos viscerales y - además ocasiona represiones a nivel laboral, social y familiar, por lo que, consideramos que al tener esta información el médico familiar se prepare para brindar una adecuada atención integral al paciente, ya que en la actualidad un gran número de pacientes sufren innecesariamente a causa de infundados temores - relacionados con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades - de su columna vertebral y de la médula espinal así como de -- otras.

Es importante que se oriente a los pacientes, mencionando- les que con los modernos métodos de diagnóstico y de tratamiento, así como apoyo psicológico, un gran número de pacientes pueden ser tratados en forma correcta y puedan reemprender una vida normal.

Se hizo una recopilación de datos de pacientes con lumbalgia de la U.M.F. #2, Puebla, Pue.

ANTECEDENTES

La lumbalgia ha afectado al ser humano durante muchos miles de años. En la biblia y en escritos de Hipócrates existen descripciones de lumbago y ciática. La lumbalgia tiene múltiples etiologías, puede ser originada por enfermedades o trastornos funcionales de estructuras situadas dentro de la columna vertebral o asociadas con ella. Durante siglos se ha considerado que la causa más común de la lumbalgia postural, es una curvatura lumbar exagerada. Al adoptar el hombre la posición erecta y ponerse de pie sobre las extremidades posteriores, la pelvis no giró por completo y la región lumbar de la columna conservó una curva fisiológica normal, llamada lordosis. La columna vertebral se convirtió en el choque de diferentes fuerzas que actúan para conservar la arquitectura del cuerpo y su posición erecta, permitiendo efectuar múltiples movimientos, así como resistir y amortiguar fuerzas anormales y esfuerzos máximos, o mitigar traumatismos recibidos. (1,2).

Por muchos años se creyó que las raíces nerviosas lumbares podían ser presionadas dentro del conducto vertebral o fuera de él, pero no existía una explicación satisfactoria de como ocurre esto. Mixter y Barr enfatizaron el papel que tenía la hernia del núcleo pulposo en la compresión de las raíces lumbares.

La primera descripción del conducto lumbar estrecho fue hecha por Sachs y Fraenkel en 1899 en su artículo "Rigidez anquilótica progresiva de la columna".

En 1911 Baulay y Casamajor publicaron el caso de un enfermo con ciática y paresia en un miembro pélvico que le obligaba a caminar distancias limitadas, que quedó resuelto su problema con laminectomía. Los hallazgos quirúrgicos fueron que las raíces nerviosas de la cola de caballo estaban comprimidas por procesos degenerativos articulares y por engrosamiento del ligamento amarillo.(3)

La lumbalgia como causa de escoliosis es un trastorno que ha aquejado al hombre desde la edad de piedra. Las pinturas rupestres muestran personas escolióticas en diversas etapas de la deformidad sometidas a diferentes métodos de tratamiento. Como dato interesante, muchos de éstos métodos prehistóricos aún se emplean, aunque -

con equipo más refinado y métodos más científicos. La escoliosis es la curvatura anormal de la columna hacia un lado, que suele acompañarse de una deformidad en rotación que origina cambios fisiológicos en el aspecto del dorso, torax y pelvis. De acuerdo con la etiología se distinguen dos tipos principales de escoliosis: 1) de causa desconocida idiopática, y 2) causa conocida. Varios estudios genealógicos realizados en Gran Bretaña y Estados Unidos con miras a establecer una transmisión hereditaria o genética de la escoliosis idiopática es genética y obedece a un modo hereditario multifactorial. En el 75 al 80 % de los pacientes la escoliosis es idiopática, y en los restantes se debe a estados como malformaciones congénitas esqueléticas vertebrales y extravertebrales, enfermedades neuromusculares, neurofibromatosis, artrogriposis, traumatismos fenómenos irritativos por compresión de raíces nerviosas o tumores de la médula espinal, y afecciones varias.

Smith-Petersen, Larson y Aufranc describieron en 1945 una osteotomía de la columna vertebral para corregir la deformidad en flexión que ocurre a menudo en la artritis de Marie-Strümpell y a veces en las artritis reumatóides, y desde entonces La Chapelle, Herbert, Wilson, Law, Simmons y otros publicaron procedimientos similares.

Las lesiones como quiste óseo aneurismático, tumor giganteocelular, linfoma y otros, se consideraban inaccesibles cuando ocurrían en las vértebras. En la bibliografía antigua se recomendaba irradiación o quimioterapia. Si bien en circunstancias especiales este tratamiento todavía podría estar indicado, como en los tumores malignos muy radiosensibles, puede sobrevenir deformidad angular con probable paraplejía a causa de la inestabilidad ulterior de la columna vertebral.

El osteoma osteoide, descrito por Jaffe en 1935, puede ocurrir en la columna vertebral y es más común en varones que en mujeres, en particular en la segunda década de la vida. (4).

En 1782 Herbiniaux, obstetra belga informó el caso de una paciente con desplazamiento anterior de la quinta vértebra lumbar sobre el primer segmento sacro con el concomitante estrechamiento

del canal del parto. La conclusión popular fué que representaba una anbluxación aguda. En 1854, Kilian dedujo correctamente que el desplazamiento se produce en forma gradual y denominó a la patología espondilolistesis, que es una causa de dolor lumbar. Wiltse, Newman y Macnab prepararon la clasificación de la espondilolistesis y espondilólisis: en displásica, itémica, degenerativa, traumática y patológica. (1,5).

Al hablar de anatomía, la columna vertebral está formada por las vértebras, mantenidas por un sistema exacto de músculos y ligamentos que actúan con una precisión, sinérgica y antagónica, admirables. Las 33 vértebras espinales están separadas por los discos intervertebrales y mantenidas por los ligamentos. Dado que el sacro y el coxis son considerados como dos unidades, en la columna vertebral sólo contamos con 26 piezas activas.

En el feto la columna vertebral tiene la forma de una gran curva cifótica. Después del nacimiento, la columna desarrolla sus lordosis cervical y lumbar, así como las cifosis compensadoras torácica y sacra.

Un hecho anatómico de gran significado clínico es la disposición de las raíces de los nervios cervicales y de las vértebras cervicales. Dado que hay 8 raíces de nervios cervicales pero solamente 7 vértebras cervicales, la raíz nerviosa del primer nervio cervical sale entre occipucio y el atlas, en tanto que el nervio octavo cervical emerge entre la séptima vértebra cervical y primera torácica. Por tanto, un disco herniado a nivel del espacio entre la quinta y sexta vértebra cervical.

El primer nervio torácico sale a través del agujero intervertebral formado por la primera y segunda vértebras torácicas y el nervio torácico número 12 sale entre la duodécima vértebra torácica y la primera vértebra lumbar.

La emigración ascendente de la médula hace que las raíces de los nervios lumbares se dirijan hacia abajo en un ángulo agudo. Por ello, una hernia discal entre las vértebras lumbares cuarta y quinta no afecta la cuarta raíz lumbar, sino que usualmente ejerce presión sobre la raíz del quinto nervio lumbar que se diri

ge caudalmente a su salida entre la quinta vértebra lumbar y el sacro. De un modo similar, una hernia discal entre la quinta vértebra lumbar y el sacro afectará usualmente la primera raíz sacra, - pero no al quinto nervio lumbar como podría pensarse.

La aplicación neurológica de estos hechos es de gran utilidad clínica dado que, en base a los esquemas de los dermatomas, se puede realizar un buen examen sensitivo y localizar con exactitud el déficit de una raíz nerviosa.

La presencia del dolor significa irritación de los tejidos sensibles.

Las dos vértebras de cada unidad funcional, están separadas - por un disco intervertebral, formado por un núcleo central pulposo rodeado por un anillo fibroso. El disco fibrocartilaginoso actúa - como un amortiguador entre los cuerpos vertebrales adyacentes.

Los movimientos del raquis son principalmente de flexión y extensión. Los movimientos de lateralidad son posibles en grado moderado; la rotación es a nivel de la unión toracolumbar. Estos movimientos se efectúan principalmente a expensas de la columna lumbar en un 30%, de la pelvis en un 70%, y la proyección hacia atrás para conservar la estabilidad. (6).

LUMBALGIA FACTORES ETIOLÓGICOS

- I. Trastornos congénitos A. Tropismo de las facetas articulares B. Vértebras de transición 1. sacralización de una vértebra lumbar 2. Lumbarización de una vértebra sacra.
- II. Tumores A Benignos 1. Tumores de las raíces nerviosas o de las meninges 2. Tumores vertebrales (osteoma osteoide, osteoblastoma benigno). B. Malignos 1. Tumores óseos primitivos (mieloma múltiple) 2. Tumores nerviosos primitivos 3. Tumores secundarios (metástasis de mama, próstata, pulmón, riñón y tiroides).
- III. Traumatismos A. Distensión lumbar 1. Aguda 2. Crónica B. Fracturas de compresión 1. Fracturas de los cuerpos vertebrales 2. Fracturas de las apófisis transversas C. Subluxación de la articulación vertebral D. Espondilolisis y espondilolistesis.
- IV. Intoxicaciones Por los metales pesados (radio).
- V. Trastornos metabólicos (osteoporosis).

VI. Enfermedades inflamatorias (artritis reumatoide, espondilitis de Marie-Strümpell).

VII. Enfermedades degenerativas (espondilosis, osteoartrosis, hernia del disco o hernia del núcleo pulposo).

VIII. Infecciones A. Agudas (infecciones del espacio discal por gérmenes piógenos) B. Crónicas (tuberculosis, osteomielitis crónica, infecciones por hongos).

IX. Trastornos circulatorios (aneurisma de la aorta abdominal, insuficiencia vascular del tipo de las venas varicosas).

X. Causas mecánicas A. Intrínsecas (hipotonía muscular, distensión crónica postural, dolor miofascial, vértebras inestables) B. - Extrínsecas (fibromas uterinos, tumores o infecciones pélvicas, enfermedades de la cadera, enfermedades prostaatícas, infecciones y distensiones de la articulación sacroiliaca, escoliosis lumbar no tratada).

XI. Problemas psiconeuróticos (histeria, simulaciones, lumbalgias fingidas buscando compensación económica).

En los hombres jóvenes, la causa de dolor lumbar local puede ser un proceso inflamatorio como el síndrome de Reiter o la espondilitis anquilosante. En cambio, en las personas mayores de 50 años, son comunes el mieloma y las neoplasias espinales secundarias.

En los pacientes cuyas edades se encuentran entre los 25 y los 50 años, los problemas posturales y la enfermedad discal son los agentes etiológicos más comunes. El dolor postural es una afección muy curable.(6,7).

Describiremos a continuación un poco algunas de las etiologías: La espondilitis anquilosante se deriva del griego spóndilos, vértebra, y anquilos, encorvado. También ha sido designado con el nombre de enfermedad de Marie Strümpell, y más reciente, de espondilitis reumatoide. Es una enfermedad inflamatoria crónica, es 10 veces más frecuente en varones que en mujeres, y a menudo se presenta en varios miembros de la familia. Ocurre en varones jóvenes al final de la adolescencia o entre los 20 y 30 años y se inicia con molestias lumbares que se describen como rigidez

o dolencia, por lo general de pre-entación matutina, conforme transcurre el tiempo, aumenta la gravedad, limitación y rigidez.

El 95% de los pacientes con espondilitis anquilosante son portadores del antígeno HLA-B27 que predomina más en la población blanca.

El diagnóstico se sospecha en un varón joven que presenta rigidez matutina que aumenta con la actividad. Las radiografías en serie muestran borramiento gradual u obliteración de las articulaciones sacroilíacas, y dan una imagen radiográfica de tallo de bambú. El objetivo del tratamiento es que la columna quede rígida en una posición funcional y estética, desde el cuello hasta el sacro. (8).

La espondilosis y la espondilolistesis son, según muchos autores, consecuencia de una fractura de la parte interarticular de una vértebra. Se entiende por espondilolisis la solución bilateral de continuidad a nivel del istmo y por espondilolistesis la complicación de aquella lesión con el desplazamiento hacia adelante del cuerpo de la vértebra y de su apófisis transversa con relación al cuerpo vertebral situado inferiormente. Así en la espondilolistesis los elementos posteriores de las vértebras permanecen en su posición normal. El desplazamiento progresivo de la espondilolistesis puede clasificarse en cuatro estadios de gravedad: en el grado I, el desplazamiento es del 25% del diámetro anteroposterior del primer segmento sacro o menos, en el grado II está entre 25 y 50%, en el grado III entre 50 y 75%, y en el grado IV es mayor del 75%. (9)

Usualmente, la espondilolistesis sólo provoca trastornos ligeros, siendo su único síntoma una lumbalgia intermitente, pero, en un individuo joven que hace ejercicios violentos, puede ser un grave trastorno cuando la lesión empeora con incremento de los síntomas y demostración radiográfica de un desplazamiento progresivo. En estos casos, debe realizarse la artrodesis vertebral impidiendo el desplazamiento hacia adelante y los fenómenos subsiguientes de compresión y estiramiento de las raíces nerviosas lumbares que, a la larga, provocarían graves déficits neurológicos.

La discopatía degenerativa es muy frecuente en los adultos - aunque puede presentarse también en la infancia y en la adolescencia.

En la región lumbar los discos más frecuentemente afectados son el cuarto y el quinto.

Las lesiones discales agudas, casi siempre resultantes de una flexión-rotación forzadas, pueden provocar el rompimiento del anillo fibroso con la consecuente debilidad permanente de esta estructura. Debido a la presión directa y a la compresión de la raíz nerviosa aparece una irritación mecánica con dolor subsiguiente en el dermatoma correspondiente a dicha raíz. Además, las fibras motoras de la raíz afectada son también comprimidas y ello conduce a la atrofia y debilidad de los músculos inervados.

El cuadro clínico más frecuente en los enfermos de hernia de disco es la aparición de una grave lumbalgia que se instaura inmediatamente, o en pocas horas, después de un traumatismo.

Dado que el disco herniado puede comprimir una o más raíces nerviosas. Las funciones residuales de los nervios quedan influidas según el grado de compresión, su duración y el área de mielina interesada. La cistita remite a las seis semanas en 90% de los pacientes tratados mediante reposo en cama y con agentes antiinflamatorios. Sin embargo, cuando esto no se logra, está indicada la descompresión quirúrgica. La herniación discal central es una emergencia quirúrgica y, en este caso, es urgente la descompresión. (10,11).

Una de las causas mecánicas es la lumbalgia al recobrar la posición erecta: forma incorrecta de levantarse.

La secuencia de movimientos puede alterarse, cuando una persona recobra la curvatura lordótica lumbar antes de que la pelvis se haya desrotado por completo, de tal modo que la región lumbar adquiere su lordosis en la posición de flexión. La porción superior del cuerpo, continúa hacia adelante del centro de gravedad y hace que los músculos, en desventaja mecánica, trabajen en exeso. En este caso, se presentan las situaciones que sabemos que producen lumbalgia, pero aquí, con el agravante adicional de que el cuerpo está delante del centro de gravedad, lo que impone

una mayor demanda mecánica de los músculos del dorso.

Hay varias razones de por qué una persona en flexión recupera la posición erecta en forma incorrecta. Un ejemplo es la persona que hace un cálculo equivocado de la acción de levantar un objeto y por tanto, la lleva a cabo en forma errónea, si se lesiona, se presentan las siguientes alteraciones en las unidades funcionales que producen dolor. Los músculos del dorso se contraen en exceso y en forma brusca, por lo que se presenta inflamación y dolor. Aparece espasmo muscular por lesión, inflamación o esfuerzo excesivo. De hecho, el espasmo es una contracción muscular sostenida que no se relaja.

Si sólo los músculos de un lado de la columna se irritan y entran en espasmo, la columna se desvía hacia ese lado. Al explorar a una persona desde atrás, se le encuentra una curvatura a la izquierda o derecha, según el lado del espasmo muscular.

A esta curva de la columna hacia un lado, se denomina escoliosis aguda. La escoliosis es una curvatura lateral anormal de la columna. El paciente con espasmo se presenta al médico con una actitud rígida, con incapacidad para la flexión y con una curva hacia un lado que se acentúa con cualquier intento de flexionarse. Esta persona es incapaz de agacharse y sentarse con comodidad. Si se le examina en este momento, los músculos estarán adoloridos, contracturados y hasta llega a palparse el aumento de consistencia. Esta lumbalgia mecánica y la incapacidad consecutiva, aparecen por regresar a la posición erecta en forma incorrecta. (12,13).

Las teorías actuales más conocidas de la somatización son: la somatización puede reflejar la alteración en la actividad de áreas de control en la médula espinal, tallo cerebral o cerebro que inhiben la percepción del dolor. Una segunda teoría sugiere un mecanismo fisiopatológico periférico, como un aumento de la tensión muscular. Una tercera posibilidad es que la somatización sea totalmente central y equivalente a una alucinación. Se considera que además de los factores psicológicos, los factores étnicos, culturales, ambientales y ocupacionales pueden contribuir en la reacción de somatización son lumbago, cefalea y dolor abdominal.

En el paciente histérico, las causas de lumbalgia tienen su origen en el subconsciente, mientras que el simulador imita conscientemente los síntomas con el fin de alcanzar la recompensa económica o de otro tipo. El paciente histérico sufre realmente de una intensa lumbalgia que es la consecuencia de su ansiedad y de unos mecanismos de defensa psicológicos, sin que exista una patología de la columna vertebral. La ansiedad origina una tensión muscular que produce un dolor que a su vez origina ansiedad; se establece entonces un círculo vicioso.

Al realizar la anamnesis, el médico descubre pronto que el paciente es histérico y que hay causas de ansiedad tales como problemas familiares o laborales.

Es en extremo difícil hacer un diagnóstico de propensión al dolor como anomalía psicológica, aunque puede sospecharse cuando un individuo presenta lesiones o accidentes con gran dolor resultante y que suceden con mucha frecuencia en comparación con el promedio. La sintomatología excesiva por anomalías orgánicas menores, también es un dato clave de la persona que se lesiona con frecuencia.

La naturaleza del dolor también orienta al médico en cuanto a si los síntomas son contradictorios o están exagerados. Los simuladores distorcionarán esta prueba que no distingue la reacción exagerada según las bases emocionales o enfermedad fingida. (13,14).

La polimialgia reumática produce dolor severo y afecta a nivel cervical y lumbar produciendo rigidez matutina; como afecta primordialmente a personas de edad avanzada es frecuente encontrar cambios osteoartroticos radiológicos. Aquí la clave está en la sedimentación globular, muy acelerada. (15).

Se considera que el cáncer es una de las causas más alarmantes de lumbalgia. Puede ser primario o secundario. El primario es el cáncer que se inicia y desarrolla en el hueso, hasta que se disemina a las zonas circundantes.

Este tipo de cáncer origina dolor insidioso, constante o nocturno. Por lo general es nocturno y produce insomnio. Por re-

gla, no se relaciona con el movimiento o actividad.

Hay otros signos que con frecuencia se presentan en el cáncer, como pérdida de peso, cansancio y pérdida de apetito.

Con frecuencia el cáncer óseo se descubre en radiografías de rutina y después se confirma con la tomografía computada y el gammagrama óseo. El tratamiento dependerá del tipo de tejido donde se origine el cáncer, si es primario o metastásico y de la etapa en que se encuentre.

En el diagnóstico diferencial de la lumbalgia siempre se ha de tener presente la posible existencia de trastornos infecciosos, tanto agudos (piógenicos) como crónicos (tuberculosos).

En las infecciones agudas la vía de entrada es hematológica, respiratoria y genitourinaria. En enfermos de cualquier edad, -- una intervención quirúrgica puede ser susceptible de infección -- con formación de un absceso en una herida operatoria o por una sepsis generalizada y ambos casos pueden contribuir al desarrollo de infecciones piógenas de la columna vertebral.

Las infecciones crónicas también pueden producir una lumbalgia incapacitadora. Por ejemplo osteomielitis piógena crónica cada vez es más común en aquellas zonas donde la adicción a las drogas es un problema. La tuberculosis de la columna vertebral es todavía una causa frecuente de lumbalgia en los países subdesarrollados. La infección avanza y destruye el cortex epifisario, el disco intervertebral y las vértebras adyacentes.

Clinicamente, además de la aparición de la lumbalgia, el paciente acusa debilidad, anorexia, pérdida de peso, sudores nocturnos y fiebre vespertina. También puede aparecer, en fases avanzadas, una escoliosis con curva compensadora correspondiente. El mejor tratamiento es reposo, antibióticos y, ocasionalmente, drenaje quirúrgico y artrodesis de la columna. En la actualidad, sobre todo en las grandes ciudades debido a las condiciones de hacinamiento, la incidencia de tuberculosis está aumentando y, por ello, la tuberculosis debe considerarse nuevamente en el diagnóstico diferencial de todos los pacientes con lumbalgia. (18,

17).

Una de las causas metabólicas de lumbalgia es la osteoporosis; que consiste en una disminución de la masa ósea por unidad de volumen óseo.

Los trastornos metabólicos que pueden originar osteoporosis son el inadecuado aporte proteico (desnutrición y trastornos --- dietéticos), trastornos hormonales (síndrome de Cushing y menopausia).

La radiografía de la columna vertebral presenta una clara --- disminución de densidad de los cuerpos vertebrales así como fracturas múltiples por compresión en la columna toraco-lumbar. Los --- discos intervertebrales invaden los cuerpos de las vértebras lumbaras dando lugar a la imagen radiológica descrita como vértebras de pescado.

Generalmente todos los datos de laboratorio son completamente normales.

En el tratamiento de las condiciones bajas de espalda, debemos de reconocer que en la mayoría de los casos la degeneración --- del disco es asintomática. Hay en ocasiones una persona que en el curso de su proceso degenerativo desarrolla dolor bajo de espalda y ciática de naturaleza severa e incapacitante, y la operación está indicada. Pero la mayor parte de la gente llevará sus ataques --- con o sin tratamiento formal y será capaz de vivir razonablemente normal. El tratamiento conservador consiste sobre todo en --- enseñar al paciente cómo cuidar su espalda y en entrenarlo en --- ejercicios adecuados. El personal encargado de tratar gran número de pacientes con problemas bajos de espalda debe hacer un esfuerzo para informarles de qué es lo que pueden esperar. Las lecturas y los programas con diapositivas y sonido pueden ser utilizados --- en grupos, exponiendo en términos gráficos y concisos la historia natural de la enfermedad baja de espalda con instrucción de la --- anatomía de la columna vertebral lumbar. Al final, el paciente --- deberá ser interrogado para ver si aprendió lo que se supone debía haber aprendido.

El asesoramiento de grupos por psiquiatras o psicólogos clínicos que tengan interés especial en el cuidado del que sufre dolor bajo de espalda, es parte esencial de un buen programa para rehabilitación de largo alcance para esta gente. El paciente deberá venir al departamento de terapia física con frecuencia, quizá a diario al principio y ver al psicólogo solo o en sesiones de grupo cada semana. Deberá ver a su médico semanalmente o dos veces al mes al comenzar. Sería deseable que hubiera una estrecha coordinación entre las diferentes personas del programa. (18,19).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo en los cuales se determinó la frecuencia y etiología de lumbalgia.

Se tomó por simple disponibilidad de las formas 4-30-6 de octubre a diciembre de 1986 y de la totalidad de médicos de la U.M.F #2 del I.M.S.S. de Puebla a todos los pacientes con diagnóstico de lumbalgia consignados como primera vez, se llevó un control con su nombre y número de afiliación, número de consultas y horario, fecha de la primera consulta, edad y sexo para con esto revisar su expediente clínico donde se investigó la causa de la lumbalgia, cuantos fueron valorados a tercer nivel, a cuantos se les pidió RX de columna y que tratamientos recibieron, en los pacientes con consultas subsecuentes se corroboró el diagnóstico inicial.

Se incluyeron a pacientes de 20 a 60 años de edad, de ambos sexos, sin importar la ocupación que desempeñen ni su estado civil y de cualquier nivel socioeconómico. El método estadístico utilizado fue la χ^2 y nivel de significación de 0,05

RESULTADOS

De los diagnósticos de lumbalgia anotados en la 4-30-6 sumaron 227, posteriormente al revisar sus respectivos expedientes clínicos sólo se encontraron 100 de ellos.

De los 100 expedientes se corroboró el diagnóstico de lumbalgia y se encontraron los siguientes resultados:

44 correspondieron a pacientes del sexo masculino, 56 con respecto al sexo femenino.

El paciente con menor edad fué de 20 años, y el paciente de mayor edad contó con 60 años.

De acuerdo a los resultados obtenidos, los grupos de edad más afectados fueron de 31 a 35 años y de 36 a 40 años.

El sexo mayormente afectado en nuestro estudio es el femenino (cuadro 1).

En relación a los efectos etiológicos encontrados.

50 casos estuvieron asociados a factores de tipo traumático.

22 casos fueron de causa mecánica.

11 casos correspondieron a padecimientos degenerativos.

9 casos fueron de etiología congénita.

4 casos fueron secundarios a problemas psiconeuróticos.

3 casos fueron de enfermedades inflamatorias.

1 caso fué por trastorno metabólico. (cuadro 2).

Con respecto al tratamiento que recibieron la mayoría fué con naproxen 2 tabletas cada 12 horas por una semana y una ampula de fenilbutazona cada 24 hrs por 2 días.

20 pacientes fueron enviados a tercer nivel a 3 de ellos se -

le realizó laminectomía.

De los 100 pacientes estudiados solo 10 recibieron orientación por su médico familiar sobre las medidas higiénicas de columna.

CUADRO I

EDAD Y SEXO DEL PACIENTE			
EDAD	M	F	%
20-25	11	5	16
26-30	7	7	14
31-35	9	12	21
36-40	7	13	20
41-45	4	10	14
46-50	1	2	3
51-55	4	5	9
56-60	1	2	3
TOTAL:	44	56	100

FUENTE: Expedientes clínicos.

Trabajo U.M.F. #2

De los 7 pacientes que se enviaron RX de columna 5 fueron normales en sus resultados y 2 con patología 1 de escoliosis y otra de sacralización.

En cuanto los consultorios, el 7 y 11 no se encontró ningún caso de lumbalgia.

CUADRO 2

ETIOLOGIA Y SEXO			
ETIOLOGIA	M	F	%
TRAUMATISMOS	30	20	50
CAUSAS MECANICAS	5	17	22
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS	4	7	11
TRASTORNOS CONGENITOS	2	7	9
PROBLEMAS PSICONEUROTICOS	2	2	4
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS	1	2	3
TRASTORNOS METABOLICOS		1	1
TOTAL:	44	56	100

FUENTE: Expedientes clínicos.

Trabajo U.M.F. #2

El consultorio que presentó mayores casos de lumbalgia fué el 12 posteriormente el 18, 28, 22 y 6. (cuadro 3).

De la etiología traumática y psiconeurótica se presentó más en el sexo masculino, en los trastornos congénitos, degenerativos, metabólicos, mecánicos, inflamatorios con predominio en la mujer.

Entre los 20 a 25 años de edad fué mayor el origen traumático como causa de lumbalgia en el hombre, de los 36 a 40 años fué la enfermedad degenerativa la más frecuente en la mujer.

CUADRO 3

SEXO Y NO. DE CASOS

CONSULTORIO	M	F	%
1	1	2	3
2	1	1	2
3	2	1	3
4	2		2
5	1	3	4
6	1	4	5
7			
8	1	1	2
9	2	2	4
10	1	2	3
11			
12	3	6	9
13		3	3
14	2	1	3
15	3	2	5
16		1	1
17	2	1	3
18	3	2	5
19	2	1	3
20	2	2	4
21	2	3	5
22	1	4	5
23	1	2	3
24	2	2	4
25	2		2
26	1	3	4
27	1	2	3
28	3	2	5
32	1	1	2
34	1	2	3
TOTAL	44	56	100

FUENTE: Expedientes clínicos.

Trabajo U.M.F. #2

CONCLUSIONES

De todos los consultorios estudiados resultaron 100 pacientes con diagnóstico de lumbalgia 44 fueron del sexo masculino y 56 del sexo femenino siendo mayor este.

Los grupos de edad más afectados correspondieron a la tercera y cuarta década de la vida suando 20 pacientes.

Predominaron los aspectos traumáticos con 50 casos y 22 de causa mecánica.

El tratamiento médico recibido por los pacientes fué el indicado de acuerdo a la etiología diagnosticada.

Se demostró que el 90% de los médicos familiares no indicaron instrucciones de rutinas para el cuidado de la espalda baja y sólo a 7 pacientes enviaron radiografías de columna.

Con respecto a los consultorios el que presentó mayores casos fué el número 12 llamando la atención los consultorios 7 y 11 por no presentar ningún caso.

La enfermedad degenerativa fué mayor en la mujer, en el hombre la de origen traumático.

Es importante que el médico familiar indiquen a los pacientes con lumbalgia radiografías de columna AP, lateral y oblicua además orientación en las medidas higiénicas de columna y psicoterapia, ya que se comprobó que el tratamiento de la mayoría es conservador.

Debemos continuar influyendo en la aplicación y cumplimiento de las políticas de salud ya establecidas para beneficio del paciente, su familia y de la sociedad para que permita en un tiempo

no lejano modificar la historia natural de éstas enfermedades así como progresos en la educación médica etc.

Se llegó a la conclusión que la participación del médico familiar es muy importante dentro del plan terapéutico integral del paciente con lumbalgia. Lo cual se demostró estadísticamente con un valor p. significativo (menor de 0.05).

RESUMEN

La finalidad de este trabajo fué determinar la frecuencia y etiología de lumbalgias de la totalidad de médicos de la U.M.F. #2 de Puebla en los meses de octubre a diciembre de 1986.

En el cual se llevó a cabo la revisión de 100 expedientes -- clínicos.

Se corrobora la predominancia de la etiología traumática, mecánica y degenerativa.

Se observó que consultorio presenta mayores casos de esta patología.

Se correlacionan parámetros como sexo, edad, # de consultorio, radiografías tomadas, envíos a tercer nivel y tratamiento.

Se llegó a la conclusión que la participación del médico familiar es altamente relevante por ser el primer contacto con el paciente a quien se le debe realizar un estudio integral por las múltiples etiologías de lumbalgia y su frecuencia para posteriormente orientarlo de acuerdo a éstas, no olvidando las medidas higiénicas de columna ya que en este estudio se comprueba que el tratamiento de la mayoría es conservador.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Rothman RH. La Columna Vertebral. 3aed. Argentina: Panamericana S.A.;1985.
- 2.-Cailliet R. Lumbalgia. México: Manual Moderno, A.A. de C.V., 1986: 1-10.
- 3.-Reyes Cunninham A. Conducto Lumbar Estrecho. An act en Med --- 1980;XI:287-300
- 4.-Campbell WC. Cirugia Ortopédica. 6aed. Argentina: Panamericana - S.A., 1981:2060-2061.
- 5.-Hastings ED. Dolor Lumbar. Act Med Cont 1979;23-32.
- 6.-Keim All. Lumbalgia. Documenta Geigy 1975;3(resumen)
- 7.-Greewald RA. Diagnóstico Diferencial del dolor Lumbosacro. -- Merck Sharp & Dohme de México 1982;3(resumen)
- 8.-Rodnan PG. Compendio de las Enfermedades Reumáticas. 8a. ed. México: The Arthritis Foundation, Atlanta GA, 1983:93-98.
- 9.-Rico HD, Solis VJ y Col. Síndrome del canal Lumbar estrecho espondilolisis y espondilolistesis. An Ortp y Traumat 1979;IV:165-179
- 10.-Wilberger EJ. Syndrome of the incidental herniated lumbar disc. J. Neurosurg 1983;59:137-141.
- 11.-Hoppenfeld S. Neurología Ortopédica. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1981:85-86.
- 12.-Cailliet R. Síndrome Doloroso L. México: El Manual Moderno, S.A. - de C.V., 1969:58-63.
- 13.-Fraga A. La Invalidez sus causas y Repercusión Socioeconómica. Gac. Méd. 1982;171-184.
- 14.-Conn FH, Rake ER, Johnson WT. Medicina Familiar Teoría y Práctica. México: Editorial Interamericana, 1974:960-963.
- 15.-Hintz G. El Roto Social de las E_nfermedades Reumáticas. Rev Méd IMSS 1981;19:331-334.
- 16.-Hoppenfeld S. Exploración Física de la Columna Vertebral y las extremidades. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1979:410-430.
- 17.-Ibarra GL, Guerrero G, Vázquez PN. Magnitud de las Enfermedades del sistema musculoesquelético. Sal Públ Méx 1986;28:118-119.

- 18.-Chapehal G, Waigand D. Estados Dolorosos Agudos con Sintomatología Dolorosa. *Terapfutica Ortopédica* 1973;19:301-302.
- 19.-Wiltse LL. *Enfermedades de la Columna Vertebral Diagnóstico y Tratamiento*. México: Compañía Editorial Continental S.A., 1982: 325-329.