



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS LUMBOCIATICAS

SALAZAR CELY KEVIN ANDRES
MÉDICO

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS LUMBOCIATICAS

SALAZAR CELY KEVIN ANDRES
MÉDICO

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS LUMBOCIATICAS

SALAZAR CELY KEVIN ANDRES
MÉDICO

CARDENAS LOPEZ OSWALDO EFRAIN

MACHALA, 04 DE SEPTIEMBRE DE 2019

MACHALA
04 de septiembre de 2019

Nota de aceptación:

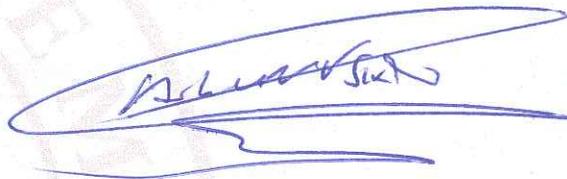
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Diagnostico y Tratamiento de las Lumbociaticas, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



CARDENAS LOPEZ OSWALDO EFRAIN
1801392489
TUTOR - ESPECIALISTA 1



BELTRAN AYALA FELIX EFRAIN
0701045502
ESPECIALISTA 2



CHILIQUEINGA VILLACIS SIXTO ISAAC
0910156033
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: miércoles 04 de septiembre de 2019 - 08:36

Urkund Analysis Result

Analysed Document: lumbociatica Urkund.docx (D54971245)
Submitted: 8/23/2019 4:33:00 AM
Submitted By: ksalazar_est@utmachala.edu.ec
Significance: 4 %

Sources included in the report:

<https://www.planbefisioterapia.com/wp-content/uploads/Gu%C3%ADa-NICE-PDF.pdf>
<https://actualizacionmedica.wordpress.com/tag/ciatica/>
<https://www.fisiosite.com/blog/fisioterapia/guia-nice-dolor-lumbar-ciatica/>

Instances where selected sources appear:

3

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, SALAZAR CELY KEVIN ANDRES, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado Diagnostico y Tratamiento de las Lumbociaticas, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 04 de septiembre de 2019



SALAZAR CELY KEVIN ANDRES
0706530771



DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico principalmente a Dios y a todas las personas y familiares que siempre confiaron en mí y me brindaron su apoyo y su esfuerzo. Mis padres, principalmente mi madre por su apoyo incondicional, por sus consejos y por el tiempo que invirtió en mí, para alcanzar mis metas y mi objetivo principal ser un excelente profesional. Por eso mi esfuerzo y todo lo que eh alcanzado se lo dedico a mi madre. Además agradezco a mi compañera de vida que sin ella yo no podría cumplir esta meta, gracias a su paciencia y ayuda que siempre me brindo, ya que significa un pilar importante para mi

Salazar Cely Kevin Andres

RESUMEN

La patología discal es frecuente por lo que el síntoma más característico es el dolor que se localiza en el recorrido del nervio ciático, acompañado de signos que evidencian un daño en o las raíces nerviosas afectadas (lumbociatalgia). El dolor lumbar (LBP) es una de las principales causas de discapacidad y siendo una de las preocupaciones de salud pública en muchos países desarrollados. El diagnóstico de esta patología es evidentemente clínico, se realizará un buena anamnesis (características del dolor, localización, forma de aparición, etc.). Al examen físico se observara el tipo de marcha y mediante la semiología: El signo de Lasegue y el signo de Wassermann. **Objetivo:** Demostrar que la lumbociatica mediante los signos de Lasegue y Wasserman sirve para realizar el diagnóstico y tratamiento en este estudio. **Metodología:** Se realizó una investigación bibliográfica de los últimos 5 años en artículos científicos indexados de revistas como: Redalyc, PubMed, Intramed, Scielo. **Conclusiones:** La lumbociatalgia se la considera actualmente como una patología laboral por diversas causas como el sobrepeso, levantar cargas pesadas por tiempos prolongados, etc. El diagnóstico es básicamente clínico por lo que debemos realizar un buen interrogatorio y examen físico siempre y cuando basándonos en el tipo de dolor, ubicación, intensidad. El tratamiento de esta patología es el uso de analgésicos basándonos en la escala del dolor de la OMS y tratamiento quirúrgico en caso de que el paciente lo amerite.

Palabras Claves: Lumbociatica, Dolor lumbar, Ciático, Signo de Lasègue, Wassermann.

ABSTRACT

Disc pathology is common, so the most characteristic symptom is pain that is located along the path of the sciatic nerve, accompanied by signs that show damage to the affected nerve roots (lumbociatalgia). Low back pain (LBP) is one of the leading causes of disability and is one of the public health concerns in many developed countries. The diagnosis of this pathology is obviously clinical, a good history will be performed (characteristics of pain, location, form of appearance, etc.). The physical examination will observe the type of gait and through the semiology: The sign of Lasegue and the sign of Wassermann. **Objective:** To demonstrate that lumbociatica by means of the signs of Lasegue and Wasserman serves to make the diagnosis and treatment in this study. **Methodology:** A bibliographic investigation of the last 5 years was carried out in indexed scientific articles of journals such as: Redalyc, PubMed, Intramed, Scielo. **Conclusions:** Low back pain is currently considered as an occupational pathology due to various causes such as overweight, heavy lifting for long periods, etc. The diagnosis is basically clinical, so we must perform a good interrogation and physical exam as long as we are based on the type of pain, location, intensity. The treatment of this pathology is the use of analgesics based on the WHO pain scale and surgical treatment in case the patient deserves it.

Keywords: Low back pain, Low back pain, Sciatic, Lasegue sign, Wassermann.

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCION	5
OBJETIVO	6
Objetivos específicos	6
DESARROLLO	7
DIAGNOSTICO	8
PRUEBAS DIAGNOSTICAS	8
TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO	9
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	10
CONCLUSIONES	12

INTRODUCCION

La patología discal es la más común por lo que el síntoma característico es el dolor que se localiza en el recorrido del nervio ciático, acompañado de signos que evidencian un daño en o las raíces nerviosas afectadas (lumbociatalgia).

El dolor lumbar (DL) representa un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia, impacto, magnitud y repercusión socioeconómica, pues afecta a la población en la etapa de la vida laboral y genera un incremento en el uso de recursos y pérdida de días de trabajo. Es la causa más común a nivel mundial de discapacidad laboral y ausentismo en menores de 45 años.(1)

En los últimos 3 meses, aproximadamente el 25% de los adultos en los EE.UU. han experimentado dolor lumbar durante al menos 24 h. Anualmente, la prevalencia del dolor lumbar en la población adulta general de EE. UU. es del 10-30%, y la prevalencia de EE.UU. adultos es tan alto como 65-80%.(2)

Para el diagnóstico de esta patología es principalmente clínico, se debe realizar un buena anamnesis (características del dolor, localización, forma de aparición, etc.). Al examen físico observar el tipo de marcha, además con la ayuda de signos clínicos como: Signo de Lasague que se evalúa al paciente en decúbito supino levantando lentamente el miembro afectado sin flexionar la rodilla, es positivo al momento que el paciente refiere dolor en la cara posterior de la pierna, es decir que la lesión se encuentra a nivel de L5 o S1.

Signo de Wassermann se evalúa al paciente en posición decúbito prono flexionando la pierna sobre el muslo si se produce dolor en la cara anterior del miembro afecto es positivo lo que la lesión se encuentre posiblemente entre L2-L3-L4.

Muchos pacientes con dolor lumbar utilizan analgésicos para el alivio de los síntomas. En los últimos años, ha habido un aumento en la prescripción de opioides, antidepresivos y anticonvulsivos para el dolor de espalda en atención primaria. Las estimaciones del uso de analgésicos en la lumbalgia varían del 55% al 72% en pacientes de edad avanzada (edad > 55 años).(3)

OBJETIVO

Demostrar que la lumbociatica mediante los signos de Lasegue y Wasserman sirve para realizar el diagnóstico y tratamiento en este estudio.

Objetivos específicos

- Relacionar los diferentes artículos y ver la importancia de su aplicación
- Asociar estos conocimientos para hacer el diagnóstico y tratamiento adecuado

DESARROLLO

El dolor lumbar (LBP) es una de las principales causas de discapacidad y sigue siendo una de las preocupaciones importantes de salud pública en muchos países desarrollados y países en desarrollo. Actualmente, se informa que la prevalencia de dolor lumbar es 84% y el de dolor lumbar crónico es de aproximadamente 23%, con 12% de pacientes quedar discapacitados debido a LBP. (4)

En una revisión sistemática, la prevalencia del punto medio de dolor lumbar crónico en América Latina se estimó en 31.3%. Otra revisión sistemática demostró una prevalencia puntual del 32% en adultos y del 12% en adolescentes en África; la prevalencia media de por vida, sobre la base de seis estudios, fue del 62% en adultos y del 35% en adolescentes. (5)

El dolor lumbar abarca tres fuentes distintas de dolor: dolor lumbosacro axial, radicular y referido. Dolor lumbosacro axial se refiere al dolor lumbar, o L1-L5 en la región vertebral y columna sacra, o S1 a la región sacrococcígea. El dolor radicular en las piernas viaja a una extremidad a lo largo de una distribución dermatómica secundaria al nervio o irritación del ganglio de la raíz dorsal. El dolor referido se extiende a una región remota de su fuente pero a lo largo de una trayectoria dermatomal. (2)

Según el tiempo de duración del dolor, la lumbalgia se clasifica en:

- Aguda: dolor de menos de 6 semanas.
- Subaguda: dolor de 6-12 semanas.
- Crónica: más de 12 semanas con dolor.
- Recurrente: lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con periodos libres de síntomas de tres meses. (6)

La mayoría de los adultos tendrán dolor lumbar en algún momento. La prevalencia media del período es de 1 año a nivel mundial en la población adulta es de alrededor del 37%, alcanza su punto máximo en la mitad de la vida y es más común en mujeres que en hombres. (7)

DIAGNOSTICO

La evaluación de los pacientes con lumbalgia debe incluir un interrogatorio y examen físico dirigido a orientar y establecer el diagnóstico. El interrogatorio debe determinar aspectos relevantes como inicio del dolor, características y factores que lo aumentan y disminuyen, historia de traumatismos previos en la región dorso lumbar, factores psicosociales, factores ergonómicos, movimientos repetidos y sobrecarga.(8)

A partir de la anamnesis y el examen físico se pueden hallar las primeras pistas. El dolor lumbar puede preceder a la ciática, pero el dolor y la parestesia de ésta con frecuencia dominan y el dolor se irradia hasta debajo de la rodilla. Suele no haber un episodio que lo precipite; es común que el inicio no sea repentino.(9)

El signo de Lasegue tiene mucha sensibilidad y poca especificidad, que se eleva al asociarse con una paresia para el diagnóstico de hernia discal. Un signo significativo es el Lasegue contralateral, provocando dolor ciático al elevar la pierna sana. Todos estos test valoran la tensión de las raíces L5 y S1. La valoración de la tensión de raíces más altas (L2, L3 y L4) debe hacerse con el test de estiramiento femoral realizado en prono y forzando la extensión de la cadera con rodilla flexionada, que provocará dolor radicular en cara anterior del muslo.(10)

El signo de Bragard es otra variación de la prueba de elevación de la pierna recta en la que el examinador realiza una flexión dorsal del pie del paciente en el momento en que el paciente comienza a experimentar dolor a medida que se levanta la pierna. Esto aumenta aún más la tensión de la raíz nerviosa y provoca un empeoramiento del dolor. (11)

Signo de Wasserman se evalúa al paciente en posición decúbito prono flexionando la pierna sobre el muslo si se produce dolor en la cara anterior del miembro afecto es positivo lo que la lesión se encuentre posiblemente entre L2-L3-L4

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

La radiografía simple no muestra los discos herniados, pero ayuda a descartar tumor o fractura, infección y espondilolistesis. La mayoría de las recomendaciones aconsejan la radiografía simple sólo para pacientes con alto riesgo de enfermedad sistémica

subyacente (por ejemplo, antecedentes de cáncer) y pacientes que emplean fármacos inyectables o reciben glucocorticoides por vía oral o parenteral. (9)

Algunas pautas clínicas fomentan el diagnóstico por imágenes cuando hay una bandera roja (es decir, una característica de alerta como el dolor nocturno). Aunque la enfermedad grave es poco común, las banderas rojas pueden ser comunes; por lo tanto, este enfoque es imprudente. (12)

Electrodiagnóstico

La electromiografía y los estudios de conducción nerviosa son las principales pruebas electrodiagnósticas empleadas para evaluar a pacientes con dolor radicular y estenosis del canal raquídeo lumbar. Cuando están indicadas, estas pruebas son útiles para confirmar la existencia de radiculopatía y excluir otros trastornos de los nervios periféricos (por ejemplo, mononeuropatía múltiple y plexopatía). (13)

La ecografía musculoesquelética. Es una modalidad de imagen segura, rápida, económica y ampliamente disponible que los pacientes toleran muy bien. Permite exámenes múltiples y dinámicos del sistema musculoesquelético y puede mostrar los tejidos blandos con gran detalle anatómico. Estados Unidos es utilizado por un número creciente de médicos y la lista de sus aplicaciones en reumatología y ortopedia está creciendo. (14)

Resonancia Magnética (RM)

Esta especialmente indicada en la detección del daño discal o una degeneración del mismo además sirve para la valoración del diámetro del canal discal. Pacientes entre los 20 y 35 años aproximadamente el 35% presenta una degeneración o protrusión discal sin presentar alguna sintomatología.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Todas las guías recomiendan alguna variación del ejercicio como terapia, y ninguna de las guías podría especificar el tratamiento en base a ejercicios sea mayor. En esta guía, se recomienda considerar un pequeño número de otras intervenciones no farmacológicas, como la terapia manual o las intervenciones psicológicas; sin embargo, se recomiendan solo como parte del tratamiento que incluye terapia de ejercicios. (15)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Su tratamiento es objetivo de numerosas guías y revisiones; entre esos tratamientos se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Las guías aconsejan su utilización como segundo escalón tras el paracetamol, aunque según una revisión Cochrane existe limitada evidencia de que los AINE sean más efectivos que el paracetamol en el tratamiento de la lumbalgia crónica.(16)

AINES: Son eficaces para aliviar el dolor y mejorar la capacidad funcional (nivel de evidencia A). Hay que valorar sus posibles efectos secundarios y contraindicaciones. (17)

La mayor parte de los estudios que evalúan la medicación para la lumbalgia se efectuaron en pacientes con lumbalgia axial. Hay fuerte evidencia a favor de los **antiinflamatorios no esteroideos** (AINE) para la lumbalgia crónica durante un tiempo no mayor de 3 meses, pero no hay estudios a largo plazo. Los relajantes musculares son eficaces para la lumbalgia inespecífica aguda. Es preferible no emplear carisoprodol y benzodiacepinas, que son más riesgosos, pero no más eficaces que otros relajantes musculares. (18)

Recientemente surgió evidencia en apoyo de una posible etiología **infecciosa** para algunos casos de lumbalgia. En un estudio doble ciego controlado por placebo en 162 pacientes con lumbalgia crónica LBP y cambios en las placas vertebrales superiores e inferiores indicativos de edema (tipo Modic 1) tras una hernia de disco reciente (< 24 meses), halló reducciones significativas de la lumbalgia y el dolor de la pierna en aquellos tratados con antibióticos orales durante 100 días.(18)

El tramadol o la duloxetina son opciones farmacológicas de segunda línea para el dolor crónico, aunque los opioides se recomiendan solo si el potencial de los beneficios superan los riesgos para pacientes individuales. Los **opioides** fuertes se asocian con una pequeña mejora a corto plazo, aunque no hay diferencia en la reducción del dolor cuando se usan opioides de acción prolongada o de acción breve. (19)

Considere opioides débiles (con o sin paracetamol) para controlar el dolor lumbar agudo solo si un AINE está contraindicado, no se tolera o ha sido ineficaz. Inyecciones epidurales de anestésico local y esteroides en personas con ciática aguda y grave.

Descompresión espinal para personas con ciática cuando el tratamiento no quirúrgico no ha mejorado el dolor o la función y sus hallazgos radiológicos son consistentes con los síntomas de la ciática.(20)

En un estudio, los investigadores franceses se enfocaron en 135 pacientes con dolor de espalda aparentemente causado por inflamación entre los discos y los huesos (vértebras) de la columna vertebral inferior. Los investigadores encontraron que una sola inyección de esteroides aliviaba el dolor durante un mes. Pero después de eso, la efectividad se reducía. Un año tras el tratamiento, no se observó virtualmente ninguna diferencia entre los pacientes que recibieron la inyección y los que no. (21)

CONCLUSIONES

Al término de este trabajo de investigación se concluye:

La lumbociática actualmente se la considera como una patología laboral que afecta a pacientes entre 45 a 65 años de edad aproximadamente por ende se convierte en la principal causa en la atención primaria en salud.

El diagnóstico de esta patología es clínico por excelencia, es decir que debemos realizar un buen interrogatorio y examen físico. A pesar de que existen muchos signos, maniobras para diagnosticar lumbociáticas sigue predominando Lasègue y Wassermann por tener una alta especificidad ya que todas las maniobras o en su mayoría se derivan de la maniobra de Lasègue por lo que actualmente se sigue utilizando.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud Publica. Dolor lumbar: Guia de Practica Clinica (GPC). Dirección Nacional de Normatización. 2016; 1:80.
2. Urits I, Burshtein A, Sharma M, Testa L, Gold PA, Orhurhu V, et al. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(3):1–10.
3. Schreijenberg M, Koes BW, Lin CWC. Guideline recommendations on the pharmacological management of non-specific low back pain in primary care—is there a need to change? *Expert Rev Clin Pharmacol* [Internet]. 2019;12(2):145–57. Available from: <https://doi.org/10.1080/17512433.2019.1565992>
4. Zheng Y-L, Zhang Z-J, Peng M-S, Hu H-Y, Zhang J, Wang X-Q. Whole-body vibration exercise for low back pain. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(38):e12534.
5. Maher CG, Wiech K, Zundert J Van. Lumbalgia: criterios actuales. *IntraMed*. 2019;(1): 1–18.
6. Carpio R, Goicochea-lugo S, Corrales JC, Calizaya NS, Collins JA, Recalde JR, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia aguda y subaguda en el Seguro Social del Perú (EsSalud) Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute and subacute low back pain for the Peruvian Social Secu. 2018;79(4):351–9.
7. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356–67.
8. Chavarría Solís J. Ortopedia Lumbalgia : Causas , Diagnostico Y Manejo. *Rev Medica Costa Rica y Centroam LXXI*. 2014;(611):447–54.
9. Deyo RA, Mirza SK. Hernia de Disco Lumbar. *NEJM*. 2019; (1):1–11.
10. Rull Bartomeu M, Miralles Rull. El Dolor lumbar. Ministerio de Sanidad de España. 2018; (33): 120–137 p.
11. Paulett JD. Low Back Pain. *Lancet* [Internet]. 2017; 23(2):467–486. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673647920370>
12. Traeger A, Buchbinder R, Harris I, Maher C. Diagnosis and management of low-back pain in primary care. *Cmaj*. 2017;189(45):E1386–95.
13. Hooten WM, Cohen SP. Evaluación y tratamiento de la lumbalgia. *IntraMed*. 2019; (1): 1–23.
14. Todorov P, Nestorova R, Batalov A. Diagnostic value of musculoskeletal ultrasound in patients with low back pain - A review of the literature. *Med Ultrason*. 2018;20(1):80–7.
15. O’Connell NE, Cook CE, Wand BM, Ward SP. Clinical guidelines for low back pain: A critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. *Best Pract Res Clin Rheumatol* [Internet]. 2016;30(6):968–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2017.05.001>
16. Sáez-Jiménez R, Bonis J. Estudio descriptivo sobre el uso de antiinflamatorios no esteroideos por vía intramuscular para el tratamiento de la lumbalgia aguda en las consultas de Atención Primaria en España durante 2002-2011. *Rev Clínica Med Fam*. 2015;8(2):103–9.
17. F. Pérez Torres, C. Núñez-Cornejo Piquer, C. Juliá Mollá, T. Buades Soriano, R. Ruiz de la Torre, D. Ybáñez García, et al. Lumbalgia. *Rev. Reumatología de Valencia*. 2015; (1):403–19. Available from: <https://svreumatologia.com/wp-content/uploads/2008/04/Cap-23-Lumbalgia.pdf>
18. Hooten WM, Cohen SP. Evaluation and Treatment of Low Back Pain: A Clinically Focused Review for Primary Care Specialists. *Mayo Clin Proc* [Internet].

2015;90(12):1699–718. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.10.009>

19. Chen KY, Shaparin N, Gritsenko K. Low back pain. *Pain Med An Essent Rev.* 2017;(11):461–3.
20. Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: Summary of NICE guidance. *BMJ.* 2017;356:10–3.
21. Nguyen C, Boutron I, Baron G, Sanchez K, Palazzo C, Benchimol R, et al. Intradiscal glucocorticoid injection for patients with chronic low back pain associated with active discopathy: A randomized trial. *Ann Intern Med.* 2017;166(8):547–56.