

# Lumbalgia, ¿qué tratamiento es más eficaz y seguro?

31/10/2018

La lumbalgia es muy frecuente y su abordaje presenta gran variabilidad.

Un artículo reciente del NPS medicinewise (National Prescribing Service, de Australia) se centra en cómo manejar este dolor y da una serie de consejos para profesionales [↗](#) y pacientes [↗](#).

El manejo del dolor lumbar puede ser un reto para los profesionales sanitarios. Aunque la mayoría de los casos son leves y se resuelven en 4-6 semanas, el diagnóstico exige identificar a los pacientes con mayor probabilidad de presentar enfermedad grave o causa específica de dolor lumbar y valorar la presencia de signos de alarma así como la necesidad de pruebas de imagen.

Tanto en el dolor lumbar agudo como en el crónico, los medicamentos son ampliamente utilizados. La mayoría de pacientes sobrestiman su beneficio, por lo que suelen demandar su prescripción. Cada vez son más las evidencias que muestran que paracetamol, AINE y opioides tienen poco efecto en el dolor lumbar (Medicinewise. News 15 October 2018 [↗](#)). Sin embargo, ante la falta de alternativas, se siguen recomendando.

A continuación se revisan las opciones de tratamiento y las recomendaciones de las principales guías para tratar la lumbalgia inespecífica o dolor radicular sin signos de alarma.

## 1º Medidas no farmacológicas

Existe un amplio consenso en el que las medidas NO farmacológicas son la primera opción de tratamiento.

Se debe:

- Informar al paciente sobre la naturaleza del dolor lumbar y tranquilizarle sobre la probabilidad de un buen pronóstico.
- Promover el autocuidado. La aplicación de calor puede reducir el dolor agudo y subagudo, aunque su efecto se mantiene poco tiempo.
- Aconsejar al paciente estar activo y volver, tan pronto como sea posible, a la actividad laboral.

El ejercicio físico está indicado en lumbalgia crónica y como prevención de nuevos episodios tras la recuperación de dolor agudo (Saragiotto, Revisión Cochrane 2016 [↗](#)). En lumbalgia aguda o subaguda no hay evidencia que apoye la realización de ejercicio, pero sí el estar activo.

Las técnicas de relajación (tai-chi, pilates, mindfulness...) están recomendadas en lumbalgia crónica. La evidencia científica de estas intervenciones es de baja calidad y no se ha demostrado la superioridad de unas respecto a otras.

Los masajes y manipulaciones vertebrales realizadas por expertos pueden mejorar el dolor, tanto agudo como crónico, si bien la evidencia es de baja calidad. NICE recomienda [↗](#) incluir estas intervenciones dentro de un abordaje que incluya también el ejercicio físico.

## 2º Medidas farmacológicas

- Si se requiere asociar un fármaco, la primera opción recomendada en todas las guías son los AINE orales durante periodos cortos. Según el metanálisis de Machado, 2017 [↗](#), la reducción del dolor es modesta: 6,4 puntos en una escala de 100. Esta diferencia no alcanzó los 10 puntos, considerados como beneficio clínicamente relevante. Vigilar los posibles efectos adversos cardiovasculares, gastrointestinales y renales.
- Relajantes musculares no benzodiacepínicos (ciclobenzaprina, metocarbamol, tizanidina). Según el metanálisis de Shaheed, 2016 [↗](#), el beneficio obtenido es de 21,3 puntos en dolor agudo. Los relajantes musculares no se recomiendan en lumbalgia crónica. Se deben mantener menos de una semana y vigilar posibles efectos secundarios (sedación y potencial adicción). Las benzodiacepinas no se deben utilizar. El NICE [↗](#) no recomienda estos miorrelajantes porque no están comercializados en el Reino Unido. La guía ACE (American College of Physicians) 2017 [↗](#) recomienda los relajantes musculares en lumbalgia aguda, pero no en la crónica.

No está claro el beneficio de asociar un miorrelajante a un AINE. Los resultados son inconsistentes respecto al uso de AINE solos. La guía ACE [↗](#) recomienda AINE o miorrelajantes, pero no en asociación.

- **Paracetamol** no mejora el dolor ni la capacidad funcional en el dolor lumbar agudo (Cochrane, 2016 [🔗](#)). No es más efectivo que placebo, por lo que de forma general no se recomienda. Sin embargo, puede ser una alternativa en ancianos y pacientes en los que los AINE están contraindicados. La guía NICE no recomienda paracetamol en monoterapia, pero sí como segunda opción asociado a opioides débiles.
- **Opioides débiles (tramadol y codeína)**: en dolor lumbar agudo, crónico y neuropático, son una opción de segunda línea para aquellos pacientes en los que los AINE están contraindicados, no los toleran o resultan ineficaces. Se deben usar el menor tiempo posible y controlar los efectos adversos (estreñimiento, náuseas, prurito, mareo, somnolencia, tolerancia, etc.). Tramadol presenta alto riesgo del síndrome serotoninérgico que debe ser vigilado.
- **Opioides mayores**: solo en dolor moderado-grave que no responde a las opciones previas; usar a la dosis mínima eficaz y durante el menor tiempo posible. Para mayor información sobre su utilización consultar *9 pasos para el éxito en la prescripción de opioides en dolor crónico no oncológico*
- **Antidepresivos**: no se recomiendan en lumbalgia aguda. En lumbalgia crónica, la duloxetina ha demostrado cierto beneficio; En España no está autorizada para este uso. Los antidepresivos ISRS y tricíclicos no están recomendados.

## Controversias

Las Guías NICE y ACE no recomiendan el uso de **antiepilépticos** en el dolor lumbar. La evidencia científica no ha demostrado que el beneficio de estos fármacos supere los daños.

El uso de antiepilépticos en lumbalgia aguda o crónica (sin ciática) está muy extendido, a pesar de no estar indicados y de los efectos adversos que presentan:

- Un revisión sistemática independiente, publicada en Plos Medicine, 2017 [🔗](#), analiza el efecto de los gabapentinoides en dolor lumbar crónico y concluye que la evidencia científica no apoya el uso de estos fármacos y que además presentan un riesgo elevado de efectos adversos.
- Estos fármacos han sido asociados con muertes y desórdenes neuropsicológicos (agresividad, agitación, mareo, aletargamiento...), abuso y dependencia (Prescrire, 2014 [🔗](#)).
- Recientemente, el National Health Service (NHS) británico ha recalificado los gabapentinoides como fármacos de categoría C para ejercer un mayor control sobre su uso, a consecuencia de las muertes producidas por el mal uso de estos fármacos (BMJ, oct 2018 [🔗](#)). Esta medida ya ha sido tomada también en EEUU [🔗](#) y Canadá [🔗](#).

En dolor lumbar asociado a ciática tampoco está claro el beneficio de los gabapentinoides y también existe controversia en cuanto a su balance beneficio-riesgo (New England, 2017 [🔗](#)).

## En resumen

Recomendaciones	
en lumbalgia aguda	en lumbalgia crónica
1ª Medidas no farmacológicas (calor, estar activo...)	1ª Medidas no farmacológicas (ejercicio, técnicas de relajación ...)
2ª Si las medidas no farmacológicas son insuficientes o no son eficaces, <u>asociar</u> un AINE. Mantenerlo un corto periodo.	2ª Si las medidas no farmacológicas son insuficientes o no son eficaces, <u>asociar</u> un AINE. Mantenerlo un corto periodo.
3ª Si los AINE están contraindicados o no se toleran, ofrecer un miorrelajante no benzodiacepínico (ciclobenzaprina, metocarbamol, tizanidina). Mantener menos de una semana. No está claro que asociar un miorrelajante a un AINE sea más eficaz que administrar un AINE en monoterapia.	3ª Si las opciones anteriores no funcionan o no se toleran, probar con un opioide menor (con o sin paracetamol).
4ª Si las opciones anteriores no funcionan o no se toleran, probar con un opioide menor (con o sin paracetamol).	4ª Opioides mayores en casos excepcionales, solo en dolor moderado-grave que no responde a las opciones previas. Dosis mínima eficaz y durante el menor tiempo posible.
5ª Opioides mayores en casos excepcionales, solo en dolor moderado-grave que no responde a las opciones previas. Dosis mínima eficaz y durante el menor tiempo posible.	
<p><b>No usar</b> relajantes musculares</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>NO OFRECER</b> gabapentinoides (gabapentina y pregabalina) ya que no hay evidencia que demuestre beneficio y producen elevados efectos adversos y dependencia.</li> <li>- <b>NO OFRECER</b> Antidepresivos.</li> <li>- <b>NO OFRECER</b> Opioides de forma rutinaria en lumbalgia aguda ni en lumbalgia crónica.</li> </ul>	

Comentario elaborado por: Belén Calabozo Freile

Maquetación, imágenes y revisión de texto: Beatriz T. Jiménez Arribas

Portal de Salud de la Junta de Castilla y León