
LUMBALGIAS Y CIATICAS

AUTORES:

Esther Tórtola Ventura¹, Estefanía Pérez Nicolás²

1) Médico de Atención Primaria en Centro de Salud de Sueca

2) Médico de Atención Primaria en Centro de Salud de Sueca

PALABRAS CLAVE:

lumbalgia, diagnóstico, tratamiento

Fuente de financiación y/o potenciales conflicto de intereses: No existen

Persona responsable para la correspondencia:

Esther Tórtola Ventura

tortola_est@gva.es

Fecha edición ficha: 12/05/2025

La **lumbalgia** se define como el dolor localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea. La lumbociática se define como el dolor que se irradia por la extremidad inferior siguiendo una distribución metamérica, originado por la compresión de una raíz nerviosa espinal (radiculopatía).

Supone el motivo de consulta del aparato locomotor más frecuente en las consultas de Atención Primaria y el segundo motivo de baja laboral después de las infecciones agudas del aparato respiratorio.

Debemos tener claro que no es una enfermedad, si no un síntoma que puede deberse a múltiples enfermedades.

Se pueden clasificar:

-Según el tiempo de evolución del dolor:

1. Aguda: duración menor de 4 semanas.
2. Subaguda: entre 5 y 12 semanas.
3. Crónica: más de 12 semanas.

-Según su presentación:

1. Mecánica/inespecífica. Sugiere patología degenerativa.
2. Inflamatoria/secundaria. Característica de procesos infecciosos, tumorales o inflamatorios.
3. Con extensión del dolor a miembros inferiores:
 - Lumbociática, o radiculopatía: con síntomas y/o signos de lesión radicular. Ciática si el nervio lesionado es el ciático y cruralgia si es el crural.
 - Lumbociatalgia: sin afectación neurológica; origen frecuentemente no conocido.
 - Estenosis del canal: con claudicación no vascular.
4. Referido: su causa no es osteoarticular. Posible origen renal, abdominal, ginecológico, etc.

Signos y síntomas de alarma en un paciente con lumbalgia (red flags o banderas rojas)	
-Edad: inicio del dolor en menores de 20 años o en mayores de 55 años. -Fiebre. -Síndrome constitucional -Antecedente de traumatismo -Uso prolongado de esteroides -VIH, abuso de drogas	-Inmunosupresión, antecedentes de cáncer. -Incontinencia urinaria y rectal. -Retención aguda de orina. -Anestesia en silla de montar. -Manifestaciones extraarticulares. -Dolor no mecánico con parestesias y que no mejora con tratamiento.
Exploración física	
Inspección y	Paciente de pie. Ver alineación y curvas, asimetrías. Palpar apófisis palpación espinosas. Ver contracturas y puntos dolorosos.
Movilidad	Flexión anterior: prueba de Schober Flexión lateral: prueba de la cuerda de Forrestier.
Exploración neurológica	Reflejos, fuerza, sensibilidad y maniobras: -Lasègue: con la rodilla en extensión, se eleva la extremidad inferior. Positivo si dolor irradiado. -Bragard. Si se reproduce el dolor indica afectación radicular -Lasègue contralateral. Fiabilidad muy alta. -Lasègue posterior. Signo de Leri. Cruralgia (L4) -Kerning. Verdadero Lasègue -Flexión dorsal del 1º dedo y del pie: + afectación L5. Equivalente a caminar de talones -Flexión plantar del pie: + afectación S1. Equivalente a caminar de puntillas

Semiología de las radiculopatías lumbosacras				
Raíz	Dolor	Fuerza disminuida	Sensibilidad alterada	Reflejo (Disminuido o abolido)
L3 Disco L2-3	Muslo anterior y rodilla	Flexión abducción cadera Extensión rodilla	Cara antero-interna muslo	Rotuliano

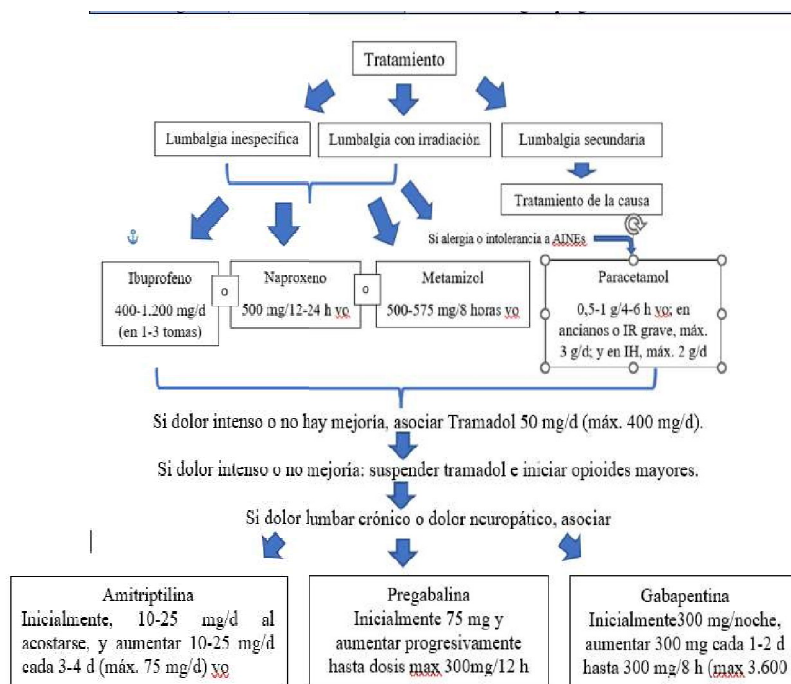
L4 Disco L3-4	Muslo anterior, rodilla y pierna medial	Extensión rodilla	Cara antero-interna de pierna y tobillo	Rotuliano
L5 Disco L4-5	Glúteo, muslo lateral y pierna anterolateral hasta dorso del pie	Flexión dorsal tobillo Extensión 1º dedo Marcha talones	Cara lateral pierna Dorso del pie.	
S1 Disco L5-S1	Glúteo, muslo posterior, pierna posterior y pie lateral	Flexión plantar tobillo Marcha puntillas	Cara posterior pierna. Planta y borde lateral del pie.	Aquileo

Exploraciones complementarias		
Analítica	Si sospecha: patología tumoral, metabólica.	Bioquímica, VSG, PCR, hemograma, proteinograma, HLA-B27.
Pruebas imagen	Radiografía	AP y lateral: no de entrada, solo si signos de alarma o persiste dolor tras 4-6 semanas postratamiento
	TC	Si sospecha de fractura vertebral o estenosis canal
	RMN	Elección. Si afectación tumoral, compresión medular, síndrome de cola caballo, hernia discal o estenosis canal
	Gammagrafía	Sospecha de neoplasias, osteomielitis, abscesos y fracturas cuando la radiografía es normal.
Electromiograma		Déficit neurológico progresivo

DERIVACIÓN:

- **Urgencias:** sospecha de síndrome de cola de caballo, fractura vertebral aguda, lumbalgia de origen infeccioso, déficit neurológico severo y progresivo.
- **Traumatología o neurocirugía:** estenosis canal lumbar con síntomas de más de 6 meses de evolución, radiculopatía con más de 3 episodios al año de más de dos semanas de duración.
- **Reumatología:** sospecha de espondiloartritis.
- **Rehabilitación:** lumbalgia subaguda o persistente, cifosis/escoliosis de reciente aparición.
- **Escuela de espalda:** lumbalgia de más de 12 semanas de evolución.

- **Unidad del dolor:** lumbalgia crónica que no mejora con tratamiento; dolor severo, incapacitante y con limitación funcional.
- **Medicina Interna:** sospecha de patología oncológica.



BIBLIOGRAFIA

Wheeler S, Wipf J, Staiger T, Deyo R, Jarvik J. Evaluation of low back pain in adults. [Internet] UptoDate. Mayo 2022.

Hartigan C. Exercicetherapyfor low back pain. [Internet] UptoDate. Enero 2025

Chou R. Patient education: low back pain in adults (beyond the basics). Septiembre 2019 [Internet] UptoDate.

Delgado Nicolás MA, Ayala Luna S. Guía fisterra lumbalgia. 2018.

Fernández Prada M, Gómez-Castresana Bachiller F, Hermosa Hernán JC, KazemiBanyhashemi A, Miguéns Vázquez X, Rodríguez López M et al. PAS dolor lumbar. Madrid. 2015.

Knight C, Deyo RA, Staiger TO, Wipf JE. Treatment of acute low back pain. 19 marzo 2020. [Internet] UptoDate.

Overview | Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management | Guidance | NICE [Internet].

