

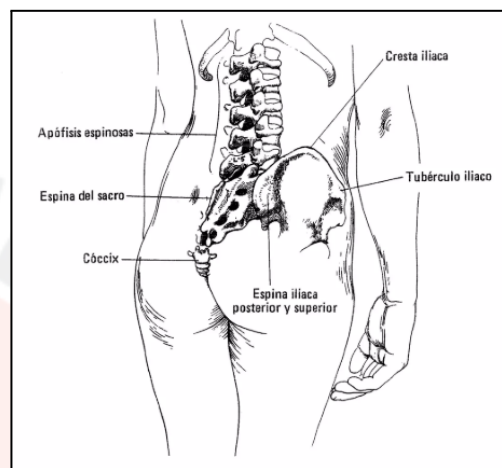
## “Lumbago no traumático en adultos: evaluación clínica, diagnóstico diferencial y estrategias terapéuticas basadas en guías clínicas y evidencia reciente”

(Abraham MK, Marshall AG. Atraumatic Back Pain. Emerg Med Clin N Am. 2025. // Guías clínicas de lumbago. BMC Musculoskeletal Disorders. 2024.)

### Introducción

El lumbago no traumático es una condición **altamente prevalente**, afectando a *cerca del 80% de los adultos* a lo largo de la vida. **Constituye una de las principales causas de discapacidad global** y un motivo frecuente de consulta en APS y urgencias.

En servicios de urgencias, **representa 2%–4% de las consultas**, pero **hasta 5% de estos pacientes presentan patología espinal grave**, lo que obliga a una evaluación sistemática. La mayoría de los casos corresponde a dolor **mecánico o degenerativo**, pero un subgrupo refleja **condiciones emergentes** como *compresión medular, absceso epidural, hematoma epidural, infecciones disco-vertebrales o mielitis*, todas con riesgo de daño neurológico permanente.



El diagnóstico temprano se basa en una **historia clínica dirigida**, identificación de *red flags* y un **examen neurológico exhaustivo**, considerando que *la ausencia de un signo aislado no descarta enfermedad grave*. El uso racional de imágenes es clave: **la RM se reserva para sospecha de etiología grave**, evitando estudios innecesarios en cuadros benignos.

En conjunto, **la combinación de alta prevalencia, amplia variabilidad etiológica y riesgo de sobrediagnóstico** exige un enfoque clínico equilibrado que priorice la detección de emergencias sin medicalizar los casos de resolución espontánea.

### Metodología

Este *narrative review* integra la información proveniente de **dos fuentes recientes y complementarias** sobre lumbago no traumático: una guía clínica basada en evidencia y una revisión enfocada en el manejo en urgencias. Ambas fueron seleccionadas por su **actualidad, rigor metodológico y aplicabilidad clínica**.

La metodología consistió en:

- **Revisión analítica** del contenido de ambos documentos, enfatizando conceptos congruentes y discrepancias relevantes.
- **Extracción de información clínica clave**, priorizando datos epidemiológicos, factores de riesgo, mecanismos fisiopatológicos, red flags, criterios de imagen, diagnósticos diferenciales y recomendaciones terapéuticas.
- **Síntesis narrativa**, organizada por temas centrales del manejo del lumbago, permitiendo combinar recomendaciones basadas en guías con elementos prácticos útiles en urgencias y APS.
- **Enfoque clínicamente aplicable**, evitando tecnicismos innecesarios y manteniendo *fidelidad completa* a la evidencia primaria, sin extrapolar ni agregar información no incluida en los textos analizados.

El objetivo final es ofrecer una **visión integrada, ordenada y clínicamente útil** del lumbago no traumático, orientada a mejorar la toma de decisiones en contextos de alta carga asistencial.

### Epidemiología y factores de riesgo

El lumbago no traumático es una de las condiciones más frecuentes en adultos y constituye una causa significativa de morbilidad global. **Aproximadamente 80% de las personas presentará dolor lumbar en algún momento de su vida**, con un impacto considerable en productividad, calidad de vida y uso de servicios de salud.

En urgencias, el lumbago representa **2%–4% de todas las consultas**, cifra que refleja su relevancia asistencial. Aunque la mayoría de los casos corresponde a etiologías benignas, **la prevalencia de patología espinal grave en urgencias alcanza 2.5%–5.1%**, significativamente mayor que en atención primaria (<1%). Esto obliga a una evaluación enfocada en descartar causas emergentes.

### Factores de riesgo relevantes

- **Edad avanzada:** mayor riesgo de *degeneración discal*, artropatías y *fracturas por compresión*.
- **Osteoporosis:** especialmente en mujeres posmenopáusicas, asociada a VCF.
- **Historia de cáncer:** riesgo de *metástasis vertebrales* y **MESCC**.
- **Inmunosupresión:** riesgo de *infecciones disco-vertebrales* y *absceso epidural*.
- **Uso de anticoagulantes:** asociado a *hematoma epidural*.
- **Diabetes e IDU:** factores de alto riesgo para **absceso epidural espinal**.
- **Obesidad y sedentarismo:** contribuyen al dolor mecánico crónico y degenerativo.
- **Enfermedades autoinmunes** (AR, espondiloartritis): predisponen a artropatías y mielopatías.
- **Procedimientos espinales recientes:** riesgo de infecciones y hematomas.
- **Infección reciente:** factor desencadenante en *mielitis transversa postinfecciosa*.

En suma, la epidemiología del lumbago refleja una **condición extremadamente prevalente**, pero cuya evaluación debe enfocar la identificación de **factores de riesgo específicos** que aumentan la probabilidad de patología grave.

### Fisiopatología del lumbago no traumático

#### Mecanismos mecánicos (los más frecuentes)

Son responsables de la mayoría de los casos de dolor lumbar.

- **Degeneración discal (DDD):** pérdida de hidratación y elasticidad del disco intervertebral, generando *disfunción segmentaria*, rigidez y dolor.
- **Artrosis facetaria y estenosis espinal:** hipertrofia de facetas, engrosamiento ligamentario y estrechamiento del canal espinal.
- **Desequilibrio muscular y espasmos paravertebrales:** respuesta refleja a microlesiones, sobreuso o dolor previo.
- **Fracturas por compresión:** especialmente en presencia de *osteoporosis*, con colapso vertebral y dolor súbito.

En estos mecanismos, el dolor suele ser **localizado, mecánico**, y exacerbado con movimientos o cargas.

## Mecanismos neurogénicos

Involucran compromiso radicular o medular.

- **Hernia discal con radiculopatía:** compresión directa de la raíz nerviosa, con *ciatalgia*, déficit sensitivo o motor.
- **Compresión medular** por hernia masiva, estenosis severa o metástasis (MESCC).
- **Síndrome de cauda equina:** afectación de raíces lumbosacras, asociado a *saddle anesthesia*, *retención urinaria* y *déficit motor bilateral*.

Estos procesos se caracterizan por **dolor irradiado**, **déficits neurológicos** y en algunos casos alteraciones esfinterianas.

## Mecanismos inflamatorios e infecciosos

Más infrecuentes pero de **alto riesgo**.

- **Absceso epidural espinal (SEA):** infección purulenta entre la duramadre y el hueso, produciendo compresión progresiva.
- **Hematoma epidural espinal (SEH):** colección sanguínea en el espacio epidural, usualmente asociada a *anticoagulación* o procedimientos neuraxiales.
- **Infecciones disco-vertebrales** (spondylodiscitis, osteomielitis): inflamación del disco y cuerpos vertebrales.
- **Mielitis transversa:** inflamación de la médula espinal, generalmente autoinmune o postinfecciosa.

Estos procesos pueden evolucionar con **déficits neurológicos rápidos**, fiebre, dolor intenso y compromiso sistémico.

## Mecanismos no espinales

Dolor referido desde estructuras retroperitoneales o intraabdominales.

- **Aneurisma o disección aórtica:** dolor lumbar o toracolumbar *súbito*, *severo* y *potencialmente fatal*.
- **Nephrolitiasis y pielonefritis:** dolor lumbar o en flanco con síntomas urinarios.
- **Pancreatitis:** dolor epigástrico irradiado a la región toracolumbar.
- **Herpes zóster:** dolor neuropático en un dermatoma, pudiendo preceder a la erupción.

Estos diagnósticos deben considerarse especialmente cuando el dolor **no es mecánico**, no se reproduce con movimientos o se acompaña de signos sistémicos.

### Enfoque clínico inicial

#### Elementos clave de la historia clínica en lumbago no traumático

Categoría	Puntos claves
<b>Caracterización del dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio: <i>súbito</i> (alarma) vs gradual</li> <li>- Localización: lumbar, torácico, irradiación</li> <li>- Calidad: mecánico, neuropático, constante</li> <li>- Agravantes: movimiento, carga, Valsalva</li> <li>- Alivio: reposo, postura, AINEs</li> </ul>

<b>Antecedentes relevantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Historia de cáncer</b> → riesgo de MESCC</li> <li>- <b>Osteoporosis</b> → fractura por compresión</li> <li>- <b>Diabetes, inmunosupresión</b> → SEA / DVIs</li> <li>- <b>Anticoagulación</b> → hematoma epidural</li> <li>- <b>Uso de drogas IV</b> → SEA</li> <li>- Enfermedades autoinmunes → mielitis / espondiloartritis</li> <li>- Infección reciente → TM</li> <li>- Procedimientos espinales → SEH o infección</li> </ul>
<b>Síntomas neurológicos críticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Debilidad progresiva</li> <li>- Radiculopatía</li> <li>- <b>Saddle anesthesia</b></li> <li>- <b>Retención urinaria</b> (&gt;150 mL PVR)</li> <li>- Incontinencia</li> <li>- Alteración de marcha</li> <li>- Nivel sensitivo definido</li> </ul>
<b>Síntomas sistémicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiebre / escalofríos</li> <li>- Pérdida de peso</li> <li>- Sudoración nocturna</li> <li>- Malestar general</li> </ul>
<b>Red flags importantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cáncer</li> <li>- IDU</li> <li>- Inmunosupresión</li> <li>- Anticoagulación</li> <li>- Déficit neurológico progresivo</li> <li>- Dolor no mecánico, nocturno persistente</li> <li>- Trauma mínimo en adulto mayor</li> <li>- Dolor toracolumbar súbito y severo</li> </ul>

### Examen físico completo

Debe ser **minucioso** y orientado a detectar signos neurológicos y causas no espinales.

#### a) Inspección y evaluación general

- Estado general, facies de dolor, fiebre.
- Movilidad espontánea.
- Postura antálgica.

#### b) Examen de columna

- **Palpación:** dolor localizado en apófisis espinosas (DVI, fractura).
- **Deformidades** o step-offs (sugiere fractura).
- **Espasmo muscular** paravertebral.
- **Rango de movimiento:** limitación marcada sugiere origen mecánico.

#### c) Examen neurológico (el más crítico)

Debe evaluar:

**Motor:** Fuerza en MMII (L2–S1). Comparar bilateralmente.

**Sensitivo:** Dermatomas (L1–S2). Nivel sensitivo definido sugiere **mielopatía**.

**Reflejos:** *UMN:* hiperreflexia, clonus, Babinski. *LMN:* hiporreflexia, arreflexia.

Importante:

- **Lesiones sobre L1** → signos **UMN**.
- **Lesiones de cauda equina** → **LMN**, arreflexia y flacidez.

**Pruebas específicas: Prueba de elevación de pierna recta (Lasegue);** radiculopatía L5–S1. Evaluación de marcha y equilibrio.

**\*Examen perineal**

Crítico ante sospecha de cauda equina:

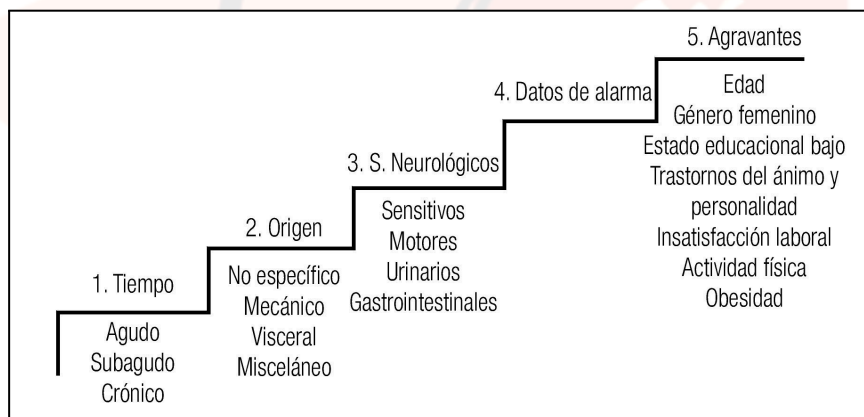
- Sensibilidad anal.
- Tono esfinteriano.
- Reflejo anal.

**d) Examen abdominal y vascular**

Para descartar causas no espinales:

- Pulsos femorales y distales.
- Masas pulsátiles (AAA).
- Palpación abdominal profunda.
- Puño-percusión renal.

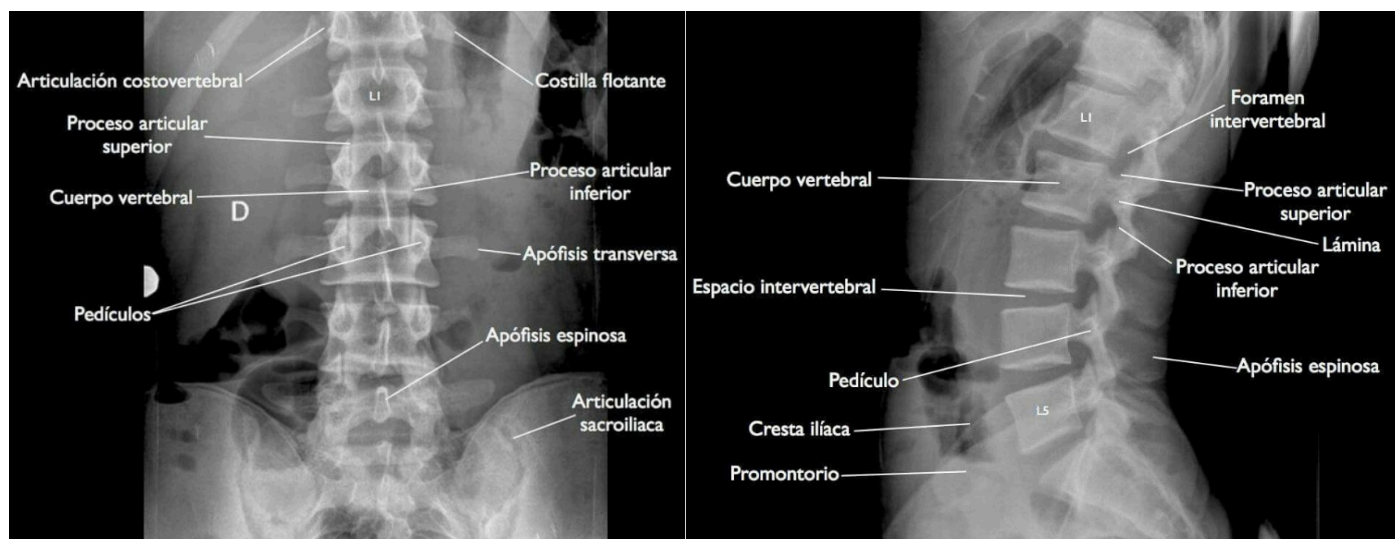
Un AAA puede manifestarse **solo como dolor lumbar**, con alta tasa de diagnóstico omitido.



Diagnóstico y uso racional de imágenes

El uso apropiado de las imágenes es crucial para diferenciar lumbago benigno de condiciones graves. **La mayoría de los pacientes sin red flags NO requiere imágenes**, mientras que la presencia de déficit neurológico o factores de riesgo específicos determina la necesidad de estudios urgentes.

- **La indicación de imágenes debe basarse en la clínica**, no en la expectativa del paciente.
- **No se recomienda imagen rutinaria** en dolor lumbar mecánico sin red flags.
- Las imágenes deben evitarse dentro de las primeras **4–6 semanas** salvo sospecha de etiología grave.
- En sospecha de patología emergente, la **RM es el estudio de elección**, complementada en ciertos casos por TC.



Situación clínica	Justificación	Modalidad recomendada
<b>Déficit neurológico progresivo</b>	Sospecha de compresión medular o radiculopatía severa	<b>RM columna</b>
<b>Sospecha de síndrome de cauda equina</b> (retención urinaria, saddle anesthesia, déficit bilateral)	Urgencia neuroquirúrgica	<b>RM urgente</b> (columna lumbar)
<b>Historia de cáncer + dolor lumbar</b>	Riesgo de <b>MESCC</b>	RM total spine con contraste
<b>Fiebre, inmunosupresión, IDU</b>	Sospecha de <b>SEA</b> o <b>DVIs</b>	RM con contraste (idealmente columna completa)
<b>Uso de anticoagulantes + dolor súbito severo</b>	Riesgo de <b>hematoma epidural</b>	RM con contraste
<b>Dolor no mecánico, nocturno o en reposo</b>	Sospecha de infección o neoplasia	RM
<b>Trauma menor en adulto mayor / osteoporosis</b>	Riesgo de fractura por compresión	Radiografía o TC
<b>Dolor toracolumbar súbito e intenso</b>	Sospecha de AAA / disección	TC abdominal/vascular

### Consideraciones clave según patología

#### Compresión medular (cualquier causa)

- **RM urgente** sin retrasos.
- Ideal **RM completa** si hay sospecha de lesiones múltiples (MESCC, SEA).

#### SEA / DVIs

- **RM con contraste**.
- Siempre considerar imagen **de toda la columna** por skip lesions.

#### MESCC

- Dolor + antecedentes de cáncer = RM total spine.
- La TC es alternativa si RM no está disponible, pero menos sensible.

### Fractura por compresión

- Radiografía puede ser insuficiente en osteoporosis.
- TC es superior para evaluar integridad del canal.
- RM si hay déficit neurológico asociado.

### Dolor benigno mecánico sin red flags

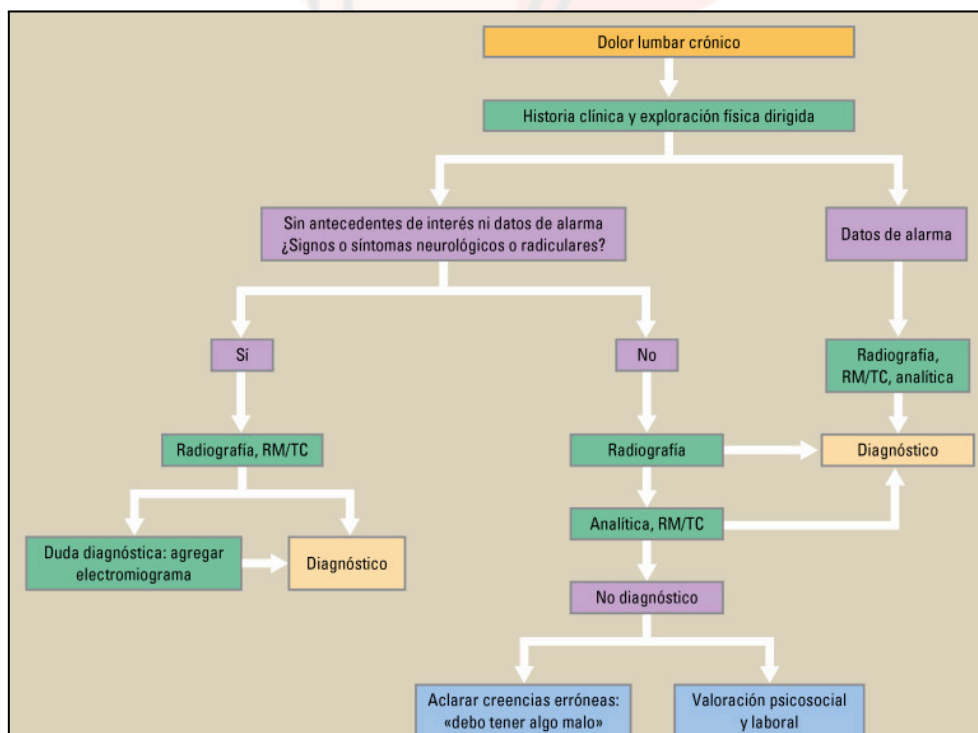
- No se requieren imágenes iniciales.

### Cuándo NO solicitar imágenes

Situación	Razonamiento
Dolor lumbar agudo <4–6 semanas, <b>sin red flags</b>	Autolimitado en la mayoría; imagen no cambia manejo
Dolor mecánico clásico sin síntomas sistémicos ni neurológicos	Evita sobrediagnóstico de hallazgos degenerativos irrelevantes
Ausencia de trauma en paciente joven sin comorbilidades	Baja probabilidad de fractura u otra patología estructural
Paciente con hallazgos degenerativos ya conocidos sin cambios clínicos	Imagen no aporta beneficio
Solicitud exclusivamente por expectativa del paciente	Debe primar criterio clínico

### Consideraciones especiales

- **No confiar exclusivamente en red flags aislados:** sensibilidad y especificidad bajas.
- **La progresión del cuadro es más importante que la duración del dolor.**
- **RM es preferible a TC para emergencias neurológicas,** excepto en fractura.
- **Ante sospecha de MESCC, SEA o hematoma epidural: nunca retrasar RM.**
- **La TC NO debe usarse para descartar infección espinal** (sólo complementaria).



Diagnósticos diferenciales según gravedad

Será organizado en dos grandes bloques:

1. **Causas emergentes** (amenaza neurológica o vital).
2. **Causas no emergentes** (frecuentes, benignas o de evolución favorable).

**Causas emergentes (alto riesgo)**

Patologías con **potencial de daño neurológico irreversible**, sepsis, inestabilidad o muerte. Requieren evaluación inmediata y, en la mayoría, **RM urgente**.

Entidad	Sospecha clínica clave	Factores de riesgo	Imagen de elección	Tratamiento inicial
<b>Compresión medular</b> (por hernia, estenosis, metástasis)	Déficit motor progresivo, nivel sensitivo, alteración de marcha	Edad avanzada, cáncer, dolor severo	<b>RM urgente</b>	Corticoides si MESCC; neurocirugía
<b>MESCC</b> (compresión medular epidural maligna)	Historia de cáncer, dolor severo nocturno, debilidad	Cáncer conocido, metástasis óseas	RM total spine c/contraste	<b>Dexametasona 10 mg IV</b> + onco/rad/neuro
<b>Síndrome de cauda equina</b>	<i>Saddle anesthesia</i> , retención urinaria >150 mL, debilidad bilateral	Hernia masiva, estenosis severa	RM lumbosacra urgente	Cirugía descompresiva inmediata
<b>Absceso epidural espinal (SEA)</b>	Dolor severo + fiebre +/- déficit	IDU, diabetes, inmunosupresión, hardware espinal	RM con contraste	<b>Empírico IV:</b> ceftriaxona + vancomicina; cirugía
<b>Infecciones disco-vertebrales (DVs)</b>	Dolor focal + fiebre + dolor espinal a la palpación	Edad, DM, IDU, inmunodepresión	RM con contraste	ATB dirigidos; cirugía si compresión
<b>Hematoma epidural espinal (SEH)</b>	Dolor súbito, déficit neurológico	Anticoagulación, punción lumbar/procedimientos	RM con contraste	Suspender/revertir anticoagulación + cirugía
<b>Mielitis transversa</b>	Déficit bilateral, nivel sensitivo, mielopatía sin compresión	Postinfeccioso, autoinmune	RM con contraste + punción lumbar	Corticoides IV ± PLEX
<b>Lesiones vasculares:</b> AAA, disección	Dolor lumbar/torácico súbito, severo, no mecánico	Hipertensión, aterosclerosis	<b>TC aorta</b>	Manejo vascular urgente
<b>Hemorragia retroperitoneal</b>	Dolor lumbar + anemia + hipovolemia	Anticoagulación	TC abdominal	Reversión, soporte hemodinámico

**Puntos clave de las causas emergentes**

- La **fiebre NO descarta SEA** (solo presente en ~32%).
- El **síntoma más temprano del MESCC es el dolor**; los déficits aparecen tarde.

- **IDU** es uno de los factores de riesgo más fuertes para infección espinal.
- **Retención urinaria** y **saddle anesthesia** son altamente sugestivas de cauda equina.
- El **dolor toracolumbar súbito** debe hacer pensar primero en patología vascular.
- En todas las compresiones medulares: **RM urgente y consulta neuroquirúrgica**.

### Causas no emergentes (baja a moderada gravedad)

Corresponden a la mayoría de los casos. Son de evolución favorable y manejables en APS.

Entidad	Clínica típica	Hallazgos clave	Imagen	Manejo inicial
<b>Dolor mecánico inespecífico</b>	Dolor localizado, aumenta con movimiento, mejora con reposo	Sin déficits	No requiere	AINEs, educación, actividad guiada
<b>Artropatías degenerativas</b> (OA, DDD, estenosis)	Dolor crónico, rigidez matinal leve	Empeora con inactividad, mejora con movimiento	Radiografía si persistente	AINEs, ejercicio, fisioterapia
<b>Hernia discal sin déficit</b>	Ciatalgia, dolor irradiado	Lasègue positivo	RM solo si no mejora	AINEs, reposo breve, fisioterapia
<b>Fractura por compresión</b>	Dolor súbito en adulto mayor	Osteoporosis, dolor espinal focal	Radiografía → TC	Analgesia multimodal
<b>Desequilibrio muscular / espasmo</b>	Dolor agudo post-esfuerzo	Espasmo paravertebral	No requiere	AINEs, calor local, estiramientos
<b>Herpes zóster</b>	Dolor neuropático, alodinia	Puede preceder a rash	No requiere	Antivirales si <72 h
<b>Dolor visceral referido</b> (renal, pancreático)	No mecánico, síntomas sistémicos	Disuria, fiebre, vómitos, ictericia	Ecografía/TC según causa	Manejo según origen
<b>Somatización</b>	Dolor crónico sin correlato orgánico	Alta carga emocional	No requiere	Manejo biopsicosocial

### Manejo terapéutico (versión ampliada y equilibrada)

El manejo del lumbago no traumático debe integrar:

1. **Control del dolor,**
2. **Identificación rápida de patologías graves,**
3. **Optimización funcional precoz,** y
4. **Tratamiento específico según etiología.**

Ambos artículos coinciden en que **el error clínico más frecuente** es:

- **sobretratar el dolor mecánico benigno,** y
- **subestimar patologías con riesgo neurológico** (SEA, MESCC, cauda equina).

### Manejo inicial general

El objetivo del manejo inicial es: aliviar dolor, mantener funcionalidad, evitar progresión y detectar oportunamente condiciones emergentes.

## Pilares del manejo inicial

- ★ **Analgesia multimodal escalonada**, basada en AINEs.
- ★ **Mantener movilidad**: evitar reposo absoluto.
- ★ **Fisioterapia temprana**, cuando el dolor lo permita.
- ★ **Educación del paciente** sobre pronóstico y autocuidado.
- ★ **Revaluación continua** en las primeras 48–72 h si el cuadro es moderado-severo.

## Manejo farmacológico

- **AINEs (primera línea)**: Ibuprofeno 400–600 mg c/8 h, Naproxeno 500 mg c/12 h, Ketorolaco VO/IV para dolor moderado-severo.

**Evidencia:** Demuestran clara reducción del dolor y mejoría funcional en dolor mecánico y radiculopatía leve.

**Precauciones:** ERC, sangrado GI, uso concomitante con anticoagulantes, adultos mayores frágiles.

- **Paracetamol**: Seguro en todas las edades. Eficacia limitada como monoterapia, pero útil como coadyuvante.
- **Opioides**: NO son tratamiento estándar para lumbago mecánico. Considerar solo en: *fracturas, dolor maligno, dolor severo refractario, mientras se completa una RM.*

**Evitar** morfina IV de forma rutinaria; preferir tramadol VO si es necesario.

- **Relajantes musculares**: Útiles para **espasmo agudo**. Evidencia modesta; riesgo de somnolencia. Evitar en adultos mayores por riesgo de caídas.
- **Corticoides sistémicos**: **NO indicados** en dolor mecánico. **Opcionales** en radiculopatía severa; evidencia moderada.

**Obligatorios** en sospecha de compresión medular por metástasis: Dexametasona **10 mg IV**, luego 4–6 mg c/6 h.

- **Antibióticos**: **Nunca** usar empíricamente en lumbago sin hallazgos clínicos o imagenológicos de infección. Indicados solo en: Absceso epidural, Infecciones disco-vertebrales, Sepsis con foco espinal, Pacientes con IDU + fiebre + dolor espinal focal.

## Manejo no farmacológico

- **Movilización precoz**: Evitar reposo prolongado (>48 h). Actividad dentro de lo tolerado mejora tiempos de recuperación.
- **Calor local**: Útil en primeras 72 h del dolor mecánico. Mejora espasmo y rigidez.
- **Crioterapia**: En dolor agudo inflamatorio o post-esfuerzo.
- **Ergonomía y autocuidado**: Instrucciones claras para levantar objetos, cambios de postura y pausas laborales.

## Manejo fisioterapéutico y rehabilitación

**Evidencia fuerte** respalda la fisioterapia como una de las intervenciones más efectivas en lumbago mecánico y crónico.

Contenido mínimo del plan de rehabilitación:

- **Fortalecimiento de musculatura paravertebral y abdominal.**
- **Control motor** (especialmente en dolor crónico).
- **Estiramientos de isquiotibiales y flexores de cadera.**
- Técnicas manuales para dolor agudo.
- Educación en miedo-evitación y recuperación funcional.

Se recomienda derivar a fisioterapia si:

- Dolor persiste >2 semanas,
- Episodios recurrentes,
- Dolor radicular sin déficit.

### Manejo específico según etiología

Patología	Claves clínicas	Tratamiento inicial	Conducta definitiva
<b>Dolor mecánico inespecífico</b>	Dolor localizado, mecánico, sin déficit	AINEs, paracetamol, calor local, movilización precoz	Fisioterapia; evitar imágenes y opioides
<b>Hernia discal sin déficit</b>	Radiculopatía, Lasègue +	AINEs, corticoides orales opcionales, reposo breve	Fisioterapia; RM si no mejora en 4–6 semanas
<b>Radiculopatía severa con déficit</b>	Déficit motor, alteración marcha	AINEs + RM urgente	Neurocirugía si déficit progresivo
<b>Síndrome de cauda equina</b>	<i>Retención urinaria, saddle anesthesia</i>	RM urgente	Cirugía descompresiva inmediata
<b>MESCC</b>	Historia de cáncer, dolor nocturno	<b>Dexametasona 10 mg IV</b> + RM	Oncología + neurocirugía; radioterapia
<b>SEA (absceso epidural)</b>	Dolor severo, fiebre, IDU, déficit progresivo	RM con contraste + hemocultivos + ATB IV	Cirugía + ATB prolongados
<b>DVIs (spondylodiscitis)</b>	Fiebre, dolor espinal focal	Cultivos + RM con contraste	ATB dirigidos 6 semanas ± cirugía
<b>SEH (hematoma epidural)</b>	Paciente anticoagulado, dolor súbito	Revertir anticoagulación + RM	Cirugía si déficit
<b>Fractura por compresión</b>	Edad avanzada, osteoporosis	Analgesia + TC/RM según déficit	Cirugía solo si inestabilidad
<b>Mielitis transversa</b>	Déficit bilateral, nivel sensitivo	Corticoides IV + RM + PL	PLEX si no responde
<b>Dolor visceral referido</b>	No mecánico, síntomas sistémicos	Estudio según sospecha (ECG, TC, labs)	Manejo específico

### Consideraciones especiales

Ambos papers aportan puntos clave que deben integrarse al manejo:

#### 1. Evitar imágenes innecesarias

Las imágenes tempranas se asocian a:

- Sobrediagnóstico de hallazgos degenerativos irrelevantes.
- Mayor uso de opioides.
- Más consultas y procedimientos sin beneficio clínico.

## 2. Red flags no deben evaluarse de forma aislada

La ausencia de fiebre **NO excluye** SEA. El dolor mecánico **NO descarta** metástasis.

## 3. Importancia del tiempo en patologías graves

- SEA: cada hora de retraso en antibióticos aumenta riesgo de déficit.
- MESCC: la recuperación neurológica depende del inicio temprano de dexametasona y descompresión.
- Cauda equina: mejor pronóstico si se opera <48 h.



Resumen de la revisión

Tema	Puntos clave
<b>Epidemiología</b>	• 80% de los adultos tendrá lumbago en su vida. • 2–4% de consultas en urgencias. • Patología grave en 2.5–5.1%.
<b>Factores de riesgo críticos</b>	<b>Cáncer, IDU, inmunosupresión, anticoagulación, osteoporosis</b> , procedimientos espinales, infección reciente, DM.
<b>Dolor mecánico vs no mecánico</b>	<b>Mecánico:</b> varía con movimiento; benigno. <b>No mecánico:</b> constante, nocturno o súbito → buscar infección, neoplasia, vascular.
<b>Red Flags más relevantes</b>	Déficit neurológico progresivo, fiebre (aunque no siempre presente en SEA), retención urinaria, saddle anesthesia, dolor toracolumbar súbito, historia de cáncer, IDU, anticoagulación.
<b>Examen físico imprescindible</b>	• Evaluación neurológica completa: fuerza, sensibilidad, reflejos, UMN/LMN. • Examen perineal si sospecha cauda equina. • Palpación espinal focal dolorosa (+ en DVI). • Examen abdominal/vascular.
<b>Cuándo pedir imágenes</b>	<b>SI:</b> déficit progresivo, sospecha de compresión medular, cauda equina, fiebre + factores de riesgo, IDU, cáncer, dolor no mecánico, anticoagulación, trauma en AM. <b>NO:</b> dolor ≤6 semanas sin red flags.
<b>Elección de imagen</b>	<b>RM:</b> estudio de elección en emergencias neurológicas, SEA, MESCC, DVIs. <b>TC:</b> fractura o si RM no disponible. <b>RM con contraste:</b> infección/tumor.
<b>Patologías emergentes (obligan a RM urgente)</b>	<b>MESCC</b> (cáncer + dolor), <b>SEA</b> (fiebre ± IDU), <b>SEH</b> (anticoagulación + dolor súbito), <b>Cauda</b> (retención, saddle), <b>Compresión medular</b> por hernia/estenosis, <b>Mielitis</b> (déficit bilateral).
<b>Tratamiento de emergencias</b>	<b>MESCC:</b> dexametasona 10 mg IV + RM + onco/neuro. <b>SEA:</b> RM c/contraste + hemocultivos + ATB IV (ceftriaxona + vancomicina) ± cirugía. <b>SEH:</b> revertir anticoagulación + neurocirugía. <b>Cauda:</b> cirugía inmediata.
<b>Dolor mecánico (manejo)</b>	AINEs, paracetamol, movilización precoz, calor local, fisioterapia, evitar reposo absoluto. No opioides de rutina. No imágenes tempranas.
<b>Radiculopatía</b>	AINEs; corticoides orales opcionales; fisioterapia; RM solo si déficit o mala evolución en 4–6 semanas.
<b>Fractura por compresión</b>	Analgesia + TC/RM si déficit. Cirugía solo si hay inestabilidad.
<b>Fisioterapia (clave)</b>	Fortalecimiento del core, control motor, movilidad progresiva, evitar miedo-evitación.
<b>Conceptos críticos de ambos artículos</b>	• Los <b>red flags aislados tienen bajo rendimiento</b> . • La <b>progresión del cuadro</b> es más importante que la duración. • La fiebre está <b>ausente en la mayoría del SEA</b> . • El dolor puede ser la <b>primera manifestación del MESCC</b> . • No retrasar la RM en cuadros neurológicos.