

ANÁLISIS ETIOLÓGICO MULTIDIMENSIONAL DEL PACIENTE CON LUMBALGIA: ESTUDIO TRANSVERSAL

EDUARDO STONSKI¹, MARTÍN L. ALVAREZ¹, GUSTAVO OLAIZOLA^{1,2}, MARIANE C. FERREIRA²,
IVAN HUESPE^{1,2}, MARCELO GRUENBERG¹, MATÍAS PETRACCHI¹, GONZALO KIDO¹

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, ²Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Eduardo Stonski, Hospital Italiano de Buenos Aires, Tte. Gral. Juan Domingo Perón 4190, 1199 Buenos Aires, Argentina

E-mail: eduardo.stonski@hospitalitaliano.org.ar

Recibido: 31-III-2025

Aceptado: 16-VII-2025

Resumen

Introducción: La lumbalgia es una condición prevalente que afecta al 7% de la población mundial y al 80% de los adultos. En Argentina, el abordaje inadecuado y la derivación excesiva a especialistas ortopédicos generan desafíos clínicos y económicos. Este estudio describe las principales causas de lumbalgia, la prevalencia de trastornos psicopatológicos y su impacto en la percepción del dolor.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal con 945 pacientes remitidos a una unidad especializada en dolor del Hospital Italiano de Buenos Aires. Se recolectaron variables demográficas, diagnósticos clínicos y presencia de ansiedad, depresión e insomnio mediante herramientas validadas. La intensidad del dolor se evaluó con la escala EVA (Escala Visual Analógica) y las diferencias entre los grupos se analizaron con la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: El síndrome miofascial de cintura pélvica fue la causa más frecuente (50%), seguido por el dolor facetario lumbar (15%) y el dolor nociplástico (9%). El insomnio (33%) fue el trastorno psicopatológico más prevalente, seguido de la depresión (27%) y la ansiedad (22%). La intensidad del dolor (EVA 7 [RIC 5-8] vs. 8 [RIC 6-9]) fue significativamente mayor en pacientes con comorbilidades psicopatológicas combinadas ($p < 0.001$). Las derivaciones provinieron principalmente de guardias traumatológicas (32%).

Discusión: Este estudio resalta la alta prevalencia de causas musculoesqueléticas y el impacto de los

trastornos psicopatológicos en la lumbalgia. Estos hallazgos destacan la necesidad de un enfoque integral que optimice el manejo del dolor y los factores físicos y psicopatológicos.

Palabras clave: dolor lumbar, trastornos musculoesqueléticos, manejo del dolor, ansiedad, depresión, lumbalgia

Abstract

Multidimensional analysis of low back pain patients: A cross-sectional study

Introduction: Low back pain is a prevalent condition affecting 7% of the global population and 80% of adults. In Argentina, inadequate management and excessive referrals to orthopedic specialists create clinical and economic challenges. This study describes the main causes of low back pain, the prevalence of psychopathological disorders, and their impact on pain perception.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted with 945 patients referred to a specialized pain unit at Hospital Italiano de Buenos Aires. Demographic variables, clinical diagnoses, and the presence of anxiety, depression, and insomnia were collected using validated tools. Pain intensity was assessed with the Visual Analog Scale (VAS), and group differences were evaluated using the Kruskal-Wallis test.

Results: Pelvic girdle myofascial syndrome was the most common cause (50%), followed by lumbar facet syndrome (15%) and nociplastic pain (9%). Insomnia (33%) was the most prevalent psychopathological disorder, followed by depression (27%) and anxiety (22%). Patients with combined psychopathological comorbidities reported significantly higher pain intensity (VAS 7 [IQR 5-8] vs. 8 [IQR 6-9], $p < 0.001$). Most referrals originated from emergency departments (32%).

Discussion: This study highlights the high prevalence of musculoskeletal causes and the impact of psychopathological disorders on low back pain. These findings emphasize the need for a comprehensive approach that optimizes pain management and addresses both physical and psychopathological factors.

Key words: low back pain, musculoskeletal disorders, pain management, anxiety, depression, nonspecific low back pain

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- La lumbalgia es una afección ampliamente prevalente que impacta en la calidad de vida. Diversos factores, incluidos los psicopatológicos, contribuyen a la intensidad del dolor. Históricamente, el enfoque se ha centrado en causas musculo-esqueléticas, subestimando el rol de comorbilidades como la ansiedad, la depresión y el insomnio.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- En este estudio se observó que el síndrome miofascial de cintura pélvica es la causa más frecuente de lumbalgia (50%) e identificamos al insomnio (33%) como el trastorno psicopatológico principal, con mayor intensidad de dolor en pacientes con comorbilidades combinadas. Sus hallazgos subrayan la importancia de un abordaje integral del dolor.

La lumbalgia es una de las condiciones de salud más prevalentes a nivel global, con un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar de las personas^{1,2}. Se estima que afecta al 7 % de la población mundial, y aproxima-

damente el 80 % de los adultos experimentará dolor lumbar en algún momento de su vida³. De estos, cerca del 13% desarrollará una forma crónica cuando los síntomas persisten por más de 12 semanas⁴. Este problema representa un desafío importante tanto para la salud pública como para la vida cotidiana de los pacientes, ya que no solo contribuye a la pérdida de productividad laboral, sino también al incremento de los costos directos e indirectos del sistema de salud⁵.

El dolor lumbar presenta una etiología marcadamente heterogénea y multifactorial, lo que complica la identificación de una causa única y subraya la necesidad de un enfoque diagnóstico amplio. Estudios previos han identificado diversas causas como desencadenantes de esta condición, incluyendo factores físicos, psicopatológicos, ocupacionales y sociales, que interactúan para influir tanto en el inicio como en la persistencia del dolor⁵⁻⁷. En particular, el síndrome miofascial de cintura pélvica, caracterizado por puntos gatillo en la musculatura paravertebral y glútea que provocan dolor referido y restricción de la movilidad, y el dolor nociplástico, definido por la IASP como aquel que surge de alteraciones en la nocicepción sin evidencia clara de lesión tisular o neuropática (por ejemplo, fibromialgia o síndrome de intestino irritable)⁸, son entidades frecuentes en la práctica clínica. Además, los factores psicopatológicos, como el estrés, la ansiedad y la depresión, desempeñan un papel relevante al exacerbar la percepción del dolor y aumentar la sensibilidad a las molestias físicas⁹⁻¹¹. Por ello, es crucial reconocer esta multicausalidad para evitar derivaciones innecesarias al equipo quirúrgico-ortopédico, optimizando así los tiempos y recursos del sistema de salud.

En el caso de Argentina, el sistema de salud segmentado frecuentemente propicia la derivación directa de pacientes con lumbalgia a traumatólogos, en contraposición a las recomendaciones internacionales¹². Este enfoque limita el acceso a una atención primaria adecuada, que podría incluir un *triage* inicial y tratamientos conservadores. Como consecuencia, los servicios de traumatología se saturan, disminuye la disponibilidad para casos complejos, y se generan costos y tiempos de espera innecesarios.

El presente estudio tuvo como objetivos principales describir las principales causas de dolor lumbar en pacientes sin indicación urgente de

cirugía, determinar la prevalencia de trastornos psicopatológicos en esta población y analizar la asociación entre la intensidad del dolor y la presencia de dichos trastornos.

Materiales y métodos

Diseño y ámbito

Este estudio de corte transversal prospectivo se realizó en un grupo de pacientes con dolor lumbar remitidos al consultorio especializado en dolor del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Todos los sujetos fueron incorporados a un registro activo creado específicamente para este proyecto, complementario a la Historia Clínica Electrónica, y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del hospital (número de aprobación: 6895). El presente manuscrito ha sido elaborado siguiendo las guías STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*)¹³.

El Hospital Italiano es un hospital universitario de alta complejidad (nivel terciario) que ofrece servicios integrales en dos sedes hospitalarias y 19 centros médicos ambulatorios. Con una capacidad de 785 camas para internación, el hospital reporta aproximadamente 47 000 egresos anuales y realiza alrededor de 51.000 intervenciones quirúrgicas en sus 41 quirófanos. Estudios previos han registrado una prevalencia de lumbalgia del 4.37% (IC 95% 3.83-4.95%) en el servicio de emergencias de este centro¹⁴.

La Unidad de Dolor, conformada por médicos clínicos con expertise en medicina del dolor, recibe exclusivamente pacientes derivados bajo criterios específicos establecidos por otros profesionales de salud (Material Suplementario 1).

Participantes y variables

Se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo entre el 1 de diciembre de 2022 y el 31 de enero de 2024. Se incluyeron todos los pacientes que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

1. Edad ≥ 18 años.
2. Derivación al consultorio de dolor de columna del Hospital Italiano de Buenos Aires.
3. Consulta registrada dentro del período de estudio, No se aplicaron criterios de exclusión adicionales.

Las variables demográficas fueron recolectadas de la historia clínica electrónica e incluyeron edad, género y tipo de cobertura de salud. Se documentó también el tipo de profesional derivante, el tiempo de evolución del dolor y el intervalo entre la derivación y la consulta especializada.

Durante la consulta, se registraron los diagnósticos presuntivos (Material Suplementario 2) obtenidos tras el interrogatorio y el examen físico, los estudios diagnósticos solicitados y las intervenciones terapéuticas propuestas, incluyendo opciones farmacológicas y no farmacológicas. Para evaluar la intensidad de dolor se les consultó a los participantes cuál fue la mayor intensidad de dolor durante la última semana previa a la consulta. La graduación se realizó utilizando la escala visual analógica (EVA), la cual se gradúa del 0 al 10, en la que el paciente comunica la intensidad de dolor percibida. Además, los pacientes fueron evaluados para identificar la coexistencia de depresión y ansiedad, mediante el Cuestionario de Goldberg¹⁵, que es una herramienta psicológica ampliamente utilizada para detectar trastornos psicopatológicos en la población general y en contextos clínicos. Fue diseñado originalmente para identificar problemas de salud mental menores, como ansiedad, depresión y estrés, que podrían no ser evidentes en consultas médicas generales. Evaluamos los trastornos del sueño utilizando el cuestionario *Pain and Sleep Questionnaire three-item index* (PSQ-3)¹⁶, que determina los problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado, en las últimas 2 semanas.

Análisis estadístico

Las variables continuas se presentaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartil, y las comparaciones se realizaron mediante la prueba T o la prueba de Mann-Whitney, dependiendo del supuesto de normalidad evaluado por la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables categóricas se informaron como números absolutos, proporciones e intervalos de confianza del 95% y las comparaciones se realizaron mediante la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera, de acuerdo los supuestos de la prueba.

Para la comparación de los puntajes de EVA entre grupos se evaluaron previamente los supuestos de normalidad (test de Shapiro-Wilk) y homogeneidad de varianzas (test de Levene). Al observarse distribuciones no normales y falta de homogeneidad de varianzas, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. El análisis se realizó para determinar si existían diferencias significativas en las medianas de EVA a la consulta entre los distintos grupos. Los grupos comparados fueron: Ansiedad, Depresión, Insomnio, Ansiedad y Depresión, Insomnio y Depresión, y ningún trastorno psicopatológico. En caso de diferencias significativas, se realizaron comparaciones *post-hoc* con la corrección de Dunn. Un valor p menor a 0.05 indicó una correlación significativa. Para el análisis de los datos se utilizó el software R versión 4.3.3.

Resultados

En el conjunto de datos analizados, la muestra total incluyó 945 casos, con una media de edad de 69 años 73 [RIC 59-81]. En relación al sexo, se observó un predominio femenino, representando el 74.6% (IC 95%: 72 a 97%) de los casos. En cuanto a los diagnósticos, los más frecuentes incluyeron el síndrome miofascial de cintura pélvica, que abarcó un 50% (IC 95%: 46 a 53%) de los casos, y el síndrome facetario lumbar, con un 15% (IC 95%: 13 a 18%); seguido del síndrome dolor nociplástico, con un 9% (IC 95%: 7 a 11%) de los casos (Tabla 1).

En cuanto a la prevalencia de los trastornos psicopatológicos en la población estudiada,

se observó que el insomnio fue el más común, afectando al 33% de los participantes (IC 95%: 31 a 37%). La ansiedad fue reportada por el 22% (IC 95%: 20 a 26%) de los individuos, mientras que la depresión fue identificada en el 27% (IC 95% 25 a 30%).

Al explorar la percepción de dolor entre los participantes, la mediana de las puntuaciones de EVA a la consulta fue de 7 [RIC 6-8], la comparación de los seis grupos se realizó mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, que indicó diferencias significativas ($\chi^2 = 41.443$; $df = 6$; $p < 0.001$). El análisis post-hoc reveló que, en comparación con el grupo “Ningún trastorno” (7 [RIC 5-8]), los puntajes

Tabla 1 | Características demográficas, tiempos de consulta y diagnóstico de pacientes con dolor lumbar, comparando presencia/ausencia de trastornos psicopatológicos

Variables	Total (N=945)	Sin trastornos psicopatológicos (N=423)	Con trastornos psicopatológicos (N=522)	p-valor
Edad - mediana (RIC)	73 (59, 81)	72 (57, 81)	73 (60, 81)	0.142
Sexo: femenino - n (%)	705 (74.6)	272 (64.3)	433 (83)	<0.001
Tiempo de evolución hasta la consulta - mediana (RIC)	16 (4, 72)	10 (4, 48)	24 (6, 96)	<0.001
Tiempo desde la derivación hasta la consulta - mediana (RIC)	11 (5, 16)	10 (5, 16)	11 (5, 16)	0.559
EVA a la consulta - mediana (RIC)	7 (6, 8)	7 (5, 8)	8 (6, 9)	<0.001
Síndrome metabólico - n (%)	382 (44.6)	150 (39.9)	232 (48.3)	0.018
Radiografía - n (%)	46 (4.9)	23 (5.4)	23 (4.4)	0.562
RMN - n (%)	111 (11.7)	56 (13.2)	55 (10.5)	0.237
TAC - n (%)	4 (0.42)	1 (0.24)	3 (0.57)	0.632
Diagnósticos				
Canal estrecho lumbar sintomático - n (%)	16 (1.6)	8 (1.8)	8 (1.5)	0.99
Coxartrosis - n (%)	13 (1.3)	7 (1.6)	6 (1.1)	0.78
Dolor discogénico - n (%)	5 (0.5)	5 (1.1)	0 (0)	.
Dolor radicular lumbar - n (%)	96 (10.1)	47 (11.1)	49 (9.3)	0.83
Espondilodiscitis - n (%)	1 (0.1)	1 (0.2)	0 (0)	.
Dolor nociplástico - n (%)	85 (8.9)	7 (1.6)	78 (14.9)	<0.001
Fractura vertebral - n (%)	71 (7.5)	33 (7.8)	38 (7.2)	0.55
Síndrome facetario lumbar - n (%)	145 (15.3)	58 (13.7)	87 (16.6)	0.02
Síndrome miofascial de cintura escapular - n (%)	9 (0.9)	1 (0.1)	8 (1.5)	0.02
Síndrome miofascial de cintura pélvica - n (%)	469 (49.6)	237 (56)	232 (44.4)	0.81

DS: desvío estándar; RIC: rango intercuartílico; EVA: Escala Visual Analógica

de EVA fueron significativamente mayores en los grupos “Ansiedad y depresión” (8 [RIC 7-9], $p = 0.002$), “Ansiedad, depresión e insomnio” (8 [RIC 7-9], $p < 0.001$) e “Insomnio” (8 [RIC 6-9], $p < 0.001$) (Fig. 1).

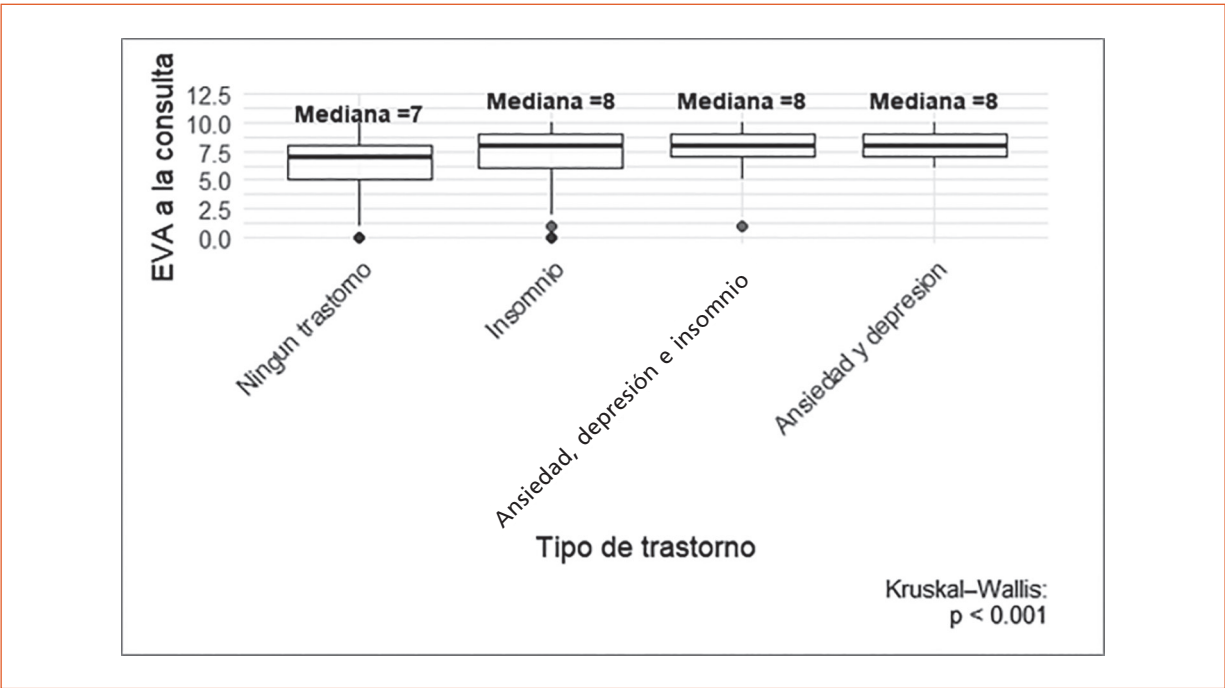
Al evaluar las derivaciones la mayoría provenía de guardia de traumatología, con un 32% (IC 95%: 29 a 35%), seguida por las realizadas en el consultorio de cirugía de raquis del servicio de traumatología, que constituyeron un 26% (IC 95%: 23 a 29%). En tercer lugar, se encontraron las derivaciones realizadas por el médico de cabecera, que representaron un 15% (IC 95%: 13 a 17%) (Tabla 2).

Entre los tratamientos documentados, el uso de paracetamol fue predominante, con un 84.6% ($n = 800$), seguido por medios físicos, empleado en un 75.9% ($n = 718$), y geles con antiinflamatorios no esteroides, que se utilizó en un 73.3% ($n = 693$).

Discusión

En el presente estudio observamos que la principal causa de lumbalgia fue el síndrome miofascial de cintura pélvica. En cuanto a los trastornos psicopatológicos asociados, los datos de este estudio destacan una alta prevalencia de insomnio, seguido de depresión y ansiedad, los

Figura 1 | Distribución del dolor de acuerdo a condiciones psicopatológicas



EVA: Escala Visual Analógica

Tabla 2 | Procedencia de las derivaciones según servicio/especialidad

Derivadores	Total (N = 945)
Guardia traumatología- n (%)	300 (31.7)
Cirugía de raquis - n (%)	247 (26.1)
Médico de cabecera - n (%)	141 (14.9)
Demanda clínica médica- n (%)	88 (9.3)
Cirugía de cadera - n (%)	30 (3.1)

cuales mostraron un impacto significativo en la intensidad del dolor percibido según la escala EVA, siendo notablemente más altas en pacientes con combinaciones de ansiedad, depresión e insomnio.

Estos hallazgos destacan causas específicas musculoesqueléticas en la lumbalgia, en contraste con las guías clínicas actuales que indican que el 85-95% de los casos de lumbalgia corresponden a diagnósticos inespecíficos, atribuidos principalmente a disfunciones musculares o mecánicas^{17,18}.

En comparación, la prevalencia de dolor radicular lumbar se encontró, en línea con estudios previos que sugieren una prevalencia de radiculopatía o ciática del 5-10% en contextos clínicos^{14,17}. Por otro lado, las fracturas vertebrales se encontraron dentro del rango reportado en la literatura, que estima tasas entre el 4% y 15%, principalmente en pacientes con factores de riesgo como osteoporosis o traumatismos previos^{14,18}. Algunas condiciones específicas, como el canal estrecho lumbar sintomático y el dolor discogénico, presentaron una prevalencia menor que la informada en estudios poblacionales, posiblemente reflejando diferencias en las características demográficas de la muestra estudiada^{17,18}. Asimismo, el dolor nociplástico, mostró una prevalencia significativa en comparación con otras condiciones, subrayando la importancia de realizar una adecuada pesquisa de las comorbilidades de dolor crónico así como del perfil psicopatológico en los pacientes con lumbalgia¹⁸.

En cuanto a los trastornos psicopatológicos asociados, los datos de este estudio son consistentes con estudios previos que han documentado una fuerte relación entre la lumbalgia crónica y comorbilidades psicopatológicas. Por ejemplo, se ha informado que la ansiedad y la depresión afectan entre el 4-18%, de los pacientes con lumbalgia crónica, lo que resalta el impacto bidireccional entre el dolor crónico y estos trastornos^{11,18}. Este hallazgo refuerza la necesi-

dad de realizar una evaluación integral de la salud mental en pacientes con lumbalgia, considerando que estas comorbilidades pueden influir significativamente en la percepción del dolor, la calidad de vida y la respuesta al tratamiento.

Entre las fortalezas de nuestro estudio se destacan su diseño prospectivo, que permitió la recolección estructurada y sistemática de los datos, y el gran tamaño muestral, representando, hasta nuestro conocimiento, el grupo de pacientes estudiado con dolor lumbar más grande de latinoamérica, lo que otorga solidez estadística a nuestros hallazgos y aumenta su capacidad para identificar diferencias significativas. No obstante, reconocemos ciertas limitaciones, entre las que se encuentran la ausencia de seguimiento, lo cual limita nuestra capacidad para evaluar el impacto sostenido de las intervenciones estudiadas, y su carácter unicéntrico, que podría restringir la generalización de los resultados a otras instituciones o poblaciones con diferentes características demográficas y clínicas.

Las implicancias clínicas de estos hallazgos muestran la necesidad de establecer consensos diagnósticos en este grupo de pacientes y sugieren que existe una oportunidad terapéutica para mejorar el manejo del dolor en pacientes con lumbalgia, optimizando el tratamiento de los trastornos psicopatológicos.

En conclusión, este estudio revela una alta prevalencia de causas musculoesqueléticas, como el síndrome miofascial de cintura pélvica. Además, destaca el impacto significativo de los trastornos psicopatológicos, incluidos el insomnio, la ansiedad y la depresión, en la percepción del dolor y la calidad de vida de los pacientes. Estos hallazgos enfatizan la importancia de un enfoque de manejo integral que aborde de manera simultánea los factores físicos y psicopatológicos, con el objetivo de optimizar los tratamientos y mejorar los resultados clínicos en esta población.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Wu A, March L, Zheng X, et al. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Transl Med* 2020; 8: 299.
2. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018; 391: 2356–67.
3. Musculoskeletal conditions affect millions. En: <https://www.who.int/news/item/27-10-2003-musculoskeletal-conditions-affect-millions>; consultado abril 2025.
4. Maharty DC, Hines S C, Brown R B. Chronic low back Pain in Adults: Evaluation and Management. *Am Fam Physician* 2024; 109: 233–44.
5. George S Z, Fritz J, Silfies S, et al. Interventions for the management of acute and chronic low back pain: revision 2021. *J Orthop Sports Phys Ther* 2021; 51: CPG1–CPG60.
6. Hoy D, Bain C, Williams G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012; 64: 2028–37.
7. Steinmetz A. Back pain treatment: a new perspective. *Ther Adv Musculoskelet Dis* 2022; 14: 1759720X221100293.
8. Kosek E. The concept of nociplastic pain-where to from here? *Pain* 2024; 165: S50–S57.
9. Díaz-Cerrillo J L, Rondón-Ramos A. Design of an educational tool for Primary Care patients with chronic non-specific low back pain. *Aten Primaria* 2015; 47: 117–23.
10. Mayr M, Högl S, Ghedina W, Berek K. Low back pain and psychiatric disorders. *Lancet* 2003; 361: 531.
11. Reme S E, Tangen T, Moe T, Eriksen H R. Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *Eur J Pain* 2011; 15: 1075–80.
12. Besse M, Ricciardi G, Romagnoli J, et al. Low back pain and referral to the spine specialist: situation and resources in Buenos Aires. *Medicina (B Aires)* 2024; 84: 407–14.
13. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth* 2019; 13: S31–S34.
14. Grande-Ratti M F, Torres-Gomez F, Herrera AG et al. Frecuencia de lumbalgia aguda y su tratamiento en la central de emergencias de un hospital privado. *Acta Ortop Mex* 2021; 34: 359–64.
15. Vega-Dienstmaier J M. Estudios psicométricos de los instrumentos en español para la detección de trastornos mentales comunes: una revisión. *Rev Neuropsiquiatr* 2022; 85: 127–38.
16. Ayeart L, Harsanyi Z, Michalko K J. The Pain and Sleep Questionnaire three-item index (PSQ-3): a reliable and valid measure of the impact of pain on sleep in chronic nonmalignant pain of various etiologies. *Pain Res Manag* 2012; 17: 281–90.
17. Oliveira C B, Maher C, Pinto R, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J* 2018; 27: 2791–03.
18. Oliveira I, Tomazoni S, Vanin A, et al. Management of acute low back pain in emergency departments in São Paulo, Brazil: a descriptive, cross-sectional analysis of baseline data from a prospective cohort study. *BMJ Open* 2022; 12: e059605.
19. Perolat R, Kastler A, Nicot B, et al. Facet joint syndrome: from diagnosis to interventional management. *Insights Imaging* 2018; 9: 773–89.

Material Suplementario 1 - Criterios de derivación a unidad de dolor de columna

Lumbalgia y cervicalgia pueden presentarse:

- Aguda radicular sin compromiso neurólogo
- Crónica reagudizada sin compromiso neurológico
- De origen oncológico sin compromiso neurológico
- En pacientes reumatológicos
- Miofascial
- Postraumática sin compromiso neurológico
- En contexto de fibromialgia sin compromiso neurológico
- Crónica grave sin compromiso neurológico
- En pacientes cursando el postoperatorio, ya evaluados por cirugía de raquis

Material Suplementario 2 - Criterios diagnósticos

Dolor nociplástico:

El dolor es:

1. Crónico (mayor a 3 meses)
 2. De distribución regional en lugar de discreto
 3. No hay evidencia de la presencia de dolor nociceptivo o, de haberla, no es completamente responsable del dolor
 4. No hay evidencia de la presencia de dolor neuropático o, de haberla, no es completamente responsable del dolor
2. Tiene el antecedente de hipersensibilidad al dolor en la región dolorosa expresada como una de las siguientes:
1. Sensibilidad al tacto
 2. Sensibilidad a la presión
 3. Sensibilidad al movimiento
 4. Sensibilidad al calor o al frío
3. Presenta una de las siguientes comorbilidades:
1. Aumento de la sensibilidad al sonido y/o a la luz y/o a los olores
 2. Alteraciones del sueño con frecuentes despertares nocturnos
 3. Fatiga
 4. Problemas cognitivos como dificultad para centrar la atención, alteraciones de memoria, etc.
4. La evocación del fenómeno de hipersensibilidad al dolor puede ser desencadenado clínicamente en la región dolorosa mediante alguno de los siguientes mecanismos:
1. Alodinia mecánica estática
 2. Alodinia mecánica dinámica
 3. Alodinia al calor o frío
 4. Reporte de sensaciones dolorosas luego de la evaluación de cualquiera de las alternativas mencionadas anteriormente

Si cumple los criterios 1 y 4 se considera dolor nociplástico posible.

Si agrega los criterios 2 y 3 se lo considera como dolor nociplástico probable.

En nuestro trabajo no se diferencia estos dos criterios y se define como Dolor nociplástico tanto al posible como al probable.

Dolor radicular lumbosacro:

El diagnóstico del dolor radicular lumbosacro se hace mediante la combinación de anamnesis, examen físico y estudios complementarios.

1. Anamnesis:
 1. Dolor de tipo cortante, punzante, quemante o como un disparo, así como parestesias, que se irradian por el territorio de un dermatoma, generalmente unilateral
 2. Dolor que empeora al sentarse o al toser y puede mejorar al acostarse o, a veces, al caminar
2. Examen físico:
 1. Maniobras de tensión neural
 2. Paresia, atrofia muscular o alteración de los reflejos osteotendinosos

3. Estudios complementarios:
 1. Resonancia magnética
 2. Tomografía computada
 3. Electromiograma y estudios de conducción nerviosa

Frente a la presencia de un dolor descrito en términos radicales, con un examen físico compatible y un estudio complementario que evidencia un compromiso radicular acorde a la clínica, se realiza el diagnóstico.

Dolor facetario lumbar¹⁹:

El diagnóstico del dolor facetario lumbar se hace mediante la combinación de anamnesis, examen físico y estudios complementarios. La confirmación diagnóstica se realiza mediante la negativización de los síntomas luego del bloqueo de la articulación facetaria.

1. Anamnesis:
 1. Dolor a nivel lumbar con irradiación pseudorradicular que puede llegar hasta por debajo de las rodillas, sin déficit neurológico
 2. El dolor generalmente empeora por la mañana, durante períodos de inactividad y luego del ejercicio estresante
 3. Puede tener claudicación intermitente
 4. Puede generarse por períodos prolongados de pie o sentado
2. Examen físico:
 1. El dolor aumenta con las maniobras de extensión de la columna o de rotación
 2. La palpación sobre las articulaciones facetarias puede generar dolor
 3. Estudios complementarios:
 1. Resonancia magnética
 2. Tomografía computarizada o radiografía
 3. Tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT-TC)

Dolor miofascial de cintura pélvica:

El diagnóstico del dolor miofascial se basa en la anamnesis y el examen físico. Este último va dirigido a las estructuras miofasciotendino-ligamentarias referidas que pueden generar un dolor con las características referidas por el paciente.

1. Anamnesis:
 1. Características del dolor:
 1. Sordo
 2. Profundo
 3. Mal localizado
 4. Cortante
 5. Punzante
 6. Parestesias
 7. Síntomas autonómicos
 8. Empeora con la contracción, estiramiento o compresión del músculo
2. Localización:
 1. Local
 2. Referido
2. Examen físico:
 1. Se busca la presencia de un punto gatillo en el músculo afectado. Debe cumplir las primeras tres condiciones y puede o no cumplir las otras 5:
 1. Banda tensa en el músculo
 2. Dolor exquisito con la palpación de un punto dentro de la banda tensa
 3. Reproduce el dolor del paciente
 4. Respuesta de espasmo local
 5. Genera un dolor referido
 6. Produce debilidad
 7. Restringe el rango de movimiento
 8. Produce signos autonómicos (eritema, lagrimeo, piloerección, etc.)