



DOLOR

Clasificación
Cólico nefrítico
Angor
Lumbalgia

CCGI 4º - ECOE Medicina Familiar y Comunitaria

- Lucía Conde -



- “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión”.



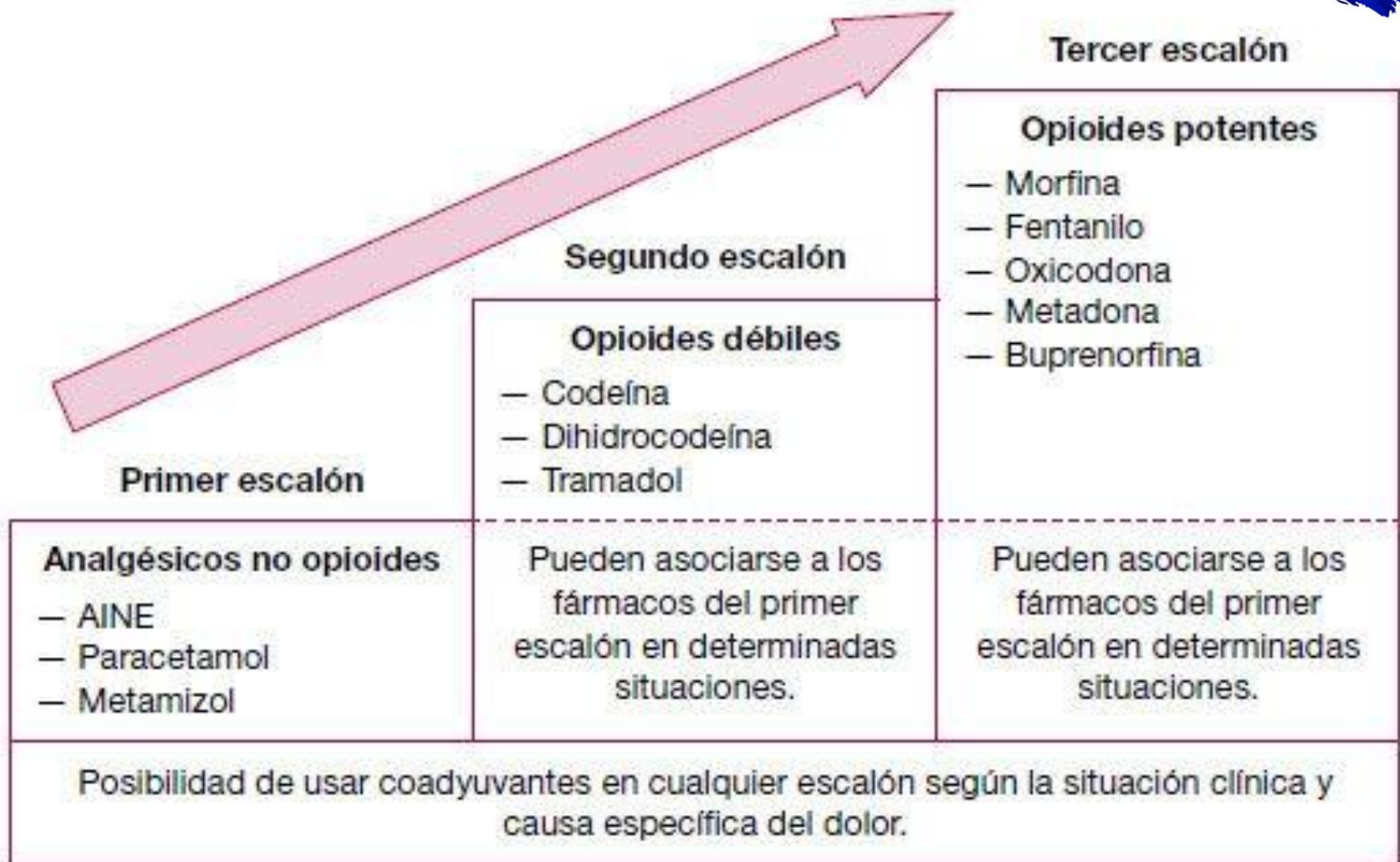
- **Clasificación:**

- **Fisiopatología:**

- ***Nociceptivo:*** respuesta fisiológica a una lesión, con importante relación entre la percepción del dolor y el estímulo desencadenante. Buena respuesta a AINES.
 - **Somático:** piel, músculos, cápsulas, huesos; dolor localizado pero con de tipo e intensidad variable.
 - **Visceral:** órgano interno o su serosa por isquemia, inflamación, estiramiento.
 - » Cólico (víscera hueca): profundo, sordo, mal localizado, irradia, va y viene, agrega sintomatología vegetativa.
- ***Neuropático:*** dolor que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial. Surge por la actividad generada en el sistema nociceptivo sin una adecuada estimulación de sus terminaciones sensitivas periféricas y los cambios fisiopatológicos se hacen independientes del evento desencadenante. Puede presentarse como un dolor desproporcionado al estímulo o producirse sin un estímulo identificable. Pobre respuesta a AINES, suele requerir tto con atidepresivos, antiepilépticos, etc.
 - **Central:** causado por una lesión o enfermedad del SNC.
 - **Periférico:** causado por una lesión o enfermedad del SNP. Neuropatía, neuritis.

- **Clasificación:**

- **Duración de presentación:** agudo, subagudo, crónico.
- **Otros tipos de dolor:** oncológico, psicógeno (No tiene una naturaleza orgánica sino características psicósomáticas, derivadas de una patología psiquiátrica más o menos importante. Individuos con una personalidad alterada, ansiosos, depresivos, etc. Dolor que no obedece a ningún patrón neurológico definido y suele ser resistente a cualquier tipo de tratamiento, sea farmacológico o quirúrgico que no tenga en cuenta su naturaleza psiquiátrica).
- ***Dolor referido:*** se origina en una viscera y se siente en regiones del cuerpo alejadas a la zona de origen. Vías nerviosas, patrones del desarrollo, etc.
- ***Dolor irradiado:*** es el dolor que se transmite a lo largo de un nervio, extendiéndose a partir del sitio de origen.



- *Sexo masculino, 54 años. Obrero de la construcción.*
- *AP: tabaquista intenso, IPA 80. HTA de larga data en tto con enalapril, con irregular control de cifras de PA. DM2 diagnosticada hace dos años, en tto con metformina con adecuado control de cifras de glicemia.*
- *AEA: Comienza hace 10 días con angor de esfuerzo clase funcional II-III.*

- *MC: Dolor torácico.*
- *EA: Comienza hoy, 11.00 am, en reposo, con dolor torácico retroesternal, opresivo, intenso, con irradiación a ambos MM.SS, acompañado de sudoración profusa y náuseas. Dolor que no calma por lo que consulta en emergencia hora 13.00 pm.*

La aparición reciente de un dolor precordial típico en reposo o ante mínimos esfuerzos, la presencia de un dolor precordial prolongado con características típicas o el aumento repentino en frecuencia o intensidad de los episodios de angor en un paciente con enfermedad coronaria conocida sugieren el desarrollo de un evento coronario agudo y son indicación de internación del paciente para su evaluación y manejo especializado en una unidad de cuidados intensivos.

Ángor inestable: 6 formas de presentación

- Angina de reposo > 20 min.
- Angina de esfuerzo de reciente comienzo que alcanza CF III-IV
- Angina de esfuerzo progresiva, angina crónica estable cuyos episodios en los últimos 2 meses son de mayor intensidad, duración, menor umbral, que pasa a CF III-IV
- Angina post IAM (desde las 24 hrs hasta los 30 días del IAM).

- **CF I:** La actividad física habitual como caminar o subir escaleras no provoca síntomas, aparece ante esfuerzos extenuantes o ejercicio prolongado.
- **CF II:** Ligera limitación a la actividad habitual, al caminar 2 o más cuadras y/o subir más de 1 tramo de escaleras, en condiciones normales y paso habitual del paciente.
- **CF III:** Marcada limitación de la actividad habitual, al caminar menos de 2 cuadras y/o subir menos de 1 tramo de escaleras en condiciones normales y paso habitual.
- **CF IV:** Incapacidad de realizar cualquier actividad sin disconfort, la angina puede estar presente en reposo.



- *Paciente 56 años, realiza “changas”.*
- *MC: Dolor lumbar, fiebre, náuseas y vómitos.*
- *EA: Comienza hace 15 días con dolor en fosa lumbar izquierda, al inicio de tipo cólico que irradia a región abdominal y pelviana y que posteriormente se hace permanente. Se acompaña desde el inicio con sensación febril, 38°C axilar. Desde hace 3 días náuseas y vómitos de todo lo ingerido, estando prácticamente sin alimentarse por esta causa. Astenia, adinamia y adelgazamiento por esta causa. Niega dificultad para orinar, ardor o dolor miccionar, no sangrado.*
- *AEA: En 2002 primer episodio de cólico nefrítico a izquierda, estudiado constatándose litiasis renal. No recibe tto. Desde 2011 cólicos más reiteradas, requiriendo consulta en emergencia para analgesia.*

A PARTIR DE UN COLICO RENAL

- El colico renal se suele describir como un **dolor de aparición brusca con características colicas, que comienza en la region lumbar y se irradia hacia adelante** (hacia los testiculos en los varones y hacia los labios mayores en las mujeres). No hay irritacion peritoneal (Bloomberg -), pero la intensidad del dolor es alta, llevando al paciente a estar ansioso e inquieto, no puede encontrar una posicion analgica.
- El dolor del colico renal se produce por la dilatacion brusca del ureter secundaria a la obstruccion ocasionada por el calculo. El dolor es secundario a la hiperpresion en la via urinaria proximal al calculo que causa la obstruccion.
- Durante el colico aparecen signos adrenergicos: taquicardia, aumento de la PA, transpiracion, etc. Tambien puede presentarse fiebre, disuria, polaquiruria y hematuria, todos signos de irritacion de la via urinaria.

A PARTIR DEL ESTUDIO DE UNA HEMATURIA

- La presencia de hematuria en los pacientes con litiasis se debe a la irritacion que produce el calculo en la mucosa de la via urinaria.

EN LA EVALUACION DE UN PACIENTE CON INFECCIONES URINARIAS PERSISTENTES O RECURRENTES

- La presencia de calculos no solo se relaciona con un riesgo mayor de infecciones urinarias sino que, la presencia de estas puede favorecer la formacion de calculos de estruvita.

EN PACIENTES ASINTOMATICOS

- Muchas veces el diagnostico de litiasis es un hallazgo casual en un paciente asintomatico, al que se le solicitó una Rx o ecografia con otro fin.

EN PACIENTES CON DOLOR O MOLESTIAS INESPECIFICAS

- Molestias lumbares vagas, dolor en region inguinal o genital.

EVALUACIÓN DURANTE EL EPISODIO AGUDO (COLICO RENAL)

La clínica del cólico renal suele ser típica y el diagnóstico presuntivo está basado en el interrogatorio. La maniobra más importante es la puño percusión, que suele ser positiva. En algunos casos el paciente elimina un cálculo visible antes de llegar a la guardia o mientras se lo evalúa: confirmándose el diagnóstico de litiasis; sin embargo, en la mayoría de los casos es preciso recurrir a estudios complementarios para confirmar el diagnóstico de litiasis.

Sedimento urinario: En el momento agudo siempre hay microhematuria. El pH y la presencia de cristales pueden orientar hacia el tipo de cálculo. Si hay infección urinaria concomitante, puede recibir antibióticos empíricos.

Radiografía del árbol urinario (o radiografía simple de abdomen de frente): Evidencia hasta un 80% de los cálculos: litiasis cálcica) así como su tamaño y forma. En el momento del cólico entre el 60 - 80% de los cálculos se hallan en el uréter, 20 - 30% en la pelvis

Una vez establecido el diagnóstico e indicada la analgesia se evaluará si el cálculo puede eliminarse de forma espontánea.

renal y 5% en la vejiga. La sensibilidad de la radiografía para detectar litiasis varía entre 60 - 80% según el tamaño del cálculo y la experiencia del médico. **Se considera que para ver un cálculo en la radiografía debe medir por lo menos 2 mm.** Es muy útil para monitorizar la progresión del cálculo en caso de que no se elimine, y para estimar por su tamaño si podrá ser eliminado solo o deberá recibir un tratamiento específico. El 15% de los pacientes presenta cálculos bilaterales.

Ecografía: No es un buen método para detectar cálculos uretrales (debe medir por lo menos 4 mm y estar ubicado al inicio o final del uréter). Es muy útil para detectar cálculos en la pelvis renal y en los caliches su sensibilidad global es del 80%.

El uso conjunto de ecografía y radiografía para el diagnóstico de litiasis en un paciente con un cólico renal provee certeza diagnóstica cercana a la del urograma excretor.

Urograma excretor: Era hasta el advenimiento de la TC el estudio más sensible para detectar cálculos uretrales. Provee información exacta acerca del nivel de obstrucción, número y localización del cálculo, anatomía y funcionamiento renal. El síntoma más común del urograma es el retraso de la evacuación renal y la falta de relleno.

TAC sin contraste: Permite identificar cálculos en cualquier localización de la vía urinaria con una sensibilidad del 95 - 100% y una especificidad del 94 - 96%. Además, informa sobre la anatomía genitourinaria y adyacente, permite diagnosticar otras causas no urológicas de dolor abdominal.

La posibilidad de que un cálculo pueda eliminarse de manera espontánea depende de su tamaño.

- Casi todos los cálculos menores a 4 mm de diámetro se eliminan de forma espontánea.
- Los cálculos entre 4 - 8 mm se eliminan espontáneamente en el 50% de los casos.
- Los cálculos mayores a 8 mm es muy difícil que puedan eliminarse solos.

CBO

Educamos Diferente

EVALUACION TRAS UN PRIMER EPISODIO DE COLICO RENAL

Hasta el momento no existe evidencia científica clara que indique que debe hacerse. En la práctica muchos de los pacientes con un cólico renal no tienen una enfermedad metabólica subyacente que pueda poner en riesgo al riñón, sino a lo suma una hipercalciuria idiopática, causa más frecuente de litiasis renal, y es una enfermedad de evolución benigna.

El curso natural de la mayoría de los pacientes es: tienen un cólico renal agudo que se resuelve de manera espontánea (debido a que la mayoría son menores a 4 mm), no tienen enfermedad metabólica subyacente, permanecen asintomáticos durante un tiempo y un porcentaje elevado (50% a los 10 años) vuelve a tener otro cólico, sin que esto implique necesariamente una enfermedad subyacente.

Frente a un paciente que ha tenido un cólico renal se le solicita un estudio de imagen (habitualmente ecografía

renal bilateral) para descartar la presencia de litiasis residual, y asegurarnos de que no tenga factores agravantes: múltiples cálculos en ambos riñones, alto riesgo de litiasis grave por AF o calculo que haya crecido considerablemente en menos de 1 año. Si no hay litiasis residual ni factores agravantes asumimos que ha tenido una litiasis cálcica benigna, no solicitamos estudios de laboratorio, y le explicamos que puede tener otro cólico y que es normal. Generalmente no se indica seguimiento.

La indicación de estudios de laboratorio para detectar alguna alteración metabólica subyacente se restringe a pacientes que tienen factores agravantes, y los que tienen litiasis residual.

Otra indicación habitual de estudios metabólicos son los pacientes que tienen un segundo cólico renal: indicación relativa.

Los estudios metabólicos tienen como objetivo descartar una metabolopatía cuyo tratamiento puede cambiar la evolución natural de la enfermedad.

Estudio básico o inicial: análisis de orina ((pH, densidad, presencia de cristales), urocultivo (si es clínicamente necesario), calcemia, ionograma y creatininemia, uricemia.

Estudio completo: Se realiza cuando el estudio básico ha sido negativo y hay indicios clínicos de que el paciente tiene una enfermedad metabólica subyacente: calcemia, creatinina, fosfatemia, uricemia, sodio, potasemia, estado ácido base. En orina: volumen urinario, calciuria, creatininuria, sodio en orina, oxalato en orina, pH urinario, urocultivo y cistinuria.

CBOQ

Educamos Diferente

Manejo del episodio de dolor agudo o cólico renal

1. Calmar el dolor:

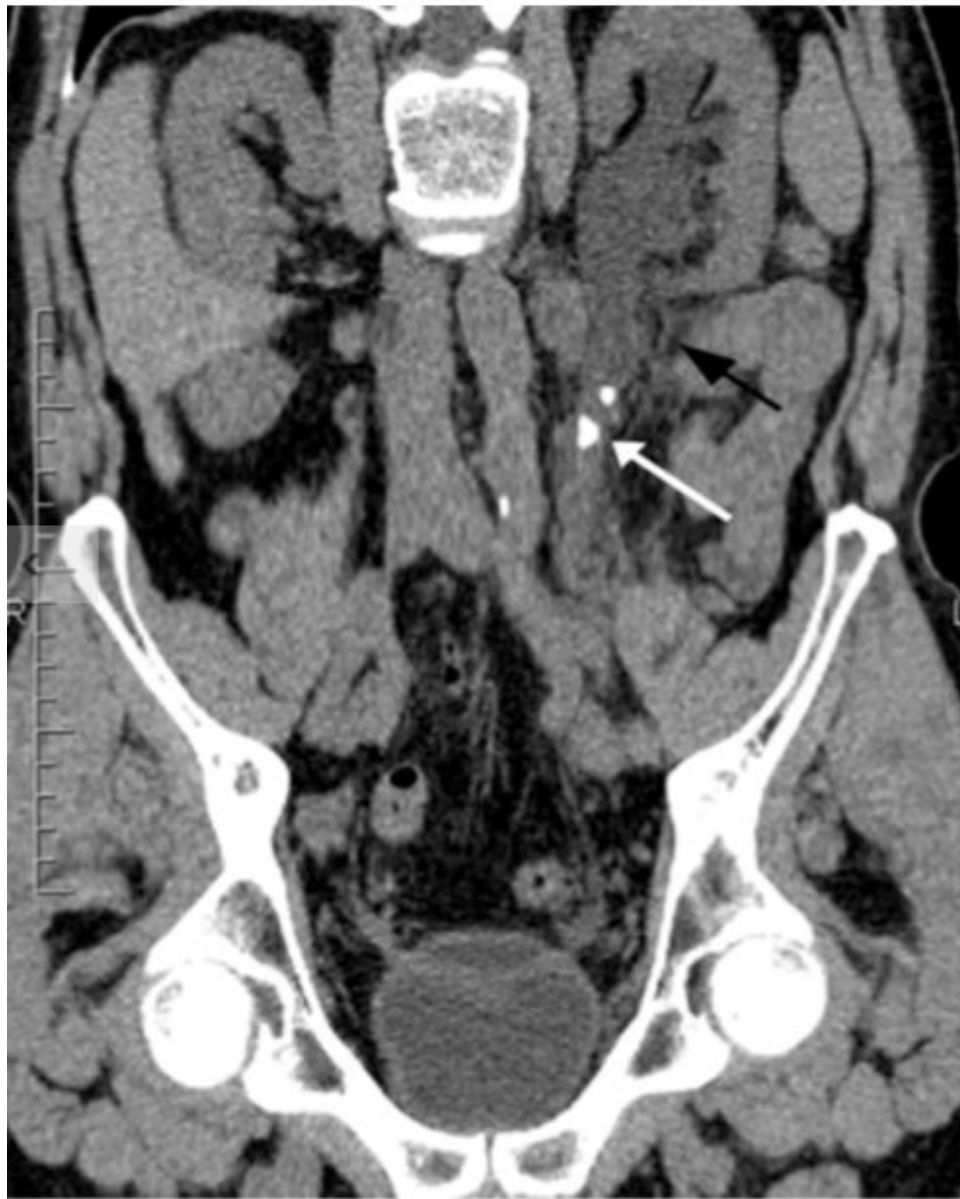
- Se utilizan **AINES**, que además de la analgesia, disminuyen el flujo renal (disminuyendo la hipertensión en la vía excretora) y la producción de orina, lo que ayuda a calmar el dolor. Los AINE disminuyen la tasa de recurrencia del dolor.
- También se pueden utilizar **antiespasmódicos**, que relajan el músculo liso.
- **Los fármacos de elección son los opiáceos: propoxifeno, tramadol o codeína.** Lo ideal es asociarlos con AINE: potencian el efecto analgésico del opiáceo y disminuyen la recurrencia del dolor.
- Tanto los opiáceos, como los AINE y antiespasmódicos se utilizan a demanda.
- Generalmente la mayoría de los cólicos renales **se resuelve en 12 – 24 hrs.**
- No se recomienda la ingesta de líquidos ya que aumenta el dolor.

2. Confirmar el diagnóstico

3. Determinar los criterios de gravedad

Una vez calmado el dolor y establecido el diagnóstico, casi siempre el cuadro se puede manejar de forma ambulatorio. Antes de decidir este manejo, es fundamental determinar los criterios de gravedad

- **Dolor:** Imposible de aliviar en la guardia, resistente al tratamiento vía oral.
- **Obstrucción:** Paciente con riñón único con signos de obstrucción, anuria o insuficiencia renal.
- **Infección:** Pielonefritis (requiere tratamiento iv), infección en pacientes obstruidos, sepsis urinaria.
- **Intolerancia al tratamiento oral:** Vómitos incoercibles.
- **Debilidad del paciente:** Ancianos, pacientes con enfermedades crónicas, etc.



- *Hombre de 30 años, trabajador de la construcción, fumador intenso desde los 12 años, en precontemplación, sin otros AP a destacar.*
- *Consulta por cuadro de 2 días de evolución caracterizado por dolor lumbar de inicio brusco, luego de haber levantado peso de 30 kilos (con tronco en flexión, hace rotación cargando este peso). Intensidad 6/10, lateralizado a derecha, irradiado a miembro inferior derecho por cara posterior hasta mitad de muslo, calma parcialmente con Ketoprofeno y reposo. No aumenta con maniobras de Valsalva. Desde el inicio del cuadro, tiene dificultad para conciliar el sueño. TU y TD sin particularidades. No repercusión general.*
- *Al examen físico: No dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbosacras, si en musculatura paravertebral bilateral a predominio derecho. Tronco: dolor a la flexo extensión y a la rotación. Lasegue negativo bilateral. Reflejos presentes y simétricos bilateralmente.*

LUMBALGIA:

- Autorresolutiva.
- Solo el 14% de los pacientes tendrá un episodio de más de 2 semanas de evolución.
- Solo el 1,5% presentará irradiación ciática.
- 85% no puede ser atribuido a una causa específica.
- Clasificar el dolor lumbar en una de las siguientes categorías:
 - **Dolor lumbar inespecífico**
 - Dolor lumbar potencialmente asociado a radiculopatías o estenosis espinal
 - Dolor lumbar potencialmente asociado con otra causa espinal específica.

- 1) **Lesiones musculotendinosas:** los grupos musculares paravertebrales y sus inserciones óseas correspondientes son pasibles de lesiones que pueden provocar dolor lumbar y/o referido a los miembros inferiores.
- 2) **Cambios degenerativos:** este concepto se refiere a la famosa “artrosis” de los discos intervertebrales y de las carillas articulares (“los picos de loro”). Es difícil establecer una relación causal entre la “artrosis” de la columna lumbar y la lumbalgia, ya que esta última es una condición muy prevalente. Hay un número muy elevado de pacientes que presentan cambios degenerativos sin dolor y, viceversa, pacientes que tienen dolor sin cambios degenerativos. Parecería que los hallazgos de “artrosis” en la evaluación de un paciente con lumbalgia son, en la mayor parte de los casos, falsos positivos de las radiografías. Esto explica por qué los estudios radiográficos son de muy poca utilidad diagnóstica (y pronóstica o terapéutica) en la mayoría de los pacientes con lumbalgia aguda (véase más adelante).
- 3) **Herniación de un núcleo pulposo de un disco intervertebral.** Existen dos grados de herniación: la *protrusión*, que es la extensión focal o asimétrica del disco más allá del interespacio, con la base más ancha que cualquier otra parte de la protrusión, y la *extrusión*, que tiene mayor extensión por fuera del interespacio, y su base es más estrecha que el material extruido o, directamente, no tiene conexión con ella.
- 4) **Estenosis espinal:** estrechamiento del canal espinal o de los recesos laterales en los cuales discurren caudalmente las raíces nerviosas; puede ser congénita o, lo más frecuente, debida a cambios degenerativos hipertróficos en los discos, el ligamento amarillo o las carillas articulares.
- 5) **Alteraciones anatómicas de la columna:** escoliosis y espondilolistesis. Suelen ser asintomáticas, pero pueden causar dolor en casos muy graves (véase más adelante).
- 6) **Enfermedades sistémicas:** cáncer primario o metastásico, infecciones espinales y espondilitis anquilopoyética.
- 7) **Enfermedades viscerales no relacionadas con la columna:** enfermedades de los órganos pelvianos, los riñones, el tracto gastrointestinal y la aorta.

CBO

Educamos Diferente

→ Diagnóstico etiológico:

• Lumbalgia mecánica (90%):

- Sobrecarga funcional o postural
- Hipotonía muscular abdominal
- Contractura muscular
- Escoliosis-hiperlordosis
- Espondilolistesis
- Artrosis / DISH
- Patología discal
- Estenosis del canal

• Lumbalgia inflamatoria:

- Espondiloartritis

• Lumbalgia infecciosa:

- Gérmenes específicos
- Gérmenes inespecíficos

• Lumbalgia tumoral:

- Benignos
- Primitivos
- Secundarios

- Otras

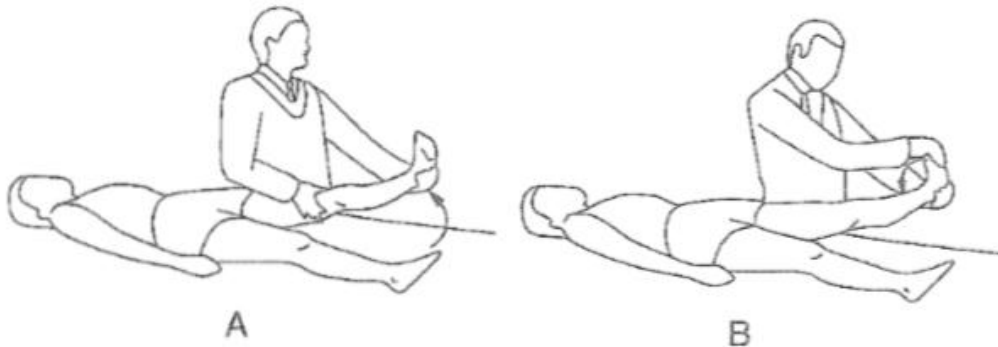
Movimientos generadores de lumbalgia:

- Flexión anterior
- Flexión con torsión
- Trabajo físico intenso con movimientos repetidos
- Trabajo en un medio con vibraciones
- Trabajo con posturas estáticas

- Lumbalgia inflamatoria
- Síndrome toxiinfeccioso
- Foco infeccioso a distancia evidente o no
- VES elevada
- Leucocitosis elevada o normal

- Pacientes añosos
- AP neoplasias
- Lumbalgias progresivas con Repercusión General

¿Existe compromiso ciático?

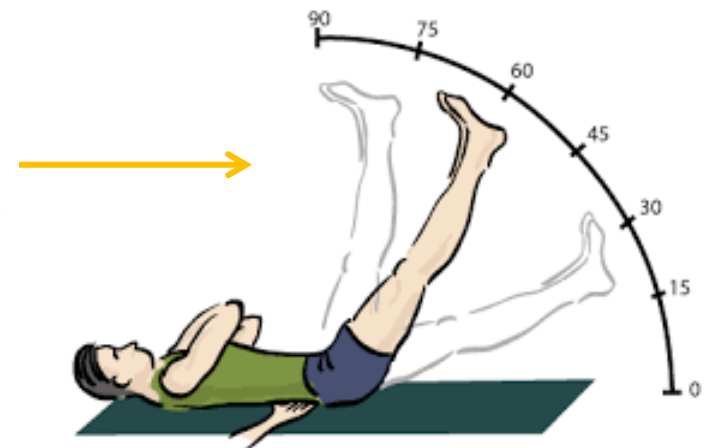


Cuadro 211-4. Maniobra de Lasègue

1. Estando el paciente en decúbito dorsal sobre la camilla, se eleva el miembro inferior afectado con la mano desde el talón, mientras que con la otra se hace presión sobre la rodilla para mantenerla extendida
2. Se le pide al paciente que informe acerca de cualquier molestia
3. El estiramiento de la raíz nerviosa es más significativo si aparece dolor antes de que los músculos isquiotibiales eleven la pelvis
4. Estime el grado de elevación del miembro inferior en que se despierta dolor
5. Mientras se mantiene el miembro inferior elevado en el nivel en que se produce dolor, flexione el pie. Registre si esa maniobra produce dolor. La rotación externa del miembro inferior también produce estiramiento de la raíz nerviosa

¿Existe enfermedad sistémica?

1. Los pacientes que presentan dolor lumbar que calma con el reposo tienen una baja probabilidad de tener lumbalgia secundaria a una enfermedad sistémica (sensibilidad 80%).
2. Se puede descartar el cáncer (primario o secundario) como origen de la lumbalgia si el paciente es menor de 50 años, no ha tenido cáncer previamente, no perdió peso en forma inexplicable o mejora con el tratamiento médico (sensibilidad combinada 100% y especificidad 60%).
3. En los pacientes con lumbalgia y antecedentes de cáncer se debe descartar la neoplasia ya que la especificidad de esta respuesta es del 98% y su coeficiente de probabilidad positiva, de 15,5.
4. En los que presentan lumbalgia y fiebre se debe descartar la infección espinal.
5. Los pacientes con corticoterapia, los mayores de 70 años o los que sufrieron un traumatismo vertebral son los que presentan mayor riesgo de tener lumbalgia secundaria a



→ Evaluar factores de riesgo psicosociales los cuales predicen el riesgo de desarrollar dolor lumbar crónico inhabilitante.

→ No se deben obtener estudios de imagen de rutina u otros test diagnósticos en pacientes con dolor lumbar inespecífico.

BANDERAS AMARILLAS:

- Reducción actividad
- Actitud negativa, preocupación excesiva
- Depresión
- Retraimiento social
- Problemas socioeconómicos



Se deberían realizar estudios de imagen y test diagnósticos a los pacientes cuando existen severos o progresivos déficits neurológicos o cuando se sospechan serias condiciones en la base de la historia clínica y el examen físico.

Signos de alarma (Banderas rojas)

- Edad > 50 años
- Antecedentes de neoplasia
- Falta de mejoría con tratamientos habituales
- Dolor en reposo
- Fiebre
- Inmunodepresión
- Traumatismo previo
- Osteoporosis
- Medicación con corticosteroides
- Síndrome de cola de caballo

Mayor utilidad la RNM o TAC

Tabla 3. Signos de alarma en el dolor lumbar

Sintomatología compatible con síndrome de cola de caballo (retención urinaria, sintomatología neurológica bilateral, anestesia en silla de montar, etc.)
Trauma previo y significativo
Historia anterior de proceso maligno
Fiebre concomitante
Adicto a drogas por vía parenteral
Utilización de corticoides
Edad superior a 50 años
Masa pulsátil abdominal o ausencia de pulsos femorales
Dolor nocturno constante
Dolor que empeora con el decúbito

Se debería evaluar a los pacientes con dolor lumbar persistente y signos o síntomas de radiculopatía o estenosis espinal con RNM (de elección) o TAC solo si son candidatos potenciales a cirugía o inyección esteroidea epidural.