



**DOI:** 10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.54-61

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1239>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 54-61



## Diagnóstico diferencial del dolor lumbar

Differential diagnosis of low back pain

Diagnóstico diferencial da dor lombar

**Shamary Poleth Valdospin Sánchez<sup>1</sup>; Wilson Rolando Martinez Vizúete<sup>2</sup>;  
Pedro Fortunato Tomala Navarrete<sup>3</sup>; Ninoska Alexandra Ruilova Alvarado<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 10/10/2023 **ACEPTADO:** 23/11/2023 **PUBLICADO:** 09/01/2024

1. Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud; Licenciada en Enfermería; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; shamary92@hotmail.es;  <https://orcid.org/0000-0002-0526-4852>
2. Especialista en Traumatología y Ortopedia; Médico; Universidad de Guayaquil; Guayaquil, Ecuador; wilson.martinezv@ug.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0003-1644-0548>
3. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; jupeto66@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0002-2351-3397>
4. Magíster en Seguridad y Salud Ocupacional; Magíster en Gestión Hospitalaria y Nuevas Tecnologías; Médica; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; ninoruilova@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0009-1185-5884>

### CORRESPONDENCIA

Shamary Poleth Valdospin Sánchez

shamary92@hotmail.es

Guayaquil, Ecuador

## RESUMEN

El dolor lumbar cubre un espectro de diferentes tipos de dolor, (por ej. Dolor nociceptivo, neuropático, nocioplástico o inespecífico) que con frecuencia se superponen. Los elementos que componen la columna lumbar se ven expuestos a diferentes factores estresantes y cada uno de ellos solo o en combinación pueden contribuir al dolor lumbar. La etiología del dolor lumbar puede estar influida por numerosos factores. La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado. Los diagnósticos diferenciales existen ya que una patología puede producir una sintomatología similar a otra, en el caso del dolor lumbar, existen variados criterios para determinar que causa puede generar este dolor, allí es donde entra el dolor lumbar de causa no específica, ya que determinar la causa etiológica es difícil, hay variadas patologías que pueden ocasionar un dolor lumbar.

**Palabras clave:** Lumbar, Etiológica, Específica, Radicular, Diferencial.

## ABSTRACT

Low back pain covers a spectrum of different types of pain, (e.g. nociceptive, neuropathic, nocioplastic or non-specific pain) that often overlap. The elements that make up the lumbar spine are exposed to different stressors and each of them alone or in combination can contribute to low back pain. The etiology of low back pain can be influenced by numerous factors. This research is framed within a documentary bibliographic methodology. Since it is a systematized process of collection, selection, evaluation and analysis of information, which has been obtained through electronic means in different repositories and search engines such as Google Academic, Science Direct, Pubmed, among others, using the different Boolean operators for them. and that will serve as a documentary source for the topic raised above. Differential diagnoses exist since one pathology can produce symptoms similar to another, in the case of low back pain, there are various criteria to determine what cause can generate this pain, that is where low back pain with a non-specific cause comes in, since determining The etiological cause is difficult, there are various pathologies that can cause low back pain.

**Keywords:** Lumbar, Etiological, Specific, Radicular, Differential.

## RESUMO

A lombalgia abrange um espectro de diferentes tipos de dor (por exemplo, dor nociceptiva, neuropática, nocioplástica ou não específica) que frequentemente se sobrepõem. Os elementos que compõem a coluna lumbar estão expostos a diferentes fatores de stress e cada um deles, isoladamente ou em combinação, pode contribuir para a dor lumbar. A etiologia da lombalgia pode ser influenciada por numerosos fatores. Esta investigação enquadra-se numa metodologia bibliográfica documental. Uma vez que se trata de um processo sistematizado de recolha, seleção, avaliação e análise de informação, que foi obtida através de meios electrónicos em diferentes repositórios e motores de busca como o Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre outros, utilizando os diferentes operadores booleanos para os mesmos. e que servirá de fonte documental para o tema acima levantado. Os diagnósticos diferenciais existem, pois uma patologia pode produzir sintomas semelhantes a outra, no caso da lombalgia, existem vários critérios para determinar qual a causa que pode gerar essa dor, é aí que entra a lombalgia de causa inespecífica, pois determinar a causa etiológica é difícil, existem várias patologias que podem causar a lombalgia.

**Palavras-chave:** Lumbar, Etiológica, Específica, Radicular, Diferencial.

## Introducción

El dolor lumbar cubre un espectro de diferentes tipos de dolor, (por ej. Dolor nociceptivo, neuropático, nocioplástico o inespecífico) que con frecuencia se superponen. Los elementos que componen la columna lumbar se ven expuestos a diferentes factores estresantes y cada uno de ellos solo o en combinación pueden contribuir al dolor lumbar. La etiología del dolor lumbar puede estar influida por numerosos factores. Podemos clasificar el dolor lumbar como agudo o crónico y también como específico e inespecífico. Esta diferenciación tiene como objetivo facilitar la selección de opciones diagnósticas y terapéuticas específicas según las causas y el curso de la enfermedad. En primer lugar, es fundamental detectar precozmente patologías graves y peligrosas y descartar causas no raquídeas, que deben derivarse a posteriores diagnósticos especiales. En segundo lugar, la mayoría de los episodios de dolor lumbar mejoran significativamente en 6 semanas. Por lo tanto, es importante decidir cuándo se utilizan mejor las diferentes opciones de diagnóstico para poder llevar a cabo una terapia dirigida (Roig Sanroma et al., 2023).

El dolor lumbar no necesariamente puede ser asociado a una claudicación neurogénica. Existen múltiples condiciones que pueden provocar discapacidad funcional y dolor radicular. El dolor lumbar pragmáticamente es clasificado como específico y no específico. En el específico, por definición, una relación fisiopatológica entre el dolor y una alteración de una o más de las estructuras óseas o de partes blandas, al realizar el diagnóstico y encontrando la causa directa se inicia un tratamiento dirigido. En el caso del no específico no existe una relación causal clara entre los síntomas, los hallazgos clínicos y en estudios de gabinete, por lo que en este caso el profesional de la salud debe establecer un diagnóstico diferencial y dar un tratamiento acorde a la causa (Pérez, 2019).

La incidencia de dolor lumbar aumenta con los años, teniendo un aumento significativo en la adolescencia temprana. Si bien la causa del dolor lumbar generalmente se relaciona con alguna condición que se resuelve espontáneamente, o a períodos de desarrollo y crecimiento acelerado, se deben descartar una serie de patologías presentes en este rango etario que conllevan severas implicancias para la adultez. Clásicamente, se ha atribuido el origen del dolor a una causa orgánica, y las patologías más frecuentes varían dentro de un amplio espectro de etiologías, que incluyen causas inflamatorias, infecciosas, neoplásicas y patologías congénitas. Hoy en día se encuentra en estudio un origen funcional del cuadro doloroso, con múltiples factores del área psicosocial asociados. Estudios señalan que factores psicológicos y sociales están directamente asociados al dolor lumbar, sobre todo en pacientes adolescentes, e incluso se reporta mayor riesgo de dolor lumbar en pacientes con elevada frecuencia de estos factores, especialmente del espectro psicológico (Cruz et al., 2020).

## Metodología

La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empleando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado.

## Resultados

La lumbalgia se puede clasificar:

1. Según el tiempo de evolución se puede clasificar en:
  - Lumbalgia aguda cuando su periodo de duración es menor a 6 semana.

- Subaguda: Duración entre 6 semanas y tres meses.
  - Crónica: es superior a tres meses (Laguarta et al., 2023).
2. Desencadenante traumático o no (Laguarta et al., 2023).
3. Según el tipo de dolor:
- **Mecánico:** Es el dolor más frecuente, que se caracteriza porque aumenta con los movimientos y cede con el reposo. Suele ser autolimitado.
  - **Inflamatorio:** Se caracteriza porque no cede con el reposo e incluso empeora en algunas ocasiones, en este caso se produce en algunas enfermedades reumáticas o viscerales.
  - **Neuropático:** Se produce por afectación del nervio que no cede en reposo, se describe como un hormigueo o quemazón que irradia a las extremidades en algunas ocasiones.

Se produce en enfermedades como neuropatía diabética o herpes zoster (Laguarta et al., 2023).

4. Según la etiología:

- Dolor debido a un trastorno específico de la columna vertebral.
- Dolor radicular o producido por estenosis de canal.
- Dolor raquídeo inespecífico (Laguarta et al., 2023).

**Factores de riesgo**

Los factores predisponentes para el desarrollo de lumbalgia son la obesidad, el embarazo, el sexo femenino, la edad, debilidad de la pared abdominal, sedentarismo, trabajos con vibración o esfuerzos físicos extenuantes, tabaquismo, dismetrías pélvicas con alteración de la estática, factores psicosociales e insatisfacción laboral (Quiñones et al., 2021).

**Síntomas**

**Tabla 1.** Síntomas y signos asociados a las radiculopatías lumbares

Raíz	Distribución del dolor	Distribución dermatoma	Debilidad	Reflejo afectado
L <sub>1</sub>	Región inguinal	Región inguinal	Flexión de cadera	Cremastrérico
L <sub>2</sub>	Región inguinal y muslo anterior	Muslo anterior de cadera	Flexión y aducción del muslo	Cremastrérico y aductor
L <sub>3</sub>	Muslo anterior y rodilla	Muslo anteromedial distal y rodilla	Extensión de rodilla, flexión y aducción de cadera	Patelar y aductor del muslo
L <sub>4</sub>	Muslo anterior y pierna lateral	Pierna medial	Extensión de rodilla, flexión y aducción de cadera	Patelar
L <sub>5</sub>	Muslo posterolateral, pierna lateral y pie medial	Pierna lateral, dorso del pie y ортеjo mayor	Dorsiflexión de tobillo, flexión de rodilla y aducción de cadera	-
S <sub>1</sub>	Muslo y pierna zona posterior y pie lateral	Pierna posterolateral y pie lateral	Flexión plantar, flexión de rodilla y extensión de cadera	Aquiliano

**Fuente:** Verdejo & Peñafiel, 2013).

**Diagnóstico diferencial de dolor lumbar**

Dentro de la evaluación inicial del paciente podemos clasificar al dolor que presenta el mismo como un dolor subagudo con signos de alarma, dentro de los signos de alarma podemos encontrar los siguientes:

- Signos de déficit neurológico: disminución de fuerza en miembros inferiores 3/5 con limitación a deambulaci6n.
- Fiebre: 38 grados Celsius axilar
- P6rdida de peso significativa: 39% de



peso corporal en menos de 2 meses

- Falla a manejo analgésico inicial

El catalogar al dolor de esta manera es útil para definirlo como grave y secundario a una etiología sistémica. A pesar de que el dolor lumbar en un 85% de veces es no

específico, 15% secundario a etiologías no graves, existe un 1% que corresponde a etiologías que pueden poner en riesgo la vida o dejar severamente discapacitado al paciente. El identificar estos signos nos permiten aproximarnos con mayor precisión a ese 1% (Nicolalde López, 2019).

**Tabla 2.** Diagnóstico diferencial de la lumbalgia mecánica y no mecánica

<b>Lumbalgia mecánica</b>
Lumbalgia inespecífica (contracturas o distensiones musculares)
Patología degenerativa del disco y articulaciones interapofisarias (osteoartritis de columna lumbar o espondilosis, hiperostosis esquelética idiopática difusa)
Estrechamiento del canal y agujeros de conjunción (hipertrofia de las carillas articulares o ligamento amarillo, estenosis foraminal, espondilosis, espondilolistesis)
Patología del disco (degenerativa, protrusiones/extrusiones, hernia discal)
Alteraciones de la alineación (escoliosis, hiperlordosis, hiper cifosis)
Fractura vertebral
Enfermedad de Paget
Anomalías congénitas (vértebras de transición, espina bífida, estenosis congénita del canal, enfermedad de Scheuermann)
<b>Lumbalgia no mecánica</b>
Origen neoplásico
Origen infeccioso
Origen reumatológico: espondiloartropatías, polimialgia reumática, fibromialgia
Origen visceral (irradiado)

**Fuente:** (Quiñones et al., 2021).

Entre los posibles diagnósticos diferenciales se encuentran:

- Estenosis de canal lumbar.
- Neuropatía diabética.
- Gonartrosis de rodilla.
- Radiculopatía por hernia discal lumbar.
- Tumor medular y/o metástasis.
- Síndrome miofascial.
- Sacroileítis bilateral.
- Espondiloartrosis lumbar (Araujo Vazquez et al., 2016).

**Tabla 3.** Diagnóstico diferencial del dolor lumbar

Etiología dolor lumbar	Elementos diagnósticos
<b>Columna lumbar</b>	
Fractura por compresión	Historia de trauma, punto doloroso en la columna, el dolor empeora con la flexión y los cambios de posición supino a sentado y de pie.
Hernia del núcleo pulposo	El dolor de la extremidad es mayor que el dolor de espalda y empeora cuando está sentado, el dolor de las raíces nerviosas L <sub>4</sub> -L <sub>5</sub> se irradia a la cadera y/o cara anterior del muslo y de las raíces nerviosas L <sub>4</sub> -S <sub>1</sub> se irradia por debajo de la rodilla.
Distensión lumbar	Dolor lumbar difuso que empeora con el movimiento y disminuye con el reposo.
Estenosis raquimedular	El dolor en las extremidades es mayor que el dolor lumbar, empeora al estar de pie y caminar, y mejora con el reposo o cuando la columna se flexiona. El dolor puede ser unilateral (estenosis foraminal) o bilateral (estenosis foraminal central o bilateral).
Espondilolistesis	El dolor en las extremidades es mayor que el dolor lumbar, empeora al estar de pie y caminar, y mejora con el reposo o cuando la columna se flexiona, el dolor puede ser unilateral o bilateral.
Espondilolisis	Puede causar dolor de espalda en los adolescentes, el dolor empeora con los movimientos de extensión y la actividad de la columna vertebral.
Espondilosis	Similar a la distensión lumbar, el dolor discal a menudo empeora con la flexión o posición sentado, el dolor fascetario a menudo empeora con la extensión, posición de pie o caminando.
<b>Enfermedad sistémica</b>	
Enfermedad del tejido conectivo	Artralgias, fiebre, pérdida de peso, fatigabilidad, dolor a la palpación de apófisis espinosas y articulaciones.
Espondiloartropatía inflamatoria	Dolor intermitente nocturno, dolor y rigidez matinal, limitación de la flexión lumbar.
Neoplasia Carcinoma metastásico, mieloma, linfoma, leucemia, tumor retroperitoneal.	El dolor empeora en decúbito prono, pérdida de peso, fatigabilidad, dolor a la palpación de las apófisis espinosas.
Osteomielitis-Discitis vertebral Absceso epidural-paraespinal	Dolor constante, sensibilidad en las apófisis espinosas, a menudo no hay fiebre, hemograma normal con VHS y proteína C reactiva elevadas.
<b>Dolor referido</b>	
Aneurisma de aorta abdominal	Malestar abdominal, masa pulsátil abdominal.
Enfermedades digestivas: Colecistitis, pancreatitis, úlcera péptica, perforación intestinal.	Malestar abdominal, náuseas, vómitos, síntomas digestivos asociados a la ingesta de alimentos.
Herpes zoster	Dolor o alodinia de distribución dermatómica unilateral, rash o vesículas.
Condiciones pélvicas: Endometriosis, enfermedad inflamatoria pelviana, prostatitis.	Malestar o disconfort en hemiabdomen inferior, pelvis o cadera.
Condiciones retroperitoneales: Cólico renal, pielonefritis.	Dolor en el ángulo costovertebral, hematuria o leucocituria, fiebre, escalofríos.

**Fuente:** (Verdejo & Peñafiel, 2013).

Historia clínica: Una buena historia clínica es el primer paso imprescindible y más eficaz para realizar una aproximación diagnóstica. Una vez establecido que estamos ante un dolor lumbar crónico, se debe prestar especial atención a los antecedentes médicos (tumores, inmunosupresión y a otras manifestaciones características de EspA como psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal o uveítis) y a la edad (las EspA suelen presentarse en pacientes jóvenes, mientras que en pacientes mayores se deben buscar causas mecánicas o tumorales) (Quiñones et al., 2021).

**Exploración física:** El examen físico del esqueleto axial usualmente no permite llegar a un diagnóstico específico, pero puede ayudar a detectar signos de alarma. La inspección implica valorar la complexión, la alineación y las asimetrías y explorar el rango de movilidad activa y pasiva en todos los planos. Aunque presentar una movilidad vertebral limitada no traduce un diagnóstico específico, sirve para monitorizar la respuesta al tratamiento. La palpación dolorosa limitada a un cuerpo vertebral puede traducir una fractura a ese nivel, enfermedad metastásica, osteomielitis o espondilodiscitis. El dolor durante la palpación de la



musculatura paraespinal puede representar contractura muscular. Se deben explorar también las caderas, los trocánteres y las articulaciones sacroilíacas mediante maniobras de apertura, cierre y palpación directa, dado que su afectación puede ser el origen de una lumbalgia baja (Quiñones et al., 2021).

**Radiografía simple.** La solicitud de pruebas complementarias de forma sistemática durante el primer mes de evolución es muchas veces innecesaria, ya que solo el 10% de las lumbalgias persisten más allá de las 8 a 12 semanas. Sin embargo, en la lumbalgia crónica debemos solicitar radiografía simple (Rx) anteroposterior y lateral de columna lumbar y anteroposterior de pelvis o sacroilíacas si hay datos de EspA (Quiñones et al., 2021).

**Resonancia magnética.** Aunque la resonancia magnética (RM) es más sensible que la Rx, a menudo revela anomalías incluso en personas asintomáticas. Un estudio reveló que cerca de un 40% de los voluntarios asintomáticos jóvenes presentaban hernias discales, y más del 90% de los voluntarios asintomáticos mayores de 60 años tenían una patología degenerativa a nivel discal. Anormalidades con degeneración a nivel discal, en facetas articulares, nódulos de Schmorl, cambios tipo Modic, desgarró del anillo fibroso, espondilólisis, espondilolistesis, anomalías de transición vertebrales, espina bífida oculta o escoliosis pueden estar presentes en pacientes incluso asintomáticos. Por lo tanto, hay que tener precaución en la interpretación de estos hallazgos (Quiñones et al., 2021).

**Diagnóstico diferencial del dolor lumbar agudo no traumático**

**Tabla 4.** Etiología del dolor lumbar agudo no traumático

Causa urológica	Causa no urológica
Cólico renoureteral	Diseción aneurisma aórtico
Pielonefritis aguda	Cólico biliar/colecistitis
Síndrome de la estenosis de la UPU	Enfermedad pancreática
Infarto renal	Trastornos ginecológicos
Trombosis de la vena renal	Enfermedad musculoesquelética
Necrosis papilar	
Quiste renal complicado	
Hemorragia retroperitoneal	
UPU: unión pieloureteral.	

**Fuente:** (Lorca Álvaro et al., 2019).

La crisis renoureteral se encuentra dentro del diagnóstico diferencial del dolor lumbar agudo no traumático. El resto de patologías que pueden ocasionar este cuadro, sobre todo las de causa urológica, pueden confundirse de entrada con un cólico, puesto que pueden presentar dolor brusco asociado a náuseas y vómitos, hematuria y fiebre; siendo la prueba de imagen la que esclarece la etiología. El diagnóstico diferencial principal es la pielonefritis aguda, ya que la presencia de fiebre

asociada a los síntomas clásicos del cólico hace que se considere complicado y precise derivación urinaria urgente. Sin embargo, en la pielonefritis no existe dilatación de la vía urinaria en las pruebas de imagen. Otras entidades menos frecuentes son el síndrome de la estenosis de la UPU, que asocia dolor con el aumento de la ingesta hídrica o el tratamiento diurético y que presenta hidronefrosis crónica, o el infarto renal por causa embólica o trombosis arterial (Lorca Álvaro et al., 2019).

## Conclusión

Los diagnósticos diferenciales existen ya que una patología puede producir una sintomatología similar a otra, en el caso del dolor lumbar, existen variados criterios para determinar que causa puede generar este dolor, allí es donde entra el dolor lumbar de causa no específica, ya que determinar la causa etiológica es difícil, hay variadas patologías que pueden ocasionar un dolor lumbar que se han descrito dentro de este proceso de investigación tales como: Estenosis de canal lumbar, Neuropatía diabética, Gonartrosis de rodilla, Radiculopatía por hernia discal lumbar, Tumor medular y/o metástasis, Síndrome miofascial, entre otros. Los diagnósticos diferenciales evalúan aspectos urológicos, enfermedades sistémicas, columna lumbar, origen infeccioso, neoplásico, reumatológico, dolores referidos, por mencionar algunos. A pesar de la existencia de estos diagnósticos diferenciales, las exploraciones físicas e historias clínicas siguen siendo fundamentales como abrebocas para enrumbarse a un diagnóstico preciso, la confirmación en base al tipo de dolor y su localización, la pueden determinar los estudios de imágenes como radiografía simple y resonancia magnética.

## Bibliografía

- ARAUJO VAZQUEZ, M., GIRÓN MOMBIELA, J. A., MARTÍNEZ ANDREU, F. J., PEÑA CALVO, P., CASADO MERODIO, A. I., LUCAS HERNANDEZ, A., & SANCHEZ TIRADO, J. A. (2016). Diagnóstico diferencial del dolor lumbar crónico con radiculopatía bilateral. meningioma intradural extramedular L1-L2. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*. <https://doi.org/10.20986/resed.2016.3516/2016>
- Cruz, E., Simian, A., & Chahin, A. (2020). DOLOR LUMBAR EN NIÑOS. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(5-6), 404-416. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.11.002>
- Laguarta, S. Ú. L., Sisamón, S. A., Pérez, P. J. P., Pimentel, L. C., Gonzalvo, L. A., & Aranda, M. D. V. (2023). Otras causas de dolor lumbar en atención primaria, a propósito de un caso. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(8), 115.
- Lorca Álvaro, J., Laso García, I., Santiago González, M., & Burgos Revilla, F. J. (2019). Síndrome de dolor lumbar agudo no traumático de origen renal: cólico renoureteral. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(87), 5109-5116. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.10.003>
- Nicolalde López, B. I. (2019). Un caso atípico de dolor lumbar: mieloma múltiple caso interactivo para educación médica [UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ]. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8538/1/144038.pdf>
- Pérez, A. A. (2019). Diagnóstico diferencial en la estenosis espinal lumbar. *Orthotips AMOT*, 14(1), 17-21.
- Quiñones, C. M., Grande, C. S., Tinedo, M. A. T., Figueroa, A. B., & Villalobos-Sánchez, L. (2021). Protocolo diagnóstico del dolor lumbar crónico. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(29), 1654-1657. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.03.023>
- Roig Sanroma, R., Ros Serrano, A., & Sala Ponce, N. (2023). Evaluación y abordaje fisioterapéutico del dolor lumbar crónico de origen facetario [Escoles Universitaries Gimbernat i Tomás Cerdà]. [https://eugdSPACE.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/969/Dolor lumbar crónico de origen facetario.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://eugdSPACE.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/969/Dolor%20lumbar%20cr%C3%B3nic%20de%20origen%20facetario.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Verdejo, C. B., & Peñafiel, F. S. (2013). Evaluación diagnóstica del paciente con dolor lumbar en la Unidad de Emergencia. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 28(1), 27-37.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Valdospin Sánchez, S. P., Martínez Vizuete, W. R., Tomala Navarrete, P. F., & Ruilova Alvarado, N. A. (2024). Diagnóstico diferencial del dolor lumbar. *RECIAMUC*, 8(1), 54-61. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.54-61](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.54-61)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.