

The background is a soft watercolor wash. It features broad, overlapping strokes of light orange and yellow on the left side, transitioning into a pale blue wash on the right. The colors are blended and have a textured, painterly quality. The overall effect is bright and airy.

CONHEÇA LOMBALGIA

Comitê de Desenvolvimento

Mario H. Cardiel, MD, MSc
Reumatologista
Morelia, México

Supranee Niruthisard, MD
Especialista em Dor
Bangkok, Tailândia

Jose Antonio San Juan, MD
Cirurgião Ortopédico
Cebu City, Filipinas

Andrei Danilov, MD, DSc
Neurologista
Moscou, Rússia

Germán Ochoa, MD
Ortopedista
Bogotá, Colômbia

Ammar Salti, MD
Anestesista Consultor
Abu Dhabi, Emirados Árabes
Unidos

Smail Daoudi, MD
Neurologista
Tizi Ouzou, Argélia

Milton Raff, MD, BSc
Anestesista Consultor
Cidade do Cabo, África do Sul

Xinping Tian, MD
Reumatologista
Pequim, China

João Batista S. Garcia, MD, PhD
Anestesiologista
São Luis, Brasil

Raymond L. Rosales, MD, PhD
Neurologista
Manila, Filipinas

Işin Ünal-Çevik, MD, PhD
Neurologista, Neurocientista e
Especialista em Dor
Ankara, Turquia

Yuzhou Guan, MD
Neurologista
Pequim, China

Objetivos de Aprendizagem

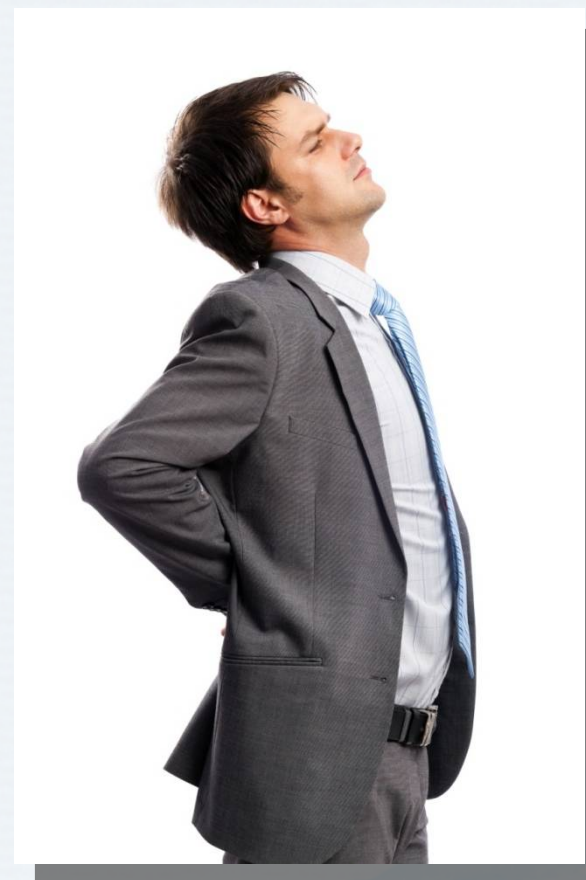
- Após concluir este módulo, os participantes serão capazes de:
 - Discutir a prevalência da lombalgia aguda e crônica
 - Entender o impacto da lombalgia no funcionamento e qualidade de vida do paciente
 - Usar ferramentas apropriadas para o diagnóstico da lombalgia
 - Identificar bandeiras vermelhas e amarelas que devem desencadear encaminhamento ou investigação adicional
 - Explicar mecanismos subjacentes de diferentes tipos de lombalgia
 - Selecionar estratégias farmacológicas e não farmacológicas adequadas para o controle da lombalgia

Índice

- O que é a lombalgia?
- O quão comum é a lombalgia?
- Como os diferentes tipos de lombalgia podem ser diferenciados entre si na prática clínica?
- Quais bandeiras vermelhas e amarelas devem desencadear encaminhamento ou investigações adicionais?
- Como a lombalgia deve ser tratada com base em sua fisiopatologia?

O que é a lombalgia?

- Dor abaixo da margem costal e acima da dobra glútea, com ou sem irradiação para os membros inferiores¹
- A lombalgia **aguda** versus **crônica** é classificada de acordo com a duração:
 - **Aguda**: menos de 3 meses^{2,3}
 - **Subaguda**: 6 a 12 semanas¹
 - **Crônica**: mais de 3 meses^{2,3}



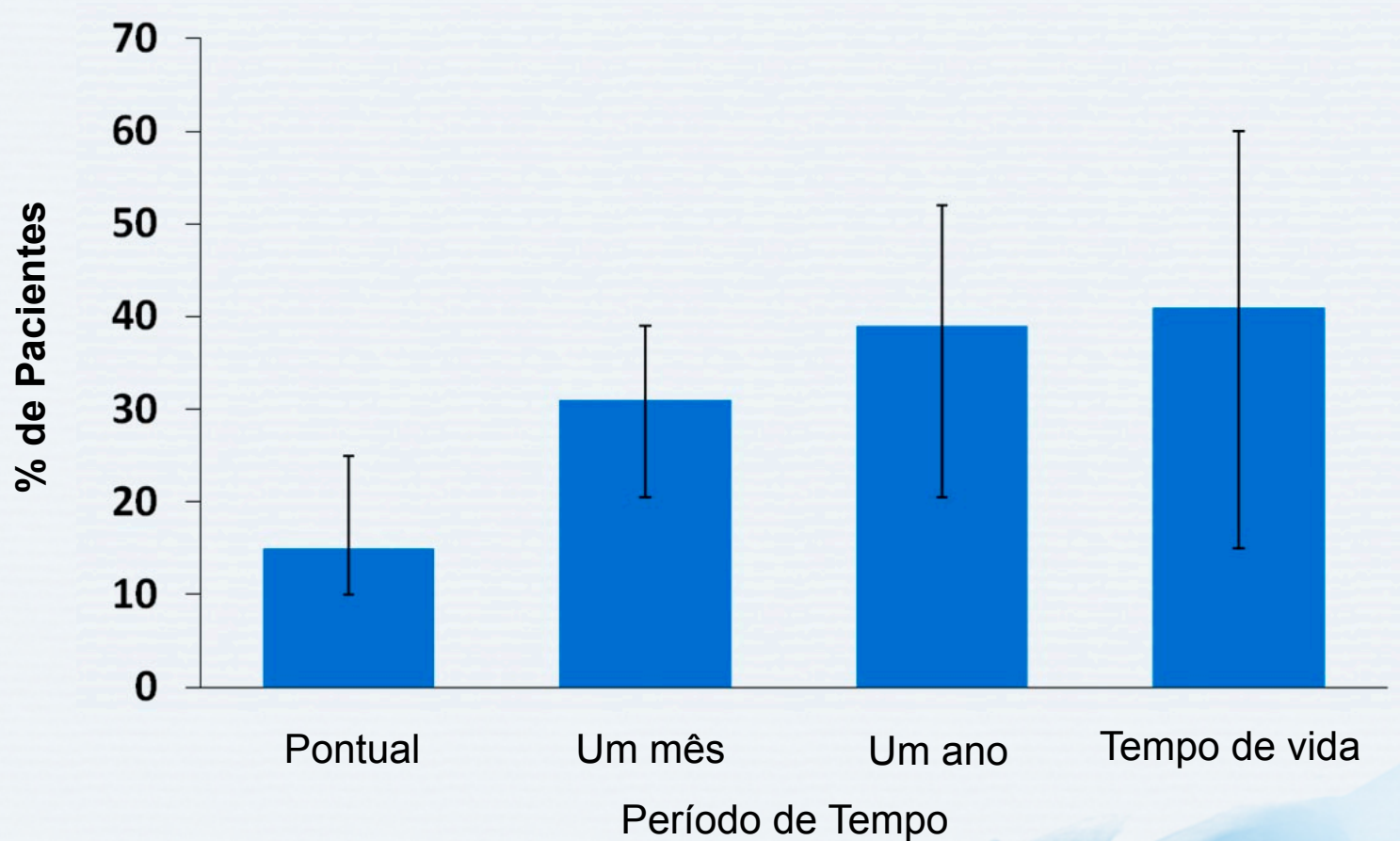
Pergunta para Discussão

**QUANTOS PACIENTES QUE
SOFREM DE LOMBALGIA
VOCÊ ATENDE DURANTE
UMA SEMANA TÍPICA?**

Epidemiologia da Lombalgia

- >**80%** dos adultos apresentam dor nas costas em algum momento da vida¹
- A incidência é mais elevada na terceira década²
- A prevalência geral aumenta com a idade até a idade de 60–65 anos²
- Homens e mulheres são afetados igualmente³
- **5º** principal motivo para visitas ao consultório médico⁴
- **2º** motivo mais comum (após doença respiratória) para consultas médicas relacionadas a sintomas⁴
- Causa **mais comum** de incapacidade relacionada ao trabalho⁵

Prevalência Mediana de Lombalgia

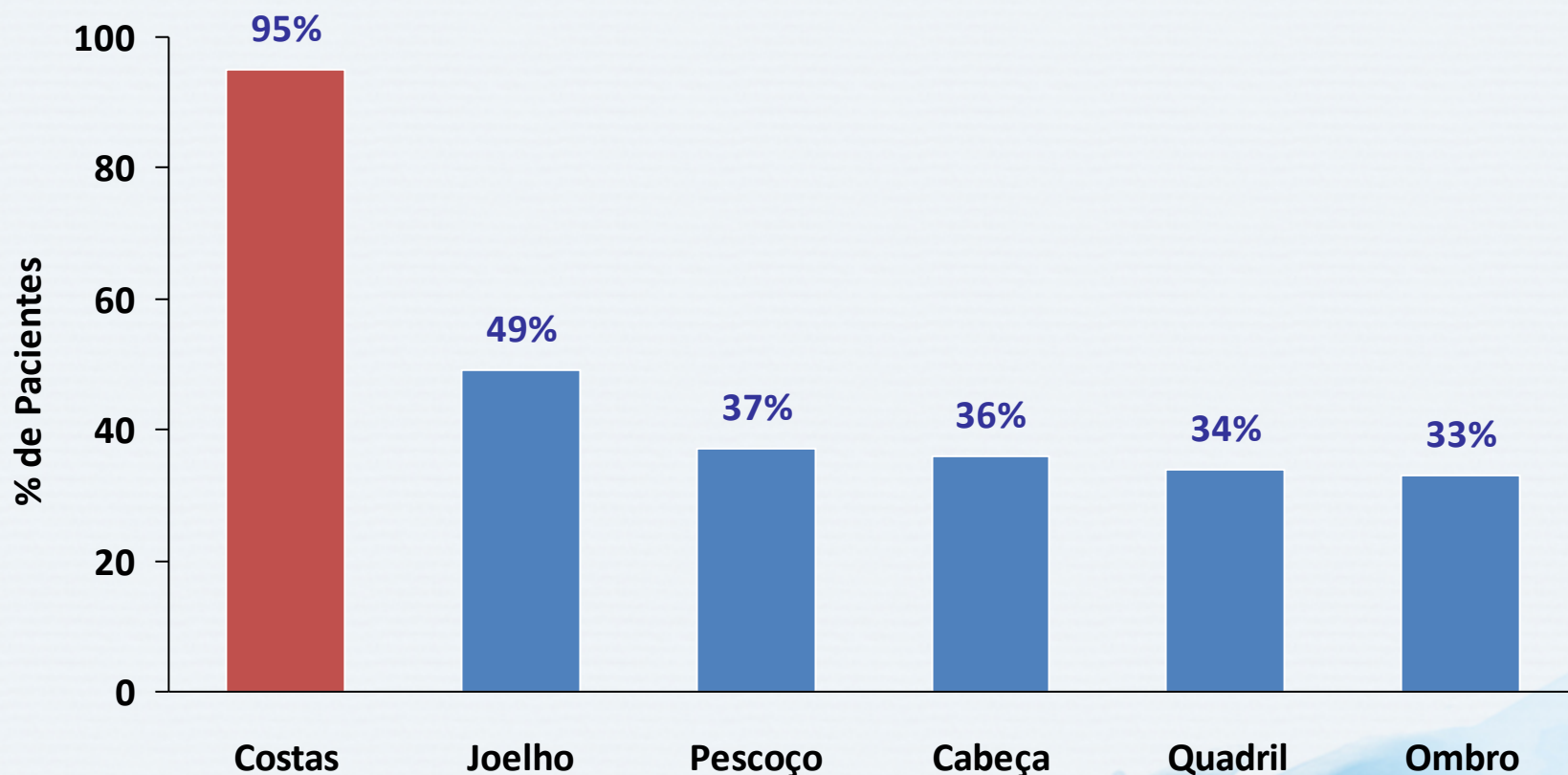


As barras em T representam a faixa interquartil.

Hoy D et al. *Arthritis Rheum* 2012; 64(6):2028-37.

A Região Lombar É o Local Mais Comum de Dor Crônica Não Oncológica

Porcentagem de Pacientes com Dor Crônica que Se Queixam de Dor em Locais Comuns do Corpo*



*Com base em levantamento médico

Boulanger A et al. *Pain Res Manage* 2007; 12(1):39-47.

Causas Comuns da Lombalgia

Mecânica (80-90%)

(por exemplo, degeneração do disco, vértebras fraturadas, instabilidade, causa desconhecida [maioria dos casos])

Neurogênica (5-15%)

(por exemplo, hérnia de disco, estenose espinhal, dano de osteófitos a raiz nervosa)

Condições não mecânicas da coluna vertebral (1-2%)

(por exemplo, neoplasias, infecções, artrite inflamatória, doença de Paget)

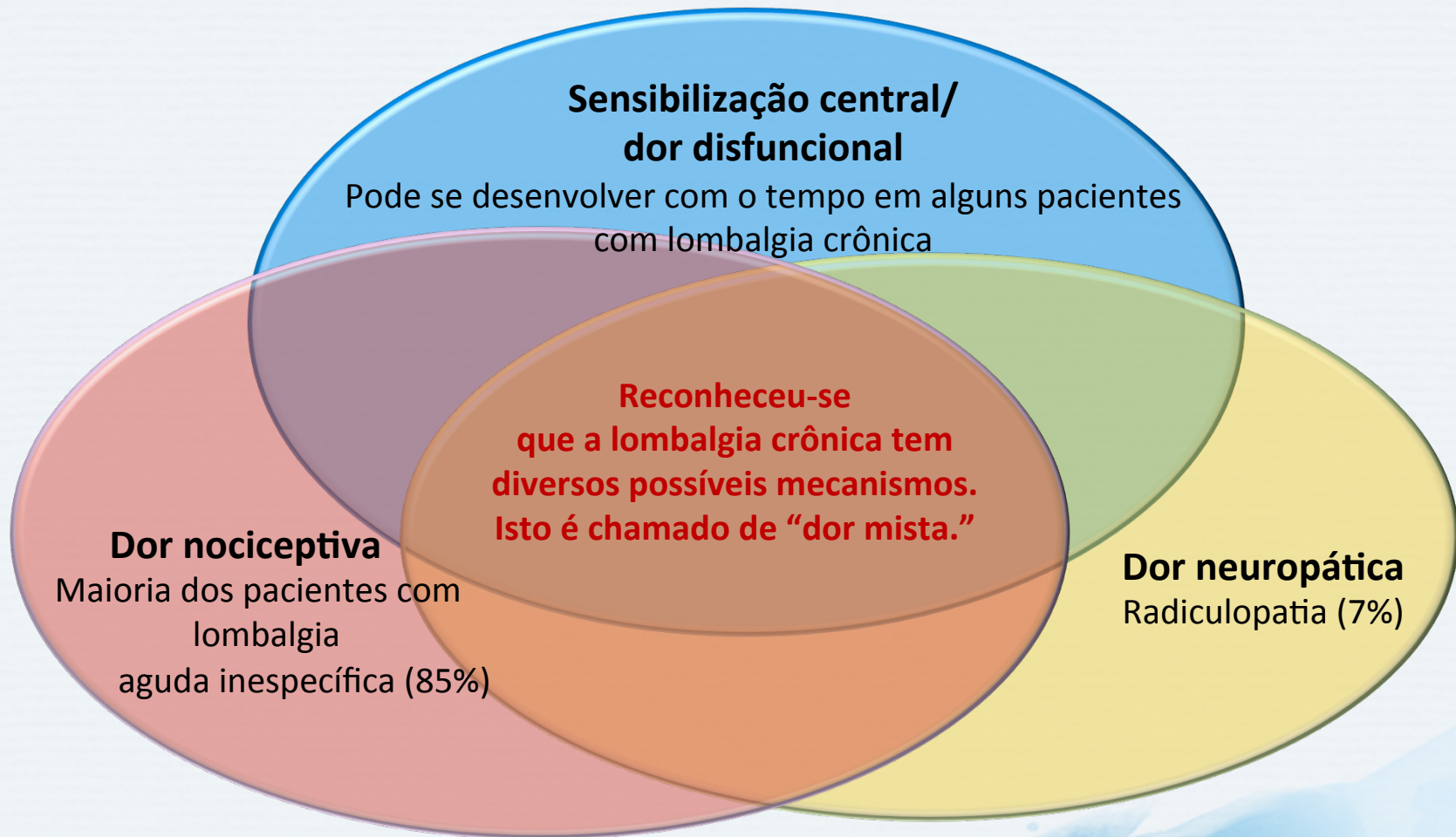
Dor visceral referida (1-2%)

(por exemplo, doenças gastrointestinais, doenças renais, aneurisma da aorta abdominal)

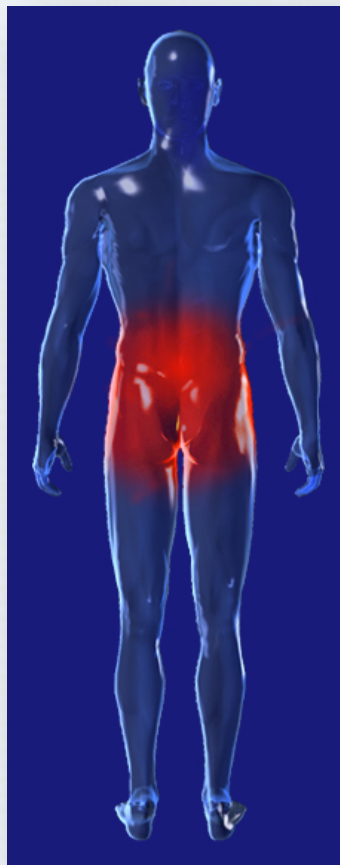
Outras (2-4%)

(por exemplo, fibromialgia, transtorno somatoforme, "fingir" dor)

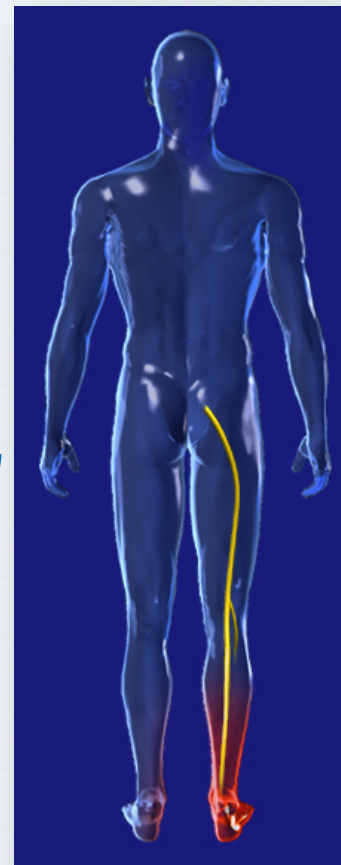
Fisiopatologia da Lombalgia



Componentes Nociceptivos e Neuropáticos Podem Estar Presentes na Lombalgia



Componente Nociceptivo



Componente Neuropático

Componente Neuropático da Lombalgia

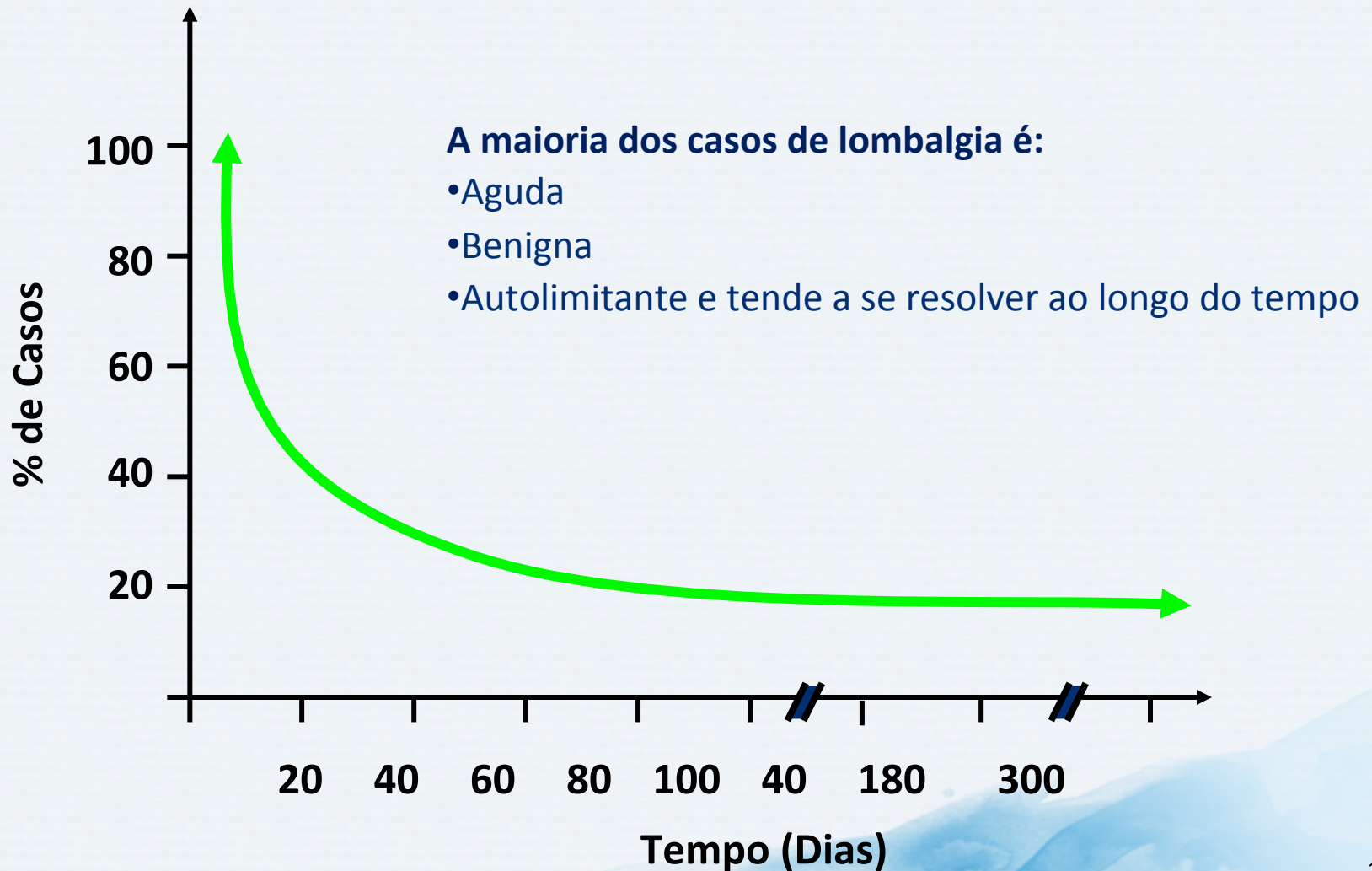
O componente neuropático da lombalgia pode ser causado por:

- Lesões de reinervação nociceptiva dentro do disco degenerado (*dor neuropática localizada*)
- Compressão mecânica da raiz nervosa (*dor neuropática mecânica da raiz nervosa*)
- Mediadores inflamatórios liberados a partir do disco degenerado (*dor neuropática inflamatória da raiz nervosa*) mas sem compressão mecânica

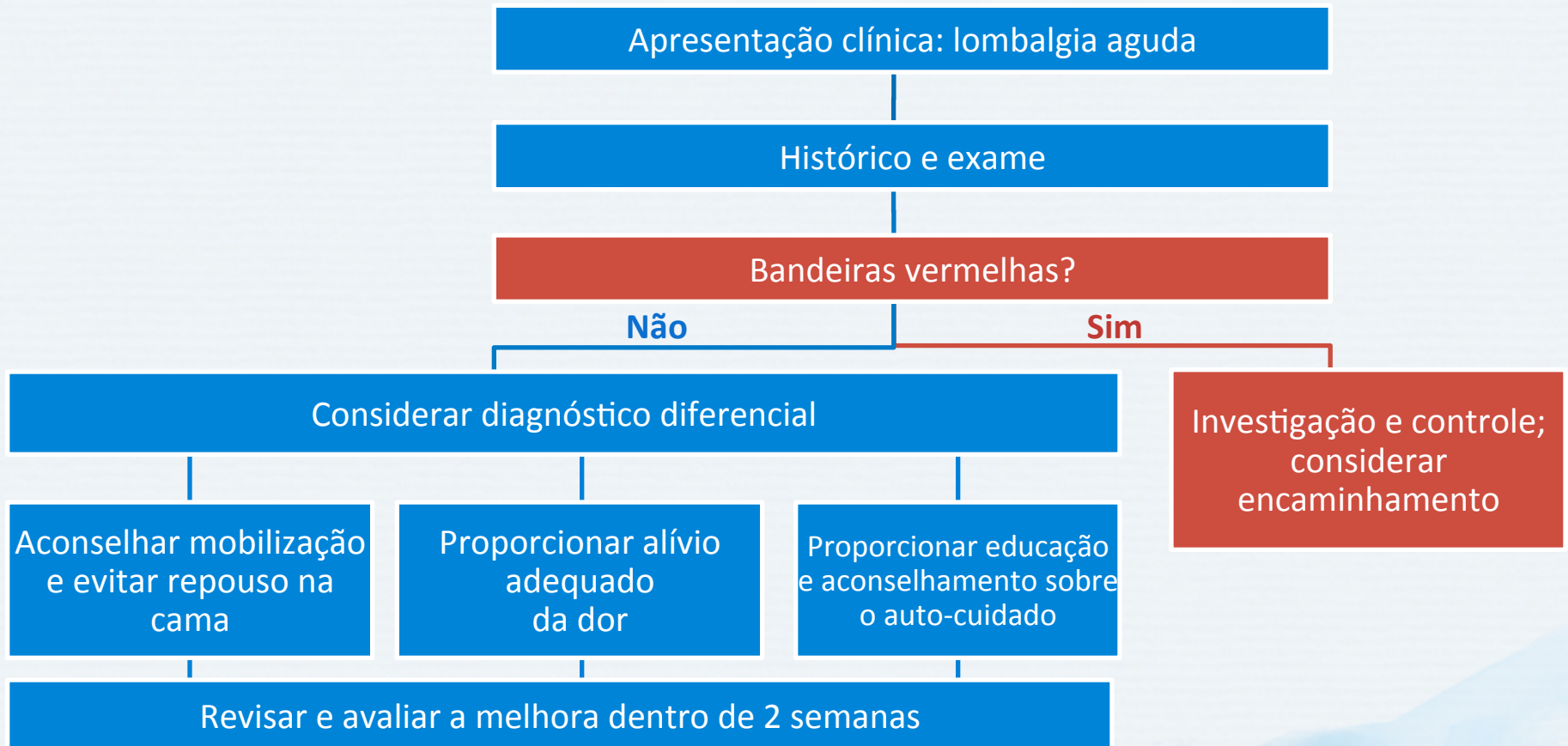
Pergunta para Discussão

**QUANTO TEMPO LEVA PARA QUE A
MAIORIA DE SEUS PACIENTES SE
RECUPEREM DA LOMBALGIA?**

História Natural da Lombalgia

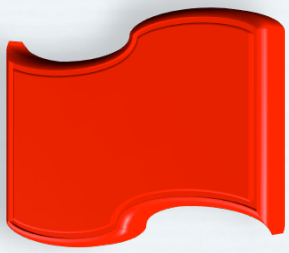


Controle da Lombalgia Aguda



Pergunta para Discussão

**QUANDO VOCÊ ENCAMINHA
PACIENTES COM LOMBALGIA
AGUDA A
UM ESPECIALISTA?**



“Bandeiras Vermelhas” Exigem Investigação e/ou Encaminhamento Imediato

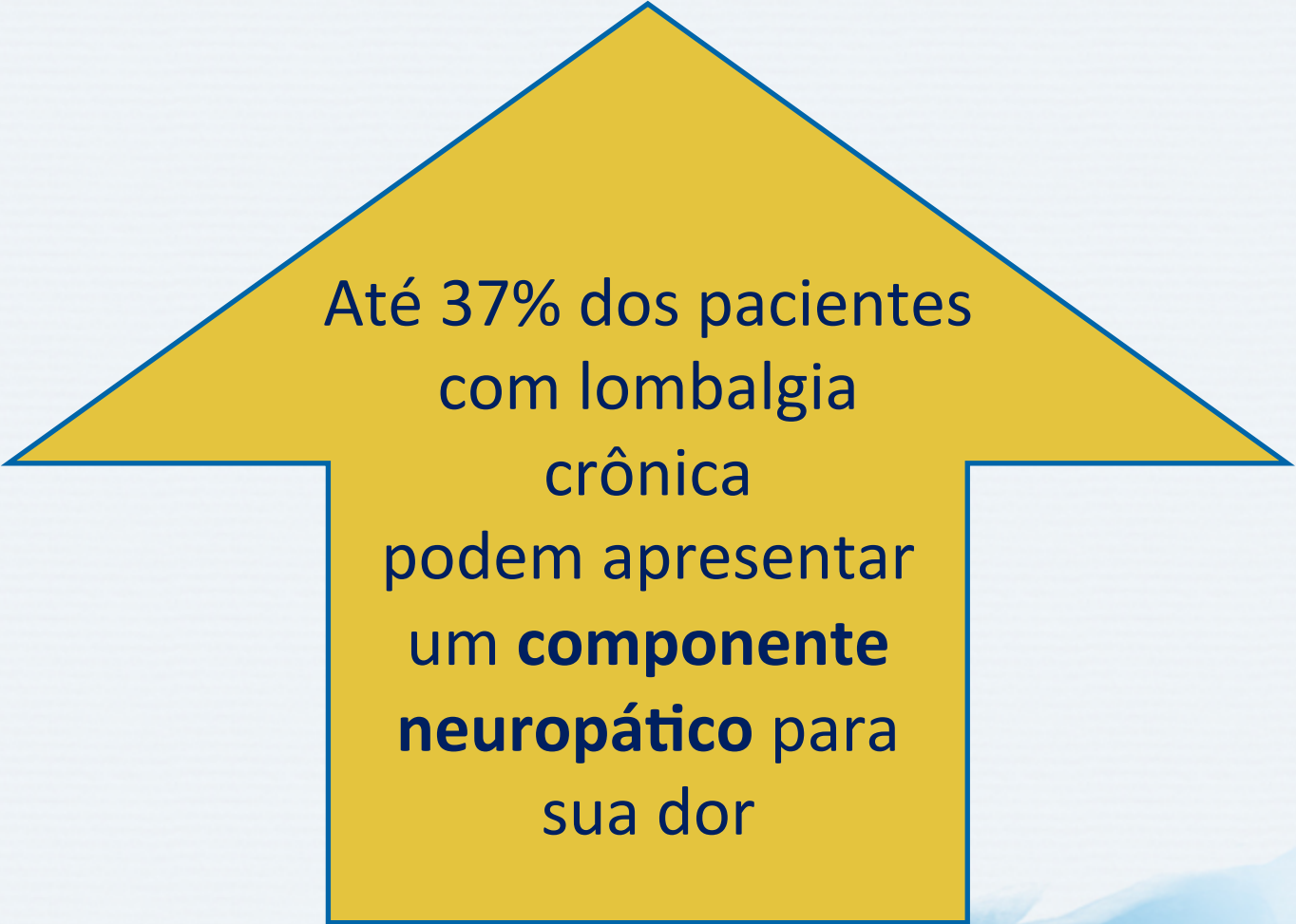
Possível Condição	Bandeiras Vermelhas
Câncer	<ul style="list-style-type: none">• História pessoal de câncer• Perda de peso• Idade > 50 anos
Infecção	<ul style="list-style-type: none">• Febre• Uso de drogas intravenosas• Infecção recente
Fratura	<ul style="list-style-type: none">• Osteoporose• Uso de esteroides• Trauma• Idade avançada
Déficit neurológico focal	<ul style="list-style-type: none">• Sintomas progressivos ou incapacitantes
Síndrome da cauda equina	<ul style="list-style-type: none">• Retenção urinária• Déficit motor multinível• Incontinência fecal• Anestesia em sela

Diagnóstico Diferencial de Lombalgia Aguda

Intrínseca a Espinha	Sistêmica	Referida
<ul style="list-style-type: none">• Fratura por compressão• Distensão/entorse lombar• Hérnia de disco• Estenose espinal• Espondilolistese• Espondilólise• Espondilose (disco degenerativo ou faceta articular)	<ul style="list-style-type: none">• Malignidade• Infecção (discite vertebral/osteomielite)• Doença do tecido conjuntivo• Espondiloartropatia inflamatória	<ul style="list-style-type: none">• Condições gastrointestinais (pancreatite, doença ulcerosa péptica, colecistite)• Condições pélvicas (endometriose, doença inflamatória pélvica, prostatite)• Condições retroperitoneais (cólica renal, pielonefrite)• Herpes zóster

Sempre que possível, é importante identificar e tratar as causas subjacentes da dor!

Dor Neuropática na Lombalgia Crônica



Até 37% dos pacientes
com lombalgia
crônica
podem apresentar
um **componente
neuropático** para
sua dor

Reconhecendo a Dor Neuropática

Esteja alerta para descritores verbais comuns de dor neuropática.



Ardente



Formigamento



Lancinante



***Semelhante a
choque elétrico***



Dormência

- Existem diversas ferramentas de seleção para dor neuropática
- As ferramentas dependem em grande parte de descritores verbais comuns de dor, embora algumas ferramentas também incluam testes físicos
- A seleção de ferramentas deve ter como base a facilidade de uso

Ferramentas de Seleção para Dor Neuropática

	LANSS	DN4	NPQ	painDETECT	ID Pain
<i>Sintomas</i>					
Pontadas, formigamento, comichão	X	X	X	X	X
Choques elétricos de disparo	X				
Calor ou ardência	X				
Dormência		X	X	X	X
Dor por queimação	X				X
Frio					
<i>Exame clínico</i>					
Alodinia mecânica	X				
Aumento do limiar de toque suave					
Limiar de dor de picada de agulha	X				

As ferramentas dependem em grande parte de descritores verbais comuns de dor

Selecione a(s) ferramenta(s) com base na **facilidade de uso e validação no idioma local**

Algumas ferramentas de seleção também incluem exames neurológicos de cabeça para baixo

DN4 = Questionário Douleur Neuropathique en 4 Questions (DN4);

LANSS = Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs; NPQ = Neuropathic Pain Questionnaire [Questionário de Dor Neuropática]

Bennett MI et al. Pain 2007; 127(3):199-203; Haanpää M et al. Pain 2011; 152(1):14-27.

Pergunta para Discussão

**COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ ACOMPANHA
PACIENTES QUE APRESENTAM LOMBALGIA
AGUDA?**

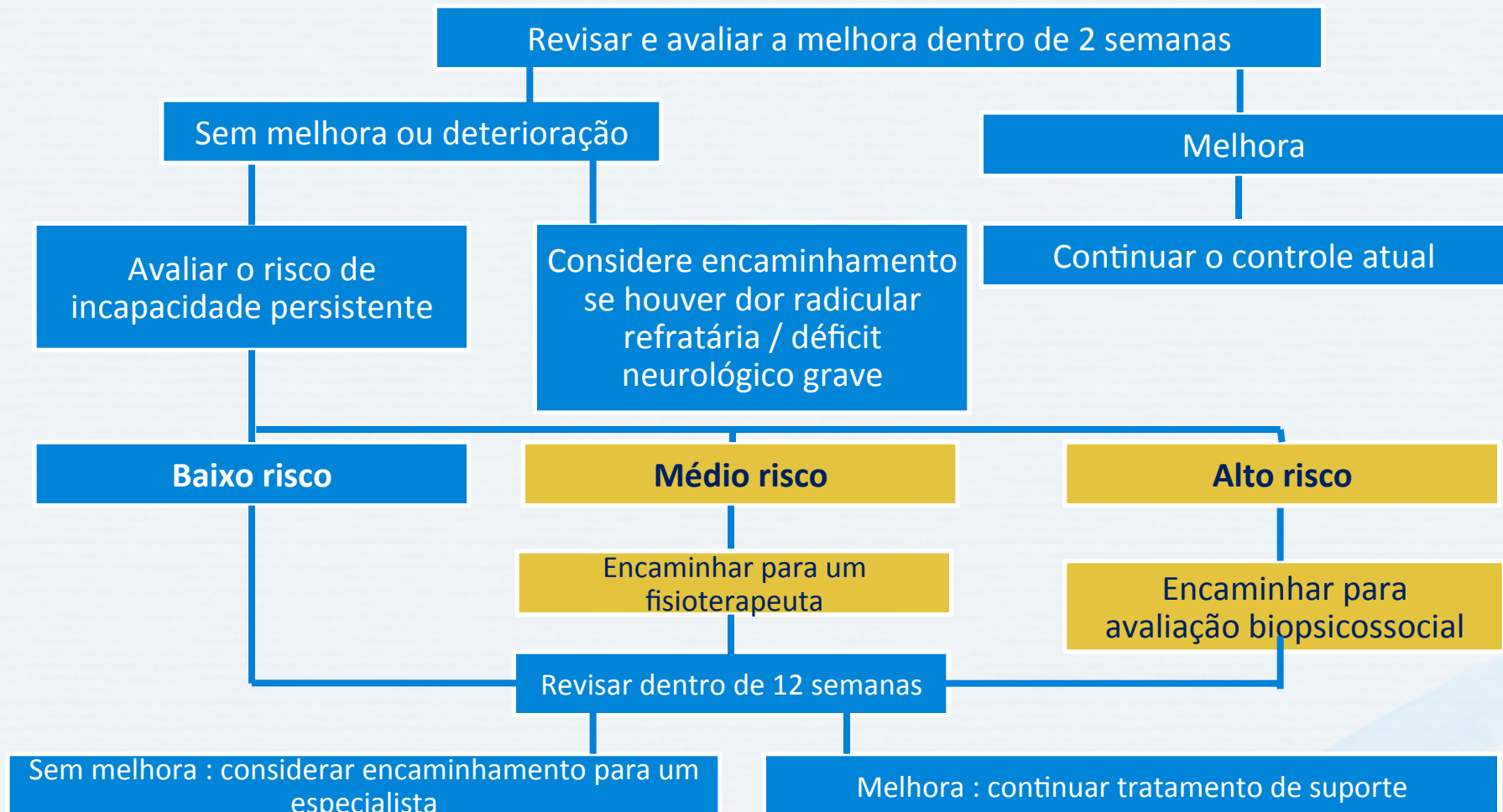
Recomendações para Acompanhamento de Pacientes com Lombalgia Aguda

População de Pacientes	Frequência de Acompanhamento
Todos	<ul style="list-style-type: none"> • 2 semanas após a visita inicial • Opções de acompanhamento: telefone, e-mail ou visita • Acompanhamento adicional é indicado
Pacientes considerados em alto risco para dor crônica*	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas mais precoces e frequentes podem ser apropriadas
Pacientes mais velhos ou pacientes com: <ul style="list-style-type: none"> •Progressão de sintomas ou falta de melhora significativa •Dor grave ou déficit funcional •Sinais de doença da raiz nervosa ou estenose espinal lombar 	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliação mais precoce e mais frequente pode ser apropriada
Pacientes encaminhados para manipulação da coluna vertebral, acupuntura ou massagem	<ul style="list-style-type: none"> • Após 4 visitas, encaminhar o paciente para um especialista para determinar se a funcionalidade melhorou

*Vide bandeiras amarelas; também pode querer considerar populações em risco se a dor persistir na presença de tratamento adequado: crianças e adolescentes, mulheres <30 anos, homens >60 anos, pacientes com comorbidades específicas (por exemplo, diabetes) e pacientes imunocomprometidos ou imunodeprimidos

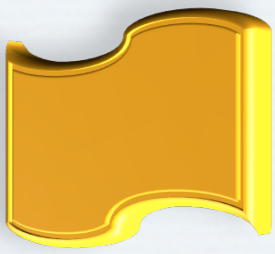
Ochoa G. In: Díaz Barriga JS, Gamarra AI (eds). *Libro Dolor Musculoesquelético*. Asociacion Colombiana para el Estudio del Dolor, ACED; Bogotá, Colombia: 2010; Savigny P et al. *Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009.

Acompanhamento de Pacientes com Lombalgia Aguda



Pergunta para Discussão

**NA SUA PRÁTICA, VOCÊ
AVALIA REGULARMENTE O
RISCO DE
DESENVOLVIMENTO DE DOR
CRÔNICA?
SE SIM, COMO?**

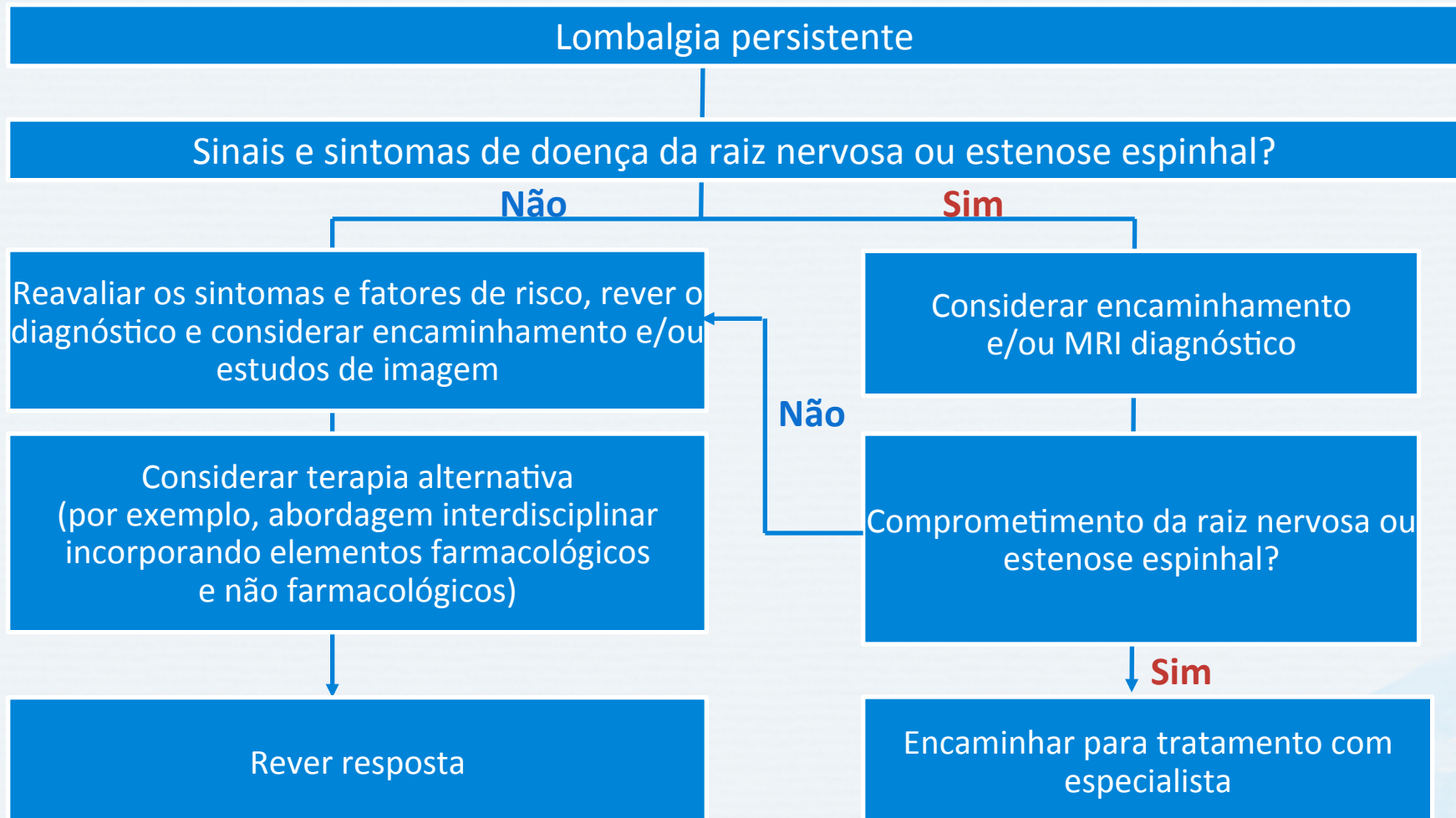


Pacientes em Risco de Desenvolver Dor Crônica

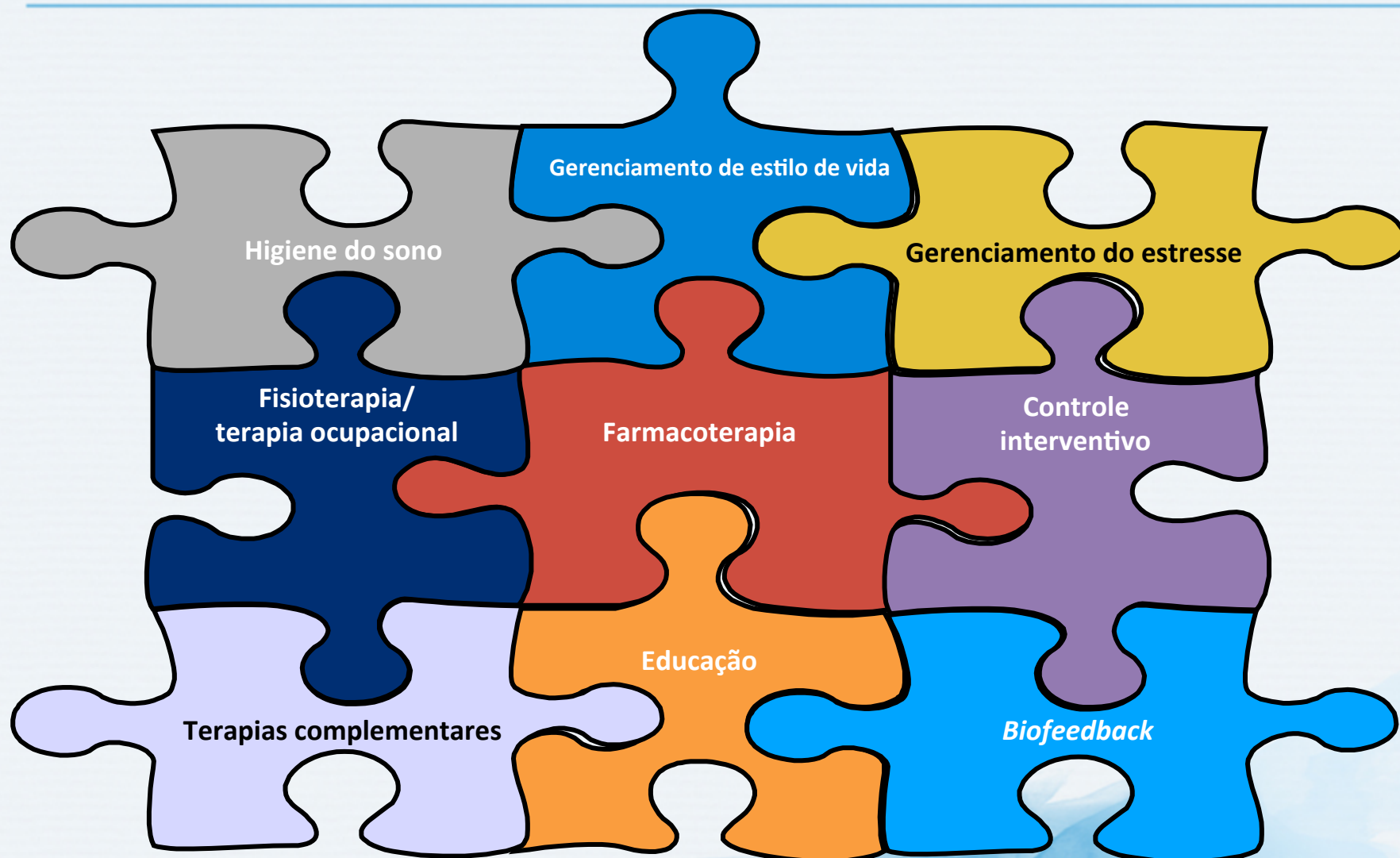
Bandeiras amarelas são características de paciente que podem indicar problemas em longo prazo que exigem maior atenção do médico, particularmente em termos de voltar ao trabalho.

- Atitude pessimista frente à dor, medo excessivo de movimento e atividade e pouca esperança de melhora
- Problemas relacionados ao trabalho (por exemplo, insatisfação, conflito)
- Problemas emocionais (por exemplo, depressão, ansiedade, preocupação)
- Dor generalizada (por exemplo, dor de cabeça, fadiga, tontura)
- Desejo de um tratamento passivo, pouca capacidade de ser proativo
- Episódios anteriores de lombalgia que foram acompanhados por um período estendido de tempo

Controle da Lombalgia Persistente*



Tratamento Multimodal da Lombalgia



Pergunta para Discussão

**QUAIS ABORDAGENS NÃO
FARMACOLÓGICAS PARA O
CONTROLE DA LOMBALGIA VOCÊ
INCORPORA NA
SUA PRÁTICA?
SOBRE QUAIS MODALIDADES NÃO
FARMACOLÓGICAS SEUS
PACIENTES
LHE PERGUNTAM
REGULARMENTE?**

Tratamentos Não Farmacológicos para Lombalgia

Evidência Moderada de Eficácia

Terapia e exercícios	Moderadamente eficaz no alívio da dor e melhora funcional em adultos com lombalgia
Terapia cognitivo-comportamental	Pode reduzir a dor e a incapacidade em pacientes com lombalgia crônica e subaguda
Reabilitação biopsicossocial multidisciplinar intensa	Pode aliviar a dor e melhorar a função na lombalgia
Massagem	
Yoga	
Terapia de calor	
Colchão intermediário	
Estimulação elétrica nervosa transcutânea	Controversa com evidência tanto contra como a favor

As evidências sugerem que repouso e tração **NÃO** são úteis

Evidência Suficiente de Eficácia

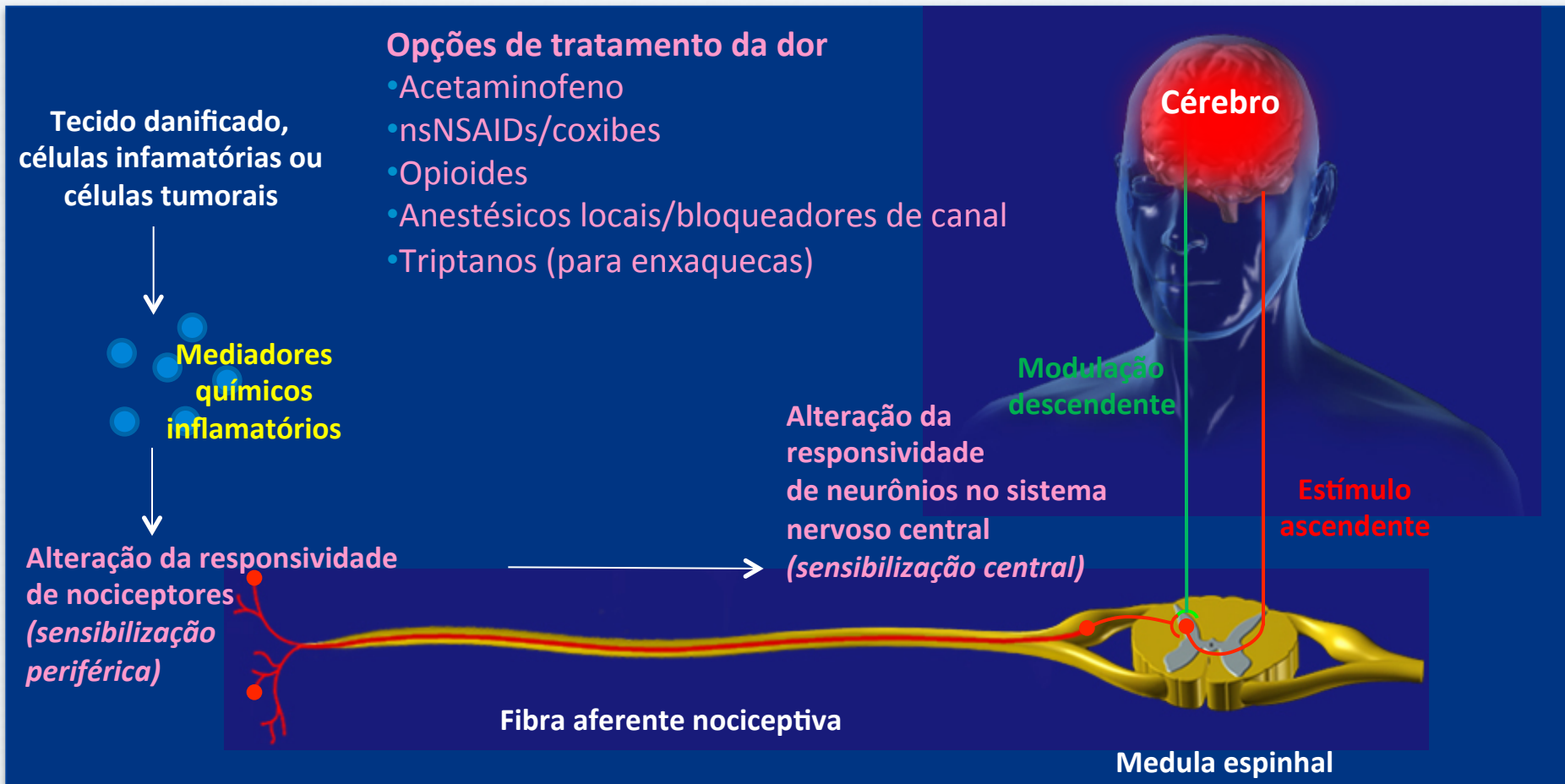
Tratamento centrado na função	Mais eficaz do que o tratamento centrado na dor para um aumento nos dias com capacidade de trabalhar em pacientes com lombalgia subaguda com duração de mais de 6 semanas
Acupuntura	Mais eficaz do que terapia convencional mas não mais eficaz que acupuntura simulada

Chou R *et al. Spine (Phila PA 1976)* 2009; 34(10):1066-77; Dagenais S *et al. Spine J* 2008; 8(1):203-12; Gay RE, Brault JS. *Spine J* 2008; 8(1):234-42; Hagen KB *et al. Spine (Phila PA 1976)* 2005; 30(5):542-6; Oleske D *et al. Spine* 2007; 32(19):2050-7; Pillastrini P *et al. Joint Bone Spine* 2012; 79(2):176-85; Ramos-Remus CR *et al. Curr Med Res Opin* 2004; 20(5):691-8; Romanò CL *et al. J Orthop Traumatol* 2009; 10(4):185-91; Sakamoto C, Soen S. *Digestion* 2011; 83(1-2):108-23; Savigny P *et al. Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain*. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners; London, UK: 2009; Toward Optimized Practice. *Guidelines for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain*. Edmonton, AB: 2009.

Farmacoterapia para Lombalgia

- O tratamento deve equilibrar as expectativas do paciente para alívio da dor e possível efeito analgésico da terapia
- Os pacientes devem ser educados sobre o medicamento, objetivos de tratamento e resultados esperados
- Fatores psicossociais e estresse emocional são preditores mais fortes da evolução do tratamento do que achados de exame físico ou duração e gravidade da dor

Tratamento da Dor Inflamatória



Acetaminofeno para o Controle da Lombalgia

Eficácia	Segurança	Mecanismo de Ação
<ul style="list-style-type: none">• Eficaz• Eficácia melhorada por meio da adição de nsNSAIDs ou coxibes	<ul style="list-style-type: none">• Perfil de segurança favorável e baixo custo• Pode causar dano hepático com doses maiores que 4 g/dia	<ul style="list-style-type: none">• Não está claro

Acetaminofeno é a opção de primeira linha na lombalgia aguda e crônica.

Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = antiinflamatório não esteroide não específico

Chou R *et al.* *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee C *et al.* *Arthritis Rheum* 2004; 51(5):746-54; Lee J *et al.* *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Mattia A, Coluzzi F. *Minerva Anesthesiol* 2009; 75(11):644-53; Watkins PB *et al.* *JAMA* 2006; 296(1):87-93.

nsNSAIDs/Coxibes para Controle da Lombalgia

Eficácia	Segurança	Mecanismo de Ação
<ul style="list-style-type: none">• Eficaz• Mais eficaz do que acetaminofeno isolado• Eficácia melhorada em combinação com acetaminofeno	<ul style="list-style-type: none">• Risco gastrointestinal• Risco cardiovascular• Risco renal	<ul style="list-style-type: none">• Bloqueia a ação da enzima COX-2, que é induzida por estímulos inflamatórios e resulta no aumento da produção de prostaglandinas• Coxibes inibem especificamente a COX-2, ao passo que nsNSAIDs bloqueiam a ação da enzima COX-2 e COX-1, que está envolvida na citoproteção gastrointestinal e atividade plaquetária

Opção de primeira linha na lombalgia aguda e crônica.

CI = intervalo de confiança; coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = antiinflamatório não esteroide não específico; RR = risco relativo

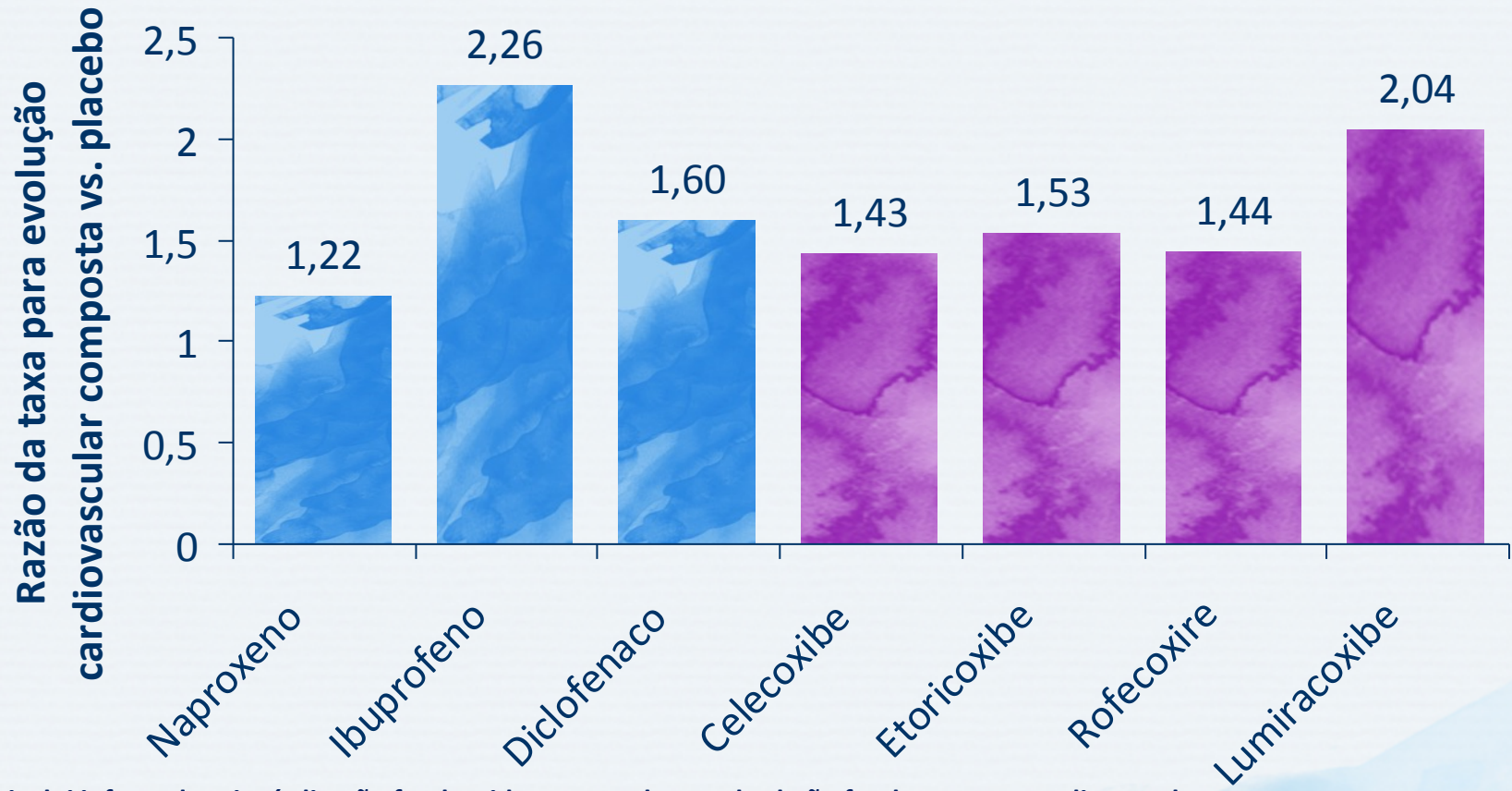
Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Schnitzer TJ et al. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28(1):72-95;

van Tulder M et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000396; Vane JR, Botting RM. *Inflamm Res* 1995;44(1):1-10.

Pergunta para Discussão

**COMO VOCÊ AVALIA O RISCO
GASTROINTESTINAL E
CARDIOVASCULAR EM PACIENTES
PARA OS QUAIS VOCÊ ESTÁ
CONSIDERANDO PRESCREVER UM
NSNSAID OU UM COXIBE?**

nsNSAIDs/Coxibes e Risco Cardiovascular

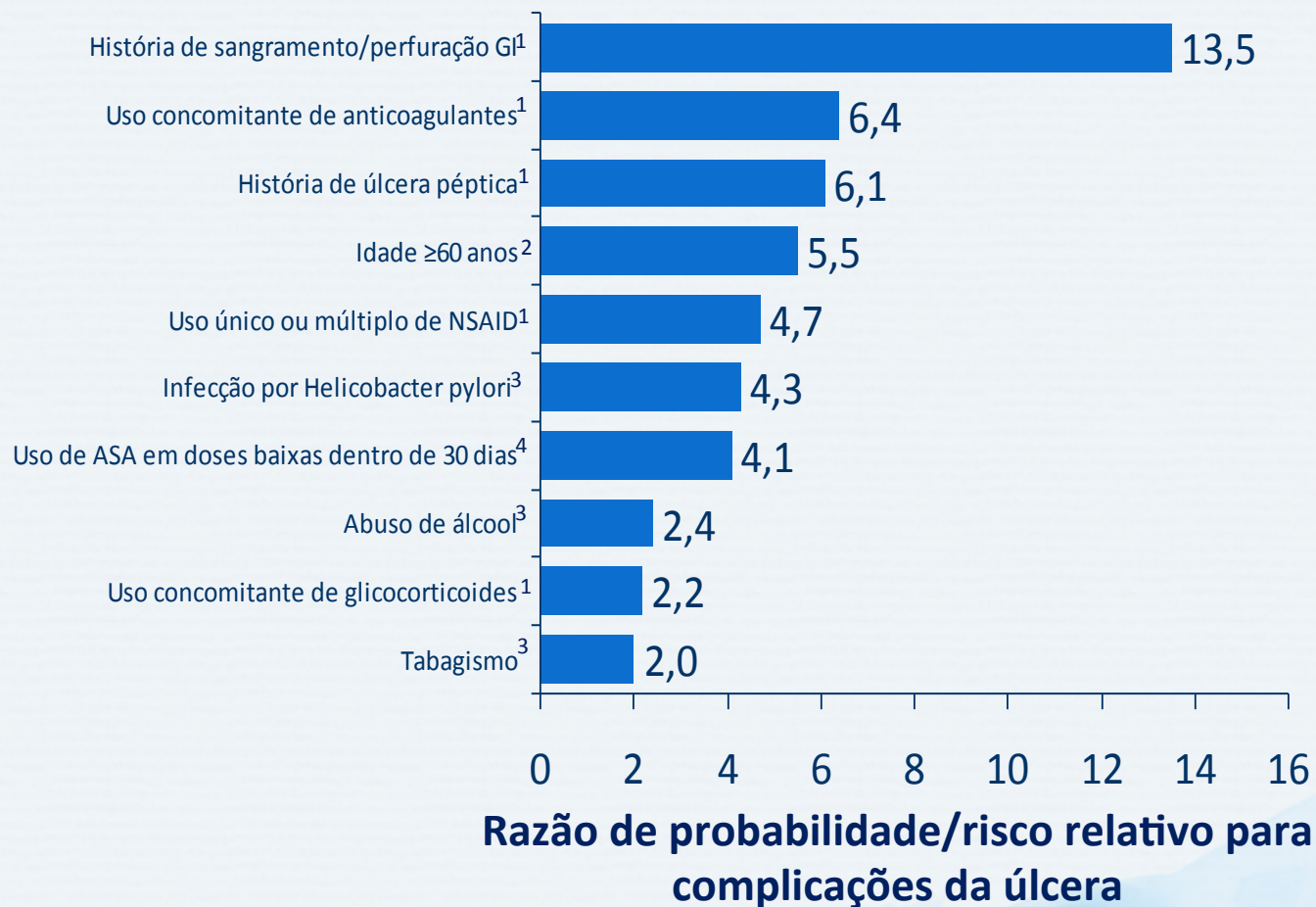


Composto inclui infarto do miocárdio não fatal, acidente vascular cerebral não fatal ou morte cardiovascular em comparação com placebo; gráfico baseado em metanálise de rede envolvendo 30 estudos e mais de 100.000 pacientes.

Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = antiinflamatório não esteroide não específico

Trelle S et al. *BMJ* 2011; 342:c7086.

Fatores de Risco para Complicações Gastrointestinais Associadas a nsNSAIDs/ Coxibes



ASA = ácido acetilsalicílico; coxibe = inibidor específico da COX-2; GI = gastrointestinal; NSAID = antiinflamatório não esteroide; nsNSAID = antiinflamatório não esteroide não seletivo; SSRI = inibidor seletivo da recaptação de serotonina

1. Garcia Rodriguez LA, Jick H. *Lancet* 1994; 343(8900):769-72; 2. Gabriel SE et al. *Ann Intern Med* 1991; 115(10):787-96;

3. Bardou M, Barkun AN. *Joint Bone Spine* 2010; 77(1):6-12; 4. Garcia Rodriguez LA, Hernández-Díaz S. *Arthritis Res* 2001; 3(2):98-101.

Efeitos Gastrointestinais de nsNSAIDs/Coxibes Além do Trato Gastrointestinal Superior

- As estratégias atuais aparentam ser semelhantemente eficazes na redução do risco para o trato gastrointestinal **superior**
 - **No entanto**, fortes evidências sugerem efeitos adversos gastrointestinais potencialmente relevantes clinicamente que não são limitados ao trato gastrointestinal superior
- Estudos sugerem que NSAIDs aumentam o risco de eventos clínicos gastrointestinais **inferiores***



*Gastrointestinal inferior significa distal ao ligamento de Treitz ou quarto segmento do duodeno

Coxibe = inibidor específico da COX-2; GI = gastrointestinal; nsNSAID = antiinflamatório não esteroide não seletivo

Ilison MC et al. *N Engl J Med* 1992; 327(11):749-54; Lanas A, Sopeña F. *Gastroenterol Clin N Am* 2009; 38(2):333-53; Fujimori S et al. *Gastro Endoscopy* 2009; 69(7):1339-46; Laine L et al. *Gastroenterology* 2003; 124(2):288-92; Chan FK et al. *N Engl J Med* 2002; 347(26):2104-10.

Opioides para o Controle da Lombalgia

Lombalgia grave aguda ou crônica por períodos curtos de tempo

Eficácia	Segurança	Mecanismo de Ação
<ul style="list-style-type: none">• Eficaz• Evidências insuficientes para recomendar um opioide ao invés de outro• Eficácia aumentada pela adição de acetaminofeno e/ou nsNSAIDs/coxibes	<ul style="list-style-type: none">• Diversos efeitos colaterais• Potencial para abuso ou vício	<ul style="list-style-type: none">• Alteram a atividade do sistema límbico• Modificam os aspectos sensoriais e afetivos da dor• Ativam vias descendentes que modulam a transmissão na medula espinhal• Afetam a transdução de estímulos dolorosos a impulsos nervosos

Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = antiinflamatório não esteroide não específico

Chou R et al. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26(5):1026-48; Chou R et al. *J Pain* 2009; 10(2):113-30; Furlan AD et al. *CMAJ* 2006; 174(11):1589-94; Kalso E et al. *Pain* 2004; 112(3):372-80; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Martell BA et al. *Ann Intern Med* 2007; 146(2):116-27; Rauck RL et al. *J Opioid Manag* 2006; 2(3):155-66; Reisine T, Pasternak G. In: Hardman JG et al (eds). *Goodman and Gilman's: The Pharmacological Basics of Therapeutics*. 9th ed. McGraw-Hill; New York, NY: 1996; Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7; Trescot AM et al. *Opioid Pharmacol Pain Phys* 2008; 11(2 Suppl):S133-53.

Tramadol para o Controle da Lombalgia

- Analgésico opioide "atípico"
- Mecanismo de ação único
 - Vias noradrenérgicas e serotoninérgicas
 - O efeito do opioide depende da conversão para o metabólito ativo M1
- Afinidade de ligação fraca ao receptor opioide mu
- Estudos clínicos de eficácia na lombalgia

Pergunta para Discussão

**QUAIS POSSÍVEIS EFEITOS
COLATERAIS VOCÊ DISCUTE COM
PACIENTES PARA OS QUAIS
ESTÁ CONSIDERANDO
PRESCREVER
UM OPIOIDE?**

Efeitos Adversos dos Opioides

Sistema	Efeitos adversos
Gastrointestinal	Náusea, vômito, constipação
CNS	Comprometimento cognitivo, sedação, vertigens, tonturas
Respiratório	Depressão respiratória
Cardiovascular	Hipotensão ortostática, desmaios
Outro	Urticária, miose, sudorese, retenção urinária

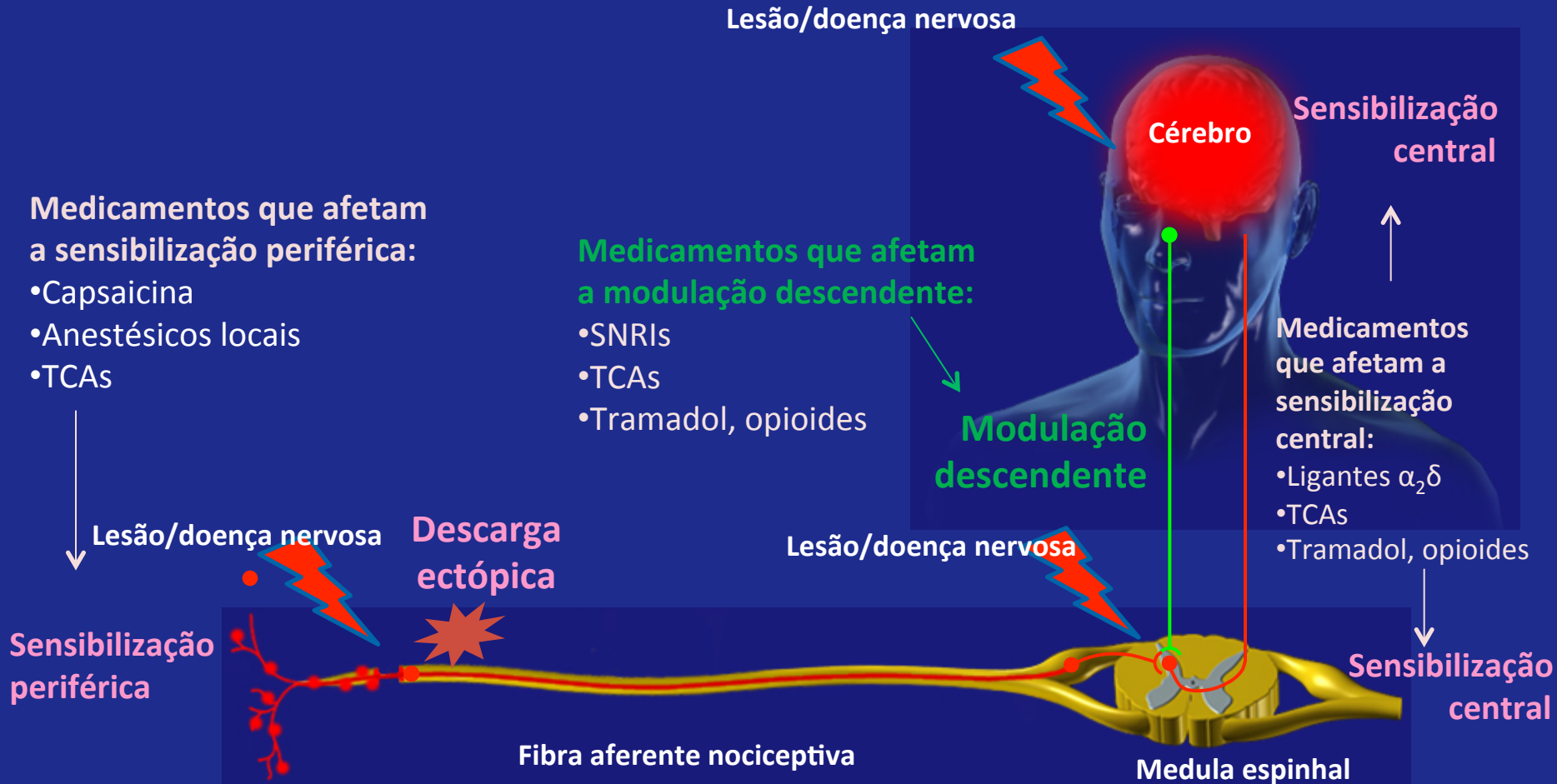
CNS = sistema nervoso central

Moreland LW, St Clair EW. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25(1):153-91; Yaksh TL, Wallace MS. In: Brunton L *et al* (eds). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12th ed. (online version). McGraw-Hill; New York, NY: 2010.

Relaxantes Musculares para o Controle da Lombalgia

- Grupo diverso de medicamentos
- Mecanismos de ação não esclarecidos
- O uso é controverso, principalmente em decorrência de efeitos colaterais e potencial para abuso e dependência
- As diretrizes não recomendam universalmente o uso de relaxantes musculares no controle da lombalgia
- Proporciona alívio em curto prazo da lombalgia
 - Sem diferenças na eficácia e segurança
 - Muito poucos estudos de curto prazo
 - Nenhuma evidência corrobora o uso em longo prazo ou recomenda um ao invés de outro

Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática com Base em Mecanismos



SNRI = inibidor da recaptação de serotonina e noradrenalina; TCA = antidepressivo tricíclico

Adaptado de: Attal N *et al.* *Eur J Neurol* 2010; 17(9):1113-e88; Beydoun A, Backonja MM. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25(5 Suppl):S18-30; Jarvis MF, Boyce-Rustay JM. *Curr Pharm Des* 2009; 15(15):1711-6; Gilron I *et al.* *CMAJ* 2006; 175(3):265-75; Moisset X, Bouhassira D. *NeuroImage* 2007; 37(Suppl 1):S80-8; Morlion B. *Curr Med Res Opin* 2011; 27(1):11-33; Scholz J, Woolf CJ. *Nat Neurosci* 2002; 5(Suppl):1062-7.

Ligantes $\alpha_2\delta$ * para o Controle da Lombalgia

Úteis em combinação com outros tratamentos para lombalgia com um componente neuropático

Eficácia	Segurança	Mecanismo de Ação
<ul style="list-style-type: none">A combinação de pregabalina + coxibe é mais eficaz do que qualquer um dos medicamentos usados isoladamente para o tratamento da lombalgia	<ul style="list-style-type: none">Os efeitos colaterais mais comuns são tontura e sonolência	<ul style="list-style-type: none">Ligam-se a subunidade $\alpha_2\delta$ do canal de cálcio, que é regulada ascendentemente na dor neuropáticaA ligação reduz a liberação de neurotransmissores e a sensibilização à dor

*Gabapentina e pregabalina são ligantes $\alpha_2\delta$ ligands

Coxibe = inibidor específico da COX-2

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8; Bauer CS et al. *J Neurosci* 2009; 29(13):4076-88;

Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20; Romanó C et al. *J Orthop Traumatol* 2009; 10(4):185.

Antidepressivos para o Controle da Lombalgia

Úteis em combinação com outros tratamentos para lombalgia com um componente neuropático

Eficácia	Segurança	Mecanismo de Ação
<ul style="list-style-type: none">• Não recomendados para lombalgia aguda inespecífica• Podem ser considerados para lombalgia com um componente neuropático	<ul style="list-style-type: none">• TCAs podem causar distúrbios cognitivos, confusão, distúrbios da marcha e quedas• SNRIs são contraindicados em disfunção hepática grave ou hipertensão arterial instável	<ul style="list-style-type: none">• Inibição da recaptção de serotonina e noradrenalina, aprimorando a modulação descendente

TCA = antidepressivo tricíclico; SNRI = inibidor da recaptção de serotonina e noradrenalina

Attal N, Finnerup NB. *Pain Clinical Updates* 2010; 18(9):1-8; Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-2; Skljarevski V et al. *Eur J Neurol* 2009; 16(9):1041-8; Verdu B et al. *Drugs* 2008; 68(18):2611-32.

Terapias Não Recomendadas para Lombalgia

ASA	Bendodiazepínicos	Corticosteroides Sistêmicos
<ul style="list-style-type: none">Evidências insuficientes para permitir a recomendação de seu uso como um analgésico em pacientes com lombalgia	<ul style="list-style-type: none">Risco de abuso, vício e tolerância	<ul style="list-style-type: none">Oral ou parenteralNão é mais eficaz que placebo

ASA = ácido acetilsalicílico

Arbus L et al. *Clin Trials J* 1990; 27:258-67; Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147(7):505-14; Derry S et al. *BMJ* 2000; 321(7270):1183-7; Evans DP et al. *Curr Med Res Opin* 1980; 6(8):540-7; Finckh A et al. *Spine (Phila PA 1976)*. 2006; 31(4):377-81; Friedman BW et al. *J Emerg Med* 2006; 31(4):365-70; Haimovic IC, Beresford HR. *Neurology* 1986; 36(12):1593-4; Medina Santillán R et al. *Proc West Pharmacol Soc* 2000; 43:69-70.

Principais Recomendações para o Controle da Lombalgia Aguda

Nível A (Evidências Consistentes)	Nível B (Evidências Inconsistentes)	Nível C (Consenso)
<ul style="list-style-type: none">• O repouso não é recomendado• nsNSAIDs/coxibes, acetaminofeno e relaxantes musculares são tratamento eficazes para lombalgia inespecífica	<ul style="list-style-type: none">• A educação dos pacientes é benéfica• A estabilização da espinha pode reduzir a recorrência e a necessidade de serviços de saúde• Técnicas de manipulação da coluna vertebral e quiropráticas não são recomendadas	<ul style="list-style-type: none">• Bandeiras vermelhas são comuns, mas não indicam necessariamente uma patologia séria• Exames de imagem não são indicados sem achados sugestivos de patologia séria

Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = antiinflamatório não esteroide

Casazza BA. *Am Fam Physician* 2012; 85(4):343-50.

Recomendações Terapêuticas para o Controle da Lombalgia

	Lombalgia Inespecífica	Dor Radicular
Aguda	<ul style="list-style-type: none">• Acetaminofeno• nsNSAIDs/coxibes<ul style="list-style-type: none">• Prescrever concomitantemente PPI para pacientes >45 anos de idade• Opióides fracos• Relaxantes musculares	<p>Se a dor radicular for proeminente considerar a adição de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ligantes $\alpha^2\delta$• TCAs
Crônica	<p>Encaminhar para especialista para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terapia cognitivo-comportamental• Controle farmacológico complexo, incluindo opióides e medicamentos para dor neuropática• Considerar terapias de dor intervencionistas• Considerar cirurgia	<p>Encaminhar para especialista para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Terapia cognitivo-comportamental• Controle farmacológico complexo, incluindo opióides e medicamentos para dor neuropática• Considerar terapias de dor intervencionistas• Considerar cirurgia

Coxibe = inibidor específico da COX-2; nsNSAID = antiinflamatório não esteroide não seletivo;

PPI = inibidor da bomba de prótons; TCA = antidepressivo tricíclico

Adaptado de: Lee J et al. *Br J Anaesth* 2013; 111(1):112-20.

Principais Mensagens

- A maioria das pessoas sofre de lombalgia em algum ponto em sua vida
- 90% das vezes, a lombalgia é benigna e auto-limitante
 - “Bandeiras amarelas” podem ajudar a identificar indivíduos em risco de dor crônica
- “Bandeiras vermelhas” que exigem ação imediata devem ser avaliadas em todos os pacientes que apresentam lombalgia
- A dor deve ser abordada utilizando-se uma abordagem interdisciplinar incluindo educação de pacientes e terapias não farmacológicas

Principais Mensagens (continuação)

- A farmacoterapia para lombalgia aguda pode incluir acetaminofeno, nsNSAIDs/coxibes, opioides fracos e/ou relaxantes musculares
 - A adição de ligantes $\alpha_2\delta$ ou TCAs deve ser considerada se dor radicular estiver presente
- Pacientes com lombalgia de maior duração devem ser avaliados quanto a dor neuropática e sensibilização central/ dor disfuncional
 - Estes pacientes podem exigir encaminhamento a um especialista