

TRATAMENTO CONSERVADOR

Medicamentoso

Hamid Alexandre Cecin⁽¹⁾, Antonio Carlos Ximenes⁽²⁾

Antes da prescrição de qualquer medida terapêutica, é fundamental ter em mente, como já foi reiteradamente enfatizado nas Diretrizes anteriores, que é imperativo se chegar ao diagnóstico das causas da dor lombar, uma vez que, para cada uma das doenças da coluna vertebral, existe um tipo de tratamento específico.

A informação sobre a origem e as causas da dor lombar é decisiva e crucial para a adesão dos pacientes ao tratamento. Entretanto, a desinformação, os mitos e as crendices propagados pela mídia leiga ou por “literatura científica” que não correspondam à realidade fisiopatológica do que se passa em suas colunas são fatores de pior evolução e prognóstico. Dessa forma, o médico dando informações adequadas – e, em linguagem acessível –, pode tornar o tratamento mais eficaz. Diagnóstico de lombalgia inespecífica ou idiopática, síndrome facetária ou lombalgia não satisfaz quem quer saber mais sobre sua doença. Dizer aos pacientes que sua doença não tem cura é outro desastre.

Dessa forma, informações sobre as causas, a fisiopatologia e o prognóstico são preditores de melhores resultados tanto nos casos agudos quanto nos crônicos. Isso é importante para pacientes e médicos, pois se isso não acontecer, sinaliza, para os primeiros, que se trata de algo mais que uma simples lombalgia mecânica comum ou lumbago. Nas lombalgias e cialgias, atípicas e crônicas, em que fatores de risco psicossociais estejam ausentes^(7,8), a não-procura por “sinais de alerta vermelhos”, como linfomas, metástases e infecções, pode causar danos irreparáveis aos pacientes.

Sobre os exames complementares (de imagem, sangue e outros), deve-se dizer aos pacientes que eles são necessários apenas em casos especiais (longa evolução, presença de alterações neurológicas e/ou os referidos “sinais de alerta”). Nesta última situação, havendo suspeita de tumor, infecção ou fratura, a solicitação de exames complementares deve ser imediata⁽⁹⁻¹¹⁾. Quando a qualidade dos exames complementares não corresponder ao quadro clínico, é preciso discutir o caso com os responsáveis por sua execução.

Nos casos em que não haja dúvida alguma, como nas causas mecânico-degenerativas, os clínicos e os especialistas devem prover seus pacientes com informações baseadas em evidências científicas e recomendar que permaneçam em atividade. Passada a fase aguda, dar-lhes instruções sobre postura, e alertá-los que, havendo uma evolução atípica da dor lombar e cialgia (mais de 30 dias de duração), fatores de risco psicossociais podem estar presentes. Nessa situação, o médico deve ser novamente procurado⁽¹²⁾.

Também há de se considerar que, na patogênese das doenças da coluna vertebral, além dos aspectos biológicos e mecânicos já discutidos, existe extensa gama de variáveis psicológicas e sociais que com eles interage. Dessa forma e, principalmente nas lombalgias crônicas, sejam orgânicas ou psicossomáticas, a incapacidade e a doença que as geraram não podem ser conceituadas sob o estrito ângulo de visão de uma abordagem terapêutica puramente organicista.

A identificação dos “sinais de alerta amarelos” (depressão, ansiedade, litígios, demandas trabalhistas), a sua adequada abordagem e a eficácia dos resultados obtidos têm sido negligenciada. A maioria dos estudos randomizados sobre os procedimentos terapêuticos utilizados, quando comparados com tratamentos ativos controles, apresenta resultados conflitantes. Os referidos estudos têm uma qualidade metodológica que deixa a desejar, porque incorrem, como sempre, no equívoco de analisar populações heterogêneas, sob a genérica denominação de “lombalgia”, sem atentar para o diagnóstico diferencial de mais de uma centena de causas⁽¹³⁾. Nessa hora, os pacientes, em desespero, apelam para tratamentos não-convencionais sem comprovação científica que, na condição de placebos, podem até aliviar a dor, mas não atuam na história natural dessas centenas de causas.

REPOUSO

O repouso é eficaz tanto nas lombalgias quanto nas lombocialgias e ciáticas das doenças mecânico-degenerativas

1. Professor Titular da Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Consultor ad hoc, na área de medicina, do CNPq (1995-2000).

2. Doutor em Reumatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); Professor de Reumatologia da Universidade Regional do Gurupi.

Endereço para correspondência: Hamid Alexandre Cecin. Rua Nacib Cury, 419, São Sebastião, 38060-380, Uberaba, MG, e-mail: hamid@colunet.com.br

Endereço para correspondência: Antonio Carlos Ximenes. Rua 120, 389, Setor Sul, 74085-450, Goiânia, GO, e-mail: aximenes@terra.com.br

agudas. Não pode ser muito prolongado, pois a inatividade tem também a sua ação deletéria sobre o aparelho locomotor. Assim que a atividade e a deambulação forem possíveis, o tempo de repouso pode ser encurtado e o paciente deve ser estimulado a retornar às suas atividades habituais, o mais rapidamente possível. Esse aconselhamento resulta retorno mais rápido ao trabalho, pouca ou nenhuma limitação funcional a longo prazo e menor taxa de recorrência^(14,15).

O posicionamento em repouso, principalmente nas hérnias discais, geralmente é feito com o corpo em decúbito supino, com joelhos fletidos e pés apoiados sobre o leito e/ou com flexão das pernas em um ângulo de 90° com as coxas e um mesmo ângulo destas com a bacia, objetivando retificar a lordose da coluna lombar (posição de Zassirchon)⁽⁶⁾. Nessas posições, o repouso reduz, de forma expressiva, a pressão sobre os discos intervertebrais e a musculatura paravertebral lombar⁽¹⁶⁾. A sua duração é variável, dependendo do tipo da doença e da intensidade da dor. Em média, deve ser de três a quatro dias e, no máximo, de cinco a seis dias⁽¹⁷⁾. Nos casos em que a dor continua intensa, os movimentos e a deambulação difíceis, ele pode ser prolongado, pois cada caso é individual⁽¹⁸⁾.

A literatura médica sobre a matéria, por colocar todas as causas de dor lombar sob a genérica denominação de “lombalgia inespecífica”, a *low back pain* (LBP) da fala anglo-americana, tem apregoado que o repouso seja desnecessário, senão até mesmo prejudicial. Nem mesmo a comprovação experimental por Wilke *et al.*⁽¹⁶⁾ e Nachemson⁽¹⁷⁾, de que o repouso reduz a pressão intradiscal afastou esse mito, que ainda alguns equívocos da medicina baseada em evidência apregoa.

Felizmente, alguns autores alertam para esses equívocos: resultados das revisões sistemáticas da literatura sobre o repouso são questionadas porque os diferentes tipos e causas de “dor lombar” e “ciática” foram – e são, ainda hoje – considerados como se fossem uma só entidade nosológica e não terem etiologias específicas.

Nesse contexto, felizmente, até o respeitado Instituto Cochrane (Cochrane Library) reviu suas posições sobre lombalgia inespecífica ou LBP, ao reconhecer que o emprego de regras diferentes sobre intervenções na LBP para determinar níveis de evidências pode levar a diferentes conclusões sobre os efeitos do tratamento. Assim, o Instituto Cochrane, ao atualizar as suas revisões, atentou para essas negligências e/ou omissões (grifo nosso) na sua mais recente revisão⁽¹⁹⁾.

Na esteira dessa argumentação, outro autor adverte que as referidas revisões sistemáticas sobre este tema constituem

armadilhas em que se constata a baixa qualidade das pesquisas (*trials*), e que há necessidade de outras de melhor qualidade que permitam revisões mais conclusivas⁽²⁰⁾.

Os desencontros na literatura são evidentes, como se pode comprovar mais adiante, quando abordaremos os procedimentos de reabilitação. Nesse aspecto, são prementes a necessidade de diagnóstico específico causal e a abolição dos termos genéricos de “lombalgia” e “lombociatalgia”.

A complexidade deste tema, o repouso, é muito grande. Para exemplificar: não se podem tirar conclusões – como já vários autores admitem – quando diferentes condições patológicas são analisadas como se fossem uma única entidade nosológica. Isso porque a análise estatística que dá suporte a tais conclusões, considerando uma única variável e uma só causa (lombalgia e ciatalgia), quando dezenas, senão centenas de variáveis, estejam em jogo, é de um reducionismo prejudicial.

Considerar, por exemplo, a dor originária das articulações zigapofisárias como sendo única e exclusivamente decorrente da osteoartrose ou osteoartrite para os de fala anglo-saxônica, é um erro. Muitas outras condições patológicas, que não a osteoartrite, podem afetar articulações zigapofisárias e ser a origem da dor, a saber: espondilite anquilosante, artrite reumatóide, inflamação sinovial de outras etiologias, cisto sinovial intrafacetário, encarceramento sinovial, condromalácea das facetas, condrocalcinose, hipertrofia assimétrica das facetas com estreitamento do recesso lateral, calcificação, sinovite vilonodular, infecções agudas e crônicas, encarceramento meniscóide e lesões devido a traumas⁽²¹⁾.

Em uma revisão retrospectiva, analisando 303 pacientes consecutivos com dor lombar (*low back pain*) por ressonância magnética, Doyle e Merrilees observaram que 9,5% tinham cistos sinoviais facetários, a maioria dos quais localizada posteriormente⁽²²⁾. E os outros 90,5%, quais doenças teriam? Para todos estaria indicado ou não o repouso?

Diante de tantas evidências, uma interrogação é lançada: como se pode falar da eficácia ou não de determinado procedimento (como o repouso), se está ou não indicado, se não se sabe a doença que provocou a dor lombar? Será que, para um paciente com espondilodiscite bacteriana e sepsis, espondilite anquilosante em fase aguda e fase aguda de um linfoma com lesão do corpo vertebral e fratura, não estaria indicado o repouso? Claro que sim. Como se pode continuar banalizando uma dor que tem como causa mais de uma centena de doenças diferentes?

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Depois desta longa, mas necessária, introdução, podemos dizer que o tratamento medicamentoso, em primeira etapa, deve ser centrado no controle sintomático da dor para propiciar a recuperação funcional, o mais rapidamente possível⁽²³⁾. A sua eficácia se restringe às causas mecânico-degenerativas, e, mesmo assim, em fase inicial. Em segunda etapa, é mandatório que sejam procuradas causas específicas, como neoplasias, fraturas, doenças metabólicas, doenças infecciosas, inflamatórias e outras.

ANALGÉSICOS

ACETAMINOFEN

O acetaminofen (paracetamol) na dose de 500 mg, 4 a 6 vezes ao dia, é eficaz na dor de intensidade discreta, e é, relativamente, de baixo custo. Em uma escala analógica visual de 100 pontos, a sua eficácia, na dor de grande intensidade, é menor que 10 pontos. O risco da utilização desse medicamento é considerado baixo, mas deve ser utilizado com cautela em hepatopatas e pacientes em uso concomitante de antiinflamatórios não-hormonais (AINHs)⁽²⁴⁾. É menos eficaz do que os AINHs^(25,26).

DIPIRONA

A dipirona é utilizada com frequência no nosso meio, na dose de 500 mg, até 4 vezes ao dia⁽²⁷⁾. A sua atividade analgésica tem o respaldo da prática médica.

OPIÓIDES

Os opióides não são recomendados na lombalgia crônica, pelo risco da dependência química quando utilizados por tempo prolongado. São uma opção no tratamento da lombalgias e cialgias agudas graves que não responderam aos AINHs. Se em alguns dias os opióides não mostraram eficácia no controle da dor, deve-se considerar a possibilidade de outras alternativas de tratamento e reavaliar o diagnóstico causal. O risco de efeitos colaterais deve ser pesado em relação aos eventuais benefícios^(28,29).

O fosfato de codeína na dose de 30 mg, 3 a 4 vezes ao dia, tem como principais efeitos adversos sonolência, déficit de atenção e constipação intestinal⁽³⁰⁾. O cloridrato de tramadol é usado na dose de 100 a 400 mg diários e apresenta os mesmos efeitos colaterais descritos.

ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-HORMONAIS

Os antiinflamatórios não-hormonais (AINHs), na prática clínica, são os medicamentos mais empregados.

Dependendo da dose utilizada, a intervalos regulares, têm efeitos analgésicos e antiinflamatórios^(23,31). Todas as classes de antiinflamatórios podem ser úteis no tratamento das lombalgias, desde que usadas com precaução em pacientes de risco, como os idosos, principalmente em relação aos já bem conhecidos efeitos sobre o tubo digestivo e os rins.

Os efeitos adversos desses medicamentos podem causar sérios problemas para o paciente, devendo-se considerar na sua escolha a tolerabilidade e a segurança, assim como a interação com outros medicamentos⁽³²⁾. Não há diferença entre os AINHs inibidores da COX-1 (ciclooxigenase 1) e os inibidores seletivos COX-2 (ciclooxigenase 2) quanto à eficácia analgésica e antiinflamatória, exceto a comodidade posológica e melhor segurança destes últimos quanto aos efeitos colaterais em relação ao sistema digestório.

Há de se advertir sobre a associação entre a utilização dos inibidores seletivos da COX-2 e o risco aumentado de infarto do miocárdio⁽³³⁾. Embora os AINHs inibidores da COX-2 constituam avanço quanto a menor risco de efeitos lesivos sobre o sistema digestório, devem ser usados com cautela em pacientes com distúrbios da coagulação, alterações hemodinâmicas, renais ou cardiovasculares. Em que pese os poucos efeitos colaterais sobre o trato gastrointestinal, são contra-indicados na úlcera péptica ativa e nos sangramentos gastrintestinais. Ainda sobre os AINHs: a utilização habitual de inibidores de bomba de prótons, para combater efeitos gástricos adversos, pode causar problemas de alto risco, como miopatias subagudas, hipergastrinemia, que pode causar crescimento de tumores gastrintestinais, além de alterar a biodisponibilidade do cetaconazol, ésteres de ampicilina e sais de ferro⁽³⁴⁾.

O ácido acetilsalicílico não é recomendado no tratamento dessas condições pela grande toxicidade nas doses analgésicas habituais⁽³⁵⁾.

CORTICOSTERÓIDES

Os resultados dos estudos controlados e randomizados sobre a eficácia dos corticosteróides na lombalgia aguda mecânica e/ou nas não-mecânicas, seja por via parenteral ou epidural, são conflitantes⁽³⁶⁾. Em geral, não são recomendados, exceto na osteoartrose zigapofisária, quando houver claras evidências de processo inflamatório detectado pela ressonância magnética. Aliás, essa condição patológica é mais prevalente do que se imagina, depois do advento da ressonância magnética.

Na hérnia discal aguda, a utilização dos corticosteróides, que era antigamente empírica, mas comprovada na prática médica, hoje tem comprovação experimental e lógica. A

degeneração do disco intervertebral, que pode preceder a herniação está associada a fatores hereditários e a outros fatores de risco mecânico, como a compressão radicular pelo disco herniado. A compressão radicular, em virtude de o material herniado estar fora de seu *habitat* anatômico natural, desencadeia processo inflamatório, com liberação de mediadores inflamatórios, como fosfolipase A, prostaglandina E2, interleucina-1 e TNF-alfa, com lesão axonal e das células de Schwann e isquemia da raiz nervosa⁽³⁷⁻⁴¹⁾.

Dessa forma, a experiência clínica positiva sobre sua eficácia, antes empírica, tem agora o respaldo das pesquisas experimentais e da fisiopatologia do processo patológico já delineado – o que, cientificamente, referenda a sua utilização – por ser a inibição do referido processo inflamatório mais completa e eficaz do que com AINHs⁽³¹⁾.

Os ensaios clínicos da literatura, randomizados e controlados, ditos conflitantes em relação à ineficácia dos corticosteróides nas hérnias discais, são de qualidade metodológica criticável. Em um deles, a dosagem usada, apenas um único bólus de 500 mg de metilprednisolona por injeção IV, não permite que se faça qualquer conclusão sobre resultados. O próprio autor do referido estudo⁽³¹⁾ adverte que tal trabalho é insuficiente para se poder chegar a conclusões definitivas, e arremata que o tratamento deveria ser mais longo e outros parâmetros deveriam ser analisados. É evidente que um único bólus de 500 mg de metilprednisolona não vai resolver um quadro agudo de hérnia extrusa.

Especificamente na hérnia discal, em que a compressão radicular é acompanhada de inflamação, a utilização de glicocorticóides pode oferecer vantagens adicionais que os AINHs não conseguem proporcionar. Doses maiores são necessárias, principalmente nos casos de comprometimento neurológico grave. A infiltração epidural com glicocorticóides⁽⁴²⁾, anestésicos⁽⁴³⁾ e opióides é uma opção no manejo da dor radicular aguda após falha com o tratamento conservador⁽⁴⁴⁻⁴⁷⁾.

RELAXANTES MUSCULARES

Os relaxantes musculares, como carisoprodo e ciclobenzaprina, são também uma opção no tratamento, a curto prazo, da lombalgia aguda mecânica comum, demonstrando eficácia superior ao placebo. Seu uso, em associação com outros analgésicos e antiinflamatórios, traz benefícios adicionais no alívio da dor⁽⁴⁸⁾. Complicações potenciais incluem sonolência, tontura e constipação intestinal. Não há contundentes evidências de que haja diferenças entre os diversos relaxantes musculares no que concerne à sua eficácia e segurança⁽⁴⁹⁻⁵¹⁾. A sua utilização prolongada não é recomendada.

BENZODIAZEPÍNICOS E ANTIDEPRESSIVOS

Os benzodiazepínicos não parecem úteis e não estão indicados na lombalgia mecânica aguda comum⁽⁵²⁾. Os antidepressivos não são recomendados na lombalgia mecânica aguda. Os antidepressivos tricíclicos são uma opção nas lombalgias crônicas, mesmo quando não associadas à depressão^(51,53). Quanto a outras classes de antidepressivos, como os inibidores seletivos da recaptção da serotonina e serotonina-noradrenalina (duloxetina e venflaxina), não há provas de sua eficácia e, por isso, tais medicamentos não estão indicados.

Vale a pena lembrar que a depressão é um sintoma que acompanha pacientes com lombalgia crônica com aqueles fatores de risco psicossociais, já citados anteriormente, e que precisam ser avaliados e tratados de forma apropriada. Não há fortes evidências de que a gabapentina (exceto nos casos de ciática), os benzodiazepínicos, a capsaicina e outros medicamentos sejam eficazes a longo prazo, porque não agem na história natural da doença⁽⁵⁴⁻⁵⁶⁾.

CALCITONINA

A calcitonina é recomendada apenas nos casos de fratura osteoporótica recente com componente doloroso e nas dores ósseas das metástases e doença de Paget⁽⁵⁷⁾.