

## **LUMBAGO CRÓNICO EN APS**

**Autor: Dr. Roberto Sandoval Calvetti, Residente de Medicina Familiar PUC**

**Editora: Dra. Isabel Mora M., Docente Departamento Medicina Familiar PUC.**

### **Resumen de portada:**

El lumbago crónico es una enfermedad altamente prevalente en atención primaria, siendo la quinta causa de visita médica en atención primaria en Estados Unidos. En el presente artículo revisaremos y analizaremos los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de lumbago crónico en APS y la evidencia disponible al respecto.

**Palabras claves:** Lumbago Crónico, AINES en Lumbago Crónico, Opioides en Lumbago Crónico, APS, Medicina familiar.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Se define lumbago crónico como un dolor lumbar persistente o fluctuante de al menos 3 meses de duración<sup>(1)</sup>. Si bien la prevalencia no está claramente establecida, debido a las diversas variaciones en la definición que se utiliza para medir, una revisión sistemática de 2012 estimó que la prevalencia puntual global de dolor lumbar que limita la actividad y que dura más de un día fue de un 12 % y que la prevalencia de síntomas que persisten al mes fue de un 23% <sup>(2)</sup>. Debemos mencionar además que posterior a un episodio de lumbago agudo, un 20% de los pacientes persiste con los síntomas a un año y, paralelamente, un 10% se mantiene fuera de la actividad laboral debido a la sintomatología.

Actualmente se clasifica el lumbago crónico en cuatro categorías según la etiología involucrada<sup>(3)</sup>:

- 1) Lumbago crónico inespecífico,
- 2) Lumbago crónico asociado a radiculopatías o estenosis espinal (Hernia núcleo pulposo, fracturas vertebrales),
- 3) Lumbago crónico asociado a otras causas vertebrales específicas (Neoplasias, infecciones),
- 4) Lumbago crónico por dolor referido.

De estos, la causa más frecuente de lumbago crónico es el lumbago crónico no específico, con una prevalencia estimada del 85-90%, en segundo lugar podemos encontrar el lumbago crónico asociado a radiculopatías o estenosis espinal con un 14%, luego lumbago crónico asociado a otras causas espinales con un 1%. Se estima que las causas secundarias, como cáncer o fractura, a nivel de atención primaria oscilan entre 1 a 4 % <sup>(2)</sup>.

## II. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

¿Qué nos dice la evidencia del tratamiento farmacológico para el lumbago crónico?

- a) PARACETAMOL: la evidencia disponible es insuficiente (muy baja calidad) para determinar el efecto de esta terapia en casos de lumbago crónico. <sup>(4)</sup>
- b) AINES: una revisión sistemática <sup>(5)</sup> encontró una asociación con una gran reducción de dolor a las 12 semanas (Diferencia de Medias DM – 12.40 puntos, en escala de 0 a 100 puntos). Sin embargo, 2 ensayos que no fueron incluidos reportan un efecto pequeño en alivio del dolor. Además, el uso de AINES fue asociado a una mayor cantidad de efectos adversos comparado con placebo, RR (riesgo relativo): 1.35 (1.09 a 1.68) <sup>(5)</sup>. En conclusión, los AINES, podrían reducir la intensidad del dolor y el grado de discapacidad, pero debiendo poner atención en los efectos adversos.
- c) OPIOIDES: una revisión encontró que los opioides fuertes (morfina, oxymorfina, tapentadol) se asociaron a un alivio en la intensidad del dolor con una intensidad de efecto moderado y mejora en la funcionalidad (calidad de la evidencia moderada). Además, se establece que el tramadol se asocia con una reducción en la intensidad del dolor (baja calidad de la evidencia), reducción de la discapacidad (calidad de la evidencia moderada) y mayores efectos adversos, comparado con placebo (baja calidad de la evidencia). Por lo tanto, podemos decir que el uso de opioides fuertes probablemente reduce la intensidad del dolor y mejora el grado de discapacidad, comparado con placebo. El uso de tramadol podría reducir la intensidad del dolor, probablemente mejora el grado de discapacidad y podría presentar más efectos adversos, comparado con placebo <sup>(4) (6)</sup>.
- d) ANTIDEPRESIVOS: existe evidencia que ha demostrado que tanto los antidepresivos tricíclicos como los IRSS probablemente no disminuyen la intensidad del dolor, comparados con el placebo.
- e) ANTICONVULSIVANTES: una revisión sistemática estudió diversos anticonvulsivantes en dolor lumbar agudo y crónico <sup>(7)</sup>. Respecto al tratamiento de lumbago crónico se encontró que Gabapentina no reduce la intensidad del dolor ni muestra una mejoría en la funcionalidad comparado con placebo. El uso de Topiramato probablemente reduce la intensidad del dolor comparado con placebo.

Como se puede apreciar, la efectividad general de los tratamientos farmacológicos para los pacientes con lumbago crónico es algo decepcionante, ya que los efectos sobre la reducción del dolor y la mejoría en la funcionalidad suelen ser de pequeños a moderados y en su mayoría a

corto plazo. Al respecto, los expertos actualmente recomiendan centrarse en identificar subgrupos de pacientes que responderán favorablemente a distintos tipos de drogas <sup>(9)</sup>.

En nuestra práctica clínica es relevante tener conocimiento sobre los efectos adversos de los fármacos <sup>(9)</sup>, y debemos recordar además que si no vemos efecto en un tiempo prudente, se debe cambiar a una estrategia de tratamiento diferente o derivación.

### **III. TERAPIA NO FARMACOLÓGICA**

Existe una revisión sistemática<sup>(8)</sup> reciente donde se evalúan diversas terapias no farmacológicas en pacientes con lumbago agudo y crónico. Respecto a las terapias en lumbago crónico podemos decir que:

- a. Acupuntura: probablemente reduce la intensidad del dolor y mejora la funcionalidad, comparada con placebo, con una magnitud de efecto moderado y pequeño respectivamente. Además, probablemente reduce la intensidad del dolor comparado con terapias farmacológicas (AINES, Relajantes musculares y otros analgésicos). <sup>(8)</sup>
- b. Rehabilitación multidisciplinaria (incluye terapia ocupacional, kinesiología): probablemente reduce la intensidad del dolor y mejora la funcionalidad, comparada con placebo, con una magnitud de efecto moderado y pequeño respectivamente. <sup>(8)</sup>

### **IV. CONCLUSIONES**

El lumbago crónico es una patología frecuente en atención primaria y aproximadamente 90% corresponde a lumbago crónico no específico.

Según lo anteriormente expuesto y las recomendaciones actuales de expertos, se puede concluir que frente a un paciente con lumbago crónico se debiera:

- 1) iniciar con paracetamol y/o aines, y si no responde, ir escalando rápidamente en el tratamiento.
- 2) intentar manejo con opioides
- 3) siempre asociar terapias no farmacológicas que han mostrado efecto en los diversos estudios.

### **Bibliografía:**

- (1) Allen R. Last MD, MPH, and Hulbert K, MD. Chronic Low Back Pain: Evaluation and Management. American Family Physician. Vol.79, Número 12. Junio, 2009

- (2) Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism*, 64(6), 2028–2037. doi:10.1002/art.34347.
- (3) Herndon, C., Zoberi, K., & Gardner, B. (2018). Common Questions About Chronic Low Back Pain. Retrieved from <https://www.aafp.org/afp/2015/0515/p708.html>
- (4) Chou, R., Deyo, R., Friedly, J., Skelly, A., Weimer, M., Fu, R. Grusing, S. (2017). Systemic Pharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 480. doi:10.7326/m16-2458
- (5) Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;CD000396. [PMID: 18253976] doi:10.1002/14651858.CD000396.pub3
- (6) Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk DC. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; CD004959. [PMID: 23983011] doi:10.1002/14651858.CD004959 .pub4.
- (7) Enke, O., New, H. A., New, C. H., Mathieson, S., McLachlan, A. J., Latimer, J., ... Lin, C.-W. C. (2018). Anticonvulsants in the treatment of low back pain and lumbar radicular pain: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 190(26), E786–E793. doi:10.1503/cmaj.171333.
- (8) Roger Chou, MD; Richard Deyo, MD, MPH; Chou, R., Deyo, R., Friedly, J., Skelly, A., Hashimoto, R., Weimer, M., ... Brodt, E. D. (2017). Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 493. doi:10.7326/m16-2459.
- (9) Bart W. Koes, Daan Backes & Patrick J. E. Bindels (2018): Pharmacotherapy for chronic non-specific low back pain: current and future options, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, DOI: 10.1080/14656566.2018.1454430.