

Guia dor lumbago

Dr. Valderílio Feijó Azevedo

A DOR LOMBAR E O USO DO TRAMADOL EM MONOTERAPIA OU ASSOCIADO

INTRODUÇÃO

A lombalgia ou dor lombar é a denominação que se dá a “dor nas costas”. Mais especificamente, é definida como dor na região posterior do tronco inferior, do final das costelas até a prega glútea. Ela é uma das causas mais comuns de procura por atendimento médico, gerando impactos pessoal (morbidade), ocupacional, social e econômico¹. No Brasil, é considerada uma das três maiores causas de absenteísmo laboral e/ou de diminuição da produtividade no trabalho. A dor pode ser aguda, geralmente autolimitada, ou crônica (duração maior que 12 semanas)^{2,3}. A prevalência de dor lombar anual varia entre 10 e 30%, enquanto se estima que entre 65% e 80% da população já tenha vivenciado pelo menos um episódio de dor lombar, especialmente após os 50 anos². Entre os pacientes com dor lombar crônica (DLC), aproximadamente um terço relata dor lombar de intensidade moderada e continua por um ano ou mais após um episódio agudo^{2,3}. É importante salientar que a lombalgia aguda, geralmente, é uma condição autolimitada e 90% dos pacientes, podem recuperar-se espontaneamente em um período entre quatro e sete semanas⁴.

A dor lombar pode ter várias causas e, portanto, origens diferentes². Isso se deve ao fato de que a unidade funcional da coluna é composta de ossos, ligamentos, músculos, discos intervertebrais, vasos e nervos. Em tese, três origens da lombalgia são bem conhecidas²:

Axial (lombossacral): dor na região das vértebras L1-L5 e S1 ou sacral ou região sacrococcígea.

Médico reumatologista.
Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Paraná.
Mestrado em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná.
Doutorado em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Professor adjunto da Universidade Federal do Paraná.

Recebido: 17 de junho de 2021

Aceito: 30 de novembro de 2021

Correspondência
equipemedica@mpgrupo.com.br

Este artigo deve ser citado como: Feijó Azevedo V. Guia dor lumbago. Med Int Méx. 2021; 37 (Supl. 2): S36-S41.

Radicular: dor que irradia para um dermatomo dos membros inferiores, causada por compressão ou inflamação de uma raiz dorsal ou de um nervo.

Dor irradiada: dor originada que se irradia para região remota, porém sem “respeitar” o(s) dermatomo(s).

Etiologia

A maioria dos pacientes com lombalgia - de 70% a 85% - apresentam dor lombar inespecífica ou idiopática^{2,3}. Nos demais indivíduos há uma causa potencialmente grave de lombalgia⁴. Observa-se que, no atendimento primário não especializado, apenas 15% das

dores lombares estão relacionadas a uma razão específica (trauma, infecção, inflamação, espondiloartrite, tumor, hérnia discal, vasculopatia etc.). Alguns sinais de alerta indicam a presença de uma possível origem para a dor e, nesse caso, o paciente deve ser investigado mais detalhadamente^{3,5}:

Na investigação da causa da lombalgia, a ressonância magnética (RM) pode ser indicada como o exame inicial preferencial, porém a tomografia computadorizada (TC) também é um recurso utilizado dependendo do quadro clínico do paciente³. Outros testes podem ser realizados conforme suspeita clínica, como exames laboratoriais, incluindo avaliação da urina³.

Sinais de alerta^{2,5}

Idade \leq 20 anos ou \geq 50 anos
Febre ou calafrios
Perda de peso
Infecção bacteriana recente
Imunodepressão
Dor com piora noturna/despertar noturno por dor
Dor com piora em decúbito dorsal ou mesmo em repouso
Trauma (em indivíduos idosos, com osteoporose ou em uso de corticosteroides, o trauma pode ser de baixo impacto)
Perda de sensibilidade em sela
Incontinência ou retenção urinária
Deficit neurológico progressivo ou significativo em membros inferiores
História de neoplasia maligna
Ausência de resolução da dor em até 6 semanas

Adaptado de: Last AR, et al. Am Fam Physician; 2009². Cecin HA, et al. Rev Bras Reumatol; 2008⁵.

Entre as causas específicas de dor lombar, destacam-se^{2,3,5}:

Hérnia de disco	Dor pode iniciar após realizar flexão da coluna lombar, podendo surgir em algumas horas, em geral no período noturno. Geralmente dor de forte intensidade e com irradiação para o membro inferior. Sinal de Lasègue positivo tem alta especificidade.
Osteoartrose	Doença degenerativa que pode acometer diversas articulações, incluindo a coluna lombar. Prevalência aumenta com a idade. Mais comum em mulheres. Caracteristicamente, a radiografia demonstra a formação de osteófitos.
Espondiloartrites	Grupo de enfermidades no qual se incluem espondilite anquilosante, espondiloartrites axiais não radiográficas, espondiloartrite psoriásica, espondiloartrites reativas e enteroartrites com manifestações axiais. As características principais são: dor lombar inflamatória com rigidez vertebral matinal, melhora com atividade física, associada ou não à artrite de grandes articulações.
Fratura	Suspeitar de histórico de trauma, osteoporose ou uso de corticosteroides. Em idosos e indivíduos com osteoporose, mesmo traumas menores podem causar fratura.
Infecções	Inclui espondilodiscite e abscesso peridural/intradural. Bacteriana: dor lombar, rigidez vertebral e velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada. Tuberculosa: evolução de semanas ou meses, com febre baixa, sudorese noturna e VHS elevada.
Síndrome da cauda equina	Acompanhada de dor em membro inferior, neuropatias motora e sensitiva, além de incontinência ou retenção urinária/fecal.
Neoplasias	Primárias: linfoma, leucemia, tumores intraespinhais, tumores primários das vértebras, tumores retroperitoneais, doença de Paget. Secundária: metástase.
Doenças viscerais	Doenças de órgãos abdominais e pélvicos podem causar dor lombar, como litíase renal, endometriose, pielonefrite, aneurisma da aorta, doença inflamatória pélvica, fibrose retroperitoneal, prostatite, pancreatite, doenças gástricas/intestinais.

Adaptado de: Last AR, *et al.* Am Fam Physician; 2009². Urits I, *et al.* Curr Pain Headache Rep; 2019³. Cecin HA, *et al.* Rev Bras Reumatol; 2008⁵.

Tratamento

O tratamento deve ser sempre individualizado e discutido com o paciente, estabelecendo expectativas realistas, as quais devem ser reavaliadas a cada consulta^{2,3}. Os objetivos da terapia incluem, além da redução da dor, a melhora da funcionalidade³. Inicialmente, o mais importante é identificar os fatores desencadeantes, sejam eles ambientais ou constitucionais, e, na medida do possível, corrigi-los. Muitas vezes é necessário lançar mão de conhecimentos de ergonomia, que estuda as relações do indivíduo com o mobiliário, os equipamentos e a organização do trabalho, as quais podem ser racionalmente transformadas no sentido de melhorar as condições que facilitam a dor associada ao trinômio trabalho-homem-ambiente³.

As seguintes modalidades terapêuticas podem ser consideradas: **uso de medicamentos, repouso, eletroterapia, fototerapia, termoterapia, terapia manual, tração, bandagem, acupuntura, utilizações de palmilhas e suportes lombares, exercícios, educação, abordagem biopsicossocial e terapia cognitivo-comportamental**³.

Além do tratamento farmacológico, os pacientes devem ser aconselhados a permanecer ativos (exceto se houver alguma contraindicação a depender da causa)³. Para que haja obtenção de sucesso na terapêutica, sem prejuízos ao indivíduo, é necessário evitar as automedicações. Deve-se, ainda, buscar sempre um profissional médico para a prescrição de qualquer terapia. O tratamento precoce evita complicações, sequelas, incapacidades e recidivas da dor³.

Tramadol isolado ou associado ao paracetamol

O tramadol é um analgésico opioide de ação central. Assim como a codeína, é um pró-fármaco, pois a sua ação analgésica depende da metabolização hepática pelo sistema P450 para

a conversão do seu metabólito ativo, no caso o O-desmetiltramadol (M1)⁶.

Ele também inibe a recaptação de serotonina e noradrenalina, diminuindo a sinalização aferente de dor e amplificando a sinalização eferente inibitória⁷. Dessa forma, o tramadol inibe tanto a transmissão como a percepção da dor⁷. O fármaco possui mínima ação sobre o trânsito gastrointestinal e não se associa ao aumento do risco de insuficiência respiratória quando utilizado em doses terapêuticas⁷.

Em um grande estudo multicêntrico, o uso do tramadol em associação com o paracetamol (37,5/325 mg) mostrou os mesmos desfechos do tramadol isolado (100 mg), com menos efeitos colaterais, em um ciclo de tratamento de dez dias de dor lombar subaguda (10-42 dias) de origem inespecífica⁸.

Entre as opções analgésicas disponíveis, destaca-se a combinação de tramadol e paracetamol (37,5/325 mg)^{9,10}.

O paracetamol possui diversos mecanismos que permitem sua ação analgésica, incluindo a inibição da síntese de prostaglandinas, a ativação de vias serotoninérgicas descendentes, a inibição da via do óxido nítrico e a interação com o sistema canabinoide endógeno⁷.

O tramadol e o paracetamol têm ações sinérgicas, de forma que seu uso combinado aumenta a potência analgésica⁷.

Outra vantagem da associação está relacionada ao início de duração da ação analgésica. O paracetamol possui rápido início de ação (~ 15-30 minutos) e atinge o pico de sua concentração plasmática em uma hora, enquanto o tramadol possui maior duração da ação analgésica (de cinco a sete horas)⁷. Dessa forma, a combinação oferece início de ação

mais rápido, concomitante à maior duração da atividade, em comparação com os fármacos em monoterapia⁷.

A combinação tramadol + paracetamol é geralmente bem tolerada⁵ e se associa a menores incidências de constipação e vômitos do que a associação de outros opioides com o paracetamol¹¹.

Estudos clínicos com a associação tramadol + paracetamol

Um estudo randomizado e duplo-cego, com duração de três meses, demonstrou que a combinação tramadol + paracetamol se associou à melhora significativa da dor, avaliada pela escala analógica visual, em comparação ao placebo ($p = 0,015$), em 318 pacientes com dor lombar crônica moderada ou importante⁹.

Tal associação ainda se vinculou às melhoras da incapacidade, avaliada pelo questionário de incapacidade de Roland ($p = 0,023$), e da qualidade de vida relacionada à saúde, avaliada pelo questionário SF-36, em comparação ao placebo⁹. Finalmente, a combinação tramadol + paracetamol foi considerada mais positiva que o placebo, tanto na avaliação subjetiva dos pacientes ($p < 0,001$), como na dos médicos ($p = 0,002$)⁷.

Outro estudo randomizado e duplo-cego, com duração de três meses, incluiu 338 pacientes com dor lombar crônica de intensidade moderada/importante. Ao final do período, os pacientes que receberam tramadol + paracetamol apresentaram melhora mais acentuada na escala analógica de dor ($p < 0,001$)¹⁰. De forma semelhante ao que foi relatado no estudo anterior, os pacientes também apresentaram melhoras mais acentuadas da incapacidade e da qualidade de vida relacionada à saúde com tramadol + paracetamol do que com o placebo¹⁰.

Um estudo randomizado com pacientes com depressão e dor lombar crônica, com oito semanas de duração, demonstrou que a combinação tramadol + paracetamol se associou às melhoras mais acentuadas da dor ($p < 0,05$) e da pontuação de depressão SDS (*Self-rating Depression Scale*) em comparação com o emprego de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs)¹².

Em outro estudo, dessa vez observacional, que incluiu pacientes idosos com dor lombar sem melhora e em uso de AINEs, a combinação tramadol + paracetamol se relacionou à melhora da dor em 75% dos indivíduos¹³.

Um estudo retrospectivo com 73 pacientes com dor lombar crônica comparou tramadol + paracetamol com celecoxibe na melhora da apatia. Foram observados melhora da dor lombar crônica e efeito motivacional com tramadol + paracetamol¹⁴.

Outra vantagem do tramadol na prática clínica é o fato de termos disponíveis apresentações para uso prolongado, especialmente para pacientes que utilizam muitas medicações e necessitam de comodidade na posologia, com menos tomadas diárias. Enquanto a apresentação de liberação imediata deve ser empregada de 6/6 horas, a de liberação prolongada deve ser ingerida a cada 12 horas⁷⁻¹⁰.

CONCLUSÃO

A dor lombar é uma queixa frequente, sendo considerada a maior causa isolada de transtorno de saúde relacionado ao trabalho e de absentismo laboral, além de ser o motivo mais comum de incapacidade entre trabalhadores jovens. Infelizmente é inespecífica ou idiopática na maioria dos casos. A abordagem dos pacientes, em geral, deve ser multiprofissional, e fisioterapeutas e/ou terapeutas ocupacionais participam

das estratégias instituídas para a melhora de pacientes com lombalgia¹⁵.

Dentre as diferentes opções terapêuticas, a abordagem farmacológica desempenha papel fundamental e o uso de analgésicos tem se tornado uma das mais poderosas ferramentas para o controle dessa enfermidade.

Entre os diversos analgésicos atualmente no mercado global, o tratamento medicamentoso com a associação tramadol + paracetamol (37,5/325 mg) ou tramadol isoladamente (100 mg) tem se mostrado amplamente eficaz no alívio da dor nesses pacientes, além de estar associado a uma redução da incapacidade e à melhora em critérios relacionados à qualidade de vida, particularmente na população de idosos. Outra vantagem do tramadol está relacionada à possibilidade de administração da sua versão de liberação prolongada, com os mesmos benefícios de eficácia e segurança das apresentações de liberação imediata⁷⁻¹⁰.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duffy RL. Low back pain: an approach to diagnosis and management. *Prim Care*. 2010;37(4):729-741.
2. Last AR, Hulbert K. Chronic low back pain: evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2009;79(12):1067-74.
3. Urits I, Burshtein A, Sharma M, Testa L, Gold PA, Orhurhu V, et al. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(3):23.
4. Nachemson AL. Newest knowledge of low back pain. A critical look. *Clin Orthop Relat Res*. 1992 Jun;(279):8-20.
5. Cecin HA, Barros Filho TEP, Taricco MA, Ximenes AC, Barbosa MHN. Diretrizes lombalgias e lombociatalgias - Atualização 2008. *Rev Bras Reumatol*. 2008;48(Supl.1):2.
6. Sevcik J, Nieber K, Driessen B, Illes P. Effects of the central analgesic tramadol and its main metabolite, O-desmethyltramadol, on rat locus coeruleus neurones. *Br J Pharmacol*. 1993 Sep;110(1):169-76.
7. Dhillon S. Tramadol/paracetamol fixed-dose combination: a review of its use in the management of moderate to severe pain. *Clin Drug Investig*. 2010;30(10):711-38.
8. Perrot S, Krause D, Crozes P, Naim C. Efficacy and tolerability of paracetamol/tramadol(325mg/37.5mg) combination treatment compared with tramadol (50 mg) monotherapy in patients with subacute low back pain: a multicenter, randomizes, double-blinde, parallel-group, 10 -day treatment study. *Clin Ther*. 2006;28(10):1592-606.
9. Ruoff GE, Rosenthal N, Jordan D, Karim R, Kamin M; Protocol CAPSS-112 Study Group. Tramadol/acetaminophen combination tablets for the treatment of chronic lower back pain: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled outpatient study. *Clin Ther*. 2003 Apr;25(4):1123-4.
10. Peloso PM, Fortin L, Beaulieu A, Kamin M, Rosenthal N; Protocol TRP-CAN-1 Study Group. Analgesic efficacy and safety of tramadol/ acetaminophen combination tablets (Ultracet) in treatment of chronic low back pain: a multicenter, outpatient, randomized, double blind, placebo-controlled trial. *J Rheumatol*. 2004 Dec;31(12):2454-63.
11. Smith AB, Ravikumar TS, Kamin M, Jordan D, Xiang J, Rosenthal N; CAPSS-115 Study Group. Combination tramadol plus acetaminophen for postsurgical pain. *Am J Surg*. 2004 Apr;187(4):521-7
12. Tetsunaga T, Tetsunaga T, Tanaka M, Ozaki T. Efficacy of tramadol-acetaminophen tablets in low back pain patients with depression. *J Orthop Sci*. 2015;20(2):281-6.
13. Imamura T. Significant Efficacy of Tramadol/Acetaminophen in Elderly Patients with Chronic Low Back Pain Uncontrolled by NSAIDs: An Observational Study. *Open Orthop J*. 2015;9:120-5.
14. Tetsunaga T, Tetsunaga T, Tanaka M, Nishida K, Takei Y, Ozaki T. Effect of Tramadol/Acetaminophen on Motivation in Patients with Chronic Low Back Pain. *Pain Res Manag*. 2016;2016:7458534.
15. Sociedade Brasileira de Reumatologia. Lombalgia. [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia; 2019. Disponível em: <https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/lombalgia/>. Acesso em: junho de 2021.