

## LUMBALGIA AGUDA. TRATAMIENTO EN GUARDIA MÉDICA: ABUSO DE LA PRESCRIPCIÓN DE CORTICO-ESTEROIDES

### ACUTE LUMBAGO. TREATMENT AT THE EMERGENCY ROOM: ABUSE OF CORTICOSTE- ROID PRESCRIPTION

ALEJANDRO BEVAQUA

*Alsina 95. Bahía Blanca. Argentina*

**Resumen:** La lumbalgia constituye uno de los cuadros de mayor frecuencia en la consulta de guardia. Los casos suelen presentarse con más o menos complejidad, es decir, mayor o menor compromiso neurológico asociado (lumbociatalgia, con o sin compromiso funcional de miembro inferior). Si bien la lumbalgia no conforma una verdadera emergencia médica, el dolor como elemento cardinal, es el origen de la consulta en los servicios de guardia médica. En estos cuadros, el médico suele tratar el síntoma y derivar al paciente para seguimiento con el traumatólogo a fin de determinar el origen del problema. La terapia básica de la lumbalgia, generalizada en los últimos años, consiste en la asociación de diclofenac más dexametasona, intentando obtener una sinergia farmacológica que potencie los efectos beneficiosos de cada droga y disminuya los adversos, con rápido alivio de la sintomatología. Esta asociación parece carecer de sentido real en la mayoría de las consultas incrementando los costos sin una adecuada relación costo/beneficio.

**Palabras clave:** lumbalgia, tratamiento, corticosteroides

---

**Correspondencia:** Dr. Alejandro Bevaqua. Alsina 95. (8000) Bahía Blanca. Argentina. E-mail: abevaqua@intramed.net

**Enviado:** 07 de octubre de 2018

**Aceptado:** 20 de diciembre de 2018

**Abstract:** Low back pain is one of the most frequent symptoms shown in the emergency room. The cases are usually more or less complex, i.e., with greater or lower associated neurological involvement -lumbosciatalgia, with or without functional leg compromise. Although this condition does not constitute a real medical emergency, pain, as a cardinal sign, is the origin for attending to the hospital emergency room where the doctor usually treats the symptom and subsequently refers the patient for follow-up with the traumatologist to determine the origin of the problem. The basic therapy for this condition, increasingly frequent in recent years, consists in the association of diclofenac and dexamethasone, as an attempt to obtain a pharmacological synergy that enhances the beneficial effects of each drug separately and decreases the adverse effects with rapid relief of symptoms. This association seems to lack real meaning in most cases, thus increasing costs without an adequate cost/benefit ratio.

**Keywords:** lumbago, treatment, corticosteroids

### INTRODUCCIÓN

La lumbalgia, con o sin ciatalgia asociada, con o sin compromiso neuro-funcional de miembros inferiores, es un cuadro frecuente en la consulta por guardia (1). Su enfoque diagnóstico y su tratamiento son, hasta cierto punto,

controversiales, no bien definidos y generan, por ende, una gran dispersión en el estudio del cuadro en los servicios de emergencia y una importante polémica en el tratamiento más apropiado para la resolución del cuadro (2).

Huelga extenderse, en aras de economía y de la dificultad que ello implica, en la definición del problema del dolor lumbar agudo y sus variantes, que puede ser consultado por cada profesional en los diferentes textos especializados (3,4).

La persona que concurre a la guardia lo hace buscando alivio rápido del síntoma. Para lograr este objetivo, es frecuente que se indiquen los fármacos diclofenac/dexametasona, por vía intramuscular.

En algunos casos, menos frecuentes, se indica una benzodiazepina como diazepam (5 mg/oral o 10 mg/ intramuscular o intravenosa) como miorrelajante. El tratamiento con benzodiazepinas es controvertido y su uso es esporádico, por lo que no se profundizará su utilización este trabajo (5)

En este estudio nos centraremos en la terapia con diclofenac/dexametasona y la conveniencia de su asociación.

Con este objetivo revisaremos, en forma breve, la farmacología de estas drogas como fundamento necesario para prescribir una terapia adecuada:

Diclofenac: pertenece al grupo conocido como AINE (anti inflamatorios no esteroideos) o DAINE (drogas antiinflamatorias no esteroideas). Actúa inhibiendo la ciclo-oxigenasa 2 (COX-2) con un grado de selectividad similar al celecoxib. (6). Presenta buena absorción vía oral y actúa inhabilitando la producción de prostaglandinas. En este sentido, comparte con los glucocorticoides el efecto inhibitorio de la forma activa de la COX-2 contribuyendo a su acción antiinflamatoria, aunque con demora por su mecanismo de acción. Los alimentos y protectores gástricos (antiácidos, inhibidores de la bomba de protones) podrían retrasar la absorción del fármaco a nivel gastrointestinal, aunque este efecto no es muy marcado.

Diclofenac es especialmente activo en dolor de baja a moderada intensidad requiriéndose, en casos de dolor extremo, el uso concomitante o alternativo de otras drogas analgésicas, incluidos los opiáceos. Carece de efectividad frente al dolor neuropático; de allí la necesidad de analizar cada paciente en forma particular, con un adecuado interrogatorio y un apropiado examen físico a fin de indicar la mejor terapia en cada caso.

La incidencia de efectos adversos es más alta cuanto mayor es la edad del paciente, razón por la que deberá ajustarse la dosis apropiadamente en los ancianos y “están contraindicados de manera específica después de la revascularización coronaria con injerto (by pass).” (6)

En particular, su combinación con corticosteroides incrementa la frecuencia o gravedad de complicaciones digestivas cuando la persona está recibiendo, concomitantemente, in-

hibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Debido a la alta frecuencia de personas con cuadros depresivos que presentan lumbalgia (y viceversa), la medicación asociada con otros fármacos (como ISRS) debería tenerse presente al momento de medicar al paciente (7,8). Considerando el metabolismo hepático del diclofenac, debe realizarse un control de las transaminasas en los tratamientos prolongados con esta droga (18).

También debe considerarse en los tratamientos agudos; de allí, la importancia de un adecuado interrogatorio y apropiado examen físico del paciente por parte del médico, incluso en la vorágine de los departamentos de emergencia (9,10). En todos los casos la decisión del tratamiento sintomático de las lumbalgias debe estar a cargo del personal médico a pesar de la sobrecarga laboral.

Dexametasona: Droga perteneciente al grupo de esteroides suprarrenales, específicamente al conjunto de los glucocorticoides secretados por la corteza suprarrenal. Su efecto puede ser fisiológico, cuando se utiliza como terapia de reposición en la insuficiencia suprarrenal o también farmacológico, cuando se indica en dosis supra-fisiológicas.

La producción de dexametasona endógena puede aumentar incluso hasta diez veces en casos de estrés; dado que el dolor es generador de ansiedad, la consecuencia de elevación de corticoides endógenos es inevitable. Este efecto, aumentará el cortisol fisiológicamente como mecanismo protector, siendo por tanto, el aporte de mayor cantidad de corticoides al inicio del tratamiento una prescripción carente de sustento fisiopatológico y con poca efectividad (11,12). Ahora bien, dado que la acción de los corticoides depende de otros mediadores, estos fármacos se unen a proteínas receptoras específicas en tejidos efectores para regular la expresión de los genes que reaccionan a ellos (6).

El accionar analgésico y antiinflamatorio de la dexametasona tiene un “delay” en el inicio de su efecto. Es precisamente por la demora de hasta cinco horas en el inicio de acción, lo que convierte a la dexametasona (sola o asociada al diclofenac), en una prescripción de dudosa eficacia farmacológica para la resolución del síntoma de dolor agudo en las guardias médicas.

Los efectos adversos de los glucocorticoides son ampliamente conocidos por lo que no es necesario extenderse sobre ellos. Sin embargo, vale la pena recalcar su acción deletérea sobre el metabolismo de los hidratos de carbono y la retención hidrosalina frente a la epidemia de obesidad/hipertensión, como indicios visibles del síndrome metabólico, que afecta a la sociedad post moderna.

Debe considerarse especialmente al momento de la prescripción, que el uso de glucocorticoides como agentes antiinflamatorios no abarca la causa subyacente de la en-

fermedad, pero la supresión de la inflamación es de enorme utilidad clínica y por ello se administran muy a menudo y quizás demasiado a menudo” (13).

Los efectos indeseables de los corticoides son, en buena medida, dosis y tiempo dependientes. En estos casos, se debe considerar que la mayor parte de las dosis indicadas en la guardia son empíricas, con pocos estudios al respecto.

También hay que tener en cuenta que un paciente con cuadros de lumbalgia a repetición suele recurrir al servicio de emergencias reiteradamente y como consecuencia le prescriben a repetición el clásico tratamiento “diclofenac/dexametasona” cuyo fundamento científico debería ser profundizado.

Desde el marco antepuesto, corresponde replantearse la utilidad real de la asociación diclofenac/dexametasona, y sobre todo de su fundamento científico, para el tratamiento del dolor lumbar agudo en la guardia médica.

En principio, además de los argumentos expuestos, cabe señalar que no existe bibliografía específica que sustente el tratamiento con la asociación de estos fármacos. La mayoría de las publicaciones ponen en duda su eficacia o están directamente en desacuerdo con el tratamiento combinado de AINE más glucocorticoides en dolor agudo (14,15).

En el caso de dolor agudo reemplazan el tratamiento combinado de AINE más glucocorticoides, por una segunda o tercera línea terapéutica (16,17) al igual que ocurre con otras medidas tales como el reposo (18,19).

Es frecuente que las consultas realizadas en los Servicios de Emergencia no respetan horarios, alterando el ritmo circadiano de secreción de esteroides.

## DISCUSIÓN

La lumbalgia y lumbociatalgia agudas no configuran una emergencia médica en cuanto a riesgo vital se refiere. Por ende, si bien su tratamiento amerita actuar rápido para calmar el síntoma del dolor, se puede disponer de tiempo para realizar un adecuado interrogatorio y buen examen físico antes de la prescripción farmacológica la cual, en ningún caso, ha de ser automatizada.

El enfoque terapéutico debe incluir la debida explicación al paciente del cuadro, las posibles causas de su origen, las alternativas de tratamiento y el tiempo que demandará su resolución, incluido el síntoma dolor.

El diclofenac es un fármaco de excelencia para el tratamiento de la lumbalgia y lumbociatalgia agudas; sin embargo, debe asegurarse la adecuada indicación de la dosis necesaria para lograr el efecto buscado; para ello es necesario conocer apropiadamente la farmacología de cada droga en particular y evitar la dosificación subterapéutica.

Siendo la lumbalgia, pura o con sus variantes, un cuadro que requiere rápida solución del dolor, los corticosteroides, por su lento mecanismo de acción, no son una indicación apropiada. Los corticoides podrían ser de extrema utilidad y una buena alternativa en casos de alergia a AINES.

Los costos crecientes en atención médica primaria requieren una adecuada prescripción farmacológica, sustentada en base al conocimiento científico. En este sentido, para su prescripción debe tenerse en cuenta la relación costo/beneficio, considerando no sólo el valor económico sino también deberán evitarse los efectos adversos de diversas drogas y/o la indicación de fármacos innecesarios.

De esta forma, se debe evitar la plurimedicación y las asociaciones farmacológicas sustentadas en tratamientos empíricos que pudieran no tener fundamentos en la bibliografía.

Finalmente, las guías de tratamiento, sin duda útiles en su mayoría, son sólo eso: indicadores, esquemas orientativos que en ninguna circunstancia pueden reemplazar al juicio clínico aplicado sobre cada paciente en particular.

Por ello, los mismos criterios de análisis terapéutico para el uso de la asociación diclofenac/dexametasona (más exactamente, para toda asociación farmacológica) deben aplicarse a otras consultas de guardia tales como la odontalgia, motivo usual de consulta de la sala de emergencias, y que suele recibir la misma prescripción -de manera sistemática, repetitiva y sin análisis previo de cada caso-.

Cada consulta por dolor, aún las más banales e independientemente de la vorágine de la guardia, requieren un análisis adecuado de la situación y la indicación médica de tratamientos farmacológicos basados en la experiencia del profesional y en el conocimiento teórico indispensable para sostener su fundamento.

## BIBLIOGRAFIA

1. Hooten WM, Cohen SP. Evaluation and Treatment of Low Back Pain: A Clinically Focused Review for Primary Care Specialists. *Mayo Clinic Proceedings* 2015; 90(12):1699-1718
2. Campbell James, Colvin Lesley A. Management of Low Back Pain *BMJ* 2013; 347-8
3. Ardakani EM, Leboeuf-Yde C, Walker BF. Failure to define low back pain as a disease or an episode renders research on causality unsuitable: results of a systematic review. *Chiropr Man Therap.* 2018; 9;26:1
4. Edwards J, Hayden J, Asbridge M, Gregoire B, Magee K. Prevalence of low back pain in emergency settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017; 4;18(1):143
5. Friedman BW, Irizarry E, Solorzano C, y col. Diazepam Is No Better Than Placebo When Added to Naproxen for Acute Low Back Pain. *Ann Emerg Med.* 2017 Aug; 70(2):169-76.

6. Goodman y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12ª Edición, McGraw Hill Editorial, 2011. Cap. 34: 962 .
7. Wang HY, Fu TS, Hsu SC, Hung CI. Association of depression with sleep quality might be greater than that of pain intensity among outpatients with chronic low back pain. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;9;12:1993-8
8. Trocoli TO, Botelho RV. Prevalence of anxiety, depression and kinesiophobia in patients with low back pain and their association with the symptoms of low back spinal pain. *Rev Bras Reumatol Engl Ed.* 2016;56(4):330-6
9. Chehadi O, Rusu AC, Konietzny K, Schulz E, Köster O, Schmidt-Wilcke T, Hasenbring MI. Brain structural alterations associated with dysfunctional cognitive control of pain in patients with low back pain. *Eur J Pain.* 2017;4: 1159.
10. Robertson D, Kumbhare D, Nolet P, Srbely J, Newton G. Associations between low back pain and depression and somatization in a Canadian emerging adult population. *J Can Chiropr Assoc.* 2017; 61(2):96-105.
11. Chou I, Huffman LH; American Pain Society; American College of Physicians. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/ American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2007; 147(7):505-14.
12. Sprouse R. Treatment: current treatment recommendations for acute and chronic undifferentiated low back pain. *Prim Care.* 2012; 39(3):481-6
13. Simon LS. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and their risk: a story still in development. *Arthritis Res Ther.* 2013;15( Suppl) 3:S1
14. Gulmez SE et al. Transplantation for acute liver failure in patients exposed to NSAIDs or paracetamol (acetaminophen): the multinational case-population SALT study. *Drug Saf.* 2013; 36(2):135-44.
15. Goodman y Gilman. *Ibid.* Pág. 1216 y ss.
16. Musba AT, Tanra H, Yusuf I and Ahmad R. The Effect of Dexamethasone on the Dynamics of Inflammation, Cortisol and analgesia in Lower Limb Surgery. *J Pain Relief* 2015; 4:186
17. Haimovic IC, Beresford HR. Dexamethasone is not superior to placebo for treating lumbosacral radicular pain. *Neurology.* 1986; 36(12):1593-4.
18. Porter RW, Ralston SH. Pharmacological management of back pain syndromes. *Drugs.* 1994; 48(2):189-98.
19. Friedman BW, Holden L, Esses D et al- Parenteral corticosteroids for Emergency Department patients with non-radicular low back pain. *J Emerg Med.* 2006; 31(4):365-70.