

Disponibilizado por:



Anticonvulsivantes no Manejo dos Sintomas da Estenose Lombar

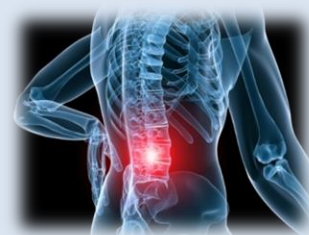
A gabapentina demonstra reduzir a dor e aumentar significativamente a distância percorrida em pacientes com estenose do canal vertebral lombar².



A gabapentina é uma terapia adjuvante eficaz para o tratamento sintomático de estenose do canal vertebral lombar, auxiliando na melhora da qualidade de vida deste pacientes⁴.

A combinação de anti-inflamatórios não esteroides e pregabalina demonstrou proporcionar menor incidência de cirurgia da coluna vertebral em pacientes com estenose do canal vertebral lombar⁶.

A estenose do canal vertebral é um estreitamento de seu diâmetro, que, na coluna cervical e na dorsal pode causar compressão medular, associada ou não à compressão radicular. É uma doença degenerativa da coluna vertebral relacionada ao envelhecimento humano, pois tem como causa a doença degenerativa dos discos intervertebrais e artrose das facetas articulares posteriores da coluna vertebral, com conseqüente estreitamento do canal vertebral. Com o aumento da longevidade da população, é esperada também maior frequência de pacientes com doenças degenerativas da coluna vertebral, necessitando uma abordagem clínica adequada¹.



Estudo avaliou a eficácia da gabapentina na radiculopatia causada por estenose do canal vertebral lombar e hérnia de disco lombar².

Neste estudo, 78 pacientes com dor radicular, 10 homens e 68 mulheres, idade média 49 anos, causada por estenose do canal vertebral lombar (ECVL) em 45 pacientes e hérnia de disco lombar (HDL) em 33 pacientes foram submetidos ao seguinte protocolo de tratamento, durante 3 meses:

Tratamento:

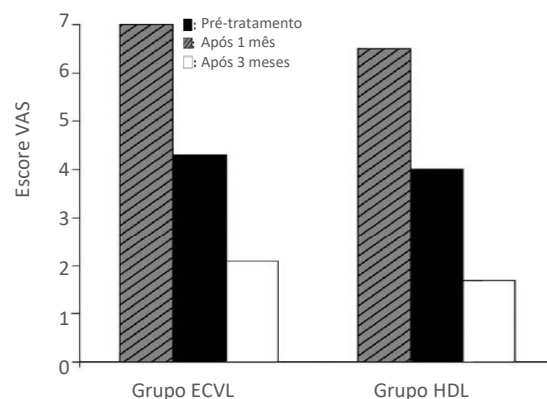
Gabapentina (1º dia 400mg, uma vez ao dia; 2º dia 400mg, duas vezes ao dia; 3º dia 400mg, três vezes ao dia), e, posteriormente, foi aumentado 400mg por dia, durante 10 dias (máximo de dose 2400mg/dia) .

A avaliação incluiu exame neurológico, critério de Odom's (em relação aos sintomas), escala analgógica visual - VAS (0: nenhuma dor a 10: pior dor) e distância percorrida. A severidade pré- e pós-tratamento da dor radicular nos pacientes foi estabelecido pelo escore de VAS.

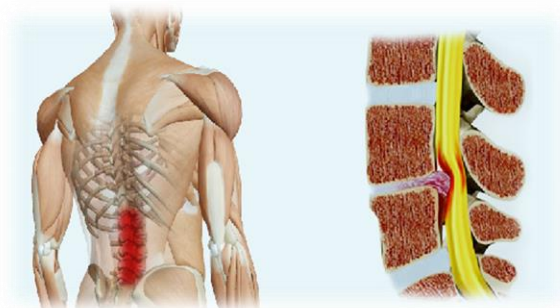
Resultados:

- O tratamento com gabapentina resultou na redução dos escores da VAS em ambas a patologias ECVL e HDL;
- Os escores do critério de Odom's apresentaram-se melhorados em ambas as patologias, sendo considerado excelente ou bom em 36 pacientes com ECVL e 28 pacientes com HDL;
- Além disso, a distância percorrida foi significativamente maior no terceiro mês do protocolo de tratamento para ambas as patologias;
- Oito pacientes interromperam a terapia com gabapentina por causa dos efeitos adversos.

Avaliação da escala analgógica visual (VAS) do grupo com estenose do canal vertebral lombar (ECVL) e com hérnia de disco lombar (HDL)².



Estudo sugere que a gabapentina em monoterapia, pode reduzir a dor e aumentar significativamente a distância percorrida em pacientes com estenose do canal vertebral lombar e hérnia de disco lombar².



Estudo que avaliou a segurança e eficácia da gabapentina como farmacoterapia para a dor em estenose da lombar e sintomatologia radicular demonstrou que a gabapentina proporcionou redução da intensidade da dor e aumenta as horas de sono, além de ser bem tolerado em pacientes com estenose lombar com sintomas radiculares³.



Estudo a eficácia do tratamento com gabapentina nos sintomas clínicos e achados em pacientes com estenose do canal vertebral lombar⁴.

Neste estudo, 55 pacientes com estenose do canal vertebral lombar, que tinham claudicação intermitente como queixa principal foram submetidos ao seguinte protocolo de tratamento:

Grupo tratamento (n=28):

Gabapentina (iniciada com dose de 900mg/dia e aumentada com incremento de 300mg/semana, dose máxima de 2400mg/dia). A dose diária era dividida em três doses para melhor tolerância + tratamento padrão.

Grupo controle (n=27):

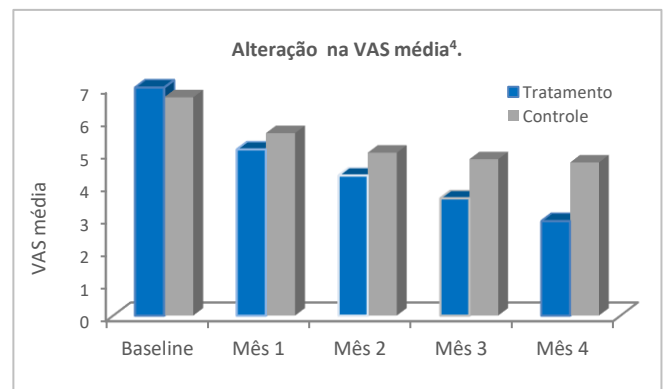
Tratamento padrão: exercícios terapêuticos, *corset* lumbosacral com órtese de aço e anti-inflamatórios não esteroides.

Os pacientes foram atendidos em consultas de acompanhamento no dia 15 da terapia e mensalmente por 4 meses. Medidas obtidas antes do estudo e em cada visita incluíram a distância percorrida (medida em superfície plana), a presença ou ausência de déficit motor e/ou sensorial e dor. A intensidade da dor na lombar e pernas durante o movimento foi medido utilizando a escala analógica visual (VAS), onde a pontuação variava de 0 (sem dor) e 10 (pior dor).

Resultados:

- O tratamento com gabapentina resultou no aumento da distância percorrida ao final do segundo, terceiro e quarto mês de tratamento comparado ao tratamento padrão;
- A melhora da dor lombar e nas pernas foi mais pronunciada no grupo que recebeu a combinação da gabapentina+terapia padrão (7,0±1,5 para 2,9±2,6) do que no grupo controle (6,7±1,2 para 4,7±2,2);
- A fraqueza motora não melhorou no grupo controle ao final de quatro meses de tratamento, já no grupo tratamento, dos 9 pacientes que apresentaram déficit motor, dois apresentaram melhora;
- No final do período de 4 meses de tratamento, o déficit sensorial persistiu em 32,1% dos pacientes do grupo tratamento e 63% do grupo controle. A melhora no grupo tratamento foi estatisticamente significativa comparada ao controle;
- Os efeitos adversos mais frequentes relatados com gabapentina foram sonolência e tontura. Os efeitos colaterais foram leves a moderados em gravidade e desapareceram no final do primeiro mês de tratamento.

O estudo sugere que a gabapentina é uma terapia adjuvante eficaz para o tratamento sintomático de estenose do canal vertebral lombar. Importante salientar que sua administração deve ser em conjunto com fisioterapia, exercício, uso de espartilho e princípios de reabilitação no geral⁴.



Proposta Terapêutica Baseada em Evidência Científica

CÁPSULAS DE GABAPENTINA^{2,4}

| | |
|----------------|-------------|
| Gabapentina | 300-400mg |
| Excipiente qsp | Uma unidade |

Administrar uma cápsula, três vezes ao dia. Aumentar com incrementos 300-400mg/semana, conforme a necessidade do paciente, de acordo com a resposta a terapia. Dose máxima de 2400mg/dia.

Estudo avaliou a eficácia da gabapentina em pacientes com radiculopatia e demonstrou que a ingestão deste fármaco proporcionou melhora significativa da dor em repouso ($p < 0,001$), função motora ($p < 0,01$), limitação da flexão da coluna vertebral ($p < 0,001$), teste de elevação da perna ($p < 0,001$) e função sensorial ($p < 0,001$)⁵.



Estudo analisou a eficácia terapêutica da pregabalina na redução da incidência de cirurgia da coluna vertebral para sintomas nas pernas em pacientes com estenose do canal vertebral lombar durante o primeiro ano de tratamento⁶.

Neste estudo, 47 pacientes, idade entre 60-70 anos, diagnosticados com estenose do canal vertebral lombar, apresentando claudicação intermitente foram submetidos ao seguinte protocolo de tratamento:

Grupo tratamento (n=49):

Anti-inflamatório não esteroide por duas semanas, na terceira semana a pregabalina foi adicionada a terapia. Pregabalina foi iniciada na dose de 25mg/dia (<50Kg) ou 50mg/dia (>50Kg). Se a dose não produzia alívio da dor, dentro da primeira semana a dose foi aumentada para 150mg/dia, se esta não produzisse efeito, na próxima semana foi aumentada para 300mg/dia.

Grupo controle (n=47):

Somente medicamento anti-inflamatório não esteroide.

Todos os pacientes foram monitorados durante todo o ano para determinar se eles exigiram a cirurgia da coluna vertebral. A pontuação de escala numérica (*numerical rating scale* - NRS) e o questionário de incapacidade de *Roland-Morris* (*Roland- Morris disability questionnaire* – RDQ) foram utilizados para comparar a gravidade dos sintomas e da qualidade de vida associada à baixa dor nas costas entre os dois grupos antes do tratamento subjetivo. O NRS foi utilizado pelos próprios pacientes para autoavaliação das dores e/ou dormência nas pernas. O NRS e RDQ foram examinados antes e após 3 meses de tratamento.

Resultados:

- Os escores de NRS e RDQ após 3 meses de tratamento foram significativamente menores no grupo pregabalina comparado ao grupo controle;
- Nenhum pacientes foi submetido à cirurgia da coluna vertebral durante os primeiros 3 meses de tratamento;
- Dos 49 pacientes do grupo pregabalina, 4 se recuperaram durante o primeiro ano de tratamento médico, 6 necessitaram de cirurgia durante o primeiro ano e 39 continuaram o tratamento após 1 ano. Assim, 12,2% dos pacientes do grupo pregabalina e 46,8% do grupo controle necessitaram de tratamento cirúrgico entre 3 meses e 1 anos após o início do tratamento;
- Dois dos 6 que necessitaram cirurgia no grupo pregabalina e 10 dos 22 do grupo controle apresentaram agravamento da claudicação intermitente.

A combinação de anti-inflamatórios não esteroides e pregabalina demonstrou proporcionar menor incidência de cirurgia da coluna vertebral em pacientes com estenose do canal vertebral lombar durante o primeiro ano de terapia. Esta combinação pode ser particularmente útil em pacientes de idade avançada, que apresentam alto risco de complicações em cirurgia de coluna⁶.

Proposta Terapêutica Baseada em Evidência Científica

CÁPSULAS DE PREGABALINA⁶

| | |
|----------------|---------------------------|
| Pregabalina | 25mg (<50Kg) 50mg (>50Kg) |
| Excipiente qsp | Uma unidade |

Iniciar administrando uma cápsula ao dia. Se a dose não produzia alívio da dor, dentro da primeira semana aumentar a dose para 150mg/dia, se esta não produzisse efeito, na próxima semana aumentar para 300mg/dia.

CÁPSULAS DE METILCOBALAMINJA⁸

| | |
|-----------------|-------------|
| Metilcobalamina | 0,5mg |
| Excipiente qsp | Uma unidade |

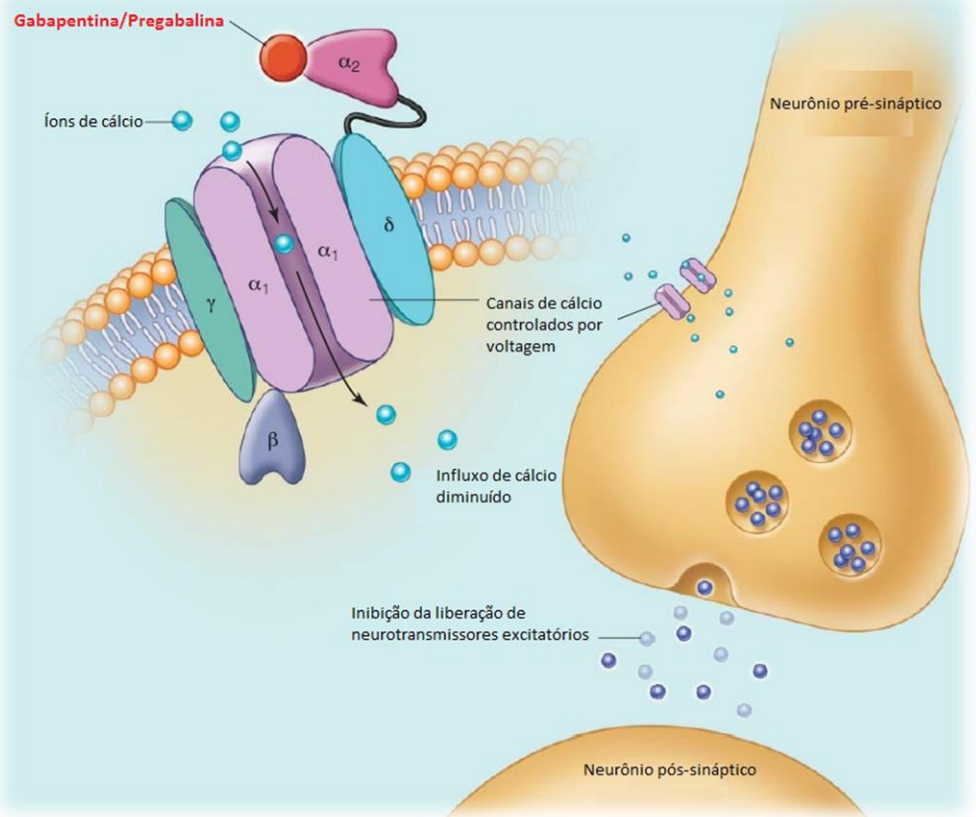
Administrar uma cápsula três vezes ao dia.

Outro estudo demonstrou que a combinação de pregabalina e anti-inflamatórios não esteroides é mais eficiente que a monoterapia com estes anti-inflamatórios para alívio dos sintomas nas pernas devido à estenose lombar, prevenindo o agravamento dos sintomas subjetivos e melhorando a qualidade de vida destes pacientes⁷.

Estudo que avaliou o papel da vitamina B12 na estenose do canal vertebral lombar em 152 pacientes durante 6 meses demonstrou que esta suplementação contribui para o aumento da distância percorrida, que geralmente está reduzida devido à dor, nestes pacientes⁸.



Os fármacos antiepiléticos (FAE), como a gabapentina e a pregabalina, tipicamente usados como terapia auxiliar, em particular no caso de pacientes com alodinia severa ou hiperalgesia e para a dor neuropática. Os FAE frequentemente são denominados alfa-2-delta-ligantes, porque se ligam à proteína alfa-2-delta associada aos canais de cálcio controlados por voltagem, reduzindo o influxo de cálcio nas terminações nervosas. Esta modulação do influxo de cálcio diminui a liberação de neurotransmissores excitatórios, como a substância P e o glutamato, que atuam no processamento da dor⁹.



Doses Usuais

Gabapentina: 400-2400mg/dia^{2,4};

Pregabalina: 25-300mg/dia⁶.

Principais efeitos adversos da gabapentina¹⁰: alterações na visão (visão dupla ou embaçada), constipação, diarreia, tontura, sonolência, boca seca, náuseas, dor de estômago, cansaço, vômitos, ganho de peso.

Principais efeitos adversos da pregabalina¹¹: edema periférico, aumento do apetite e ganho de peso, constipação, xerostomia, astenia, ataxia, tontura, dor de cabeça, sonolência, descoordenação, tremor, visão borrada, euforia e distúrbios de pensamento, fadiga, icterícia e nasofaringite.

Literatura Consultada

Pesquisado em Abril de 2015.

1. Brandt RA, Wajchenberg M. Estenose do canal vertebral cervical e lombar. Einstein. 2008; 6 (Supl 1):S29-S32.
2. Kasimcan O, Kaptan H. Efficacy of gabapentin for radiculopathy caused by lumbar spinal stenosis and lumbar disk hernia. Neurol Med Chir (Tokyo). 2010;50(12):1070-3.
3. Kaye AD, Beuno FR, Katalenich B, Stell C, Liu H, Rosinia FA, Luk E, Ehrhardt K, Fox CJ. The effects of gastroretentive gabapentin (Gralise®) on spinal stenosis patients with radicular pain. Pain Physician. 2014 Mar-Apr;17(2):169-78.
4. Yaksi A, Ozgönel L, Ozgönel B. The efficiency of gabapentin therapy in patients with lumbar spinal stenosis. Spine (Phila Pa 1976). 2007 Apr 20;32(9):939-42.
5. Yildirim K, Şişcioğlu, Karatay S, Erdal A, Levent A, Uğur M, Şenel K. The effectiveness of gabapentin in patients with chronic radiculopathy. Maney Online. 2003; 15(3): 2013-218.
6. Takahashi N, Arai I, Kayama S, Ichiji K, Fukuda H, Konno S. One-year follow-up for the therapeutic efficacy of pregabalin in patients with leg symptoms caused by lumbar spinal stenosis. J Orthop Sci. 2014 Nov;19(6):893-9.
7. Takahashi N, Arai I, Kayama S, Ichiji K, Fukuda H, Kaga T, Konno S. Therapeutic efficacy of pregabalin in patients with leg symptoms due to lumbar spinal stenosis. Fukushima J Med Sci. 2014;60(1):35-42. Epub 2014 Jul 15.
8. Tran DQ, Duong S, Finlayson RJ. Lumbar spinal stenosis: a brief review of the nonsurgical management. Can J Anaesth. 2010 Jul;57(7):694-703.
9. Winfield JB. Fibromialgia. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/acp-medicine/5701/fibromialgia_%E2%80%9393_john_buckner_winfield.htm>.
10. Drugs Information Online. Disponível em: <<http://www.drugs.com/gabapentin.html>>.
11. Drugs Infotmation Online. Disponível em: <<http://www.drugs.com/sfx/pregabalin-side-effects.html>>.

