

Lumbalgia crónica: Importancia de su correcto diagnóstico

Aproximadamente **80%** de la población padece al menos un episodio de lumbalgia aguda en algún momento de la vida.¹ La prevalencia de lumbalgia crónica asciende a **13.1%** en la población adulta de 20-69 años.² La lumbalgia persistente resulta en una carga personal social y económica sustancial.³

LUMBALGIA CRÓNICA

Ausentismo laboral

El dolor crónico o recurrente contribuye al 75-85% del ausentismo laboral⁴

Insomnio

Más de 50% de los pacientes con lumbalgia crónica pueden sufrir insomnio⁵

Enfermedades psiquiátricas

La lumbalgia se asocia a mayor riesgo de depresión, ansiedad y psicosis⁶

Estrés emocional

Por miedo a perder el trabajo y sus consecuencias financieras⁷

La lumbalgia crónica puede tener múltiples causas y el dolor generalmente es de origen mecánico o inflamatorio.^{3,8} La evaluación adecuada del tipo de dolor lumbar permite el diagnóstico y el tratamiento apropiado de la enfermedad subyacente.⁹

CAUSAS DE LUMBALGIA CRÓNICA

Mecánicas (80-90%)

Causas desconocidas (atribuidas a tensión muscular o lesión ligamentosa). Enfermedades articulares. Fractura de vértebra. Espondilosis. Deformidad congénita.

Neurogénicas (5-15%)

Hernia de disco. Estenosis espinal. Radiculopatía. Síndrome de cirugía fallida. Infección.

Condiciones espinales no mecánicas (1-2%)

Enfermedad neoplásica. Infección. Artritis inflamatoria. Enfermedad de Paget.

Dolor visceral referido (1-2%)

Enfermedad gastrointestinal. Enfermedad renal. Aneurisma aórtico abdominal.

Otras causas (2-4%)

Fibromialgia. Desorden somatoforme.

Adaptado de Cohen SP y cols. *BMJ* 2008⁹



Dolor lumbar mecánico o inflamatorio

Definición de dolor mecánico e inflamatorio

Entre **35 y 37%** de los pacientes con lumbalgia crónica acuden al médico ortopeda por el dolor. La distinción entre dolor lumbar mecánico o inflamatorio resulta esencial para el diagnóstico temprano de la espondilitis anquilosante (AS).¹⁰ Alrededor de **5%** de los pacientes con lumbalgia crónica presentan dolor lumbar asociado a espondiloartritis (SpA).¹¹

DOLOR LUMBAR MECÁNICO

Dolor que surge de estructuras espinales como huesos, ligamentos, discos, articulaciones, nervios y meninges.¹²

DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO

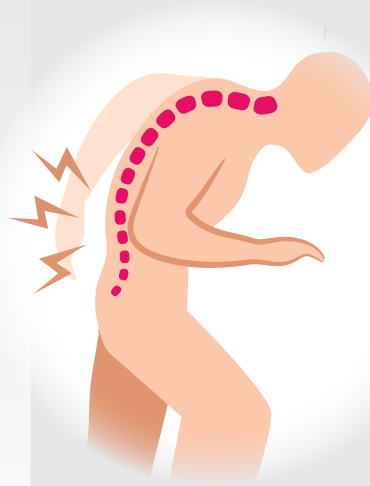
Consiste en un conjunto de síntomas y variables que representan las características clínicas más importantes de la afección espinal y sacroilíaca en pacientes con AS y espondiloartritis axial (axSpA).¹

Características diferenciales entre dolor lumbar mecánico o inflamatorio

El dolor lumbar mecánico o inflamatorio puede ser diferenciado a partir de la evaluación de diferentes características del dolor.¹³

DOLOR LUMBAR INFLAMATORIO

- Edad de inicio <40 años
- Inicio insidioso y persistente durante >3 meses
- Dolor alternante en las nalgas y despertar a causa del dolor lumbar sólo en la segunda mitad de la noche
- Mejora con el ejercicio
- Rigidez matutina moderada y persistente por >30-45 minutos



DOLOR LUMBAR MECÁNICO

- Inicio en cualquier edad
- Inicio y características del dolor variables
- Mejora con el reposo
- Rigidez matutina leve y de corta duración

Diagnóstico del dolor lumbar inflamatorio

Un cuestionario con 5 criterios permite establecer si el dolor lumbar es de origen inflamatorio.⁹

- 1** ¿El dolor lumbar comenzó antes de cumplir 40 años? Sí No
- 2** ¿El dolor lumbar ha ido aumentando gradualmente? Sí No
- 3** ¿El dolor lumbar mejora con la actividad o el movimiento? Sí No
- 4** ¿El dolor lumbar empeora durante el descanso? Sí No
- 5** ¿El dolor lumbar provoca el despertar por la noche y obliga a levantarse? Sí No

En caso de que 4 de los 5 criterios se respondan de manera afirmativa, se diagnostica dolor lumbar inflamatorio con una sensibilidad de 77.0% y una especificidad de 91.7%.

Adaptado de Sieper J y cols. *Ann Rheum Dis* 2009⁹

El dolor lumbar inflamatorio es el primer indicio de la presencia de axSpA, representando un síntoma esencial para la identificación temprana de pacientes afectados por AS.¹⁴ Establecer la presencia de dolor lumbar inflamatorio sólo requiere de 5 preguntas que permiten la detección precoz de pacientes con AS.⁹ El retraso en el diagnóstico provoca una demora en el inicio del tratamiento más adecuado para cada paciente, lo que se traduce en deterioro de la calidad de vida del sujeto y problemas laborales prolongados, además de favorecer el daño estructural relacionado con la afección no tratada.¹⁵

LUMBALGIA CRÓNICA: Importancia de su correcto diagnóstico

REFERENCIAS

1. Burgos-Vargas R, Braun J. Inflammatory back pain. *Rheum Dis Clin North Am* 2012;38:487-499.
2. Shmigel A, Foley R, Ibrahim H. Epidemiology of Chronic Low Back Pain in US Adults: Data from the 2009-2010 National Health and Nutrition Examination Survey. *Arthritis Care Res* 2016;68:1688-1694.
3. Walker BF, Williamson OD. Mechanical or inflammatory low back pain. What are the potential signs and symptoms? *Man Ther* 2009;14:314-320.
4. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, y cols. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl 2):S169-191.
5. Tang NK, Wright KJ, Salkovskis PM. Prevalence and correlates of clinical insomnia co-occurring with chronic back pain. *J Sleep Res* 2007;16:85-95.
6. Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T, Veronese N, Carvalho AF, Solomi M, y cols. The epidemiology of back pain and its relationship with depression, psychosis, anxiety, sleep disturbances, and stress sensitivity: Data from 43 low- and middle-income countries. *Gen Hosp Psychiatry* 2016;43:63-70.
7. De Souza L, Frank AO. Patients' experiences of the impact of chronic back pain on family life and work. *Disabil Rehabil* 2011;33:310-318.
8. Cohen SP, Argoff CE, Carragee EJ. Management of low back pain. *BMJ* 2008;337:a2718.
9. Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, Brandt J, Burgos-Vagas R, Collantes-Estevez E, y cols. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis* 2009;68:784-788.
10. Deodhar A, Mittal M, Reilly P, Bao Y, Manthana S, Anderson J, y cols. Ankylosing spondylitis diagnosis in US patients with back pain: identifying providers involved and factors associated with rheumatology referral delay. *Clin Rheumatol* 2016;35:1769-1776.
11. Braun J, Inman R. Clinical significance of inflammatory back pain for diagnosis and screening of patients with axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2010;69:1264-1268.
12. Chien JJ, Bajwa ZH. What is mechanical back pain and how best to treat it? *Curr Pain Headache Rep* 2008;12:406-411.
13. Strand V, Singh JA. Evaluation and Management of the Patient With Suspected Inflammatory Spine Disease. *Mayo Clin Proc* 2017;92:555-564.
14. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, Sieper J, Braun J. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum* 2006;54:569-578.
15. Juanola Roura X, Collantes Estévez E, León Vázquez F, Torres Villamor A, García Yébenes M, Queiro Silva R, y cols. Recommendations for the detection, study and referral of inflammatory low-back pain in primary care. *Reumatol Clin* 2015;11:90-98.

SCAPHO® (secukinumab) Polvo para solución inyectable. Presentación: 150 mg, polvo para solución inyectable. Indicaciones: Psoriasis en placas moderada a grave en adultos candidatos a tratamientos sistémicos. Artritis psoriásica Activa scapho solo ó en combinación con metotrexato en adultos que han mostrado una respuesta inadecuada a tratamientos previos con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad. Espondilitis anquilosante activa en adultos que no han respondido adecuadamente al tratamiento convencional. Posología: •Psoriasis en placas: 300 mg de secukinumab por inyección subcutánea, que se administra inicialmente en la semana 0, 1, 2 y 3 y, luego mensualmente, comenzando en la semana 4, durante la fase de mantenimiento. Cada dosis de 300 mg se administra de forma repartida en dos inyecciones subcutáneas de 150 mg. •Artritis psoriásica: Pacientes con psoriasis en placas de moderada a grave de forma concomitante o que son respondedores inadecuados, 300 mg por inyección subcutánea, que se administra inicialmente en la semana 0, 1, 2 y 3 y, luego durante la fase de mantenimiento, luego mensualmente comenzando en la semana 4. Cada dosis de 300 mg se administra en dos inyecciones subcutáneas de 150 mg. Para otros pacientes, la dosis recomendada es de 150 mg por inyección subcutánea con una dosis inicial en las semanas 0, 1, 2, 3 y 4, seguida de una dosis de mantenimiento mensual. Según la respuesta clínica, la dosis puede incrementarse a 300 mg. •Espondilitis anquilosante: La dosis recomendada es de 150 mg por inyección subcutánea, que se administra inicialmente en la semana 0, 1, 2, 3 y 4 y, luego mensualmente, durante la fase de mantenimiento. Para todas las indicaciones anteriores, los datos disponibles sugieren que una respuesta clínica se alcanza normalmente en las 16 semanas de tratamiento. Se debe considerar interrumpir el tratamiento en los pacientes que no han mostrado respuesta a las 16 semanas de tratamiento. Algunos pacientes con una respuesta parcial al inicio, pueden mejorar posteriormente con un tratamiento continuado de más de 16 semanas. •Poblaciones especiales: Pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años). No es necesario un ajuste de la dosis. Insuficiencia renal / insuficiencia hepática. No se ha estudiado Scapho en estas poblaciones de pacientes. Población Pediátrica: No se dispone de datos en menores de 18 años. Administración: Inyección subcutánea. En la medida de lo posible, se deben evitar lugares de inyección en las zonas de la piel que presenten signos de psoriasis. El polvo para solución inyectable se debe reconstituir antes de utilizarlo. Contraindicaciones: •Reacciones de hipersensibilidad graves al principio activo o a alguno de los excipientes. •Infecciones activas clínicamente importantes (p.ej. tuberculosis activa). Advertencias y precauciones: •Scapho tiene el potencial de aumentar el riesgo de infecciones. Se observaron infecciones •leves o moderadas del tracto respiratorio superior, como la nasofaringitis, y no requirieron la interrupción del tratamiento. •En los ensayos clínicos de psoriasis se han notificado infecciones mucocutáneas no graves por candida más frecuentemente con secukinumab que con placebo •Precaución cuando se valore la administración de Scapho en pacientes con infecciones crónicas o con antecedentes de infecciones recurrentes. •Indicar al paciente que consulte al médico cuando padezca signos o síntomas indicativos de una infección. •Si el paciente contrae una infección grave debe ser objeto de una estrecha observación y no debe recibir Scapho hasta que la infección se haya resuelto. •Scapho no se debe administrar a pacientes con tuberculosis activa. Se debe considerar la posibilidad de administrar un tratamiento antituberculoso antes de comenzar el tratamiento con Scapho en los pacientes con tuberculosis latente. •Enfermedad inflamatoria intestinal: En los ensayos clínicos se ha observado exacerbaciones, en pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, por lo que se deben vigilar estrechamente los pacientes tratados con enfermedad inflamatoria intestinal, incluida la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa. •Reacciones de hipersensibilidad: En raras ocasiones se han observado urticaria y reacciones anafilácticas en pacientes que estaban recibiendo Scapho. Si aparecen reacciones anafilácticas u otras reacciones alérgicas graves, se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con Scapho. •Vacunas: No se debe administrar simultáneamente las vacunas elaboradas con microorganismos vivos con Scapho. •Tratamiento inmunosupresor concomitante: En los estudios de psoriasis, no se ha evaluado la seguridad y eficacia de Scapho en combinación con inmunosupresores, incluidos biológicos, o fototerapia. •La influencia de Scapho sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. Mujeres en edad fértil: Las mujeres en edad fértil deben utilizar un método anticonceptivo durante el tratamiento y durante al menos 20 semanas después del tratamiento. Embarazo: No se dispone de datos suficientes sobre el uso de secukinumab en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para el embarazo, el desarrollo embrionario o fetal, el parto o el desarrollo postnatal. Como medida de precaución es preferible evitar el uso de Scapho en el embarazo. Lactancia: Debido a las posibles reacciones adversas de Scapho en los lactantes, se debe decidir si interrumpir la lactancia durante el tratamiento y hasta 20 semanas después del tratamiento o interrumpir el tratamiento con Scapho, teniendo en cuenta el beneficio de la lactancia para el niño o el beneficio del tratamiento con Scapho para la mujer. Fertilidad: No se ha evaluado el efecto de Scapho sobre la fertilidad humana. Interacciones: •No se deben administrar simultáneamente las vacunas elaboradas con microorganismos vivos con Scapho. •No se observó interacción cuando Scapho se administró de forma concomitante con metotrexato (MTX) y/o corticosteroides. •Cuando se inicie el tratamiento con Scapho en pacientes tratados con medicamentos de estrecho margen terapéutico, donde la dosis se ajusta de forma individual (p. ej. warfarina), que sean sustratos de CYP450, se debe considerar el realizar monitorización terapéutica. Reacciones Adversas: Muy Frecuentes: Infecciones de las vías respiratorias altas. Frecuentes: Herpes oral, Rinorrea, Diarrea. Poco Frecuentes: Candidiasis oral, Pie de atleta, Otitis externa, Neutropenia, Conjuntivitis, Urticaria. Raras: Reacciones anafilácticas. Frecuencia no conocida: Candidiasis en mucosas y cutánea (incluyendo candidiasis esofágica) Envas y precios: Específicos de cada país. Clasificación legal: Específica de cada país. Nota importante: Antes de recetar este medicamento, consulte toda la información relativa a su prescripción. 25 de abril 2018

Para mayor información, diríjase a: **Dirección Médica Novartis Farmacéutica, S.A. (AC)**.
Anillo Periférico 30-31, Zona 11, 01011, Ciudad de Guatemala, Guatemala, Centroamérica.
Apartado Postal 1115. PBX (502) 2422-8400.
Fax (502) 2422-8606. E-mail: medical.info_service@novartis.com
Código: C61908721534 - Fecha de inicio: Octubre, 2019



© Copyright 2018 LatinComm S.A. Grecia 3408, Planta Baja 001 C1429BDL, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.
Tel: +54 11-4702-3303 - info@latincomm.com • www.latincomm.com



Material elaborado por el departamento de redacción médica de LatinComm S.A. a partir de los artículos científicos citados en las referencias de este material. Las opiniones y conclusiones expresadas en el presente material corresponden a los autores y no representan necesariamente la opinión de los patrocinadores. A pesar de ser detallados, no son revisiones clínicas completas. En consecuencia, la responsabilidad de los editores y los patrocinadores se limita a la compilación de lo expuesto por los autores de las correspondientes fuentes bibliográficas citadas. La exactitud, la precisión y la vigencia científica de la información expresada en el presente con-tenido es responsabilidad de los respectivos autores de dichas fuentes. Este material puede discutir dosis e indicaciones terapéuticas no oficialmente aprobadas por los entes respectivos de cada país. La verificación de la información aquí publicada por parte del profesional lector es indispensable al momento de emplear cualquier terapia descrita en este reporte. Los recursos terapéuticos aplicables a un cuadro clínico cualquiera deberán adecuarse siempre a las características individuales de cada caso y estarán necesariamente avalados por conocimientos profundos de fisiopatología y clínica, cuya exposición está fuera del alcance de esta publicación. No se avala el uso de ningún fármaco o compuesto químico actualmente bajo investigación médica. Material diseñado con fines educativos y dirigido al cuerpo médico. Antes de prescribir cualquier producto mencionado en esta publicación debe consultarse la información completa para prescribir del fabricante aprobada por los organismos de control locales. Derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier método gráfico, electrónico o mecánico, sin expreso consentimiento de los editores.