

# Relajantes musculares: evidencias y controversias

El concepto de relajante muscular o miorrelajante engloba fármacos con diferentes mecanismos de acción que tienen en común su capacidad para disminuir el tono muscular. Existen agentes de acción periférica (en general de uso hospitalario), y de **acción central, que son habitualmente empleados en el tratamiento algias músculo-esqueléticas, espasmos y espasticidad en diversas patologías neurológicas**. A pesar de que se trata de fármacos de uso común con receta, **en ocasiones las evidencias que avalan su efectividad son escasas, y sin embargo exponen a los pacientes a efectos adversos** <sup>1,2</sup>.

Hace ahora una década se produjo la retirada de la comercialización de **tetrazepam**, uno de los principios activos de este grupo de uso más extendido, debido a que los datos relativos a la eficacia clínica no eran lo suficientemente sólidos como para considerar como favorable su balance riesgo/beneficio, habiéndose asociado además con riesgo de aparición de reacciones adversas (RAM) cutáneas, ocasionalmente graves <sup>3</sup>.



Las indicaciones autorizadas en ficha técnica (CIMA, AEMPS) <sup>4</sup> de otros medicamentos pertenecientes a este grupo son:

<b>Fármaco</b>	<b>Indicación en FT</b>
<b>Ciclobenzaprina</b>	Alivio de espasmos musculares asociados a condiciones agudas dolorosas musculoesqueléticas. Se indica expresamente que <b>no tiene acción efectiva en espasmos debidos a lesiones del sistema nervioso central</b> .
<b>Tizanidina</b>	Tratamiento de espasmos musculares dolorosos asociados a trastornos estáticos y funcionales de la columna vertebral (síndromes cervicales y lumbares), o que se producen tras intervenciones quirúrgicas (hernia de disco intervertebral u osteoartritis de la cadera), y espasticidad debida a trastornos neurológicos.
<b>Metocarbamol*</b>	Tratamiento sintomático a corto plazo de los espasmos musculares dolorosos en trastornos musculoesqueléticos agudos. <b>El tratamiento con este medicamento debe ser lo más corto posible</b> .
<b>Tiocolchicósido</b>	Tratamiento coadyuvante de contracturas musculares en patología vertebral aguda en adultos y adolescentes mayores de 16 años. <b>Está sujeto a seguimiento especial (▼)</b> .
<b>Baclofeno</b>	En adultos: tratamiento de la espasticidad en esclerosis múltiple, lesionados medulares y otras enfermedades cerebrales de vasculares, neoplásicas y degenerativas. En población pediátrica: tratamiento sintomático de la espasticidad de origen cerebral (especialmente cuando se debe a parálisis cerebral infantil y otras), y de espasmos musculares en diversas patologías neurológicas.

\* Figura en la edición vigente de la lista Prescribir de 'Medicamentos a evitar', donde se hace alusión a RAM gastrointestinales y cutáneas (incluyendo angioedema) <sup>2</sup>.

## TRATAMIENTO DE ALGIAS AGUDAS DE ETIOLOGÍA MUSCULAR

Se trata de cuadros que tienen un muy elevado porcentaje de autorresolución a corto plazo (2 semanas). En caso de **dorsalgia o lumbalgia aguda** (simple o inespecífica, mecánica y sin síntomas de alarma), se recomienda la prescripción de **medidas generales** como reposo relativo (no más de 2 días), higiene y reeducación postural, ejercicio físico (con predominio de estiramientos), así como la aplicación de calor superficial. En el caso concreto de la **cervicalgia**, además de las medidas previas se pueden recomendar ejercicios de fuerza y resistencia adaptados, y movilizaciones pasivas y activas. Por el momento ningún fármaco ha demostrado mejorar la clínica de mareo asociada a la misma <sup>5</sup>.

En caso de precisar **tratamiento farmacológico**, el tratamiento de elección es el **paracetamol**. En caso de dolor intenso o no mejoría, se puede valorar la prescripción de un AINE (siendo los de mejor perfil de seguridad desde el punto de vista digestivo y cardiovascular, **ibuprofeno y naproxeno**), evitando su uso en pacientes con insuficiencia cardíaca y/o renal <sup>5</sup>.

**Los miorrelajantes pueden no ser tolerados por pacientes mayores debido a sus efectos adversos, incluyendo sedación, mareo, efectos anticolinérgicos y debilidad, por lo que deberían ser evitados en pacientes de 65 o más años <sup>6</sup>.**

En el caso concreto de la lumbalgia, evidencia de baja certeza muestra que los antiespasmódicos no benzodiazepínicos podrían proporcionar **reducciones pequeñas, pero no clínicamente importantes** en la intensidad del dolor a las 2 semanas o antes y **podrían aumentar el riesgo de un evento adverso en el dolor lumbar agudo** <sup>1</sup>. En cualquier caso, **no se deben considerar terapia farmacológica inicial, sino de segunda línea**, debido a sus efectos adversos sedantes, que **limitan la capacidad de los pacientes para trabajar o conducir**. En el caso de pacientes que precisan su uso y no pueden tolerar los efectos secundarios durante el día, puede ser útil el empleo de paracetamol o AINE en horario diurno, y miorrelajantes **previos al descanso nocturno** <sup>6</sup>. Si bien algunas guías consideran que ante contracturas musculares que asocian dificultad para dormir y/o ansiedad, puede considerarse la adición de diazepam (*grado de recomendación C*) <sup>5</sup>, **otras fuentes consideran que benzodiazepinas deben evitarse puesto que no son efectivas para mejorar el dolor y el resultado funcional, existiendo la posibilidad de abuso y dependencia** <sup>6</sup>.



Conducción: ver prospecto

Respecto a otras medidas no farmacológicas tipo **ortesis**, se debe tener en cuenta que el uso de **fajas o corsés lumbares sólo está justificado en cuadros crónicos** si existe espondilolistesis en riesgo de progresión o desplazamiento vertebral superior (a un tercio de la vértebra superior), y que **el collarín en el latigazo cervical aumenta la cronicidad**, por lo que solo debe usarse durante períodos cortos de tiempo (de 2 a 6 días), o cuando exista lesión neurológica o inestabilidad cervical probada <sup>5</sup>.

### Bibliografía:

1. Cashin AG, Folly T, Bagg MK, et al. Efficacy, acceptability, and safety of muscle relaxants for adults with non-specific low back pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2021; 374: n1446. doi:10.1136/bmj.n1446
  2. Prescrire Int. Towards better patient care: drugs to avoid. *Prescrire Int.* 2023; 22 (137): 108-111. Disponible en: <https://english.prescrire.org/en/1256/3059/60686/0/PositionDetails.aspx>
  3. AEMPS. Tetraxepam (Myolastan®): suspensión de comercialización. Disponible en: [https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentososuhumano-3/seguridad-1/2013/nimuh\\_fv\\_15-2013-myolastan](https://www.aemps.gob.es/informa/notasinformativas/medicamentososuhumano-3/seguridad-1/2013/nimuh_fv_15-2013-myolastan)
  4. AEMPS. Centro de Información de Medicamentos (CIMA). Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
  5. Guía Terapéutica en Atención Primaria. SEMFYC, 8ª Edición, 2022.
  6. Knight L, A Deyo R, O Staiger T, Wipf JE. Treatment of acute low back pain. *Uptodate*, 2022.
- Fuente imágenes: [Freepik.es](https://www.freepik.es) y AEMPS