

CASOS CLÍNICOS

DORES DA VIDA MODERNA

Dr. André Cicone Liggieri
CRM-SP 144.472

Loxonin
loxoprofeno sódico

Loxonin FLEX 100 mg
loxoprofeno sódico

CASOS CLÍNICOS

DORES DA VIDA MODERNA

Dr. André Cicone Liggieri - CRM-SP 144.472

Médico ortopedista com área de atuação em Dor. Diretor e fundador do Comitê de Dor (Abdor) da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). Médico assistente do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

**Acesse o material
em formato
de vídeo ou podcast**



INTRODUÇÃO

Hoje em dia a tecnologia e um estilo de vida mais saudável são indispensáveis no nosso cotidiano. Mas, apesar desses comportamentos apresentarem benefícios para a sociedade, o uso desenfreado e a dependência das ferramentas tecnológicas e da busca por estar em boa forma, podem afetar a saúde se forem feitos de forma exagerada ou incorreta.¹

Com a sociedade conectada, nossas vidas passam a ter um componente de contato via redes sociais, o trabalho remoto passa a ser parte importante de nosso dia, e as caminhadas são substituídas pelas entregas em domicílio. Essas mudanças de comportamento já fazem parte da nossa rotina, e com elas vêm os desafios de como nos manter saudáveis e em boa forma.²

Mesmo antes da pandemia de Covid-19, fazer um treinamento sem orientação de um profissional poderia, por exemplo, aumentar a chance de descuidos na postura ao executar alguns exercícios. Com as restrições impostas pela pandemia, os desafios aumentaram e os prejuízos ainda são uma realidade diária enfrentada pela população em todo o mundo. Além de postergar ou interromper tratamentos médicos e procedimentos cirúrgicos, o isolamento social facilitou o detrimento da saúde física e mental das pessoas.³

Além das dificuldades de se praticar atividades físicas, a aderência a um *home office* improvisado, na grande maioria das vezes, não contou com um mobiliário adequado para garantir uma boa ergonomia.

O uso indiscriminado de celulares, computadores, *tablets* e outras ferramentas em posições ergonômicas inadequadas (sofás, camas, cadeiras impróprias e etc) e os movimentos repetitivos no manejo desses aparelhos também tiveram uma significativa participação no aumento do número de casos de dores musculoesqueléticas.⁴

Em contrapartida, o tratamento da dor vem avançando em tecnologia e no desenvolvimento de novas moléculas, incrementando o arsenal terapêutico e beneficiando tanto o médico quanto o paciente.⁵⁻⁷

Ocupando lugar de destaque na abordagem multimodal da dor, os Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINEs) são considerados relevantes no manejo da dor de leve a moderada conforme escada analgésica da OMS.⁸

Largamente conhecidos pela sua segurança e eficácia, os AINEs contam ainda com suas apresentações de uso tópico, que além da não inferioridade em relação aos orais, são uma excelente opção quando pensamos em comodidade posológica e adesão ao tratamento.⁹

Revisões da Cochrane mostram que o Número Necessário para Tratar (NNT) dos anti-inflamatórios tópicos em dores agudas ou agudizações de dores crônicas é extremamente baixo e deve ser considerado.¹⁰

A seguir, apresentamos alguns casos da nossa prática clínica diária que ilustram os desafios da realidade pós-pandemia e os resultados obtidos no manejo multimodal da dor.

CASO CLÍNICO 1

Mulher, 83 anos, com dor no tornozelo e planta dos pés bilateral, de longa data, com piora à movimentação. Descreve que é uma dor em peso e queimação. Sem descritores neuropáticos nos tornozelos e planta dos pés. DN4 = 1.*,¹¹

Paciente teve quadro de fratura do tornozelo direito, fíbula distal, sem desvio, tratada de forma não cirúrgica, com imobilização com órtese suropodálica, por oito semanas, há aproximadamente quatro anos. Desde então, passou a ter dor no lado contralateral esquerdo. Após o tratamento, realizou 20 sessões de fisioterapia para o tornozelo direito, com melhora da mobilidade, porém permaneceu com dor residual em ambos os tornozelos e surgiu dor bilateral na planta dos pés pior ao acordar e no início dos movimentos. No exame clínico, não apresentava alterações neurológicas, apenas crepitação, diminuição da amplitude de movimento dos tornozelos e dor à palpação da origem da fáschia plantar. Na marcha, apresentava diminuição do tempo de contato no solo, sem realização adequada do deslizamento (*gliding*) tibial no tálus, sem desprendimento adequado do hálux bilateralmente. Exames radiográficos se mostraram compatíveis com osteoartrite dos tornozelos. Radiografia com flexão e extensão máximas evidenciou diminuição da extensão do tornozelo, sem sinais radiográficos de impacto ósseo. Ultrassonografia apresentou fascite plantar bilateral. Na avaliação, a dor era de intensidade 5 (EVN** 5) bilateralmente.

Sono regular, acorda descansada. Humor sem alterações, fica triste por não conseguir fazer caminhada na esteira.

Antecedentes Pessoais (AP)

- HAS leve, controlada com captopril 25 mg/dia.
- Neoplasia de mama – tratada com cirurgia e QT há 15 anos, sem atividade da doença.

Já havia utilizado alguns medicamentos para dor.

- Ibuprofeno 300 mg de oito em oito horas, por 15 dias no início do quadro (dor melhorava, mas sentiu queimação e refluxo).
- Fazia uso esporádico de diclofenaco 50 mg com relaxante muscular, paracetamol e cafeína nas crises, com melhora da dor (geralmente utilizava antes de passear ou sair para algum evento importante).
- Utilizou glucosamina e condroitina por dois anos, sem perceber melhora da dor.

Conduta

Diante do quadro clínico da paciente, optou-se pela utilização de loxoprofeno tópico adesivo (24 horas/dia por sete dias) bilateral e reavaliação para testar eficácia.

Após a primeira semana, a paciente referiu melhora da dor, sem alterações da amplitude de movimento (EVN 3).

Foi sugerida a utilização de colágeno não hidrolisado (40 mg) por três meses, manutenção do adesivo até completar seis semanas de tratamento e fisioterapia (cinesioterapia e terapia manual).

Após seis semanas a paciente retornou com EVN 1, com melhora discreta da amplitude de movimento. Orientou-se a continuação da utilização do nutracêutico e uso de loxoprofeno adesivo nas crises. Seguiu com a fisioterapia na tentativa de retomar a caminhada que fazia antes da fratura.

Comentário

Trata-se de uma paciente idosa, sem grandes comorbidades, exceto por experiências pessoais ruins com o uso de AINE, embora a dor melhorasse com AINE, denotando um possível componente inflamatório presente não só na osteoartrite, mas também da fascite plantar. A dor crônica pode indicar a necessidade de uso de fármacos de ação central, mas neste caso estes não foram inicialmente prescritos pela reticência da paciente em utilizá-los, então sugerimos a ela que tentássemos algumas medidas antes da utilização dessas moléculas, o que, no caso dela, funcionou. Poderia não ter funcionado e nós teríamos que acrescentar fármacos de ação central que ajudassem no quadro como um todo. Outra característica muito importante é a maneira como a paciente lida com as questões de saúde (ativa, com vontade de melhorar e se cuidar) sempre torna o tratamento mais fácil.^{6,9}

* **DN4**: douleur neuropathique 4. Questionário utilizado para rastreio da dor neuropática, validado para o português, com sensibilidade maior que 85% para detecção de dor neuropática, quando maior que 4.¹¹ ** **EVN**: escala verbal numérica.

CASO CLÍNICO 2

Homem, 42 anos, empresário, casado, com dois filhos (seis meses e dois anos), com quadro de **dor na região cervical e dos ombros bilateralmente há aproximadamente dois meses**. Sem queixas neurológicas. DN4 1, EVN 6. Paciente descreve a dor como em peso, queimação e cansaço em toda a região do trapézio. Atualmente sem praticar exercícios físicos. Sono: dorme de cinco a seis horas por noite, com despertares noturnos para ajudar a esposa com o filho pequeno. Acorda cansado. Trabalha aproximadamente 14 horas/dia, majoritariamente em frente ao computador. Utiliza duas telas e dois celulares para trabalhar. A ergonomia não estava adequada, nem em casa, nem no escritório. Esteve em *home office* e continua três vezes por semana em casa e duas vezes por semana no escritório da empresa para reuniões. Ao exame clínico, paciente sem alterações de força, sensibilidade ou reflexos. Sem alterações da amplitude de movimento da cervical e dos ombros. Dor à palpação do trapézio bilateral, com pontos de gatilho nos romboides, na supraespinhal, no trapézio bilateral e no espôlio do pescoço bilateral. Testes do ombro todos sem alterações. Testes radiculares cervicais sem alterações. Já havia utilizado celecoxibe por cinco dias, com melhora quase total da dor durante o período e retorno da dor ao término da medicação. Utilizou paracetamol com codeína (500 mg/30 mg, respectivamente), com melhora pouco significativa da dor. Recebeu recomendação do uso de diclofenaco gel, porém utilizou de maneira inadequada, usou uma vez por dia, por três dias. Refere que não conseguiu criar o hábito de utilizar o gel e, portanto, não aderiu ao tratamento.

Já havia passado em outro colega e trouxe exame de ressonância magnética evidenciando protrusão, sem conflito radicular de C4-C5. Ultrassonografia bilateral dos ombros sem alterações.

Antecedentes Pessoais (AP)

- hígido, amigdalectomia aos 14 anos.

Conduta

Orientações básicas e ajustes da ergonomia, bem como medidas de higiene e ergonomia do sono para tentar melhorar a qualidade do sono. Foi orientado a utilizar loxoprofeno tópico adesivo, 1 ao dia durante cinco dias, e dipirona 1 g de seis em seis horas, além de acupuntura/desativação de pontos de gatilho e atividade física.

- Sete dias depois, veio para realizar acupuntura, com EVN 5, com melhora nos dias em que utilizou o adesivo. Foi realizada a desativação de pontos de gatilho e sugerido o uso de loxoprofeno adesivo por mais sete dias, concomitante com dipirona 1 g de 6/6 horas.
- Quatorze dias depois retornou com EVN 2, realizou ajustes ergonômicos e cuidados relativos ao sono, se sentiu bem após a sessão de acupuntura e o uso do loxoprofeno adesivo. Foi reforçada a necessidade de atividade física e estilo de vida saudável. Foi mantida dipirona 1 g, se necessário.

Comentário

Paciente jovem, sem comorbidades, o que permite a escolha de diversas possibilidades terapêuticas. Apresentava erro de ergonomia e sono não reparador que possivelmente contribuíram para o surgimento das dores musculares em questão (síndrome dolorosa miofascial). Exame clínico compatível com mialgia, possivelmente decorrente da síndrome de pescoço de texto (*text neck syndrome*), muito comum em nosso dia a dia, com um surgimento ainda maior no contexto de pandemia e *home office*. A apresentação em adesivo do medicamento utilizado facilitou a adesão do paciente ao tratamento, fazendo com que, em um contexto multimodal, a melhora da dor pudesse ser alcançada.¹²

CASO CLÍNICO 3

Mulher, 19 anos, estudante, iniciou quadro de **dor no polegar e punho direito há cerca de 15 dias**. Paciente hí-

gida, iniciou quadro de dor com queimação e dormência na região radial do punho direito, sem trauma há cerca de duas semanas. A paciente tem utilizado o celular em torno de oito a dez horas por dia, para estudos e lazer. Ao exame clínico apresentava dor à palpação do primeiro compartimento extensor do punho direito, Finkelstein positivo. EVN 8. Sem dor em outros locais do punho. Ultrassonografia evidenciando tenossinovite do primeiro compartimento extensor.

Conduta

Orientações a respeito do uso excessivo do celular, bem como da ergonomia e sugestões de uso. Loxoprofeno adesivo 1 por dia durante 7 dias.

Sete dias depois: EVN 4. Melhora parcial da dor. Foi sugerido manter a utilização por mais sete dias.

Quatorze dias depois: EVN 3. A paciente não realizou modificações ergonômicas, mas refere estar conseguindo usar o celular sem se queixar.

Comentário

Paciente com uso excessivo do celular com ergonomia desorganizada, com quadro de tenossinovite de Quervain, bastante comum em quem utiliza celular por longas horas. Foi realizado tratamento inicial com AINE tópico. O seguimento deixa clara a dificuldade de modificar hábitos de vida por parte da paciente, muito embora isso seja imprescindível para o tratamento efetivo da causa da tenossinovite.¹³

CASO CLÍNICO 4

Homem, 23 anos, dor no joelho esquerdo após entorse durante partida de futebol há dois dias. O paciente ficou sem jogar futebol nos últimos dois anos em decorrência da pandemia. Cresceu cerca de 9 cm no período. Pre-

viamente hígido, longilíneo. No primeiro lance do jogo com os amigos, ao tentar frear sentiu um estalido e dor na região da patela esquerda. Na hora não conseguiu mais jogar. Em casa aplicou gelo e tomou analgésico com alívio pequeno da dor. Avaliado no pronto-socorro, diagnosticou-se dor difusa em todo o joelho e derrame articular pequeno. Realizou radiografias sem alterações agudas.

Conduta

Optou-se por loxoprofeno 60 mg, VO, de oito em oito horas por cinco dias, imobilização com órtese de joelho e reavaliação em sete dias.

Sete dias depois apresenta diminuição do derrame articular, sendo realizado exame clínico sem lesão ligamentar ou de menisco. Alerta-se da necessidade de reabilitação e fortalecimento para retorno à prática esportiva.

Comentário

Paciente jovem com quadro de entorse do joelho, com possível subluxação de patela, deu entrada com derrame articular sem fratura. Optou-se por AINE via oral para regressão do derrame articular e melhora da dor.

CONCLUSÃO

Os AINEs fazem parte do arsenal terapêutico em muitas situações clínicas, das dores agudas à osteoartrite. Tanto os tópicos quanto os orais, apresentam grande eficácia analgésica, sendo que, a tecnologia e segurança dos tópicos, permite o uso por períodos prolongados.^{8,10,14}

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva TO. Os impactos sociais, cognitivos e afetivos sobre a geração de adolescentes conectados às tecnologias digitais. Rev Psicopedag. 2017;34(103):87-97.
2. International Labour Organization. Teleworking during the COVID-19 pandemic and beyond. A practical guide. Genebra: ILO; 2020. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/instructional-material/wcms_751232.pdf. Acesso em: 2022 set.
3. Bittencourt G. O jeito certo e o errado dos exercícios: dicas para evitar lesões. In: Eu Atleta. GE. Aberystwyth, País de Gales, 2020 out 13. Disponível em: <https://ge.globo.com/eu-atleta/treinos/noticia/o-jeito-certo-e-o-errado-dos-exercicios-dicas-para-evitar-lesoes.ghtml>. Acesso em: 2022 set.
4. Dennerlein JT. The state of ergonomics for mobile computing technology. Work. 2015;52(2):269-77.
5. Finch PM, Drummond PD. Topical treatment in pain medicine: from ancient remedies to modern usage. Pain Manag. 2015 Sep;5(5):359-71.
6. Jorge LL, Feres CC, Teles VE. Topical preparations for pain relief: efficacy and patient adherence. J Pain Res. 2010 Dec 20;4:11-24.
7. Yu YQ, Yang X, Wu XF, Fan YB. Enhancing Permeation of Drug Molecules Across the Skin via Delivery in Nanocarriers: Novel Strategies for Effective Transdermal Applications. Front Bioeng Biotechnol. 2021;9:646554.
8. World Health Organization. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability, 2nd ed. World Health Organization. 1996. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37896>. Acesso em: setembro de 2022.
9. Fujiki EN, Netto NA, Kraychete DC, et al. Efficacy and safety of loxoprofen sodium topical patch for the treatment of pain in patients with minor acute traumatic limb injuries in Brazil: a randomized, double-blind, noninferiority trial. Pain. 2019 Jul;160(7):1606-1613.
10. Derry S, Wiffen PJ, Kalso EA, et al. Topical analgesics for acute and chronic pain in adults - an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2017 May 12;5(5):CD008609.
11. Santos JG, Brito JO, de Andrade DC, et al. Translation to Portuguese and validation of the Douleur Neuropathique 4 questionnaire. J Pain. 2010 May;11(5):484-90.
12. David D, Gianini C, Chiarelli F, Mohn A. Text Neck Syndrome in Children and Adolescents. Int J Environ Res Public Health. 2021 Feb 7;18(4):1565. doi: 10.3390/ijerph18041565. PMID: 33562204; PMCID: PMC7914771.
13. Ray G, Sandean DP and Tall MA. Tenosynovitis. StatPearls [Internet]. 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544324/>
14. Fendrick AM, Greenberg BP. A review of the benefits and risks of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the management of mild-to-moderate osteoarthritis. Osteopath Med Prim Care. 2009 Jan 6;3:1.

Dores da vida moderna é uma publicação periódica da Phoenix Comunicação Integrada patrocinada por Sankyo. O conteúdo é de responsabilidade do autor e não expressa necessariamente a opinião do laboratório. Editor responsável: Paulo Cid. Tiragem: 8.000 exemplares. Endereço: Rua Dom João V, 344 – CEP 05075-060 – Lapa – São Paulo – SP. Tel.: (11) 3645-2171 – Home page: www.editoraphoenix.com.br – E-mail: phoenix@editoraphoenix.com.br. Todos os direitos reservados. Este material não pode ser publicado, transmitido, divulgado, reescrito ou redistribuído sem prévia autorização da editora. Material destinado exclusivamente à classe médica.

Phoenix

LOXONIN® (loxoprofeno sódico) Apresentações: embalagens com comprimidos de 60 mg. **Uso Adulto. Composição:** cada comprimido contém 60 mg de loxoprofeno sódico anidro (como loxoprofeno sódico di-hidratado) e excipientes qsp 1 comprimido. **Indicações:** anti-inflamatório e analgésico em pós-cirurgia, pós-traumatismo e pós-exodontia; no tratamento de artrite reumatóide, osteoartrite, periartrite escapulo-umeral, processos inflamatórios osteomusculares do pescoço, ombro, braço e lombalgias; como analgésico, anti-inflamatório e antitérmico

em processos inflamatórios agudos do TRS (acompanhados ou não de bronquite aguda). **Contraindicações:** crianças e jovens abaixo de 18 anos de idade; gestantes no último trimestre da gravidez e durante o período de lactação; em pacientes com hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula; portadores de úlcera péptica, graves distúrbios hematológicos, hepáticos ou renais; disfunções cardíacas graves; asma induzida por AINEs. **Cuidados e advertências:** cautela em pacientes com úlcera associada ao tratamento prolongado com AINEs e que estejam em uso de misoprostol; asma brônquica; disfunção cardíaca; histórico de distúrbios hematológicos ou de disfunção hepática; colite ulcerativa e doença de Crohn. Tratamento prolongado com loxoprofeno sódico: realizar exames laboratoriais periodicamente. Se forem observadas alterações, recomenda-se redução da dose ou interrupção da terapia. Sinais e sintomas de infecção podem ser mascarados durante o uso de loxoprofeno. Administrar concomitantemente com um antibiótico apropriado, caso necessário, quando se tratar de processo inflamatório de origem infecciosa.

Pode ocorrer queda acentuada da temperatura, colapso, extremidades frias, etc. Efeitos como tontura e sonolência têm sido relatados. **Loxonin® é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.**

O uso de Loxonin®, bem como de outros anti-inflamatórios, pode provocar alteração do controle da pressão arterial em indivíduos hipertensos sob tratamento. **Crianças:** segurança não estabelecida. **Gravidez e lactação:** a segurança do uso de Loxonin® durante a gestação não foi estabelecida, portanto, somente deverá ser administrado a gestantes se os benefícios terapêuticos justificarem os riscos para o feto; bem como durante a lactação. Caso a administração seja considerada necessária, deve-se ter alguns cuidados, como limitar o uso mínimo eficaz e monitorar o líquido amniótico, conforme necessário. **Interações medicamentosas:** loxoprofeno sódico pode intensificar ou diminuir o efeito de alguns medicamentos. **Potencialização do efeito:** anticoagulantes cumarínicos, inibidores do fator Xa, hipoglicemiantes sulfonilureicos, antibacterianos fluoroquinolona, metotrexato, preparações de lítio. **Redução do efeito:** diuréticos benzotiazídicos, anti-hipertensivos (ex.: inibidores da ECA e BRAs). **Interações com álcool:** recomenda-se não ingerir bebidas alcoólicas durante o tratamento, pois pode facilitar o aparecimento de úlceras gástricas ou duodenais. **Interações com alimentos:** não são conhecidas interações entre o loxoprofeno e alimentos. **Reações adversas:** rash cutâneo, sonolência, edema, dor abdominal, desconforto gástrico, anorexia, náusea e vômito, diarreia, aumento das transaminases hepáticas, prurido, úlcera péptica, obstipação, pirose e estomatite. **Posologia:** recomenda-se 1 comprimido, 3 vezes ao dia. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.** MS - 1.0454.0159. Farm. Resp.: Dr. Pedro de Freitas Fiorante - CRF-SP n° 76.376. Daiichi Sankyo Brasil Farmacêutica Ltda. MB_06. **Loxonin® Flex (loxoprofeno sódico). N° de Registro MS:** 1.0454.0188. **Indicações:** anti-inflamatório e analgésico local no tratamento da dor, em processos inflamatórios musculoesqueléticos e em condições pós-traumáticas. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. MB_01.

LOXONIN® FLEX É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.

*Eficácia numericamente superior porém sem significância estatística. **Em um estudo clínico aberto que avaliou a administração do loxoprofeno em pacientes idosos com lombalgia por até 8 semanas. #Fácil aplicação vs. outras vias de administração. **Lista de referências:** 1. Nagaya I et al. Clinical evaluation of CS-600 in the treatment of pain on trauma and postoperative symptoms. Double-blind study in comparison with mefenamic acid. Journal of Clinical Therapeutics & Medicine. 1985;1(1):69-89. 2. Uchida Y et al. Clinical evaluation of CS-600 (loxoprofen sodium) on postexodontic pain - Multi-clinic double-blind study. Oral Therapeutics and Pharmacology. 1984;3(32-48). 3. Bula do Loxonin®. 4. Sekiguchi H., et al. Loxoprofen sodium and celecoxib for postoperative pain in patients after spinal surgery: a randomized comparative study. J Orthop Sci. 2015;20(4):617-23. 5. Natour, et al. Loxoprofeno no tratamento da lombalgia - eficácia clínica e segurança em comparação com o diclofenaco. Rev Bras Med. 2002; 59(3):161-170. 6. Fujimori, I. et al. Clinical evaluation of CS-600 (loxoprofen sodium) on acute upper respiratory tract infection - multicenter, double-blind group comparison study with ibuprofen. Progress in Medicine. 1985; 5(5):137-153. 7. Aoki, T. Effectiveness and Safety of Loxoprofen in Elderly Patients with Lumbar Pain. Drug Invest. 1992. 4(6):477-483. 8. Fujiki EN, et al. Efficacy and safety of loxoprofen sodium topical patch for the treatment of pain in patients with minor acute traumatic limb injuries in Brazil: a randomized, double-blind, noninferiority trial. Pain. 2019 Jul;160(7):1606-1613. 9. Bula do Loxonin® Flex. 10. McPherson ML, Cimino NM. Topical NSAID formulations. Pain Med. 2013 Dec;14 Suppl 1:S35-9.

SAC
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR
0800 055 6596
sac@dsbr.com.br

Franquia
Movimento
O movimento de volta

 **Daiichi-Sankyo**

Loxonin[®]

loxoprofeno sódico



Rápido alívio da dor logo após 15 minutos da administração.¹⁻³



Eficácia superior no alívio da dor quando comparado a outros AINEs como celecoxibe, diclofenaco* e ibuprofeno.⁴⁻⁶



98% dos pacientes não apresentaram eventos adversos, inclusive pacientes idosos.^{7**}

Loxonin[®] FLEX 100mg

loxoprofeno sódico



Tão eficaz no alívio da dor quanto o loxoprofeno sódico oral.⁸



Baixa absorção sistêmica, agindo no local da dor.⁹



Um adesivo ao dia e com fácil aplicação.^{#9,10}

