

LOMBALGIA

Bernardo Cardoso Pinto Coelho¹

1- Médico Ortopedista do. Médico ortopedista do CEM Nordeste, Hospital da Baleia, Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia e Traumatologia do Esporte – SBRATE e Membro Titular da Associação Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e Pé – ABTPé

INTRODUÇÃO

- Até 85% das pessoas terão pelo menos um episódio lombalgia, maioria é transitório e auto-limitado, com 90% recuperando espontaneamente em até 12 semanas
- Principal causa de incapacidade para o trabalho em pessoas com menos de 45 anos
- 2º motivo mais frequente de consulta médica e a 5ª causa mais frequente de internação
- Pode ser primária ou secundária (12-15%); aguda (<4 semanas), subaguda (4-12 semanas) ou crônica (> 12 semanas)
- Hérnia discal e degeneração discal são achados freqüentes na população assintomática (entre 7% e 72%)

DIAGNÓSTICO

- É fundamentalmente baseado na história clínica e no exame físico
- Há características de risco individuais (Idade > 50 anos, Sexo feminino, Obesidade, tabagismo e sedentarismo), bem como fatores relacionados às condições de trabalho (movimentos repetitivos de flexão, rotação e levantamento de peso, posturas inadequadas e vibração) e ao estilo de vida que aumentam o risco para a lombalgia.
- A dor mecânica caracteriza-se principalmente pelo alívio com o repouso e agravamento pela movimentação. A dor não-mecânica não é aliviada pelo repouso, sendo manifestação comum nas doenças inflamatórias, infecciosas, viscerais e neoplásicas.
- **Caracterizar se a dor é do tipo radicular, referida ou axial:**
 - Dor radicular: irritação de uma raiz nervosa. Geralmente acompanhada por alterações sensitiva e motora e no reflexo mediado pela raiz comprometida. A hérnia discal e a estenose do recesso lateral são duas condições que quando são sintomáticas produzem caracteristicamente dor radicular.
 - Dor lombar referida: irradiação para o membro inferior não além do joelho com função radicular normal (força, sensibilidade e reflexos). A dor é sentida nos tecidos que têm mesma origem mesodérmica (esclerótomos).
 - Dor axial: dor confinada localmente na coluna sem irradiação.
- **Bandeiras vermelhas**: critérios de gravidade que demandam avaliação e/ou intervenção mais urgente
 - Síndrome da cauda equina: Alteração da micção, Perda do tônus do esfíncter anal ou incontinência fecal (arguir o paciente sobre); Anestesia em sela e Fraqueza motora progressiva ou distúrbios da marcha (pode indicar a necessidade de tratamento cirúrgico)
 - Dor constante, intensa ou progressiva (principalmente à noite ou com o repouso – sugestivo de tumor ou infecção na coluna)
 - Traumatismo
 - Febre (sugestivo de tumor ou infecção na coluna)

- Perda inexplicável de peso corporal (sugestivo de tumor ou infecção na coluna)
- História de câncer (sugestivo de tumor ou infecção na coluna)
- Idade <18 anos com dor considerável; idade >55 anos (sugestivo de tumor ou infecção na coluna)
- Usuário de drogas intravenosas ou esteróides
- AIDS, doenças sistêmicas
- Restrição importante e persistente da amplitude dos movimentos da coluna lombossacral
- Doenças inflamatórias (espondilite anquilosante, artrite reumatóide, etc):
Envolvimento articular periférico

- **Bandeiras amarelas:** fatores de risco individuais para a cronificação da lombalgia e indicam barreiras psicossociais à recuperação e à eficácia dos tratamentos. Pode demandar uma abordagem psicológica como parte do tratamento

- Ansiedade excessiva / depressão / isolamento social
- Dor crônica pré-existente na coluna ou em outro local
- Autoproteção excessiva (crenças irreais em medidas que evitarão a dor)
- Estratégia de adaptação reduzida
- Pensamentos exagerados sobre sua condição
- Percepção depreciativa de sua saúde
- Cinesiofobia
- Expectativa de que os tratamentos passivos serão mais eficazes que os auto-participativos

- **Bandeiras azuis:** fatores relacionados ao trabalho.

- Alto nível de exigência laboral (pressão do tempo, interrupções frequentes, etc)
- Baixa autonomia (planejamento, tempo, ritmo)
- Baixo grau de apoio dos superiores e colegas
- Baixo nível de reconhecimento (renda, reconhecimento social, progressão na carreira)
- Ambiente de equipe desfavorável
- Baixa satisfação laboral
- Creditar ao trabalho a causa da sua dor
- Ceticismo com relação às medidas de readaptação laboral ou retorno ao trabalho

- **Bandeiras pretas:** fatores ocupacionais e sociais:

- Política trabalhista sobre adoecimento com efeitos contrários aos esperados
- Alegação de invalidez permanente
- Compensação por incapacidade
- Desemprego
- Aspectos jurídicos do sistema de seguro vigente no País

- **Waddell** descreveu cinco sinais que podem indicar envolvimento psicossocial ou não orgânico na origem do sintoma ⁶⁹ (Tabela 6).

- Sensibilidade superficial/não-anatômica: Sensibilidade dolorosa superficial ao tato leve, localizada ou difusa. Sensibilidade dolorosa profunda difusa com localização não correspondente a um padrão anatômico.
- Teste de simulação positivo: Aparecimento de dor lombar à compressão axial da cabeça ou durante a rotação conjunta do tronco e da pelve.
- Teste de “distração”: Um teste positivo ao exame físico torna-se negativo quando a atenção do paciente é desviada ou quando o mesmo teste é aplicado em uma posição diferente. Ex.: resposta diferente a um mesmo teste feito em posições diferentes (estiramento do nervo ciático nas posições assentada e deitada).
- Distúrbios regionais: Presença de anormalidades motoras e sensitivas em múltiplas regiões que não podem ser explicitadas em bases anatômicas.
- Hiperreação: Verbalização desproporcional aos sintomas, expressão facial inadequada, tonteira, desmaios e sudorese.

EXAMES COMPLEMENTARES

- Lombalgia aguda sem sinais relevantes ao exame físico pode ser conduzida sem exames complementares. Exames complementares mal indicados são dispendiosos, confundem o diagnóstico e podem induzir ao tratamento desnecessário.

- **Indicações para realizar Radiografia**: idade > 50 anos, trauma, déficits neuromusculares, perda de peso, suspeita de espondilite, abuso de álcool e drogas, história de câncer, uso de corticoides, febre, retorno com <1 mês com o mesmo problema, procura de compensação trabalhista, lombalgia persistente. Lombalgias crônicas e agudas com “sinais de alerta” se faz necessário solicitar a radiografia simples na primeira consulta.

- Realizar radiografia em ortostatismo sempre que possível e em duas incidências (AP e Perfil)

- A tomografia computadorizada (TC) tem grande utilidade na avaliação das lesões envolvendo as estruturas ósseas como tumores ósseos, estenose do canal lombar e as doenças degenerativas do segmento vertebral.

- A ressonância magnética (RM) permite uma avaliação em detalhes das partes moles e tem também bom desempenho na avaliação das estruturas ósseas. A TC e a RM são exames úteis na confirmação diagnóstica de várias patologias, mas devem ser interpretadas com cuidado e sempre à luz de uma boa história clínica, já que muitas alterações detectadas em adultos de meia idade são assintomáticas. Entre 60 e 80 anos, mais de 95% da população geral possui algum tipo de alteração degenerativa da coluna. Portanto, as imagens dos exames nada informam se não são confrontadas com a história clínica.

TRATAMENTO

- **Conservador**:

1.º Repouso: Posição: decúbito supino, joelhos fletidos e pés apoiados sobre o leito e/ou com flexão das pernas num ângulo de 90° com as coxas e destas com a bacia. Em média 3 a 4 dias, máximo 5 a 6 dias, não deve ser prolongado, pois a inatividade tem ação deletéria sobre o aparelho locomotor. O retorno às atividades habituais deve ser feito o mais rápido possível.

2.º Medicamentos: Analgésicos, Antiinflamatórios Não Hormonais (AINH), Glicocorticóides, Relaxantes Musculares, Antidepressivos.

3º Reabilitação

4º Órteses: Indicada na lombalgia aguda e lombociatalgia, para manter as articulações em repouso.

5º Terapia Comportamental: Nas lombalgias crônicas pode-se reduzir a incapacidade através da mudança dos padrões comportamentais.

- Procedimentos cirúrgicos

- O tratamento cirúrgico para a dor lombar pode estar indicado na falha do tratamento conservador da lombalgia específica quando se estabelece uma correlação entre a alteração anatomopatológica e o sintoma.

BIBLIOGRAFIA:

1. LEAL, J.S. Lombalgia: atualização de conceitos. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 1, p. 8-10, 2010
2. GARDOCKI, R J; PARK, A L. Cap 42 Lower back pain and disorders of intervertebral discs. In **Campbell's Operative Orthopaedics**. 12^a ed. Philadelphia, 2013. p 1897-1964
3. FREIRE, Marlene. Cap. 3 Lombalgia e lombociatalgia In: **Coluna Vertebral – conhecimentos básicos**. Higienópolis, SP, 2004. p 77 - 94