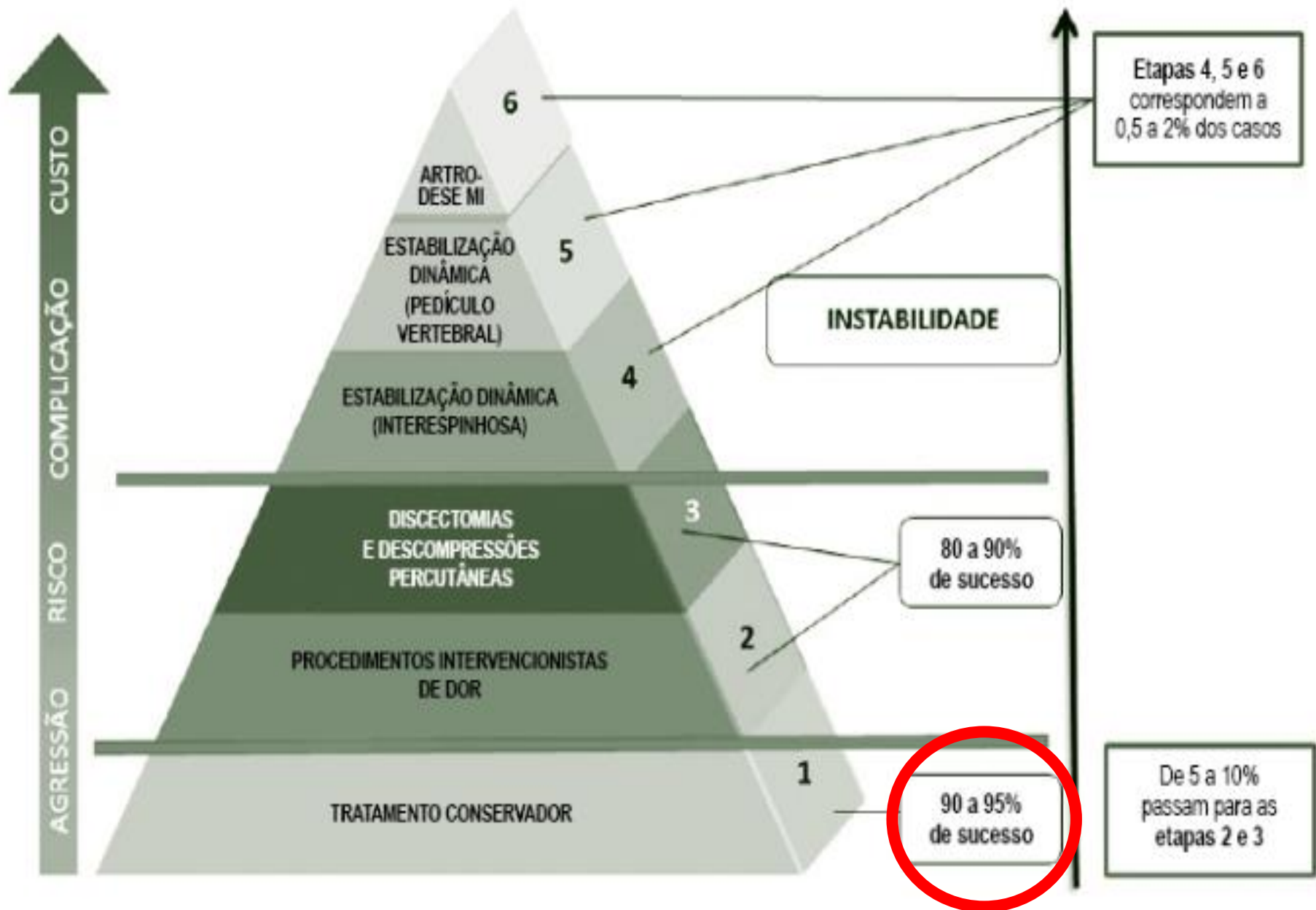


Lombalgia

Dr. Fernandes

Epidemiologia

- 1ª ou 2ª maior causa de ausência laboral
- 70% a 80% terão lombalgia
- Perda de 50 bilhões/ano por ausência ao trabalho



J.M.A., sexo masculino, 38 anos, é trazido pelo SAMU imobilizado em prancha rígida, referindo intensa dor nas costas e que sua coluna “travou” após dar a partida em sua moto, há cerca de 30 minutos. Refere 3 episódios semelhantes prévios com melhora após medicação, mas nega comorbidades ou alergias medicamentosas. Ao exame, apresenta sensibilidade preservada em MMII, mas com limitação funcional.

Quais as medidas iniciais diante deste paciente?

Após 120 minutos das medidas iniciais, paciente evolui com melhora expressiva da dor, deambulando livremente, sem déficits sensitivos.

É necessário solicitar algum exame complementar neste momento?

Etiologia e
fisiopatologia

Específicas

Inespecíficas

80-90%

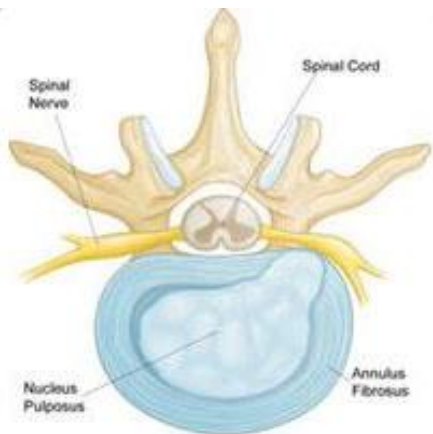
- 4% fratura por compressão
- 3% estenose espinhal
- 2% doença visceral
- 0,7% TU ou metástase
- 0,01% infecção

Espasmo e contusão muscular

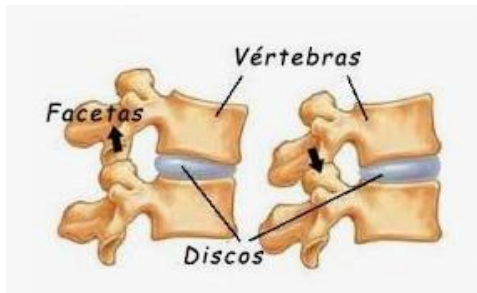
Espasmo muscular secundário a defesa

Secundária a esforço ou trauma

Autolimitada (2 a 4 dias com ou sem tto)



Herniated disk.



Herniação discal

- Desequilíbrio de nutrição e hidratação
 - Fissuras e rachadura
 - Rompimento do anel fibroso
 - Herniação do núcleo pulposo
- Aguda
 - Fator desencadeador, flexão ou rotação
 - Dor por pressão nos ligamentos
- Piora da dor
 - Flexão anterior provoca protrusão posterior

Espondilose

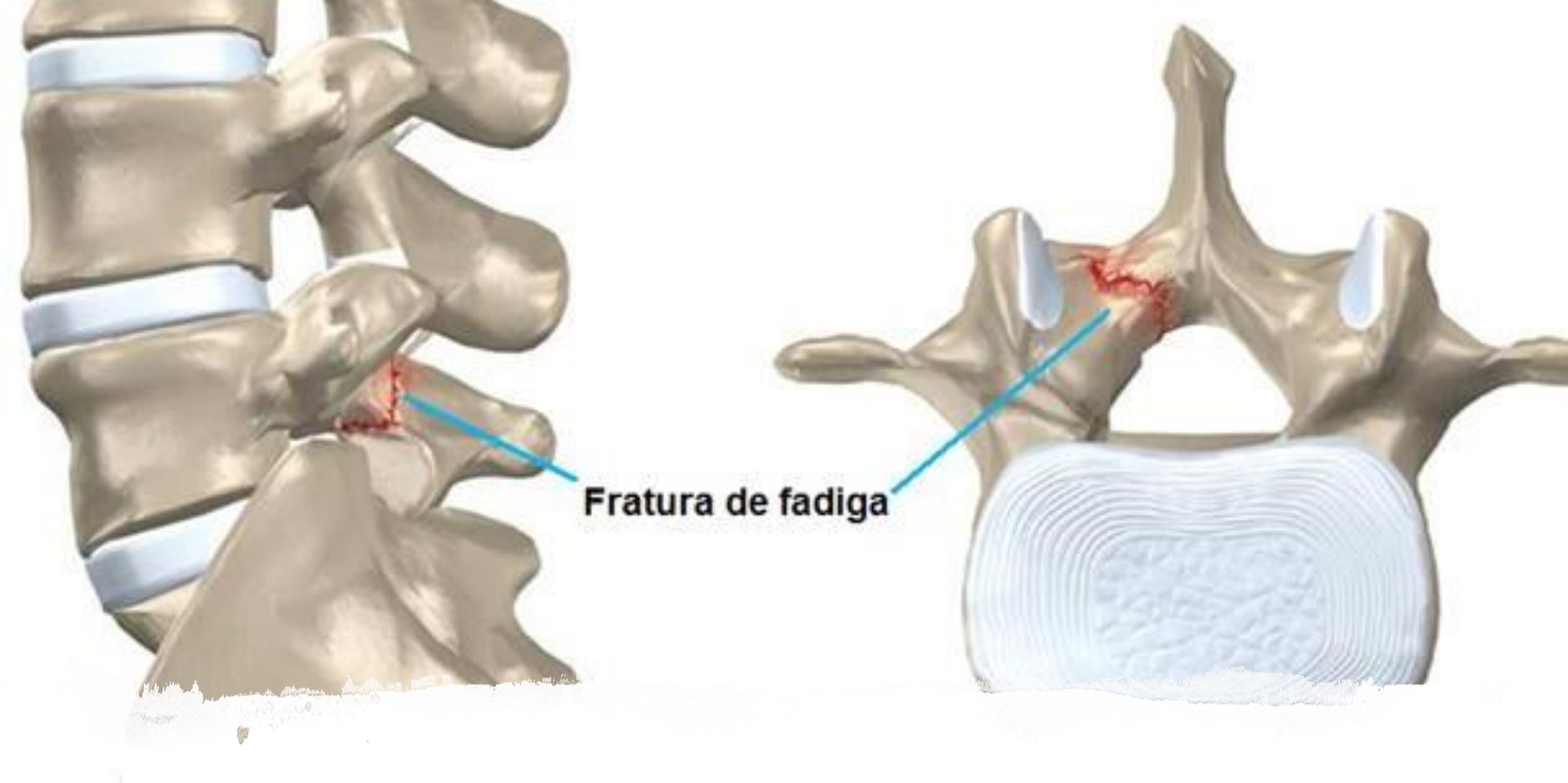


- Degeneração discal
- Comum em idosos
- Sem correlação clínico radiográfica



Espondilolistese

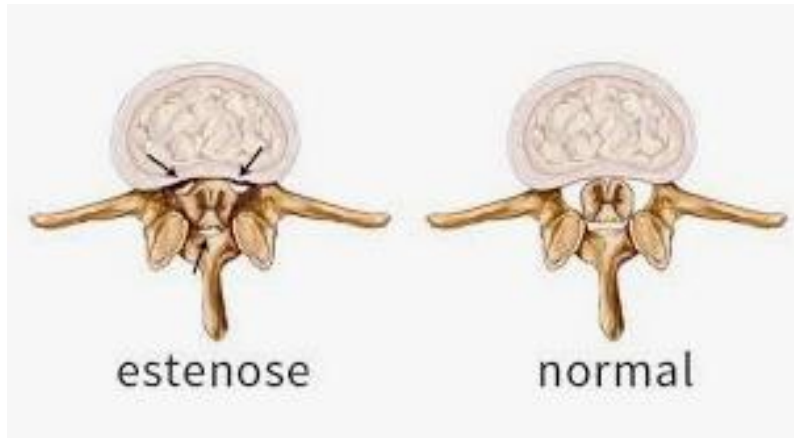
- Escorregamento da vertebra proximal sobre a distal
 - Displásica, Degenerativa, Traumática, Patológica
- Dor mecânica piora com extensão
- Parestesia e redução de força em MMII (comuns)



Espondilólise

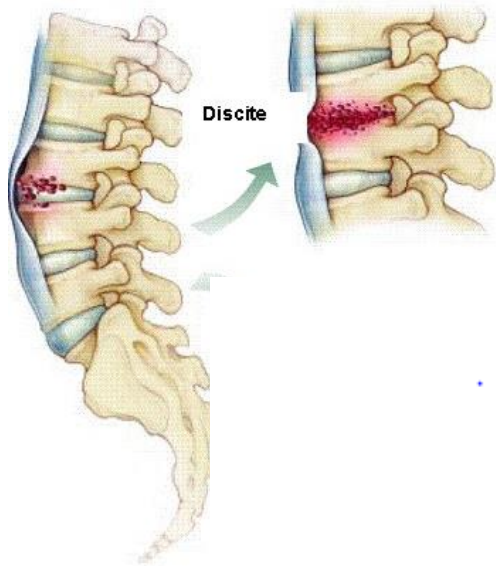
- Fratura da pars aticularis
- Por estresse (atletas)

Estreitamento do canal medular



- Principalmente L3 L4, estreitamento natural
 - Degenerativa
 - Neoplásica
 - Metabólica
 - cicatriciais

Infecções



- Osteomielite hematogênica por *Staphylococcus aureus*
- Tuberculose vertebral (L1)
- Herpes-zoster, retrita a um metâmero
- Sífilis terciária

Neoplasia

- Expansão periosteal
- Fraturas patológicas
- Metastases
 - Pulmao
 - Mama
 - Prostata ovário
 - MM

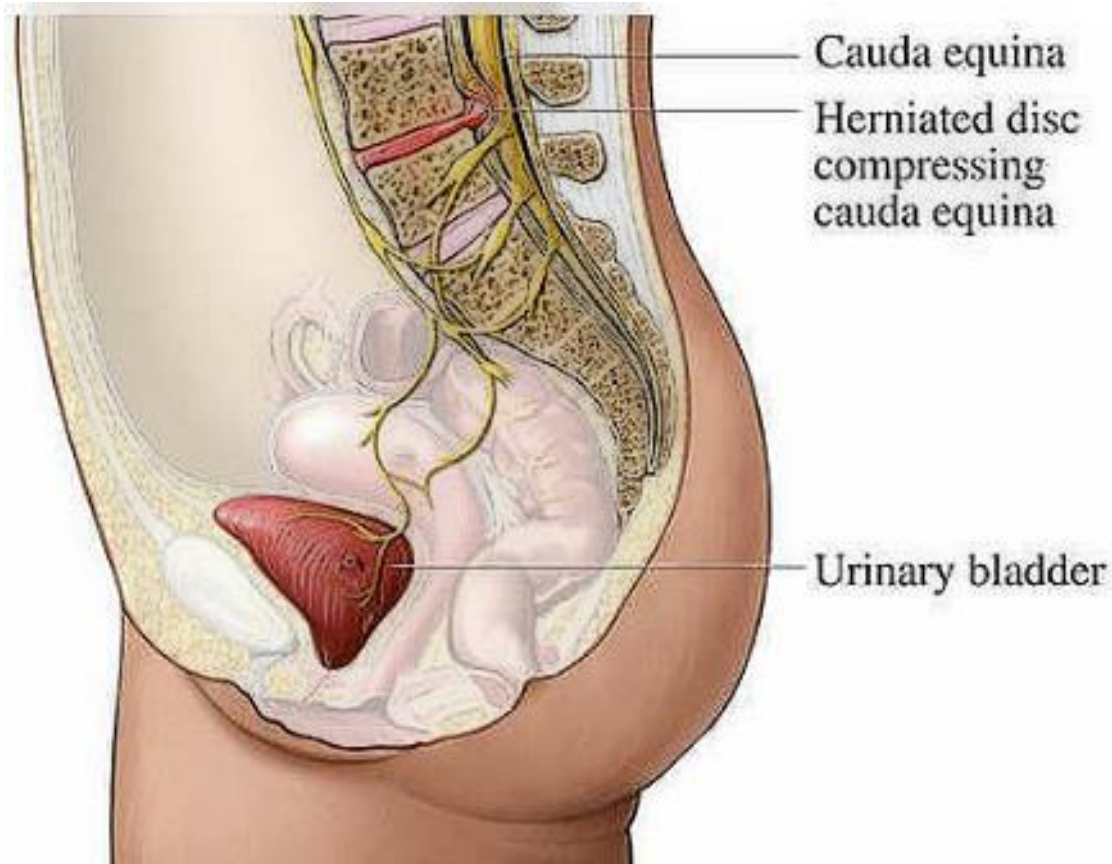
Abordagem inicial

- Dor
 - Súbita ou insidiosa
 - Constante ou intermitente
 - Poucas semanas
- Deformidade
- Limitação funcional

Red Flags



- **Idade >50 anos ou < 20 anos**
- **Fratura**
 - Trauma recente
 - Osteoporose
 - Uso prolongado de corticoide
- **Infecção**
 - Febre
 - Imunodeficiência
 - Uso de drogas
- **Tumor**
 - Dor pior noturna
 - Emagrecimento inexplicável
- **Neurológico**
 - Alterações progressivas
 - Dor constante e progressiva
 - Incontinência ou retenção urinária



- Dor e parestesia em MMII bilateral
- Anestesia em sela
- Alterações esfinterianas
 - Retenção ou incontinência urinária
 - Perda do tônus do esfíncter retal
 - Disfunção sexual

Síndrome da cauda equina

Exame físico

Marcha e mobilidade

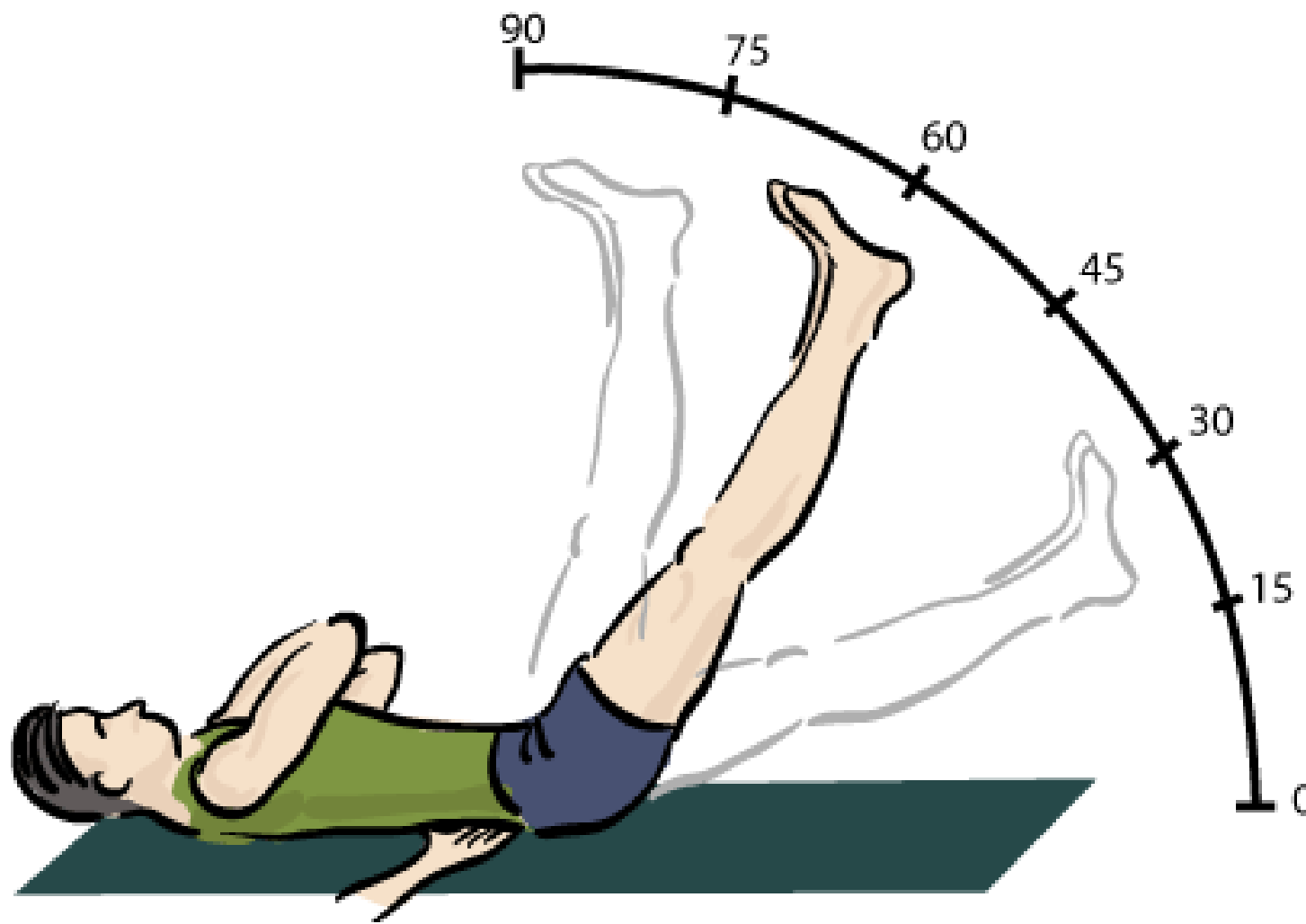
Palpação de estruturas ósseas e tecidos moles

Neurológico

- Sensitivo
- Escala de força
- Reflexo

RAÍZES NERVOSAS ENVOLVIDAS NO MOVIMENTO DAS ARTICULAÇÕES DO MEMBRO INFERIOR

Quadril	Joelho	Tornozelo
<ul style="list-style-type: none">▪ L2-L3 — Flexão▪ L4-L5 — Extensão	<ul style="list-style-type: none">▪ L3-L4 — Extensão▪ L5-S1 — Flexão	<ul style="list-style-type: none">▪ L4-L5 — Flexão dorsal▪ S1-S2 — Flexão plantar



Radiografias



- Pouca informação nas inespecíficas
- Consulta recente < um mês
- Busca indenização por lombalgia
- Suspeita de espondilite anquilosante
 - Idade > 50 anos ou < 20 anos
 - Fratura
 - Trauma recente
 - Osteoporose
 - Uso prolongado de corticoide
 - Infecção
 - Febre
 - Imunodeficiência
 - Uso de drogas
 - Tumor
 - Dor pior noturna
 - Emagrecimento inexplicável
 - Neurológico
 - Alterações progressivas
 - Dor constante e progressiva
 - Incontinência ou retenção urinária



A IMPORTÂNCIA DO AP E PERFIL NA RADIOGRAFIA



EXAMES COMPLEMENTARES PARA A INVESTIGAÇÃO DE LOMBALGIAS

Exame	Descrição
<i>Radiografia</i>	É solicitada em 2 incidências, anteroposterior e perfil, do segmento espinal acometido. Vistas oblíquas são usadas para definir espondilolistese e espondilólise. Radiografias de perfil em flexão e extensão máximas podem revelar instabilidade segmentar. ¹⁴ Radiografias dinâmicas também podem ser solicitadas na avaliação de espondilolistese. ³
<i>Tomografia computadorizada</i>	A principal vantagem deste exame é a definição dos contornos ósseos, sendo, neste aspecto, superior à ressonância nuclear magnética. ³ Porém, não demonstra tumores intraespinais ou aracnoidite. Não permite diferenciar cicatriz de hérnia discal recorrente. ¹⁴
<i>Ressonância nuclear magnética</i>	Exame ideal para estruturas não ósseas, como disco intervertebral, medula espinal, raízes nervosas, ligamentos e estruturas paravertebrais. É exame de escolha para avaliar hérnias discais e processos degenerativos discais, além de permitir avaliação do comprometimento de processos neoplásicos e infecciosos. ³

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NOS CASOS DE LOMBALGIA

Contexto clínico	Descrição
<i>Nefrolitíase e pielonefrite</i>	Dor que irradia para as genitálias ou períneo, na região anterior da virilha. Sinal de Giordano pode estar presente e, em geral, há sinais de mudança nos hábitos urinários (frequência, odor, disúria), ¹ além de hematúria. ⁶
<i>Aneurisma abdominal</i>	Massa pulsátil no abdome, com dor abdominal irradiando para a região lombar. ¹
<i>Pancreatite e doenças do estômago e das vias biliares.</i>	Dor abdominal, desconforto associado à ingesta alimentar, vômitos e dor irradiada para a região lombar. ¹
<i>Doenças pélvicas</i>	Desconforto perineal, corrimento vaginal e dor à palpação local. ¹
<i>Doenças do quadril</i>	Dor à mobilização da articulação do quadril, com restrição de movimento. ¹

Tratamento

- Excluir sinais de alerta
- Repouso relativo
- Anti-inflamatório + paracetamol
- Programa de exercício precoce

ANALGESIA NO TRATAMENTO DE LOMBALGIAS

Droga	Descrição
<i>Anti-inflamatórios não esteroidais</i>	Boa eficácia para dor aguda ou crônica agudizada. Contudo, seu uso crônico deve ser evitado pelo risco de complicações gastrointestinais, cardiovasculares e, em alguns casos, renais. ³
<i>Relaxantes musculares</i>	Eficácia comprovada nas crises de contraturas musculares, ³ mas devem ser utilizados com cautela em idosos por provocarem vertigem e sonolência, aumentando o risco de quedas. ¹
<i>Opioides</i>	Indicados em caso de dores intensas e/ou resistente ao uso de AINE. Deve-se iniciar com opioides fracos, como codeína ou tramadol, reservando-se os fortes para os casos mais intensos ou não responsivos. ⁶ Existem também associações de fármacos como diclofenaco, paracetamol, carisoprodol e cafeína que têm demonstrado eficiência com poucos efeitos adversos. ¹⁷
<i>Corticosteroides</i>	Indicados principalmente nos casos de lombociatalgia com infiltração ou inflamação das raízes nervosas, especialmente após falha do tratamento conservador. ¹⁸
<i>Antidepressivos</i>	Utilizados em caso de dor neuropática; os efeitos analgésicos se iniciam, geralmente, entre o quarto e quinto dias. ³

SORT: KEY RECOMMENDATIONS FOR PRACTICE

<i>Clinical recommendation</i>	<i>Evidence rating</i>	<i>References</i>
Red flags are common in patients with acute low back pain and do not necessarily indicate serious pathology; therefore, physicians should rely on a comprehensive clinical approach to evaluating red flags in these patients.	C	5, 6, 8
Without findings suggestive of serious pathology, imaging is not indicated in patients with acute low back pain.	C	8-11
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, acetaminophen, and muscle relaxants are effective treatments for nonspecific acute low back pain.	A	16-20
Patient education that includes advice to stay active, avoid aggravating movements, and return to normal activity as soon as possible and a discussion of the often benign nature of acute low back pain is effective in patients with nonspecific pain.	B	23, 24
Although regular exercises may not be beneficial in the treatment of nonspecific acute low back pain, physical therapy (McKenzie method and spine stabilization) may lessen the risk of recurrence and need for health care services.	B	26-31, 37-39
Spinal manipulation and chiropractic techniques are no more beneficial than established treatments for nonspecific acute low back pain, and their addition to established treatments does not improve outcomes.	B	18, 20, 25, 42-44
Bed rest is not helpful for nonspecific acute low back pain.	A	46

A = consistent, good-quality patient-oriented evidence; B = inconsistent or limited-quality patient-oriented evidence; C = consensus, disease-oriented evidence, usual practice, expert opinion, or case series. For information about the SORT evidence rating system, go to <http://www.aafp.org/aafpsort.xml>.

J.M.A., sexo masculino, 38 anos, é trazido pelo SAMU imobilizado em prancha rígida, referindo intensa dor nas costas e que sua coluna “travou” após dar a partida em sua moto, há cerca de 30 minutos. Refere 3 episódios semelhantes prévios com melhora após medicação, mas nega comorbidades ou alergias medicamentosas. Ao exame, apresenta sensibilidade preservada em MMII, mas com limitação funcional.

Quais as medidas iniciais diante deste paciente?

Após 120 minutos das medidas iniciais, paciente evolui com melhora expressiva da dor, deambulando livremente, sem déficits sensitivos.

É necessário solicitar algum exame complementar neste momento?

Caso não haja melhora do quadro de lombalgia aguda sob analgesia em até **4 semanas**, pode-se associar uma **terapia adjuvante** ou considerar um **exame de imagem**, como **TC** ou **RNM**, para avaliar melhor a causa. Na presença de **radiculopatia**, e concordância entre sintomas e achados de imagem, deve-se referenciar o paciente para um neurocirurgião.⁶ No caso da **hérnia** de disco, quando temos a comprovação da alteração neurológica progressiva ou grave, como síndrome da cauda equina, a abordagem cirúrgica está indicada.¹⁹