

DOR LOMBAR

A dor lombar apresenta alta prevalência, sendo somente superada pelo resfriado comum. Em média 65% a 80% da população mundial desenvolve lombalgia em algum momento de suas vidas, embora raramente cause a morte, sua morbidade é alta e representa a segunda causa mais freqüente de incapacidade para o trabalho em pessoas entre 35-55 anos. As principais causas de dor lombar são os fatores biomecânicos, representados pelas causas mecânicas e posturais. TenCel BM Méd José.

1. DEFINIÇÃO DA DOR LOMBAR

A lombalgia é a dor que ocorre na região inferior do dorso, em uma área situada entre o último arco costal e a prega glútea. Ela pode ser acompanhada de dor que se irradia para uma ou ambas as nádegas ou para as pernas no trajeto do nervo ciático (dor ciática).

A maior parte das lombalgias resolve espontaneamente em 1 a 2 meses e somente 1 a 2% necessita de cirurgias.

2. BIOMECÂNICA

2.1. Introdução

A incidência das dores na coluna na prática médica sempre foi alta, porém, com a crescente industrialização, tem aumentado muito, a ponto que se sugere enfrentar o problema como se fosse uma epidemia. Apesar do aparecimento de inúmeras técnicas sofisticadas de exames complementares, permanece a grande incógnita de se localizar os fatores etiológicos e o local exato em que surge a dor na coluna vertebral.

2.2. Funções biomecânicas da coluna

A coluna vertebral tem três funções mecânicas bem definidas:



- É o eixo de suporte do corpo;
- É o eixo de movimentação do corpo;
- Protege a medula e as raízes nervosas;
- A coluna transfere o peso e o movimento de flexão da cabeça e do tronco para a pélvis;
- Permite o suficiente movimento entre a cabeça, o tronco e a pélvis.

Funcionalmente, as curvas fisiológicas permitem que a coluna aumente a flexibilidade e a capacidade de absorver os choques, enquanto mantém a tensão e estabilidade adequada das articulações intervertebrais.

As três curvas fisiológicas que compreendem a coluna estática e distinguem a postura são indiscutivelmente influenciadas pelo ângulo sacral. Em outras palavras, a balsa da pelve é o sustentáculo principal da posição ereta.

Enquanto um quarto da coluna adulta é composta por discos, os três quartos restantes são vértebras ósseas. Como as faces cartilaginosas superior e inferior das vértebras são essencialmente paralelas, o grau de curvatura é em grande parte determinado pela forma dos discos. Se todas as vértebras fossem sobrepostas uma a uma, sem a interposição dos discos intervertebrais, as curvas fisiológicas da postura não existiriam. A curva formada por uma coluna sem disco se assemelharia à do recém-nascido.

2.3. Cinesiologia da coluna vertebral lombar

A extensão da amplitude de movimento possível é determinada pela extensibilidade dos ligamentos longitudinais, a elasticidade da cápsula articular, e fluidez do disco e a elasticidade dos músculos.

A extensão da coluna lombar pode ser pequena, mas em geral é possível em grau moderado. A maioria das crianças é capaz de arquear para trás e bastante, com treinamento e exercícios persistentes, esta mobilidade pode permanecer na idade adulta. Uma flacidez hereditária dos ligamentos aumentará esta hiper-extensão extrema. O ligamento longitudinal anterior tem o papel predominante de restringir e limitar a hiper-extensão.

Os movimentos da coluna lombo-sacra ocorrem nos cinco espaços intervertebrais. A maior parte do movimento de flexão para frente se dá no último espaço, entre a última vértebra lombar (L5) e o sacro (S1). Calcula-se que três quartos (75%) de toda a flexão lombar se dá neste segmento, que marca a junção da coluna lombar com a estrutura sacro-coccígea, constituindo a articulação lombo-sacra.

Como não há flexão na coluna torácica e postulando que 75% da flexão lombar se dá na articulação lombo-sacra, pode-se argumentar que 75% de toda a flexão da coluna ocorre nesta articulação.

A porcentagem restante da flexão para frente é dividida proporcionalmente entre o restante dos espaços intervertebrais.

Aproximadamente 20% ocorre entre as vértebras L4 e L5 e os últimos 5 a 10% da flexão ocorre entre L2 e L4.

3. POSTURA E ANATOMIA PATOLÓGICA

A postura ereta do tronco pode considerar-se como a característica essencial dos homens, pois tem a capacidade de permanecer com os joelhos estendidos e é capaz de bipedestação prolongada. Os estudos dos fósseis sugerem que este tipo de postura ereta em bipedestação teve seus primórdios há aproximadamente uns doze milhões de anos, no início da era pliocênica. É evidente que o homem moderno tem-se adaptado imperfeitamente a esta postura ereta, como se demonstra, não somente pelos discos intervertebrais degenerados, como também pelas veias varicosas nas pernas, hemorróidas e hérnias.

4. FISIOPATOGENIA

O disco intervertebral compõe-se de uma estrutura composta por numerosos anéis concêntricos de tecido fibrocartilaginoso que envolve um material gelatinoso chamado núcleo pulposo, cuja função é amortecer o impacto e a pressão sob as vértebras.

O processo natural de envelhecimento do disco é dividido em três estágios: disfunção, que caracteriza por lacerações nos anéis acompanhado de inflamação das articulações posteriores da coluna em pessoas até os 45 anos de idade.

O segundo estágio é a progressiva reabsorção discal, degeneração das articulações e instabilidade, em pacientes entre 45 e 60 anos, Nessa fase de instabilidade que surgem as hernias de disco.

O estágio final, presente em pacientes com mais de 60 anos, devido ao processo degenerativo provoca enrijecimento da coluna vertebral e à compressão de raízes nervosas.

5. QUADRO CLÍNICO

A dor é a queixa mais importante, sendo importante a identificação de sua localização, muitas vezes de difícil definição pelos pacientes. Alguns sinais de alerta quando a lombalgia aparece associado ao trauma, alterações neurológicas, diabetes, dor noturna (tumores ou infecções) e também quando aparece em crianças ou idosos.

5.1. Irradiação

Geralmente o enfermo indica o trajeto com a mão. Há fatores associados que melhoram o estado do paciente, tais como repouso, medicamentos, etc. e outros que pioram, como espirro, levantar peso, tosse, evacuações etc. Dificuldade de andar devido a dor, deve ser investigada, suspeitando-se de distúrbios vasculares (claudicação intermitente).

Perda da força nos membros inferiores e atrofia musculares são sinais de nítido sofrimento da raiz nervosa. Há desvios antálgicos conforme a intensidade da dor, com intenso espasmo da musculatura paravertebral.

A idade é fator importante constatando-se que as pessoas com lombalgias (em homens com mais freqüência que nas mulheres), dos 30 aos 50 anos, são mais propensas a ter hérnia de disco. Nas lombalgias de início súbito em pacientes bem idosos, sempre suspeitar de tumores, se bem que não seja impossível surgir uma hérnia de disco.

5.2- FATORES DE RISCO
 Inúmeras circunstâncias (fatores de risco) contribuem para o desencadeamento e cronificação das síndromes lombares, tais como:

FATORES ASSOCIADOS AO TIPO DE TRABALHO (LOMBALGIAS OCUPACIONAIS).

Os principais fatores são:
 a) o indivíduo que levanta, carrega ou empurra peso exagerado;
 ex:

- trabalhadores braçais;
- demolição de estruturas com brocas vibratórias;
- enfermeiros que manipulam doentes acamados.

b) posturas estáticas prolongadas nas posições sentada ou de pé.
 ex:

- dentista;
- desenhista em prancheta;
- operador de computadores;
- motoristas profissionais;
- trabalho em escritório; cirurgião;



c) Posturas com inclinação e rotação do tronco:

- pedreiros;
- -trabalhadores rurais;
- -jardineiros.

FATORES RELACIONADOS AO CONDICIONAMENTO FÍSICO E À SAÚDE EM GERAL

- a) vida sedentária,
- b) falta de condicionamento físico;
- c) escorregões e quedas que produzem distensões e/ou espasmos musculares;
- d) desvios dos eixos normais da coluna vertebral como por exemplo aumento da lordose lombar (hiperlordose);

A dor lombar da mulher grávida é causada principalmente pelo aumento da lordose lombar que aparece devido ao aumento do abdome, desviando para frente o centro de gravidade da coluna, sobrecarregando músculos, ligamentos e discos vertebrais.

e) A obesidade produz dois efeitos negativos sobre a coluna lombar. Primeiramente, o excesso de peso acima do nível da cintura produz uma maior pressão sobre as estruturas envolvidas na síndrome da dor: os nervos, as articulações e os discos intervertebrais. Em

segundo lugar, os músculos abdominais flácidos e distendidos podem não fornecer o suporte adequado para manter a coluna estável em seu eixo. Por esta razão, muitos médicos enfatizam os exercícios para o fortalecimento dos músculos abdominais.



FATORES RELACIONADOS À PERSONALIDADE

- a) "stress" psicológico, tensão emocional;
- b) insatisfação no trabalho;
- c) problemas econômicos e familiares;
- d) problemas psiquiátricos;
- e) abuso de drogas;

NOTA: Atualmente se aceita que fatores psicossociais podem até ser determinantes de dores nas costas. A tensão emocional pode transformar a coluna em órgão de choque, onde o indivíduo descarrega as suas ansiedades e frustrações

FATORES GENÉTICOS Parece haver uma certa freqüência de lombalgias, hérnia de disco ou dor ciática em uma mesma família, entretanto, não existe ainda uma comprovação científica se realmente o fator genético tem influência importante ou não.

6. ETIOLOGIA

Compreende cinco grandes grupos:

1- Lombalgia de origem mecânica discogênica

As dores de origem mecânica discogênicas normalmente em indivíduos jovens de 20 a 40 anos, que pioram com a flexão, com movimentos, atividade e esforço físico e melhoram com o repouso, analgésico e antiinflamatório. Os meios físicos como calor e frio são coadjuvantes e o exercícios aeróbicos de fortalecimento da musculatura paravertebral e alongamento de isqueotibiais são comprovadamente eficazes no tratamento desse problema.

2- Lombalgia de origem mecânica facetária

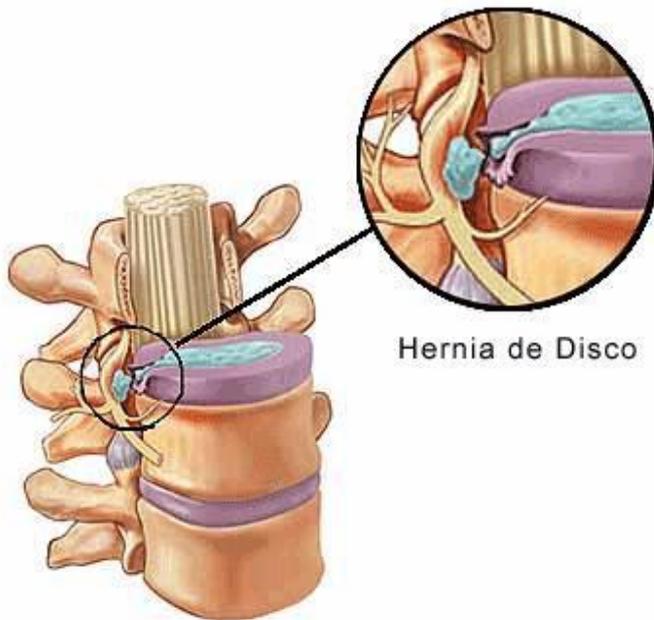
A dor lombar facetária ocorre em indivíduos mais velhos com processo artrósico das articulações facetárias. No processo ocorre lesão das cartilagens articulares deflagrando dor articular, que piora em situação de extensão do tronco e melhora em posição sentada.

O tratamento recomendado é o controle de peso, atividade aeróbica com fortalecimento abdominal e paravertebral.

3- Lombalgia com ciática

Nos casos onde há hérnia discal, pode se instalar a dor predominantemente ciática. A dor manifesta-se no trajeto da raiz comprimida e inflamada.

A hernia de disco é de tratamento conservador com repouso, antiinflamatório, corticóide por até 6 a 8 semanas, exceto quando apresenta síndrome da cauda equina com alterações de controle esfinteriana, associado a déficit motor, sendo necessário tratamento de urgência.



4- Lombalgia com claudicação neurogênica

Os pacientes em geral são idosos e apresentam dor em um dos membros inferiores durante a marcha, o que os impede de continuar caminhando. Páram para sentar-se ou apenas descansar com o tronco inclinado à frente periodicamente. Após alguns momentos, estão aptos a recomeçar a caminhar, parando novamente após percorrerem uma distância semelhante à percorrida antes da última parada.

5- Lombalgias atípicas relacionados a problemas trabalhistas, depressão, Síndrome fibromiálgica, doenças psiquiátricas:

5.1 Lombalgia Falsa

É sumamente difícil conatatar que um paciente não tem lombalgia, por falta de um "teste categórico" de confirmação. Por tanto, não se deve emitir diagnóstico de lombalgia falsa até que se completem os exames clínico, radiológico e de laboratório que o caso requer.

A falsa lombalgia pode ser simulada, psicogênica ou referida.

5.1.1- Lombalgia simulada

É uma dor criada e utilizada conscientemente pelo paciente que quer tirar proveito da mesma.

5.1.2- Lombalgia psicogênica

É a dor lombar sentida realmente pelo paciente que tem um evidente distúrbio emocional.

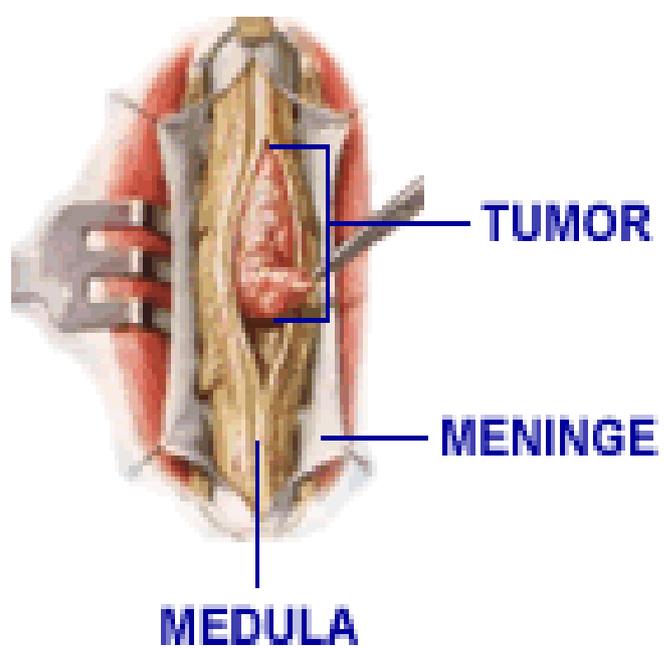
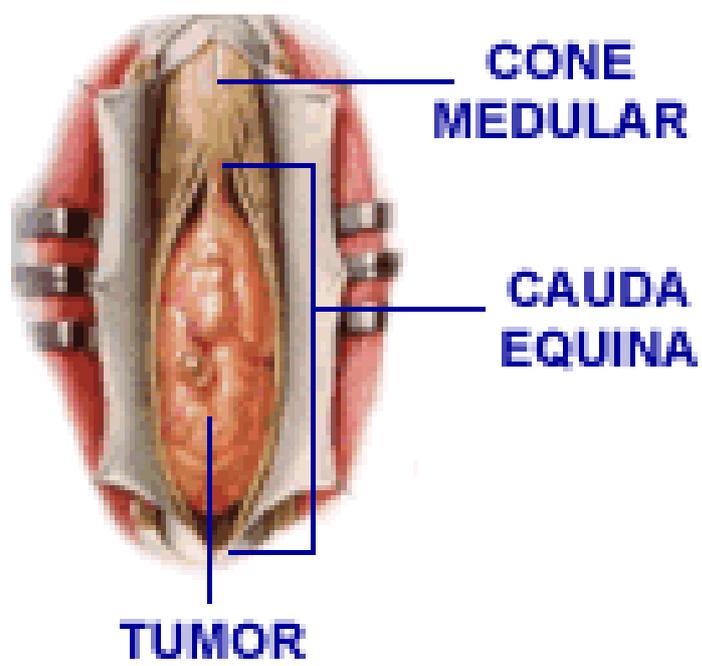
5.1.3- Lombalgia referida

É a sensação dolorosa da região lombo-sacra por sofrimento não das estruturas anatômicas da coluna lombo-sacra, e sim, dos elementos localizados na cavidade abdominopélvica. Trata-se de uma sensação transmitida pela proximidade ou por via nervosa.

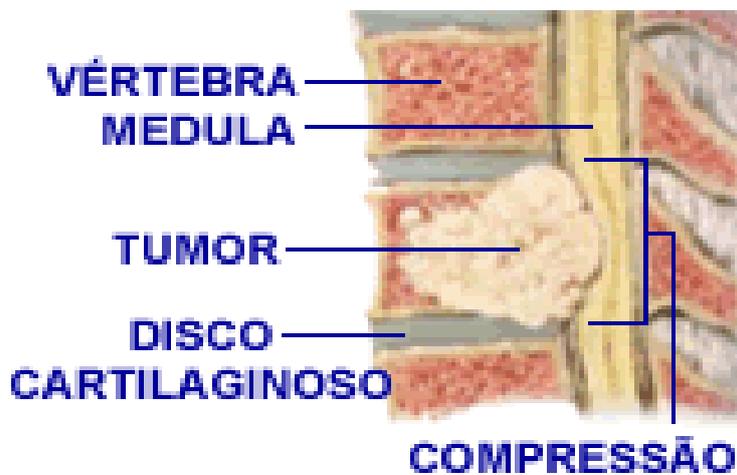
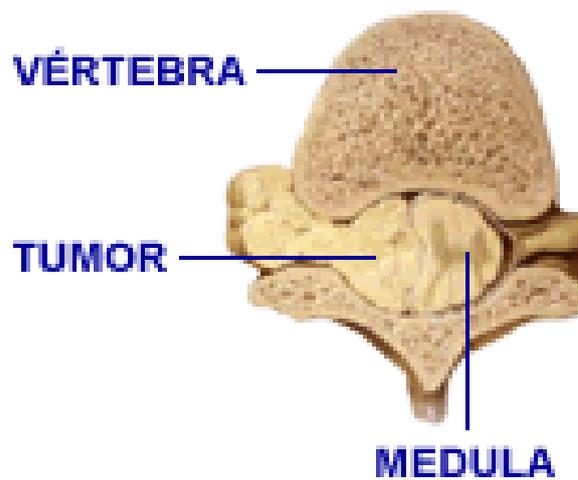
6- Lombalgia Orgânica

Há várias outras causas para as dores da região lombar, excluindo-se todas as dores referidas de órgãos internos (renais, genitais, intestinais, etc.), tais como:

- Tumores da medula espinhal e da cauda eqüina, malignos e benignos, primários e metastáticos;



- Tumores do esqueleto, malignos e benignos, primários e metastáticos;



- Alterações ósseas sistêmicas:osteoporose;



Radiografia mostrando

achatamento vertebral anterior (fratura vertebral).

- Alterações ósseas sistêmicas:"Doença de Paget"

A Doença de Paget acentua o trabeculado ósseo da vértebra, dando o aspecto típico da "vértebra em moldura".

- Alterações ósseas sistêmicas: "espondilite anquilosante" : "COLUNA em BAMBU" - Coluna em Bambu ou Linha de Trem, onde observamos calcificações dos ligamentos lombares (incidência em AP e Perfil).

- Anomalias congênitas: espondilólise e espondilolistese;

Espondilolistese é o termo usado para descrever o escorregamento para frente de um segmento vertebral superior sobre um segmento inferior da coluna lombar.



Displasia ou congênita - corresponde a má formação na parte superior do sacro ou do arco de L5.



Espondilolítica - lesão ao nível da

pars interarticulares

- Inflamações: discite;

- Discartrose, osteoartrose, osteofitose lombar, sinônimos da artrose da coluna, são caracterizadas pela:

a) Diminuição da altura relativa dos espaços intervertebrais;

b) Osteofitose posterior (existe a anterior e lateral também, porém, sem importância clínica);

c) Diminuição do orifício de conjugação;

d) Sinal do vácuo: nos casos em que existe uma degeneração mais acentuada do disco, há imagem mais escura no espaço discal, resultante da perda de substância e substituída por vácuo ou ar;

e) Acentuação do contacto das superfícies articulares que produz uma esclerose subcondral.

7-DIAGNÓSTICO

COMO SE FAZ O DIAGNÓSTICO DE LOMBALGIA?

O diagnóstico é feito pelo médico através da anamnese (que é a conversa realizada entre o médico e o seu paciente durante a consulta). Durante a anamnese o paciente conta toda a história da sua dor e responde a perguntas feitas pelo médico. Por exemplo: Qual o local exato da dor? A dor se irradia para as pernas? Qual a hora do dia que a dor piora? O que você faz para melhorá-la? Que tipos de remédios já tomou? Quais os tratamentos que já foram feitos e assim por diante.

Este interrogatório é imprescindível pois permite ao médico chegar à hipótese que realmente se trata de uma dor lombar comum (de origem mecânica) ou se se trata de lombalgia produzida por alterações mais importantes como já mencionamos (alterações dos rins, bexiga, pâncreas, malformações ósseas da coluna, alterações ginecológicas como no caso das mulheres, tumores benignos e malignos e as metástases de carcinomas e tumores da próstata principalmente).

Depois da anamnese segue-se o exame clínico onde o médico examina o local da dor, pesquisa a força muscular, o estado dos nervos, e a flexibilidade da coluna, quais os movimentos que desencadeiam dor, a sensibilidade da pele das pernas, enfim uma série de sinais que poderão ajudar na prescrição do tratamento.

A pesquisa dos reflexos patelar, aquileu e Lasègue, simples ou contralateral são dados que podem colaborar no diagnóstico do nervo afetado. Admite-se que, nas alterações da raiz L4, haja alteração do reflexo patelar, uma perda de sensação do grande artelho, estando o tibial anterior com força diminuída. Na raiz L5 há perda de força de hálux, alterações sensitivas no peito do pé e dificuldade de andar no calcanhar. A palpação do trajeto do nervo ciático é muitas vezes dolorido. É o chamado "sinal da campainha". A percussão pode também ser dolorida.

Manobra de Lasègue.

A manobra é considerada positiva caso ocorra exacerbação da dor irradiada para o membro seja elevado em extensão do quadril e joelho em um ângulo de 30° com plano horizontal, estando o paciente em decúbito dorsal completo, configurando a compressão radicular

Os exames laboratoriais são indicados em pacientes idosos, dor lombar noturna, associado a deficit neurológico, nos tumores e na Doença de Paget onde as fosfatases, dosagem de cálcio e fosforo sérico podem ajudar no diagnóstico, no mieloma múltiplo, que cursa com alteração monoclonal na eletroforese de proteína. O líquido traz poucos resultados concretos, a não ser nos processos intra-raquídeos.

Após estes procedimentos é necessário o diagnóstico final para o qual em geral o medico solicita alguns exames.

QUAIS OS EXAMES MAIS COMUMENTE SOLICITADOS?

a) RADIOGRAFIAS DA COLUNA LOMBAR

Permitem visualizar a imagem das vértebras e das facetas articulares detectando se existem ou não bicos de papagaio (sinal de artrose), osteoporose, lesões ósseas que podem ser tumorais ou não, enfim uma série de alterações que vão orientar o tratamento.



b) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (T.C.)

A tomografia computadorizada é um exame radiográfico mais elucidativo que a radiografia e permite estudar a coluna em 3 dimensões.

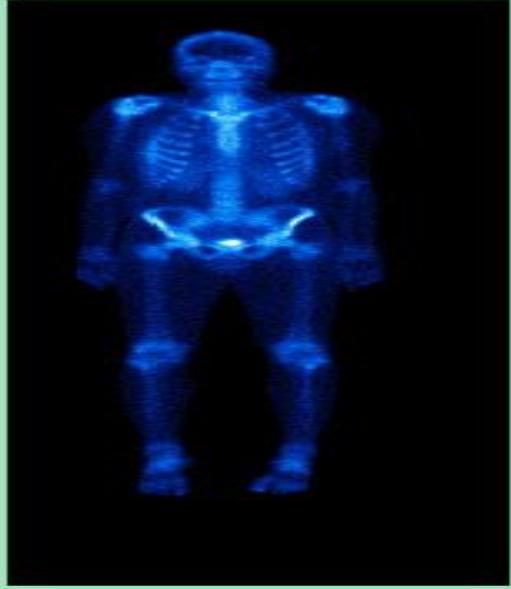
É possível visualizar perfeitamente o canal medular, verificar a posição exata dos bicos de papagaio, o estado das facetas articulares, se existe hérnia de disco e diagnosticar uma série de alterações como a estenose do forâmen e do canal medular.

A tomografia só deve ser solicitada em casos especiais onde se precisa de mais esclarecimentos ou o tratamento inicial não surtiu efeito.

c) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (R.M)

É um exame de imagem ainda mais elucidativo para partes moles que os anteriores, pois permite visualizar todas as estruturas com maiores detalhes, tais como as alterações da medula nervosa e raízes nervosas, hérnias discais, o estado de hidratação do núcleo pulposo, as estenoses do forâmen e do canal e etc. Atualmente a R.M. é o exame mais completo para o estudo da coluna vertebral.

Exames como radiografias, tomografias ou ressonância magnética só podem ser solicitados e avaliados por médicos especialistas, e muito cuidado com a auto medicação!



Cintilografia óssea, método diagnóstico que

estuda o metabolismo ósseo.

8-TRATAMENTO DA LOMBALGIA

TRATAMENTO NA FASE AGUDA: ALÍVIO DA DOR

1. MEDICAMENTOS:

Existem três tipos de medicamentos que podem ser usados isoladamente ou em conjunto. São os analgésicos e antiinflamatórios não esteróides e neuromoduladores.

- Analgésicos: aliviam a dor e conseqüentemente a tensão;
- Antiinflamatórios não esteroidais: São medicamentos que não contém cortisona. Agem diretamente na região inflamada reduzindo a congestão venosa e a inflamação local.
- Neuromoduladores: pregabalina.

Os antiinflamatórios que contém cortisona e derivados só devem ser usados sob rigoroso controle médico. São medicamentos potentes e se deve ter cuidado com os efeitos colaterais. Também na fase aguda o cliente deve estar relaxado, emocionalmente calmo e dormir bem. Para isto o médico pode prescrever ansiolíticos e tranquilizantes.

PARA O TRATAMENTO DA LOMBALGIA AGUDA ACOMPANHADA DE CIATALGIA

A medicação e os procedimentos iniciais são os mesmos, mas pode-se recorrer à corticóides.

2. REPOUSO

O repouso no leito em posições especiais é fundamental e inadiável pelo menos nas primeiras 48 a 72 horas.

3. CALOR/FRIO

O calor aplicado no local da dor é um coadjuvante discutível e pode ser usado livremente, mas sem comprovação clínica.

OUTROS TIPOS DE CALOR

Existem outros tipos de equipamentos que geram calor superficial e profundo na zona dolorosa como o ULTRA-SOM, ONDAS CURTAS, TENS (iniciais do termo inglês "Trancutaneous Electrical Nerve Stimulation") e FORNO DE BIER, podendo ser uma forma de tratamento coadjuvante e alternativo, mas sem comprovação clínica. Estes procedimentos são realizados por fisioterapeutas com indicação médica.

4. COLETES
Os coletes elásticos podem ser outro coadjuvante discutível no alívio das dores agudas e crônicas pois limitam parcialmente os movimentos da coluna, mas sem comprovação clínica. Não somos adeptos do uso dos coletes pois eles podem causar um enfraquecimento da musculatura abdominal pelo desuso.

APÓS A MELHORA DA DOR AGUDA, O QUE FAZER?

Após a melhora da dor aguda, o paciente necessita de uma orientação preventiva para evitar o aparecimento de uma nova crise. O tratamento é através do controle do peso, exercícios aeróbicos e de fortalecimento abdominal e paravertebral.

QUAL O TEMPO DE RECUPERAÇÃO?

As lombalgias resolvem espontaneamente em 2 semanas em 86% dos casos. Assim que o cliente se sente melhor ele deve abandonar o repouso e reassumir o seu trabalho porém, com cuidado. O repouso no leito por longo tempo é desaconselhável por contribuir para um enfraquecimento da musculatura. Nós passamos aos nossos clientes alguns "ensinamentos" para que ele trabalhe sem se desgastar, por exemplo como sentar, como ficar de pé próximo a um balcão, como dormir, como carregar um peso, como executar outras atividades da vida diária, quando ingerir analgésicos etc.

QUAL O MELHOR COLCHÃO?

O colchão deve ser mais para rígido do que para mole, e a cama deve ter um estrado totalmente rígido e não de ripas, pois o estrado de ripas cede ao peso do corpo.

MUSCULAÇÃO FAZ MAL PARA A COLUNA?

Se você é portador de lombalgia você pode fazer musculação desde que você não force a sua coluna em flexão ou extensão exagerada. O melhor é fazer musculação na posição deitada, onde a sua coluna não está sob a ação da gravidade.

Lembre-se, se for pegar algum peso na posição em pé, faça-o com o peso o mais próximo possível do corpo e com os joelhos dobrados.

QUAL A MELHOR ATIVIDADE FÍSICA QUE NÃO PREJUDICA A COLUNA?

Os exercícios aeróbicos e de fortalecimento da musculatura paravertebral e abdominal são comprovadamente eficazes e mais aconselhadas para quem tem dores nas costas, principalmente se associado ao alongamento da musculatura paravertebral e dos flexores dos joelhos:

- Natação;
- Hidroginástica;
- Andar naturalmente
- Corridas leves executando um programa como "Cooper" ou "Jogging";
- Alongamento musculares.
- Outros esportes dependendo da preferência devem ser aconselhados pelo médico;
- O esporte que recomendamos e que não tem restrições é a natação.

ACUPUNTURA É INDICADA NOS CASOS DE DORES NAS COSTAS?

A Acupuntura é um método coadjuvante discutível, sem comprovação clínica. É imprescindível entretanto uma indicação médica e análise de exames radiográficos.

A Acupuntura é um procedimento que procura tratar o sintoma dor porém não intervém na causa da doença.

Existem hoje especialistas em acupuntura e clínicas especializadas. A escolha do profissional acupunturista é de fundamental importância, pois o processo é invasivo e as agulhas usadas devem estar rigorosamente esterilizadas.

A PARTIR DE QUE IDADE CRIANÇAS PODEM MANIFESTAR PROBLEMAS DE COLUNA?

Mesmo crianças recém-nascidas podem apresentar malformações congênitas da coluna que desde logo necessitam de acompanhamento médico. Nos primeiros anos também podem surgir deformidades como as escolioses que também precisam ser tratadas.

A lombalgia é absolutamente anormal na criança e deve ser investigado por especialista. Várias doenças podem causar dor lombar nas crianças, por exemplo:

- Osteomielite (infecção na vértebra) ou discite que é a infecção dos discos;
- Malformações da medula nervosa como CISTOS;
- Tumores benignos e malignos;
- Espondilólises e espondilolisteses..

TRATAMENTO CIRURGICO DAS LOMBALGIAS

Uma das poucas indicações cirúrgicas de urgência é a síndrome da cauda equina, caracterizada por compressão maciça das raízes do término da medula, que resulta em um quadro neurológico grave, com anestesia perineal, disfunção dos esfíncteres e debilidade motora e sensitiva em ambos os membros inferiores.

O procedimento cirúrgico eletivo é indicado nos casos de dor intratável que não responde aos tratamentos medicamentosos após 2 meses, associado a deficit motor progressivo. A cirurgia mais indicada é a retirada da substância gelatinosa que comprime a raiz nervosa através da microdissectomia.