

ASPECTOS CLÍNICOS E FISIOPATOLÓGICOS DA LOMBALGIA AGUDA CLINICAL AND PATHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF ACUTE LOW BACK PAIN



Marcela Silveira Castro¹; Josué da Silva Brito¹; Carmel Vilarinho Freitas¹;
Sabrina Martins Mendes¹; Emanuelle Damasceno Carvalho¹; Isadora Silva Garcia¹;
Pedro Gabriel Laboissiere Corrêa¹; Carlos Umberto Pereira²; Nicollas Nunes Rabelo^{1,3}

Artigo Original

1 Centro Universitário Atenas — UniAtenas, Paracatu-MG, Brasil.
2 Departamento de Neurocirurgia de FBHC de Aracaju-SE, Brasil.
3 Departamento de Neurocirurgia, Santa Casa de Passos, Passos-MG, Brasil.

Resumo

Introdução: A lombalgia aguda é uma síndrome multifatorial, caracterizada por dor sentida próxima à linha média, com duração inferior a seis semanas, mais prevalente em homens acima de 50 anos e mulheres entre 5^a e 6^a décadas, sendo uma importante causa de absenteísmo e limitações funcionais. **Métodos:** Pesquisou-se os termos “lombalgia aguda”, “lumbago” e “dor lombar aguda” nas bases SciELO, PUBMED e BVS, incluindo-se pesquisas quantitativas e qualitativas publicadas entre 1990 e 2020. **Resultados e discussão:** A lombalgia aguda é um quadro que pode ser causado por várias etiologias, tendo potencial cronificação, sendo de diagnóstico clínico. Na sua investigação, exige-se a caracterização da dor e pesquisa de sinais de alertas, seja para condições clínicas urgentes, seja para o risco de cronificação. O tratamento é frequentemente composto por aconselhamento, repouso e analgesia medicamentosa, contudo, para casos reservados, há previsão de abordagem cirúrgica. **Conclusão:** As múltiplas etiologias da lombalgia aguda reforçam a necessidade de investigação minuciosa da dor.

Palavras-chave: Dor lombar aguda; diagnóstico; tratamento.

Abstract

Introduction: Acute low back pain is a multifactorial syndrome, characterized by pain felt close to the midline, lasting less than six weeks, more prevalent in men over 50 and women between the 5th and 6th decades, being an important cause of absenteeism and limitations functional. **Methods:** The terms “acute low back pain” and “acute low back pain” were searched in the SciELO, PUBMED and VHL databases, including quantitative and qualitative research published between 1990 and 2020. **Results and discussion:** Acute low back pain is a condition that can be caused by various etiologies, with potential chronification, being of clinical diagnosis. In its investigation, it is necessary to characterize pain and search for warning signs, either for urgent clinical conditions or for the risk of chronification. Treatment is often composed of counseling, rest and medication analgesia, however, for reserved cases, there is provision for a surgical approach. **Conclusion:** The multiple etiologies of acute low back pain reinforce the need for a thorough investigation of pain.

Keywords: Acute low back pain; diagnosis; treatment.

Introdução

A lombalgia aguda (LA) não constitui uma doença em si, sendo um sintoma comum de várias etiologias, com característica multifatorial. O termo refere-se à dor sentida próxima à linha média, na região lombar, com duração inferior a seis semanas. A persistência da dor entre seis

e doze semanas caracteriza uma evolução subaguda. A dor com duração superior a doze semanas determina a lombalgia crônica¹⁻⁵.

A dor lombar, normalmente, acomete homens acima de 50 anos e mulheres entre 5^a e 6^a décadas de vida. A prevalência da LA varia entre 65-80%, consistindo na 2^a principal quei-

xa em consultórios de atenção primária nos Estados Unidos²⁻⁶.

Devido ao acometimento de adultos, é uma condição de alto custo, geradora de absenteísmo e limitação do paciente. A LA é causa de licença laboral de ao menos 7 dias/ano de cerca de 5 a 10% dos trabalhadores, com custos anuais estimados entre 50 a 100 bilhões de dólares, nos Estados Unidos⁷⁻¹⁵. Por isso, sendo uma condição social relevante, busca-se revisar aspectos fisiopatológicos e clínicos da LA.

Método

Para este artigo de revisão, pesquisou-se os termos “lombalgia aguda”, “lumbago” e “dor lombar aguda” nas bases de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online), PUBMED/MEDLINE (Medical Literature Analysis) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Incluiu-se pesquisas quantitativas e qualitativas, publicadas como artigos originais ou de revisão, entre os anos de 1990-2020, em português, inglês e espanhol. Excluiu-se relatos de caso, notas breves e artigos indisponíveis.

Resultados e Discussões

Anatomia e fisiopatologia da dor lombar

A coluna lombar consiste em um agregado complexo de vértebras, ligamentos, tendões, articulações e músculos, com a funcionalidade de proteger a medula espinhal e as raízes nervosas e permitir a mobilidade em diferentes planos, para tanto, faz-se necessária uma estrutura flexível e igualmente resistente. Ela apresenta mobilidade graças às articulações cartilaginosas (sínfises) e os discos intervertebrais, apresentando quatro grupos musculares, em termos funcionais: músculos flexores, extensores, flexores laterais e músculos rotadores. A estabilidade para a realização dos movimentos decorre das facetas articulares e dos ligamentos que estão em toda a extensão da coluna: ligamentos longitudinais anterior e posterior e ligamento amarelo. Os ligamentos também exercem proteção contra hiperextensão e hiperflexão^{1,16-18}.

As vértebras da região são inervadas pelas artérias lombares, que penetram no forame intervertebral, formado pela junção de incisuras vertebrais, originando os ramos anteriores e posteriores. Pelos forames também passam veias paralelas às artérias e as raízes nervosas, das quais partem ramos meníngeos que inervam as áreas circunvizinhas ao espaço discal^{1,17-20}.

A dor lombar é produzida por processos danosos aos tecidos que ativam neurônios pseudo-bipolares, também denominados nociceptores, através da estimulação das terminações livres por glutamato, substância P e o peptídeo relacionado com o gene calcitonina (CGRP). Esses neurônios possuem corpo presente na raiz do gânglio dorsal, fazendo sinapses com neurônios de segunda ordem do corno dorsal da medula — local em que o sinal sofre modulações inibitórias e facilitadoras—, que levam o sinal para mesencéfalo e tálamo, regiões com conexões com os córtices somatossensoriais e cingular anterior, responsáveis, respectivamente, pelas características sensório-discriminativas e afetivo-cognitivas da dor^{1,21-24}.

Um sinal doloroso demasiadamente permanente provoca sensibilização central e periférica, isto é, o aumento da sensibilidade de neurônios, convertendo uma lombalgia inicialmente aguda em uma dor crônica^{1,21,22}.

Quadro clínico e classificação da dor

A lombalgia aguda caracteriza-se por dor súbita, relacionada ao movimento, com intensidade gradativa, possuindo auge em algumas horas, localizada abaixo do rebordo costal e acima das linhas dos glúteos, irradiando ou não para membros inferiores, respeitando os limites dos dermatômos, de característica limitante. Pode ser desencadeada por levantamento de peso e movimento específicos, como carregamento de peso, inclinação, sentar-se ou levantar-se de forma repentina. Apresenta também relações com mudanças climáticas. A dor causa imobilização antálgica, provocando contração reflexa da musculatura buscando conforto. No exame físico, observa-se imobilidade e deformidade antálgica, juntamente a dor na movimentação ativa e passiva^{3,14,25-27}.

Ponte 28 realizou, no ano de 2005, em Portugal, estudo analítico retrospectivo com 300 adultos com idades entre 18 e 65 anos, obtendo prevalência de dor lombar de 49%, sendo que 39,3% dos estudados refeririam duração entre um dia e uma semana. A intensidade de 4 a 7 na escala de dor foi relatada por 67% dos indivíduos que haviam referido dor lombar.

O quadro de lombalgia aguda pode progredir para resolução espontânea ou marcar um processo degenerativo do disco intervertebral, que levará a uma dor lombar crônica^{3,14,25}.

A classificação da lombalgia é variável na literatura. De acordo com etiologia e apresentação pode

ser dita primária, isto é, resultante de um comprometimento mecânico, neurológico, degenerativo, inflamatório ou neoplásico na região lombar, ou secundária, isto é, uma repercussão de doenças sistêmicas, com ou sem o acometimento neurológico, entretanto, nem sempre é possível estabelecer uma etiologia clara, visto que muitas vezes se trata de um processo multicausal^{3,5,14}.

Outra forma de classificação consiste em estratificar a dor lombar como específica e inespecífica. É dita específica quanto há relação entre os sintomas, achados físicos e achados em exames de imagem. Há um processo patológico identificável causando a dor. Em casos de dissociação entre a dor e os achados patológicos, a dor é dita inespecífica, sendo atribuída a condições funcionais que podem não ser detectadas em exames de imagem, como disfunção segmentar, síndrome da articulação sacroilíaca, alteração de tecidos moles, disfunções musculares, alteração da estática vertebral e condições sistêmicas^{3,5,14}.

Etiologia

A lombalgia aguda específica possui como causas mais comuns as fraturas compressivas (4%), espondilolistese (3%), hérnia discal (1 a 3%), neoplasia primária ou metastática (0,7%), espondilite anquilosante (0,3%), síndrome da cauda equina (0,04%) e estenose espinal³⁰.

As fraturas compressivas são resultantes de pressão excessiva que leva a um colapso do corpo de uma ou mais vértebras. São, geralmente, associadas a osteoporose, acometendo, por isso, a população idosa, porém também podem ser resultantes de neoplasia (fraturas patológicas), ferimento por arma de fogo e acidente automobilístico. Muitas das fraturas são assintomáticas. As manifestações comuns incluem dor aguda com intensidade gradativa, constante ou não, que piora ao movimento ou ao repouso. Já nas fraturas compressivas por força potente, há dor súbita e sensibilidade local ao toque, podendo haver espasmos musculares^{1,3,30}.

A espondilolistese é uma transposição de uma vértebra sobre a outra em sentido anterior ou posterior. No adulto, geralmente, é resultado de um defeito na arquitetura óssea, trauma ou processo degenerativo. Nela, observa-se exagerada lordose lombar como primeiro sinal e é encontrado encurtamento dos músculos isquiotibiais. A dor é tipicamente mecânica, piora na extensão, diferenciando da dor discogênica, que piora com a flexão e com o sentar, podendo irradiar para membros inferiores^{1,3,30}.

A hérnia discal lombar consiste de um deslocamento do conteúdo do disco intervertebral — o núcleo pulposo — através de sua membrana externa, o ânulo fibroso, geralmente na região pósterolateral. Dependendo do volume de material herniado, pode haver compressão e irritação das raízes lombares e do saco dural, representadas clinicamente pela dor conhecida como ciática. O quadro clínico típico de uma hérnia discal inclui lombalgia inicial, que pode evoluir para lombociatalgia (em geral, após uma semana) e, finalmente, persistir como dor ciática pura. No quadro, há dor noturna que piora aos exercícios físicos^{3,30,32}.

As neoplasias malignas de mama, pulmão e próstata são as grandes responsáveis por promover metástase para a coluna vertebral. Elas ocorrem usualmente por meio da disseminação hematogênica, linfática, liquórica (rara) ou invasão direta por contiguidade. A dor isoladamente está presente em aproximadamente 90% dos casos como sintoma inicial mais frequente. Desse modo, a dor em paciente oncológico significa metástase até que se prove o contrário. O quadro algico pode ser dividido em três categorias: dor local, dor mecânica e/ou dor radicular. Geralmente, o quadro doloroso secundário a metástase não é aliviada pelo repouso, persistindo, assim, no período noturno e possuindo duração superior de 6 semanas, podendo ser acompanhada ou não de inapetência ou febre. Além disso, pode apresentar diminuição da força muscular nos membros, alteração da sensibilidade e perda do controle esfinteriano³⁰.

A espondilite anquilosante (EA) é uma doença inflamatória crônica que acomete preferencialmente a coluna vertebral, podendo evoluir com rigidez e limitação funcional progressiva do esqueleto axial. Geralmente se inicia no adulto jovem, preferencialmente do sexo masculino, da cor branca. Inicialmente, o paciente costuma queixar-se de dor lombar baixa de ritmo inflamatório, caracterizada por melhorar com o movimento e piorar com o repouso, apresentando rigidez matinal prolongada. A evolução costuma ser ascendente, acometendo progressivamente a coluna dorsal e cervical, contribuindo para o desenvolvimento da “postura do esquador”, caracterizada pela retificação da lordose lombar, acentuação da cifose dorsal e retificação da lordose cervical (com projeção da cabeça para a frente). O acometimento articular periférico caracteriza-se pela presença de oligoartrite e entesopatias. A oligoartrite predomina em grandes articulações de membros inferiores, como tornozelos, joelhos e coxofemorais. As entesopatias (inflamações nas

inserções dos tendões e/ou ligamentos nos ossos) costumam ser manifestações iniciais na EA de início juvenil e acometem preferencialmente a inserção de tendão de Aquiles e a fásia plantar³⁰.

A síndrome da cauda equina caracteriza-se pela compressão das raízes nervosas lombares, sacrais e coccígeas distais ao término do cone medular na altura das vértebras L1 e L2. Os sinais clínicos característicos da patologia são: dor lombar intensa frequentemente acompanhada de ciática, anestesia em sela, disfunção esfinteriana e sexual e fraqueza de membros inferiores³⁰.

A estenose espinal é definida como a diminuição patológica do canal vertebral e/ou dos forames intervertebrais, o que leva à compressão do saco tecal e/ou das raízes nervosas, e pode estar confinada apenas a um segmento (duas vértebras adjacentes e o disco intervertebral, facetas articulares

e ligamentos correspondentes) ou, em situações mais graves, abranger dois ou mais segmentos e apresentar várias etiologias. À medida que a expectativa média de vida aumenta, pessoas mais idosas apresentam um estilo de vida ativo e, consequentemente, a limitação funcional e a dor por causa de uma patologia degenerativa da coluna sintomática tornam-se um fenômeno mais frequente e a estenose lombar torna-se é uma patologia importante. As principais manifestações clínicas são a lombalgia, geralmente associada a irradiação para os membros inferiores, e a claudicação neurogênica. Há dor lombar noturna, piora a caminhada, piora ao se sentar e cialgia de grande intensidade^{1,3,30,32}.

De forma didática, a etiologia e diagnósticos diferenciais da dor lombar podem ser organizados em causas mecânicas, não mecânicas, viscerais e psicológicas (TAB. 1)^{2,3,5,14}.

TABELA 1. Etiologia e diagnósticos diferenciais da dor lombar^{2,3,5,14}

<i>Grupos etiológicos</i>	<i>Doenças</i>
<i>Origem mecânicas</i>	Causa desconhecida – atribuída a dor tensão muscular ou lesão ligamentar Hérnia discal lombar Espondilose deformante Degeneração do disco intervertebral Espondilolistese Hiperostose anquilosante Estenose do canal vertebral Fraturas traumáticas de corpo vertebral ou associadas a osteoporose Doença óssea de Paget (osteíte deformante) Artrose
<i>Origem não mecânica</i>	Neoplasia Mestástase tumoral Mieloma múltiplo Linfoma e leucemias Tumor da medula espinal Tumor retroperitoenal Infecção e doenças articulares Espondilite tuberculosa Espondilite purulenta Espondilite anquilosante

	Osteomielite Abcesso paraespinal ou epidural Polimialgia reumática
<i>Origem Visceral</i>	Prostatite Endometriose Nefrolitíase Pielonefrite Abcesso perirrenal Aneurisma de aorta abdominal Pancreatrite Colecistite
<i>Psicológicas</i>	Dor lombar psicogênica Histeria Depressão

As dores frequentemente podem também ser causadas por distúrbios funcionais, como a síndrome facetária, caracterizada pela presença de sinais e sintomas locais, dor em movimento, dor em reclinção, disfunção articular em exame físico; síndrome da articulação sacroilíaca, caracterizada por dor, rigidez e alteração da amplitude do movimento; síndrome da dor miofascial, caracterizada por dor localizada e regiões de tensão palpáveis, e instabilidade funcional, na qual o paciente relata “estalos”, dor ao movimento e há prejuízo da propriocepção³.

Diagnóstico

O diagnóstico da LA é principalmente clínico a partir de uma coleta minuciosa da história do paciente que geralmente fornece informações importantes para avaliação do quadro. Deve-se caracterizar a dor quanto ao início, evolução, horário predominante, local, irradiação, caso haja, intensidade, qualidade, relação com repouso, exercício físico, distúrbios do sono associados e prejuízo laboral ou cotidiano^{2,3,5,14,31}.

Alguns achados importantes na história clínica podem ser os sinais de alerta amarelo, que indicam riscos de progressão de uma dor aguda inespecífica para uma dor crônica. Consistem em: humor deprimido e isolamento social; insistência em repouso por longo período; tratamento prévio sem melhoras; indícios de superestimação de sintomas e esperança de recompensa; problemas laborais, insatisfação

Atenas Higeia vol. 3 nº 2 Jul. 2021.

com emprego; superproteção ou falta de suporte da família².

O exame físico básico deve avaliar o estado geral do paciente, a apresentação de marcha, assimetria e deformidades em grupos musculares, bem como alterações em pele. Deve-se palpar a musculatura buscando-se alterações dos tónus e das sensibilidades, palpar e percussar estruturas ósseas, avaliar a amplitude de movimentos da coluna lombar e do quadril, bem como realizar testes motores e reflexos³. Também se deve realizar manobras específicas, como manobras de Valsava, Lazaveric, Lasègue, Bragard, busca de sinal das pontas e sinal do “arco da corda”³².

Para realização da manobra de Valsava pede-se para o paciente ficar em posição ortostática, em seguida flexionar a coluna lombar até o máximo ângulo em que seja possível suportar a dor. Quando iniciada a irradiação, solicita-se que o paciente tussa ou espirre. A manobra é considerada positiva se houver uma acentuação da dor no trajeto do nervo ciático mais intensa do que aquela sentida com a simples flexão, indicando compressão radicular³.

A manobra de Lazarevic (erroneamente denominado, por parte da literatura, como teste de Lasègue) é realizada com o paciente em decúbito dorsal. Nela, o examinador imobiliza o ilíaco homolateral do paciente com uma das mãos, enquanto que com a outra se realiza flexão passiva do quadril com o joelho estendido, sendo indica-

tivo de compressão radicular quando houver dor em ângulo entre 35° e 70°; dores em angulações superiores indicam origem articular lombar e angulações inferiores demonstram comprometimento extradural^{32,33}.

O teste de Lasègue, na verdade descrito por Forst e atribuído ao mentor, consiste em, inicialmente, elevar o membro inferior do paciente em decúbito dorsal, sendo que posteriormente elevava-se novamente com o joelho progredindo em flexão. É positivo se apenas a primeira fase causar dor, um indicativo também de compressão radicular³³.

Semelhante aos outros testes, o teste de Bragard consiste na elevação do membro inferior do paciente em decúbito dorsal até se encontrar o ponto doloroso, porém, neste teste, se faz redução da flexão do quadril até o desaparecimento da dor. Após se faz flexão dorsal do pé (homolateral) causando reaparecimento da dor. A positividade indica irritação das raízes nervosas L4, L5 e S1³³.

O sinal das pontas é pesquisado se solicitando que o paciente ande ora com os calcanhares, ora com as pontas do pé. Quando a manobra é realizada insatisfatoriamente com os calcanhares, indica-se a compressão de raiz L5. Caso o paciente não consiga andar com as pontas do pé, trata-se de uma compressão da raiz S1³².

O sinal do “arco da corda” é pesquisado se elevando a perna do paciente até que dor apareça, fazendo-se, então, flexão do joelho. Caso haja redução e/ou desaparecimento da dor, indica-se hérnia discal³².

É essencial que na anamnese e exame físico se investigue:

- 1) os sinais de alerta vermelho (“red flags” — TAB. 2), indicativos fraturas, tumores e infecções, que exigem tratamento urgente.
- 2) diagnósticos diferenciais, como doenças urológicas;
- 3) potencial compressão radicular e neurológica^{2,3,5,31}.

TABELA 2. *Red flags* que indicam a necessidade de tratamento urgente^{1,5}

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL	SINTOMAS E SINAIS DE ALERTA
Lesão Traumática	Histórico recente de trauma severo Histórico recente, advinda de paciente idoso ou com osteoporose, de espirro, tosse, levantamento de peso, trabalho braçal Uso de tratamento sistêmico com esteroides
Neoplasias	Idade > 50 anos História anterior de tumor Sintomas B: febre > 38 °C, suor constante, perda de peso sem dieta (pelo menos 10% do peso em 6 meses) Piora da dor em posição supina Dor intensa no período noturno
Infecção	Sintomas B Alta intensidade da dor no período noturno História prévia de infecção bacteriana ou de procedimento de infiltração espinal Abuso de drogas intravenosas Imunossupressão Malignidade

Radiculopatia/Síndrome da Cauda

Equina

Dor segmentar, parestesia, perda acentuada de força (3 ou menos)
Síndrome da cauda equina
Urgência miccional
Hiperestesia perineal
Aumento da dor juntamente a perda da função muscular segmentar

O Colégio Americano de Radiologia não recomenda exame de imagem para lombalgia aguda durante as seis primeiras semanas de sintomas, excetuando-se pacientes que apresentem sinais de alerta vermelho^{3,14,33}. Estudos randomizados não encontraram diferenças entre aqueles que realizaram exames de imediato daqueles que receberam cuidados clínicos habituais sem exames de imagem. A imagem pode detectar anormalidades não relacionadas a dor, levando a abordagens que não irão melhorar o quadro; além disso, a exposição à radiação não é favorável, portanto, os exames devem ser reservados para diagnósticos diferenciais^{3,6}.

Os testes laboratoriais não apresentam utilidade na maior parte dos casos de lombalgia aguda, são relevantes apenas em casos sugestivos de infecção espinal, nefrolitíase, pancreatite, podendo ser solicitados hemograma completo, cultura e proteínas indicativas de atividade inflamatória^{3,34}.

Tratamento das lombalgias agudas

O tratamento conservador da LA envolve o aconselhamento, repouso e analgesia medicamentosa. É preciso aconselhar que o quadro se trata, normalmente, de uma condição benigna e transitória, sendo contraindicados movimentos excessivos, postura prolongada, atividade física e movimento repetitivo durante a dor. O repouso é uma conduta eficaz, que não deve ser prolongado devido a ação deletéria que a inatividade possui sobre o aparelho locomotor, por isso, o paciente deve também ser estimulado a deambular e retornar o mais precoce possível às atividades habituais. Entre as recomendações, faz-se necessário, esclarecer paciente que compressas frias não são indicadas^{3,32,34-39}.

O tratamento analgésico tem como foco principal permitir que o paciente exerça suas atividades diárias normalmente, sendo inicialmente realizado com medicamentos simples como paraceta-

mol e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Os medicamentos mais utilizados são:

1) paracetamol 500 mg, via oral, com 4 a 6 tomadas no dia — medicamento que oferece poucos riscos, entretanto seu uso deve ser cauteloso em hepatopatas —;

2) dipirona 500 mg, via oral, em até 4 tomadas por dia;

3) ibuprofeno 1,2 gramas/dia, tendo dose máxima de 2,4 g;

4) diclofenaco 100 mg/dia até uma dose máxima de 150 mg; e

5) naproxeno 750 mg/dia, sendo a dose máxima de 1,25 g^{3,32,35}.

Há evidência de benefícios no uso de relaxantes musculares não benzodiazepínicos na LA, principalmente na primeira ou segunda semana de sintomas. Os pacientes, todavia, apresentam grande incidência de sonolência e tontura. Entre os representantes da classe estão a ciclobenzaprina, carisoprodol, tizanidina e metaxalona. Os benefícios desses fármacos podem durar por até quatro semanas e ainda podem ser associados com AINEs para melhor alívio da dor^{14,36-41}.

Como segunda ou terceira linha de tratamento, estão disponíveis os opioides, no entanto, há carência de estudos que avaliem benefícios e malefícios. Os estudos que compararam os opioides com AINEs não mostraram grande diferença entre eles no tratamento da dor lombar. Os medicamentos mais utilizados são:

1) fosfato de codeína, na dose de 30 mg, de 3 a 4 tomadas por dia;²

2) cloridrato de tramadol, via oral, na dose de 100 a 400 mg/dia.^{32, 34-41}

Não é recomendado uso de corticoides orais ou injetáveis na rotina da dor lombar, já que sua eficácia é controversa na literatura. Há evidências que injeções epidurais de esteroides podem ser úteis na presença de sintomas radiculares em pacientes resistentes ao tratamento conservador de duas a seis semanas^{32,35,36,38}.

Existindo evidência de processo patológico e evolução atípica, para discopatias podem ser feitas infiltração nas discopatias, infiltração de pontos dolorosos e denervação facetária³².

É controversa a realização da acupuntura no tratamento da lombalgia aguda. Há estudos com grande amostragem populacional que não observaram benefício no tratamento^{35,36}. Contudo, uma revisão sistemática feita por Lee et al.²⁷, na qual se analisou 11 ensaios clínicos randomizados (n = 1139) que comparavam a aplicação da acupuntura com o uso de AINEs no tratamento da dor aguda, encontrou-se dados sugestivos que a LA pode ser melhor tratada por acupuntura do que por AINEs.

Conforme trouxeram Gellhorn et al.⁴², em estudo retrospectivo realizado com 439.195 pacientes realizado em 2003 e 2004, nos Estados Unidos, a fisioterapia apresenta-se como um tratamento benéfico no quadro agudo. A terapia foi relacionada a menor necessidade de cirurgia, necessidade de injeção lombossacral e reutilização de serviço médico em relação aos pacientes que receberam fisioterapia de forma mais tardia.

O tratamento cirúrgico também pode ser realizado, variando de acordo com a etiologia. É indicado para hérnia discal na qual há déficit neurológico grave com menos de 3 semanas, na lombociatalgia hipérgica, quando não há melhora com tratamento clínico após 90 dias. É indicado também na presença de síndrome da cauda equina, na claudicação neurogênica intermitente incapacidade progressiva, na radiculopatia unilateral sem melhora ao tratamento clínico, na espondilolise degenerativa com espondilolistese e na espondilolistese degenerativa. Não é, contudo, indicada para dores inespecíficas³².

Considerações Finais

A LA, devido as suas múltiplas etiologias, necessita de uma investigação minuciosa que caracterize aspectos quantitativos e qualitativos da dor, bem como manifestações associadas e aspectos laborais e sociais, permitindo que se realize diagnósticos etiológicos. O tratamento apresenta algumas controvérsias, demonstrando a necessidade de estudos comparativos que investiguem benefícios e malefícios de diversas práticas, permitindo futuramente a construção de consensos.

Referências

1. ALLEGRI, M. et al. Mechanisms of low back pain: a guide for diagnosis and therapy F1000Research, v. 5, p. 1530, 2016.

2. ALMEIDA, D.; KRAYCHETE, D. Low back pain – diagnostic approach. Revista Dor, v. 18, p. 173-77, 2017.

Atenas Higeia vol. 3 nº 2 Jul. 2021.

3. CASSER, H. R.; SEDDIGH, S.; RAUSCHMANN, M. Acute Lumbar Back Pain. Dtsch Arztebl Int., v. 113, p. 223-34, 2016.

4. GELLHORN, A. C. et al. Management patterns in acute low back pain: the role of physical therapy. Spine., v. 37, n. 9, p. 775-782, 2012. doi:10.1097/BRS.0b013e3181d79a09

5. HELFENSTELN Jr., M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. Lombalgia Ocupacional. Rev Assoc Med Bras., v. 56, n. 5, p. 583-89, 2010.

6. TAN, A. et al. Variation among Primary Care Physicians in the Use of Imaging for Older Patients with Acute Low Back Pain. J Gen Intern Med., v. 31, n. 2, p. 156-63, 2016. doi: 10.1007/s11606-015-3475-3.

7. CAREY, T. S. et al. The outcomes and costs of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors, and orthopedic surgeons. The North Carolina Back Pain Project. N Engl J Med., v. 333, n. 14, p. 913-17, 1995.

8. MANIADAKIS, N.; GRAY, A. The economic burden of back pain in the UK. Pain., v. 84, p. 95-103, 2000.

9. YELIN, E. Cost of musculoskeletal diseases: impact of work disability and functional decline [review]. J Rheumatol Suppl., v. 68, p. 8-11, 2003.

10. SCHMIDT, C. O. et al. Modelling the prevalence and cost of back pain with neuropathic components in the general population. Eur J Pain., v. 13, n. 10, p. 1030-35, 2009. doi:10.1016/j.ejpain.2008.12.003

11. MATTIAS, E.; OLOF, J.; LARS, L. The economic cost of low back pain in Sweden in 2001. Acta Orthopaedica., v. 76, p. 275-84, 2005.

12. DAGENAIS, S.; CARO, J.; HALDEMAN, S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. Spine J., v. 8, p. 8-20, 2008.

13. KATZ, J. N. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences [review]. J Bone Joint Surg Am., v. 88, p. 21-4, 2006. Suppl 2.

14. ATLAS, S. M.; DEYO, R. Evaluating and Managing Acute Low Back Pain in the Primary Care Setting. J Gen Intern Med., v. 16, p. 120-31, 2001.

15. CROW, W. T.; WILLIS, D. R. Estimating cost of care for patients with acute low back pain: a retrospective review of patient records. J Am Osteopath Assoc., v. 109, n. 4, p. 229-33, 2009.

16. CAVANAUGH, J. M. et al. Lumbar facet pain: biomechanics, neuroanatomy and neurophysiology. J Biomech., v. 29, n. 9, p. 117-29, 1996.

17. ROBERTS, S. et al. Histology and pathology of the human intervertebral disc. J Bone Joint Surg Am., v. 88, p. 10-4, 2006. Suppl 2.

18. GRUNHAGEN, T. et al. Nutrient supply and intervertebral disc metabolism. J Bone Joint Surg Am., v. 88, p. 30-5, 2006. Suppl 2.

19. ARSLAN, M. et al. Surgical view of the lumbar arteries and their branches: an anatomical study. Neurosurgery., v. 68, p. 16-22, 2011. Suppl. 1.

20. GRIESSENAUER, C. J. et al. Venous drainage of the spine and spinal cord: a comprehensive review of its history, embryology, anatomy, physiology, and pathology. Clin Anat., v. 28, p. 75-87, 2015.

21. VANDERAH, T. W. Pathophysiology of pain. Med Clin N Am., v. 91, p. 1-12, 2007. doi:10.1016/j.mcna.2006.10.006

22. BIYANI, A.; ANDERSSON, G. B. J. Low Back Pain: Pathophysiology and Management. J Am Acad Orthop Surg., v. 12, p. 106-15, 2004.

23. Dubin AE, Patapoutian A: Nociceptors: the sensors of the pain pathway. J Clin Invest. 2010; 120(11): 3760–3772.

24. JULIUS, D.; BASBAUM, A. I. Molecular mechanisms of nociception. Nature., v. 413, n. 6852, p. 203-10, 2001.

25. PIRES, R. A.; DUMAS, F. L. V. Lombalgia: revisão de conceitos e

métodos de tratamentos. *Universitas: Ciências da Saúde.*, v. 8, n. 2, p. 159-68, jul./dez. 2008.

26. TOUSIGNANT-LAFLAMME, Y. et al. Rehabilitation management of low back pain – it's time to pull it all together! *Journal of Pain Research*, v. 10, p. 2373-85, 2017.

27. LEE, J. H. et al. Acupuncture for acute low back pain: a systematic review. *Clin J Pain.*, v. 29, n. 2, p. 172-85, 2013. doi: 10.1097/AJP.0b013e31824909f9.

28. PONTE CMF. Lombalgia em cuidados de saúde primários. *Rev Port Clin Geral.*, v. 21, p. 259-67, 2005.

29. OLIVEIRA, G. D.; CASA JUNIOR, A. J. Prevalência de lombalgia e avaliação da capacidade funcional lombar em praticantes de musculação. *Estudos*, v. 41, n. 2, p. 247-58, 2014.

30. DEYO, R. A.; RAINVILLE, J.; KENT, D. L. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA.*, v. 286, p. 760-5, 1992.

31. CAR, J.; SHEIKH, A. Acute low back pain. *BMJ.*, v. 327, p. 541, 2003.

32. BRAZIL, A. V. et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. *Rev Bras Reumatol.*, v. 44, n. 6, p. 419-25, 2004.

33. SANTOS, J. H. P.; MEDEIROS, C. M. Avaliação pericial previdenciária de motoristas de ônibus urbano com dor lombar e ciatralgia. *Saúde, Ética & Justiça.*, v. 23, n. 1, p. 36-44, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v23i1p36-44>

34. CHOU, R. et al. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American college of physicians. *Ann Intern Med.*, v. 154, n. 3, p. 181-89, 2011.

35. CASAZZA, B. A. Diagnosis and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician.*, v. 85, n. 4, p. 343-50, 2012.

36. KINKADE, S. Evaluation and treatment of acute low back pain. *Am Fam Physician.*, 2007 Apr 15;75(8):1181-1188.

37. BRATTON, R. L. Assessment and management of acute low back pain. *Am Fam Physician.*, v. 60, n. 8, p. 2299-308, 1999.

38. JOAQUIM, A. Initial approach to patients with acute lower back pain. *Rev Assoc Med Bras*, v. 62, n. 2, p. 188-91, 2016.

39. HAYASHI, Y. Classification, diagnosis, and treatment of low back pain. *JMAJ*, v. 47, n. 5, p. 227-33, 2004.

40. CASCAES, L. H. F. S.; OLIVEIRA, J. C. Evidências sobre relaxantes musculares de uso ambulatorial: Uma revisão da literatura. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-14, 2017, doi:10.5712/rbm-fc12(39)1500

41. FRASSON VB. Dor lombar: como tratar. In: Organização Mundial da Saúde/ Organização Panamericana de Saúde. *Uso Racional de Medicamentos*. Brasília: OMS/OPAS; jun. 2016.

42. GELLHORN, A. C. et al. Management Patterns in Acute Low Back Pain: the Role of Physical Therapy. *Spine*, v. 37, n. 9, p. 775-82, 2012. doi:10.1097/BRS.0b013e3181d79a09.