



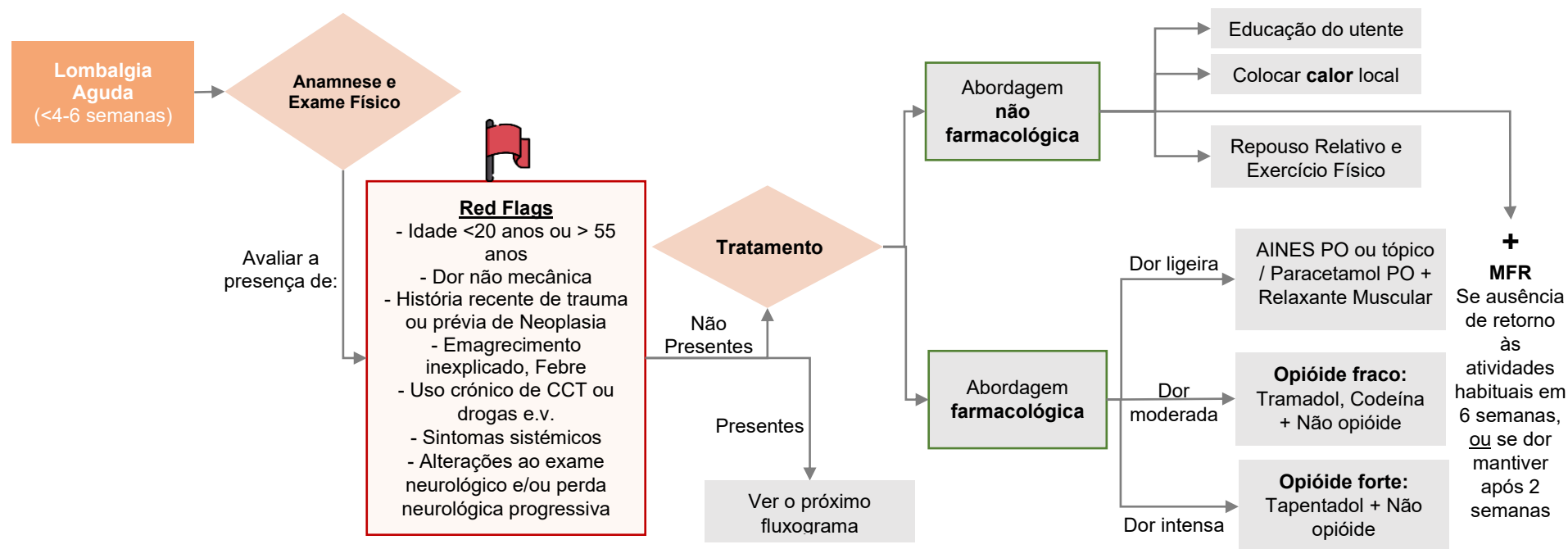
ABORDAGEM À LOMBALGIA AGUDA

Autor(es): Rafael Lopes da Cunha¹; Gabriela Peixoto Martins²; Eliana Ribeiro¹

Local de Trabalho: ¹Internos de Formação Específica de MGF da USF São Lourenço (ULS Braga); ²Interna de Formação Específica de MGF da USF Nós e Vós Saúde (ULS Alto Ave)

Lombalgia Aguda

Definida como dor localizada na região lombar com duração inferior a 4 a 6 semanas. É uma das **principais causas** de procura de cuidados de saúde, e na **maioria** dos casos trata-se de uma condição **benigna** e autolimitada, de origem mecânica ou inespecífica. No entanto, é essencial uma abordagem estruturada que permita identificar sinais de alarme (red flags), excluir causas graves e orientar o tratamento adequado, evitando exames desnecessários e reduzindo o risco de cronificação.



Bibliografia:

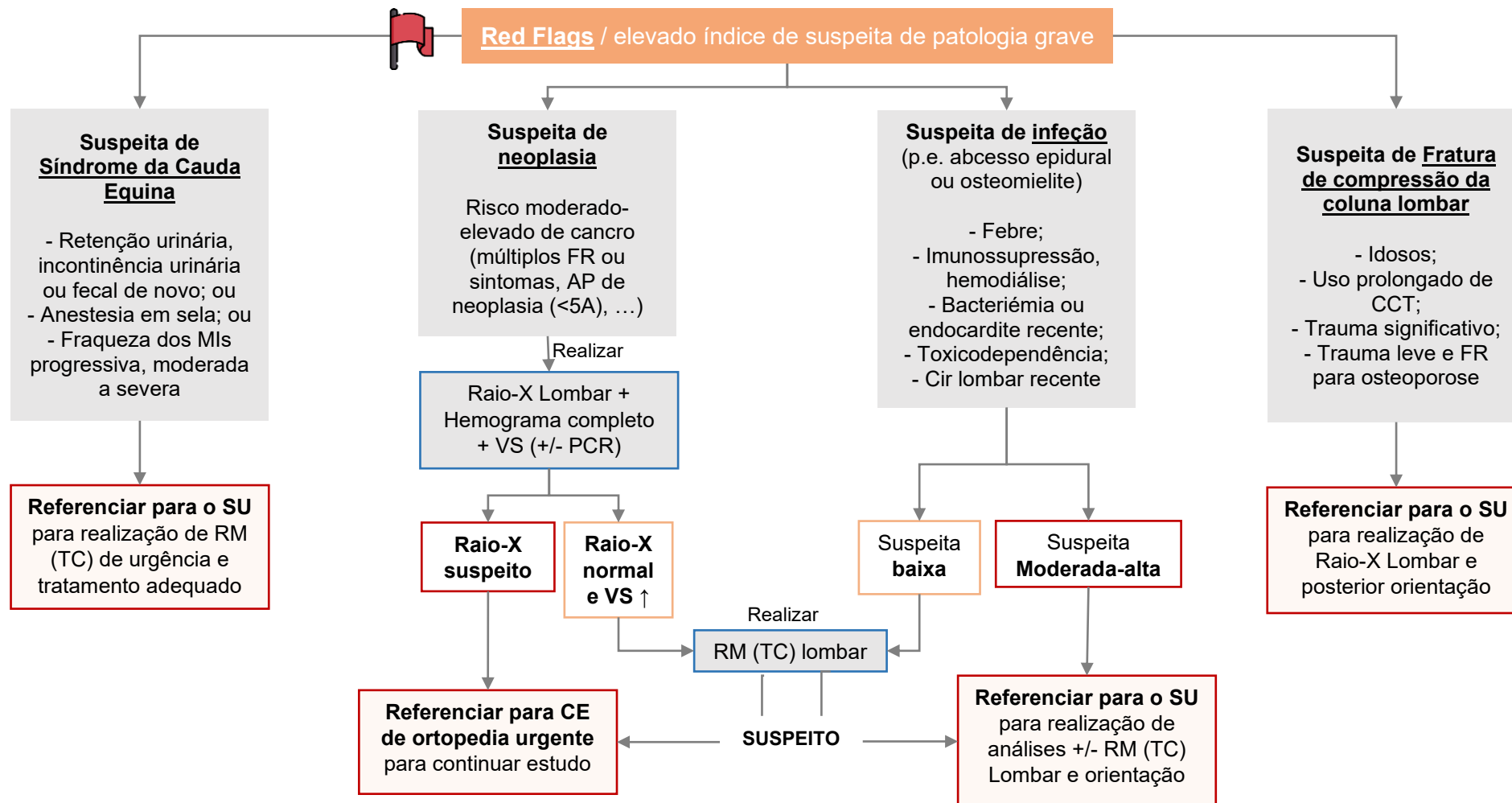
Imagiologia da Coluna Vertebral: Tomografia Computadorizada da Coluna (Norma nº 047/2011 da Direção Geral de Saúde)

Evaluation of Low Back Pain in Adults, by S. G. Wheeler, J. E. Wipf, T. O. Staiger, et al., 2019, Waltham, MA: UpToDate. www.uptodate.com

Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison.

Livro: Patologia Músculo-esquelética para Médicos de Família 2017, Tecnicar

Chiodo AE, Bhat SN, Van Harrison R, et al. Low Back Pain. Ann Arbor (MI): Michigan Medicine University of Michigan; 2020 Nov. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572334/>



Bibliografia:

Imagiologia da Coluna Vertebral: Tomografia Computadorizada da Coluna (Norma nº 047/2011 da Direção Geral de Saúde)
 Evaluation of Low Back Pain in Adults, by S. G. Wheeler, J. E. Wipf, T. O. Staiger, et al., 2019, Waltham, MA: UpToDate. www.uptodate.com
 Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison.
 Livro: Patologia Músculo-esquelética para Médicos de Família 2017, Tecnifar
 Chiodo AE, Bhat SN, Van Harrison R, et al. Low Back Pain. Ann Arbor (MI): Michigan Medicine University of Michigan; 2020 Nov. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572334/>

O **diagnóstico** da lombalgia é clínico, baseado na anamnese e no exame objetivo. A avaliação cuidadosa permite distinguir entre causas mecânicas (as mais comuns) e patologias graves que exigem investigação adicional.

Anamnese - Caracterização da Dor Lombar:

- Início e evolução da dor lombar;
- Localização: central, unilateral, bilateral, irradiação (ex: ciática);
- Ritmo:
 - Mecânico (alivia com repouso, piora com esforço), ou
 - Inflamatório (piora em repouso, rigidez >30min, sintomas constitucionais), ou
 - Misto.
- Intensidade e Impacto na qualidade de vida;
- Sintomas Associados:
 - Alterações Sensitivas (formigueiros, dormência);
 - Défices Motores (fraqueza, quedas, pé pendente);
 - Disfunção esfinteriana.
- Fatores de Alívio;
- Fatores Agravantes e desencadeantes:
 - Traumas, esforços repetitivos, posturas inadequadas, fatores ocupacionais;

Exame Objetivo:

Tabela 1. Achados ao Exame Objetivo e Significado Clínico

Avaliação	Achados avaliados	Significado clínico
Inspeção	Alinhamento da coluna, escoliose, atrofia muscular	Deformidades estruturais, patologias crônicas
Palpação	Sensibilidade vertebral, dor à palpação paravertebral, espasmos musculares	Dor óssea → fratura / infecção / tumor; Dor muscular → contratura/espasmo
Mobilidade	Amplitude de movimento (flexão, extensão, lateralização)	Limitação na flexão → espondiloartropatias; Rigidez mecânica → artrose
Teste de Schober	Expansão <5 cm na flexão lombar	Sugestivo de espondilite anquilosante
Avaliação neurológica	Sensibilidade por dermatômeros	Défices sensitivos → compressão radicular
	Força muscular (ex: dorsiflexão do hálux - L5)	Fraqueza focal → radiculopatia, compressão nervosa
	Reflexos osteotendinosos (Patelar - L3/L4, Aquiliano - S1)	Reflexos reduzidos → compressão radicular
Teste de Laségue	Dor à elevação passiva da perna reta	Radiculopatia por hérnia discal (L4-L5, L5-S1)
Testes sacroilíacos	Dor ao pressionar a articulação sacroilíaca	Espondiloartropatias

Bibliografia:

Imagiologia da Coluna Vertebral: Tomografia Computadorizada da Coluna (Norma nº 047/2011 da Direção Geral de Saúde)
 Evaluation of Low Back Pain in Adults, by S. G. Wheeler, J. E. Wipf, T. O. Staiger, et al., 2019, Waltham, MA: UpToDate. www.uptodate.com
 Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison.
 Livro: Patologia Músculo-esquelética para Médicos de Família 2017, Tecnifar
 Chiodo AE, Bhat SN, Van Harrison R, et al. Low Back Pain. Ann Arbor (MI): Michigan Medicine University of Michigan; 2020 Nov. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572334/>

Durante a anamnese e exame físico, é importante **excluir causas secundárias e sinais de alarme** que indicam possível gravidade / necessidade de intervenção rápida.

Sinais de Alerta / Red Flags:

Tabela 2. Sinais de Alarme

Sinais de Alerta	Síndrome da Cauda Equina	Fratura	Neoplasia	Infeção	Sinais de Alerta	Neoplasia	Infeção
Déficite neurológico progressivo	x				AP de neoplasia	x	
Disfunção Fecal ou Urinária de novo	x				Diabetes Mellitus		x
Anestesia em sela	x				Início insidioso	x	x
Traumatismo recente		x			Sem alívio ou agravamento em supina	x	x
Uso de corticoides prolongado		x		x	Sintomas constitucionais (ex: febre, perda de peso)	x	x
Mulher com > 50 anos		x	x		ITU ou outra infeção		x
Homem com > 50 anos			x		Uso de drogas IV		x
História de Osteoporose difusa ou fraturas de compressão		x			VIH ou outra imunossupressão		x
Cir prévia à coluna				x			

A **maioria** dos doentes com lombalgia simples **melhora em 4-6 semanas**, sem necessidade de exames imagiológicos. A realização do MCDTs nestes casos não está associada a melhor função ou alívio da dor, e achados radiográficos/analíticos podem não ter relevância clínica.

Sem Indicação para realização de MCDTs:

- Melhoria ou resolução da lombalgia após 6 semanas de tratamento conservador;
- Imagem prévia, sem alteração da clínica.

Bibliografia:

Imagiologia da Coluna Vertebral: Tomografia Computadorizada da Coluna (Norma nº 047/2011 da Direção Geral de Saúde)
 Evaluation of Low Back Pain in Adults, by S. G. Wheeler, J. E. Wipf, T. O. Staiger, et al., 2019, Waltham, MA: UpToDate. www.uptodate.com
 Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison.
 Livro: Patologia Músculo-esquelética para Médicos de Família 2017, Tecnicar
 Chiodo AE, Bhat SN, Van Harrison R, et al. Low Back Pain. Ann Arbor (MI): Michigan Medicine University of Michigan; 2020 Nov. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572334/>

Indicações para realização de MCDTs:

Tabela 3. Indicações para realização de MCDTs

Indicações	Exames de Imagem e Análises	Indicações	Exames de Imagem e Análises
Fazer exames imediatamente		Fazer tratamento primeiro e avaliar depois	
Trauma importante	Raio-X / TC Lombar	FR para artrite inflamatória	Raio-X e/ou hemograma, VS e PCR
Trauma leve com FR de fratura	Raio-X	FR para fratura de compressão	Raio-X e/ou hemograma, VS e PCR
FR para neoplasia	RM /TC e hemograma, VS e PCR	Sinais de radiculopatia	RM (ou TC) lombar
Suspeita de infecção	RM/TC e hemograma, VS e PCR	Sinais de estenose	RM (ou TC) lombar
Sinais de Síndrome de Cauda Equina	RM (ou TC) lombar	Dor mantém-se após 6 semanas	RM (ou TC) lombar

Tratamento Não farmacológico:

Tabela 4. Tratamento não farmacológico

Intervenção	Evidência	Observações
Educação	Elevada	Desde a 1ª consulta: Informar sobre natureza benigna e autolimitada da dor, reforçar autoconfiança. Reduz o medo e evita a cronificação.
Manter atividade física	Elevada	Evitar repouso no leito, manter rotina diária com adaptação da carga. Repouso absoluto associado a pior prognóstico. Movimento é terapêutico.
Aplicar Calor local	Moderada	Uso de botija, saco de sementes ou pensos térmicos. Aplicar 15–20 min, 3–4x/dia. Pequeno benefício na dor e incapacidade.
Fisioterapia / exercício supervisionado	Moderada	Iniciar 1-2 semanas após início da dor (se sem melhoria). Mobilização ativa, exercícios de estabilização lombar, alongamentos e reeducação postural. Eficaz em doentes com risco de cronificação ou limitação funcional.
Terapia cognitivo-comportamental	Elevada	Técnicas de coping, redução do catastrofismo e medo do movimento semanal. Útil se sinais de risco psicossocial. Previne dor crónica e absentismo laboral prolongado.
Massagem Terapêutica	Limitada	Massagem das estruturas paravertebrais e relaxamento muscular 1-2x/semana por profissional credenciado. Melhoria modesta e temporária da dor.
Acupuntura	Limitada	1–2x/semana, 4–6 sessões por profissional credenciado.. Efeito passageiro da dor, sem efeito claro na função. Pode ter efeito placebo relevante.

Bibliografia:

Imagiologia da Coluna Vertebral: Tomografia Computadorizada da Coluna (Norma nº 047/2011 da Direção Geral de Saúde)
 Evaluation of Low Back Pain in Adults, by S. G. Wheeler, J. E. Wipf, T. O. Staiger, et al., 2019, Waltham, MA: UpToDate. www.uptodate.com
 Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison.
 Livro: Patologia Músculo-esquelética para Médicos de Família 2017, Tecnifar
 Chiodo AE, Bhat SN, Van Harrison R, et al. Low Back Pain. Ann Arbor (MI): Michigan Medicine University of Michigan; 2020 Nov. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572334/>

Manipulação vertebral / osteopatia	Limitada	1–2x/semana, 2–3 semanas por profissional credenciado. Melhoria ligeira de dor e função.
Relaxamento / respiração / mindfulness	Limitada	Útil na componente ansiosa associada à dor.
Avaliação ergonômica / laboral	Moderada	Após melhoria da dor inicial. Útil na prevenção de recidivas, especialmente em contexto ocupacional.

Tratamento farmacológico:

1.ª Linha – AINEs: AINEs são superiores ao paracetamol e devem ser primeira escolha, salvo contraindicação (risco GI, renal, cardiovascular, gravidez).

Tabela 5. AINEs – 1.ª linha do tratamento farmacológico.

Fármaco	Dose	Frequência	Duração	Evidência / Observações
Ibuprofeno	400-600 mg	6/6h a 8/8h	5-10 dias; max. 2-4 semanas	Boa relação eficácia / segurança. Avaliar risco GI e a toma de IBP.
Naproxeno	250–500 mg	12/12h	5-10 dias; max. 2-4 semanas	Mais seguro no perfil CV. Avaliar risco GI e a toma de IBP.
Diclofenac	50 mg	8/8h	5-7 dias; max. 2 semanas	Eficaz mas maior risco CV. Evitar em alto risco CV e uso prolongado.
Etodolac / Meloxicam / Celecoxib	300–400 mg / 7.5–15 mg / 200 mg	24/24h ou 12/12h	5-10 dias; max. 2–3 semanas	Alternativas COX-2 seletivos, menor risco GI, maior CV. Avaliar perfil individual.

2.ª Linha – Relaxantes Musculares: Devem ser usados apenas se dor intensa e refratária, associados a AINEs ou paracetamol. Evitar em idosos. Uso breve e cauteloso.

Tabela 6. 2.ª Linha – Relaxantes Musculares

Fármaco	Dose	Frequência	Duração	Observações
Ciclobenzaprina	5–10 mg	8/8h ou apenas à noite	3-7 dias	Sedativo; risco de tonturas e sonolência. Evitar em >65 anos (Critérios Beers).
Tizanidina	2–4 mg	8/8h	3-7 dias	Hipotensão e sonolência
Metocarbamol	1500 mg	8/8h	7 dias	Menos sedativo; menos evidência de eficácia.

Bibliografia:

Imagiologia da Coluna Vertebral: Tomografia Computadorizada da Coluna (Norma nº 047/2011 da Direção Geral de Saúde)
 Evaluation of Low Back Pain in Adults, by S. G. Wheeler, J. E. Wipf, T. O. Staiger, et al., 2019, Waltham, MA: UpToDate. www.uptodate.com
 Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison.
 Livro: Patologia Músculo-esquelética para Médicos de Família 2017, Tecnifar
 Chiodo AE, Bhat SN, Van Harrison R, et al. Low Back Pain. Ann Arbor (MI): Michigan Medicine University of Michigan; 2020 Nov. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572334/>

Outros Fármacos – com indicação limitada: considerados em situações específicas, como contraindicações aos AINEs ou dor refratária.

Tabela 7. Terapeutas Farmacológicas Alternativas

Fármaco	Dose	Frequência	Duração	Observações
Paracetamol	500–1000 mg	6/6h (máx. 3–4 g/dia)	3–5 dias	Apenas se AINE contraindicado. Não superior a placebo isoladamente. Risco de hepatotoxicidade.
Tramadol	50–100 mg	6/6h PRN	Até 7 dias	Usar <7 dias. Apenas se dor severa e refratária. Risco de náuseas, tonturas, dependência; evitar em utentes com ISRS.
Codeína/paracetamol	30–60 mg + 500–1000 mg	6/6h	Até 7 dias	Usar <7 dias. Cuidado com sedação e obstipação.

Tratamentos Farmacológicos Tópicos: Podem ser úteis como complemento ao tratamento sistémico, sobretudo em doentes com contraindicação para AINEs orais (ex: idosos, patologia gastrointestinal, risco CV). São mais eficazes em dores localizadas superficiais do que em dor lombar profunda ou irradiada.

Tabela 8. Tratamento Tópico

Fármaco	Formulação	Frequência	Duração	Observações
Diclofenac tópico	Gel (1–2%), emplastro	2–4x/dia	5–10 dias	Eficácia inferior aos AINEs sistémicos. Pode ser opção se contraindicação a via oral. Melhor adesão e maior custo com o emplastro.
Capsaicina (0,025–0,1%)	Creme ou pomada	3–4x/dia	Até 7 dias	Pode causar ardor local. Evitar em mucosas e pele lesada. Aplicar com luvas.
Salicilato de metilo + cânfora + mentol	Creme, pomada ou adesivo	2–3x/dia	3–5 dias	Alívio leve e transitório. Irritante dérmico; evitar em alergia a AAS ou em toma concomitante de anticoagulantes.
Harpagófito, Arnica, mentol (fitoterápicos)	Gel ou creme tópico	2–3x/dia	Uso conforme tolerância	Suplementos à base de plantas com efeito anti-inflamatório leve. Evidência limitada.

Bibliografia:

Imagiologia da Coluna Vertebral: Tomografia Computadorizada da Coluna (Norma nº 047/2011 da Direção Geral de Saúde)
 Evaluation of Low Back Pain in Adults, by S. G. Wheeler, J. E. Wipf, T. O. Staiger, et al., 2019, Waltham, MA: UpToDate. www.uptodate.com
 Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison.
 Livro: Patologia Músculo-esquelética para Médicos de Família 2017, TecNifar
 Chiodo AE, Bhat SN, Van Harrison R, et al. Low Back Pain. Ann Arbor (MI): Michigan Medicine University of Michigan; 2020 Nov. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572334/>