

# Ficha técnica do



CENTRO  
DE INFORMAÇÃO  
DO MEDICAMENTO

## LOMBALGIA

A lombalgia, ou dor na zona lombar da coluna vertebral,<sup>1,2</sup> é uma queixa extremamente comum,<sup>1,3,4</sup> que afecta adversamente a capacidade funcional e a qualidade de vida.<sup>4</sup>

A coluna lombar está sujeita a diversas patologias mecânico-degenerativas devido à sua ampla mobilidade e ao facto de suportar muito peso.<sup>2</sup> A maioria dos indivíduos irá padecer de lombalgia aguda alguma vez ao longo da sua vida.<sup>2,5,6</sup> Todos os escalões etários são afectados por lombalgias; contudo, a maior prevalência ocorre na idade adulta.<sup>6</sup> O primeiro episódio geralmente ocorre entre a terceira e a quinta década de vida,<sup>5</sup> altura em que ocorre o pico da sua incidência. É uma das patologias que provoca maior absentismo laboral, incapacidade e recurso aos serviços de saúde.<sup>2</sup>

### ETIOLOGIA

A larga maioria dos doentes apresenta lombalgia inespecífica, isto é, dor que não é atribuível a uma condição ou anomalia específica.<sup>1,4,6,7</sup> Apenas uma pequena percentagem dos doentes sofre de uma patologia orgânica reconhecida,<sup>3,4</sup> mais frequentemente envolvendo os discos intervertebrais.<sup>3,6,8</sup> Os factores mecânicos, relacionados com a postura e com esforços físicos não mostraram relação causal com o surgimento de lombalgia em diversas revisões sistemáticas.<sup>6</sup> Causas sérias, tais como inflamatórias, infecciosas ou neoplásicas<sup>2,4</sup> são raras.<sup>4,6,7</sup> Os sinais que podem indicar uma causa grave para a lombalgia e requerer o encaminhamento para o médico incluem, entre outros: perda de peso, historial de cancro, febre, dor persistente e progressiva que não é aliviada pela medicação, repouso ou imobilização, lombalgia que agrava à noite<sup>1,6,7,9,10</sup> ou em decúbito, doença sistémica,<sup>1,7</sup> fraqueza, dormência ou formigamentos associados à dor, incontinência urinária ou fecal,<sup>1,7,10</sup> ou dificuldades na micção,<sup>6</sup> idade inferior a 20 ou superior a 55 anos, alterações da marcha, dor na zona lombar ou na anca, que irradia pela parte posterior da coxa até à perna,<sup>1</sup> dor associada a um evento traumático,<sup>1,6,9,10</sup> alterações neurológicas progressivas,<sup>6</sup> uso de corticosteróides sistémicos,<sup>6,9,10</sup> drogas intravenosas<sup>1,5-7,9,10</sup> ou infecção recente.<sup>7,9</sup>

### FACTORES DE RISCO

A maioria dos estudos prospectivos não conseguiu identificar muitos factores de risco fortes e modificáveis para o aparecimento do primeiro episódio de lombalgia.<sup>6</sup> Os indivíduos com ocupações que requeiram esforços físicos intensos parecem estar em maior risco.<sup>8,9</sup> Os doentes obesos ou com excesso de peso têm risco aumentado de lombalgia<sup>1,6,8,9,11</sup> e existe também uma ligeira associação com o tabagismo.<sup>2,6,9</sup> A prática de exercício físico apresenta uma relação não linear com o risco de lombalgia,<sup>6</sup> estando um estilo de vida sedentário<sup>2,6,8,9,11</sup> e a prática de actividades intensas ambos relacionados a um risco maior.<sup>1,2,6,8,11</sup> É mais comum em mulheres.<sup>1,2</sup> Factores psicológicos, como *stress*,<sup>1,9</sup> depressão<sup>2,8,9</sup> ou ansiedade<sup>2,8</sup> também podem estar associados a maior risco.

Têm sido apontados ainda outros factores predisponentes, entre os quais: conduzir, estar de pé, ou sentado imóvel, por períodos prolongados,<sup>1</sup> levantar objectos pesados,<sup>1,8,9,11</sup> efectuar esforços intensos subitamente,<sup>1,2</sup> estar exposto a vibrações,<sup>1,2,8,9</sup> usar sapatos inadequados, dormir numa postura incorrecta e sobre um colchão inapropriado.<sup>11</sup>

### TRATAMENTO

Os objectivos do tratamento da lombalgia aguda são: aliviar a dor, melhorar a função, reduzir o absentismo laboral e desenvolver estratégias para lidar com o problema, através da educação do doente.<sup>5</sup> O tratamento da lombalgia deve ser iniciado prematuramente,<sup>3</sup> para reduzir o risco de desenvolvimento de dor crónica,<sup>3,5</sup> que representa a maioria dos custos de saúde associados à lombalgia.<sup>5</sup> A lombalgia é considerada aguda se a sua duração for inferior a 6 semanas, subaguda se a duração for entre 6-12 semanas e crónica se persistir por mais de 12 semanas.<sup>3,6,9</sup>

**Lombalgia aguda.** A evidência disponível indica que o repouso no leito atrasa a recuperação e não é recomendado.<sup>1-3,5,8,9</sup> O doente deve ser aconselhado a manter a actividade ou retomá-la o quanto antes.<sup>2,3,5-9</sup>

Em situações simples, o **paracetamol** tem sido indicado como de primeira escolha.<sup>3,4,7,9</sup> Contudo, evidências recentes apontam para que os benefícios associados ao seu uso sejam diminutos.<sup>4,12</sup> Tem a vantagem de estar associado a um pequeno risco de efeitos adversos graves<sup>4,9</sup> mas, pelo risco de hepatotoxicidade, deve ser respeitada a posologia máxima recomendada.<sup>4</sup>

Os **anti-inflamatórios não esteróides** (AINE) são provavelmente mais eficazes,<sup>3</sup> mas estão associados a uma maior frequência de efeitos adversos e devem reservar-se para os doentes que não respondam ao paracetamol;<sup>3,7</sup> contudo, são muitas vezes prescritos em primeira linha.<sup>4,5,9</sup> Nenhum AINE parece ser superior aos restantes, pelo que pode ser considerada a mudança para outro, no caso de o primeiro se revelar ineficaz.<sup>5</sup> O seu uso está associado a efeitos adversos gastrointestinais, renais e cardiovasculares,<sup>4,8</sup> pelo que se recomenda a avaliação prévia destes factores de risco e o uso da menor dose eficaz, para minimizar potenciais efeitos adversos.<sup>4</sup>

Se o doente não sentir melhorias no intervalo de 1-2 semanas, deverá averiguar-se se este tem tomado a medicação correctamente e rever eventuais sinais de patologia mais séria.<sup>7</sup>

Se estes tratamentos forem ineficazes, poderão ser tentados **relaxantes musculares**,<sup>2-6,9</sup> como a tizanidina,<sup>3,5</sup> ou a ciclobenzaprína,<sup>5</sup> sem bem que os efeitos adversos limitem o seu uso.<sup>3,6,9</sup> Existe evidência da sua eficácia,<sup>9</sup> bem como de que o seu uso concomitante com paracetamol<sup>4</sup> ou AINEs possa ter efeitos benéficos na diminuição da dor.<sup>4,5</sup> Outra alternativa são as **benzodiazepinas**,<sup>3,4</sup> como o diazepam, apenas por curtos

períodos devido ao risco de dependência<sup>3</sup> e pela escassa evidência relativamente ao seu benefício.<sup>5</sup>

Pode também ser tentada uma combinação de analgésicos, como p. ex., paracetamol com uma dose terapêutica de codeína. Se o alívio continuar a ser insuficiente, deve então ser tentado um opióide mais potente.<sup>7</sup> Os **opióides** apresentam um benefício moderado na dor grave e incapacitante que não responda ao paracetamol e aos AINEs,<sup>3-5</sup> se usados de forma criteriosa<sup>4,6,9</sup> e por um curto intervalo de tempo.<sup>3,4,8,9</sup>

Entre outros fármacos que têm sido utilizados incluem-se medicamentos tópicos,<sup>2,6,11</sup> como os **contra-irritantes**.<sup>2,8,11</sup> Os fármacos contra-irritantes apresentam propriedades analgésicas ao aproveitarem os mecanismos fisiológicos de modulação da sensação dolorosa,<sup>2</sup> baseado no efeito paradoxal de alívio de uma dor intensa causado ao produzir uma dor mais ligeira.<sup>11</sup> Podem ser classificados em quatro grandes grupos: rubefacientes, como o salicilato de metilo e outros salicilatos, que produzem irritação local e calor; irritantes, como a capsaicina, que produz dor localizada na zona de aplicação; refrescantes, como o mentol ou a cânfora,<sup>2,11</sup> que estimulam as terminações nervosas do frio;<sup>2</sup> vasodilatadores, como o nicotinato de metilo, que produzem uma sensação localizada de calor.<sup>2,11</sup>

Têm também sido utilizadas abordagens **não farmacológicas** no tratamento da lombalgia. A aplicação local de calor tem sido preconizada,<sup>2,9,11</sup> evidenciado benefício no alívio da dor.<sup>3,5,7,11</sup> Deve ser aplicado cerca de 20 minutos,<sup>11,13</sup> 3 a 4 vezes por dia, mas não em lesões recentes (< 48h) ou áreas inflamadas, dado que irá intensificar a vasodilatação e exacerbar o dano nos tecidos. Não deverá igualmente ser aplicado em pele danificada ou com outros agentes tópicos.<sup>11</sup> A aplicação de gelo tem sido igualmente recomendada,<sup>5,8,10,13</sup> especialmente nos primeiros 2-3 dias.<sup>10</sup> Existe também alguma evidência de benefício para a manipulação espinal.<sup>3-7,9</sup>

**Lombalgia crónica.** A lombalgia aguda pode converter-se em crónica em alguns doentes. Segundo algumas fontes pode ocorrer até 7-8% dos casos,<sup>2,3</sup> mas outros apontam para que ocorra em cerca de 10-15% dos doentes.<sup>6</sup> O tratamento da lombalgia crónica é difícil,<sup>3,6</sup> uma vez que tende a não melhorar com o tempo e consome muitos recursos de saúde.<sup>6</sup>

Pode ser necessária terapêutica de longo prazo, quer contínua, ou episódica.<sup>4</sup> Os doentes devem ser encorajados a manterem-se activos e continuarem com as suas actividades normais tanto quanto possível.<sup>6,7,9</sup> Recomenda-se a educação do doente, uso de AINEs, opióides fracos (por curto prazo),<sup>6</sup> manipulação espinal<sup>6,8,11</sup> e exercício.<sup>6,7,11</sup> O papel dos analgésicos é o de controlar a dor para que o doente se mantenha activo. Devem ser usados somente a curto prazo, durante recorrências ou períodos de exacerbação dos sintomas.<sup>7</sup> Outros fármacos que podem ser considerados incluem os antidepressores tricíclicos<sup>3,4,8,9</sup> e a capsaicina tópica.<sup>3</sup> Apesar da escassa evidência, têm sido tentadas outras abordagens como a estimulação nervosa eléctrica transcutânea (TENS),<sup>3,8,9</sup> tracção,<sup>3,5,8,9,11</sup> acupunctura,<sup>3-5,7,9,11</sup> massagens,<sup>3,4,7,9,11</sup> exercícios específicos,<sup>3-6,9,11</sup> suporte lombar<sup>3,5,8</sup> ou yoga.<sup>4,7-9</sup> Deve ser tido em consideração que as expectativas de benefício, por parte do doente, podem influenciar os resultados de diferentes terapias.<sup>3,9</sup>

Existe evidência moderada de que programas de exercício dirigidos por fisioterapeutas podem reduzir a taxa de recorrências, aumentar o intervalo de tempo entre episódios e diminuir o recurso a serviços de saúde.<sup>5</sup> Se uma lombalgia crónica não melhora com os tratamentos habituais, é muito importante uma abordagem multidisciplinar.<sup>2,6,7</sup>

#### ACONSELHAMENTO AO DOENTE

O prognóstico é geralmente bastante favorável.<sup>1,3,4</sup> Muitos dos casos são autolimitados<sup>3,5,6</sup> e resolvem-se com pouca intervenção.<sup>5,9</sup> A maioria dos doentes com lombalgias recupera

relativamente depressa,<sup>6,10</sup> com elevada probabilidade de melhoria ao longo do primeiro mês.<sup>1,4,9</sup>

Os doentes devem ser aconselhados a manter-se tão activos quanto possível, dentro dos limites de tolerância da dor, e a retomarem as suas actividades normais o mais depressa possível.<sup>1,2,5,9,10</sup> Interromper as actividades laborais aumenta o risco de cronicidade<sup>1</sup> e quanto mais prolongada for a inactividade, maior é o risco de invalidez permanente.<sup>2</sup> Os doentes devem ser encorajados a praticar exercício,<sup>1,7,9,10</sup> já que este diminui as recorrências,<sup>1,9</sup> reduz o absentismo e a utilização de recursos de saúde.<sup>1</sup> Evidência proveniente de revisões sistemáticas de ensaios relativos a prevenção de lombalgias revela que apenas as intervenções que consistem em exercício físico se mostram eficazes.<sup>6</sup> Além disso, também proporciona outros benefícios para a saúde,<sup>7,9</sup> a nível cardiovascular e ósseo.<sup>7</sup> O médico ou o fisioterapeuta também poderão aconselhar exercícios específicos para tratamento e prevenção das lombalgias.<sup>1,8,10</sup>

Entre as medidas que podem ser recomendadas para prevenção das lombalgias, principalmente da sua recorrência, incluem-se:

- Dormir sobre um colchão firme,<sup>2,8,13</sup> mas não excessivamente duro, com uma almofada preferencialmente baixa, para não forçar o pescoço,<sup>2</sup> em posição lateral com os joelhos dobrados<sup>8,10,13</sup> com uma almofada entre as pernas, ou dorsal com uma almofada sob os joelhos;<sup>10,13</sup>
- Levantar objectos pesados mediante flexão dos membros, de modo a evitar sobrecarga na zona lombar,<sup>2,8,10,13</sup> evitando sujeitar a coluna a movimentos de torção e flexão<sup>5,8,10,13</sup> e mantendo o objecto encostado ao corpo;<sup>8,10,13</sup>
- Evitar a permanência em pé durante demasiado tempo, de forma estática, com os pés no mesmo plano.<sup>2,10</sup> Quando se trabalha de pé, deverá mudar-se a posição dos pés e repousar alternadamente os pés sobre um banco;<sup>2,10,13</sup>
- Na posição sentada, manter as costas direitas e apoiadas no encosto,<sup>2,10</sup> utilizar uma cadeira ajustável em altura e com apoio de braços<sup>10</sup> e uma mesa à altura dos cotovelos;<sup>2</sup> apoiar os pés sobre um banco, de modo a que os joelhos fiquem mais elevados do que as ancas;<sup>8,10,13</sup>
- Manter-se fisicamente activo;<sup>2,7-9,13</sup>
- Deixar de fumar;<sup>8,10</sup>
- Não utilizar saltos altos;<sup>8,10,13</sup>
- Manter um peso adequado.<sup>7-10</sup>

Ana Paula Mendes  
Farmacéutica

#### Referências bibliográficas

1. Pray WS. Nonprescription Product Therapeutics, 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
2. Lumbalgia (lumbago). Panorama Actual Med. 2009; 33(329): 1244-51.
3. Brayfield A. ed. Martindale The Complete Drug Reference, 38<sup>th</sup> ed. London, The Pharmaceutical Press, 2014.
4. Take the needs of the individual into account when selecting pharmacological agents to manage low back pain. Drugs Ther Perspect. 2010; 26(10): 15-8.
5. Casazza BA. Diagnosis and treatment of acute low back pain. Am Fam Physician. 2012[acedido a 19-06-2015]; 85(4): 343-50. Disponível em: <http://www.aafp.org/aafp/2012/0215/p343.html>
6. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. Lancet. 2012; 379(9814): 482-91.
7. Maher CG, Williams C, Lin C, Latimer J. Managing low back pain in primary care. Aust Prescr. 2011[acedido a 19-06-2015]; 34: 128-32. Disponível em: <http://www.austrianprescriber.com/magazine/34/5/article/1216.pdf>
8. NINDS Back Pain Information. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. [acedido a 19-06-2015] Page Last updated April 17, 2015. Disponível em: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/backpain/backpain.htm>
9. Chou R. In the clinic. Low back pain. Ann Intern Med. 2014; 160(11): ITC6-1.
10. Low back pain - acute. MedlinePlus. [acedido a 19-06-2015] Page last updated: 15 June 2015. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007425.htm>
11. Krinsky DL. et al. eds. Handbook of Nonprescription Drugs, 17<sup>th</sup> ed. Washington, American Pharmacists Association, 2012.
12. Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, Lin CW. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. Lancet. 2014; 384(9954): 1586-96.
13. Low back pain. FamilyDoctor.com. [acedido a 19-06-2015] Reviewed/Updated: 03/14. Disponível em: <http://familydoctor.org/familydoctor/en/diseases-conditions/low-back-pain.printerview.all.html>