

Dor Lombar Aguda Inespecífica

Autor:

Leonardo Vieira Targa

Supervisão:

Airton Tetelbom Stein

Eno Dias de Castro Filho

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

Definição do Problema

Como avaliar o usuário com dor lombar iniciada há menos de seis semanas e que não apresenta sinais de alerta para doenças específicas? São necessários exames complementares? Qual (ais) o(s) melhor (es) tratamento(s) farmacológico(s) para o usuário com dor lombar aguda inespecífica? Quais outros tratamentos apresentam vantagens? Qual roteiro terapêutico mais apropriado?

Palavras-chaves (MESH) – número de artigos inicialmente encontrados

1. (Low Back Pain [MeSH] OR Sciatica [MeSH]) AND **Analgesics [MeSH] AND Placebo [MeSH]** -6
2. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Analgesics, Opioid"[MeSH] - 18
3. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND ("**Rest**"[MeSH] OR "**Bed Rest**"[MeSH]) -113
4. (low back pain [MeSH] OR sciatica [MeSH]) AND "**Anti-Inflammatory Agents**"[MeSH] - 307
5. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "**Anti-Inflammatory Agents**"[MeSH] AND "**Placebos**"[MeSH] - 1
6. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "**Anti-Inflammatory Agents**"[MeSH] AND "**Analgesics**"[MeSH] - 212
7. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "**Anticonvulsants**"[MeSH] - 10
8. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND ("**Surgical Procedures, Operative**"[MeSH] OR "**Surgery**"[MeSH]) - 13 (com limites)
9. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "**Injections**"[MeSH] – 13 (com limites)
10. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "**narcotics**"[MeSH] - 16

11. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Acupuncture"[MeSH] – 12
12. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Complementary Therapies"[MeSH] – 95 (com limites)
13. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND ("Medicine, Herbal"[MeSH] OR "Plants, Medicinal"[MeSH] OR "Beverages"[MeSH]) - 8
14. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Psychotropic Drugs"[MeSH] - 43
15. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Antidepressive Agents"[MeSH] - 33
16. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Health Education"[MeSH] - 200
17. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Muscle Relaxants, Central"[MeSH] - 44
18. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Relaxation Techniques"[MeSH] - 20
19. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Yoga"[MeSH] - 9
20. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Psychotherapy"[MeSH] - 115
21. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Traction"[MeSH] - 100
22. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND ("Exercise"[MeSH] OR "Exercise Therapy"[MeSH]) – 29 (com limites)
23. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND ("Cryotherapy"[MeSH] OR "Heat"[MeSH]) - 65
24. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Chiropractic"[MeSH] - 195
25. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Administration, Topical"[MeSH] - 35
26. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Physical Therapy Modalities"[MeSH] - 58 (com limites)
27. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Hydrocorticosteroids"[MeSH] - 70
28. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Orthotic Devices"[MeSH] – 80
29. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND ("Diagnosis"[MeSH] OR "Early Diagnosis"[MeSH] OR "Diagnosis, Differential"[MeSH]) – 106 (com limites)
30. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Diagnostic Imaging"[MeSH] – 19 (com limites)
31. ("Low Back Pain"[MeSH] OR "Sciatica"[MeSH]) AND "Radiography"[MeSH] – 15 (com limites)

Estratégia de busca

A estratégia de busca segue o cronograma abaixo. Foram pesquisados preferentemente bancos de dados primários (pubmed e scielo). Concomitante, um banco de dados secundários (cochrane) e diretrizes e guidelines relevantes foram consultados. Uma

revisão narrativa foi realizada previamente tendo como base livros científicos relevantes ao tema.

No pubmed foram usadas as palavras-chave citadas acima e, quando necessário, incluídos os limites de Estudos Clínicos Randomizados, em humanos adultos, com resumo disponível em língua inglesa, espanhol ou portuguesa e, eventualmente, limite de título/resumo quando número excessivamente grande de artigos foi encontrado. Nos demais foram usados somente os termos correspondentes a dor lombar e/ou ciática. Os demais aspectos das buscas incluindo limites e critérios de inclusão ou exclusão se encontram adiante.

Crítérios de inclusão e exclusão

Os Critérios de Inclusão foram:

- 1- Ensaios Clínicos Randomizados, em adultos humanos;
- 2- O artigo revisado devia conter um resumo disponível, em língua inglesa, espanhola ou portuguesa; e,
- 3- Relacionar-se claramente no título e/ou no resumo à pergunta estruturada (PICO) específica.

Obs.: Quando não houve evidência contemplada, adaptou-se o critério relacionado ao delineamento do estudo, visando alcançar-se a melhor evidência existente. Se o resumo e/ou título deixou dúvida se o artigo preenchia ou não os critérios, analisou-se o artigo completo.

Os Critérios de Exclusão foram:

- 1- Problemas metodológicos importantes no delineamento e que apresentem viés que caracterizava falta de validade interna;
- 2- Situações clínicas não condizentes ao objetivo da proposta (por exemplo, gestantes, pacientes com dor lombar específica de patologia qualquer previamente diagnosticada ou que incluía pacientes com dor lombar subaguda ou crônica);
- 3- Estudos de custo-efetividade.

Diretriz Clínica

Dor lombar aguda é aquela com duração menor do que seis semanas. É definida como subaguda quando dura de 6 a 12 semanas e crônica quanto mais do que 12 semanas.¹ É queixa comum no trabalho do Médico de Família e Comunidade (MFC)² (B) e de alta incidência ao longo da vida (80%)³(D). Dor lombar é uma causa maior de incapacidade temporária e um desafio para decisões clínico-cirúrgicas e muitas vezes é mal compreendida principalmente no contexto industrial.⁴ (D)

Como profissional da porta de entrada do sistema de saúde, o MFC frequentemente atende pessoas com quadros de início recente ainda não específicos e não totalmente claros clinicamente⁵ (D), tais como a dor lombar aguda inespecífica. Esta é definida assim quando não apresenta suspeita clara de relação com patologia específica e representa aproximadamente 90% dos casos de dor lombar.¹(D)

Diversos fatores preveníveis estão envolvidos no surgimento do sintoma tais como obesidade, má-postura, más condições de trabalho, alterações ortopédicas e acidentes (C)⁶. Alguns estudos e revisões sistemáticas com grau de recomendação variável (melhor B) sugerem ligação com tabagismo^{6, 7,8,9,10}. É tarefa do MFC, sua equipe e comunidade a elaboração conjunta de um planejamento preventivo amplo visando trabalhar a prevenção primordial e primária além da secundária e terciária. Dentro de um sistema de saúde tipo Atenção Primária (SUS e estratégia de saúde da família) cabe ao nível primário de atenção a coordenação do fluxo do usuário no restante do sistema (especialistas, profissionais não-médicos não disponíveis localmente e hospital) visando garantir a integralidade da atenção (D)⁵.

Em um primeiro momento, o papel do MFC é o de aliviar a dor, oferecer apoio emocional com a criação de vínculo terapêutico ou reforço do mesmo caso já existente previamente. Os instrumentos necessários para investigação clínica neste momento são a anamnese e exame físico. Caso o usuário não tenha já estabelecido a etiologia da dor, devem ser afastadas causas não-osteomusculares (p.ex. aneurisma de aorta), trauma, infecção, risco de neoplasia, doenças inflamatórias sistêmicas (p.ex. espondilite anquilosante), comprometimento neurológico que requeira manejo cirúrgico urgente e síndrome de cauda equina, para então chegar-se ao diagnóstico de dor lombar aguda inespecífica (D)¹¹. A melhor forma de investigação visando a confirmação ou exclusão de cada uma das possíveis causas específicas de dor lombar não será tratada nesta diretriz.

Embora não sendo na maioria das vezes necessários, alguns casos necessitam investigação complementar. As seguintes indicações devem ser levadas em consideração para realização de radiografias em usuários com dor lombar aguda (D)¹¹:

Com suspeita de trauma:

- Grande trauma;
- Pequeno trauma em >50 anos;
- Uso crônico de corticosteróides;
- Osteoporose
- >70 anos

Com suspeita de tumor ou infecção:

- >70 anos;
- <20 anos;

- História de neoplasia;
- Sintomas constitucionais;
- Infecção bacteriana recente;
- Uso de drogas injetáveis;
- Imunossupressão
- Dor pior à noite ou ao decúbito.

Não há evidências específicas para pacientes com dor lombar aguda em nível primário, mas estudos em que estes estavam presentes juntamente com dor subaguda e crônica em nível secundário, não revelaram vantagem em realizar tanto ressonância magnética quanto tomografia computadorizada em massa (A).^{12,13}

Há evidências (B) que, mesmo em nível secundário (pacientes encaminhados por *general practitioners* para especialistas), a realização de exames de imagem sofisticados não altera a conduta e só talvez resultem num melhor resultado claramente com maiores custos.¹⁴

Depois de excluídas as causas graves e realizado um diagnóstico presuntivo de dor lombar aguda inespecífica, tem-se as seguintes opções terapêuticas. Sugere-se iniciar conforme a intensidade do sintoma e repercussão na qualidade de vida com analgésicos não-opioides (B)¹⁵ ou antiinflamatórios, associados com calor local. Os antiinflamatórios (AINEs) não esteróides demonstraram superioridade comparativa a placebo (A)^{16, 17} não havendo clara evidência que justifique algum representante específico (B)^{18,19}. O uso de calor local ativo com temperatura controlada demonstrou ser eficaz (B)²⁰.

Não foram encontrados evidências que preenchessem os critérios de inclusão para analgésicos opioides isoladamente no tratamento de dor lombar aguda. Um estudo associando ibuprofeno ou paracetamol²¹, não demonstrou diferença relevante entre os grupos comparados (B) para avaliação entre o AINEs e o analgésico. São uma opção no tratamento da lombalgia e cialgia agudas em casos muito restritos (D)²², devendo-se levar em consideração a escassa literatura e a real possibilidade de efeitos colaterais.

Os corticóides injetáveis demonstraram ter efeito positivo somente em curto prazo comparado com placebo em um estudo de dor ciática de origem discogênica, confirmada radiologicamente. (B).²³

Os relaxantes musculares foram estudados em pacientes com dor lombar e contratura muscular (B) apresentando bons resultados.²⁴

Não há vantagens em recomendar-se descanso comparado a manter atividades normais conforme tolerado para casos de dor ciática (A)²⁵ e dor lombar aguda (B).²⁶

Não há evidências de boa qualidade sobre o uso de “back schools” para dor lombar aguda. Um estudo²⁷ com falhas metodológicas encontrou melhores resultados para desfechos secundários como retorno ao trabalho, cinesiofobia, mas não para dor, em 3 a 6 meses.

Há evidência (A) comparando fisioterapia, quiropraxia e folheto educativo que demonstrou apenas discreta melhora entre os dois primeiros (e sem diferenças entre estes).²⁸

Uma revisão sistemática²⁹ não encontrou vantagens em realizar-se fisioterapia comparada com nenhum tratamento (D).

Não foram encontradas evidências para avaliar o uso em dor lombar aguda inespecífica de anticonvulsivantes, narcóticos, psicoterapia, técnicas de relaxamento, yoga,

fitoterapia, acupuntura, procedimentos cirúrgicos, compressas frias, tração, apoios lombares, massagem ou terapias complementares.

A partir desta abordagem (vide algoritmo), devem ser revisados os fatores de risco modificáveis e relacionar o sintoma com o conhecimento prévio obtido do usuário, sua família e comunidade. O conhecimento gerado em equipe no processo de territorialização por vezes poderá nos auxiliar a perceber melhor o problema, potencializando as intervenções preventivas e terapêuticas. A troca de informações com outros membros da equipe, em especial os agentes comunitários, podem, da mesma forma, trazer-nos informações adicionais relevantes. Além disso, o uso de ferramentas de trabalho mais ou menos específicas da especialidade (tais como o prontuário de família, o genograma, etc.) tem potencial de melhor estimar o diagnóstico, adequar o tratamento buscando melhores resultados.

Pontos – Chave:

- Inicialmente, o trabalho do médico de atenção primária ao atender um usuário com dor lombar aguda é o de tentar identificar os que apresentam sinais de alerta para doenças específicas. Os restantes devem ser tratados como dor lombar aguda inespecífica.
- Analgésicos, antiinflamatórios, calor local e manter-se ativo são os tratamentos iniciais que apresentam melhor evidência na literatura atual. O uso de relaxantes musculares deve ser considerado para os casos de contratura muscular aparente.
- Não há evidência que suporte o uso de outras terapias (vide texto) para dor lombar aguda inespecífica e as evidências são contrárias ao uso de fisioterapia e repouso no leito.
- Não há evidência que exames sejam inicialmente importantes após a exclusão de outras causas de dor lombar aguda, ou seja, após a definição de inespecífica.

Referências:

1. Woolf AD e Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ vol.81 no.9 Genebra Sept. 2003
2. Takeda S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. Em: Duncan BB, Schimdt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. pág.77-78
3. Gunnar BJ Andersson. Epidemiological features of chronic low-back pain. *The Lancet* 1999; 354:581-585. Citado por Soibelman M, Schenatto CB e Restelli VG. Dor Lombar. Em: Duncan BB, Schimdt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. pág.1218.
4. Ehrlich GE. Low back pain. Bull World Health Organ vol.81 no.9 Genebra Sept. 2003
5. Starfield B. Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p.46.
6. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública vol.20 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2004.
7. Leboeuf-Yde C, Kyvik KO, Bruun NH. Low back pain and lifestyle. Part I: Smoking. Information from a population-based sample of 29,424 twins. *Spine*. 1998 Oct 15;23(20):2207-13
8. Feldman DE, Rossignol M, Shrier I, Abenhaim L. Smoking. A risk factor for development of low back pain in adolescents. *Spine*. 1999 Dec 1;24(23):2492-6.
9. Al-Obaidi SM, Anthony J, Al-Shuwai N, Dean E. Differences in back extensor strength between smokers and nonsmokers with and without low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2004 May;34(5):254-60.
10. Eriksen W. Do people who were passive smokers during childhood have increased risk of long-term work disability? A 15-month prospective study of nurses' aides. *Eur J Public Health*. 2004 Sep;14(3):296-300.
11. Hellmann DB. Pain Syndromes – Low Back Pain em Tierney LM, McPhee SJ e Papadakis MA, organizadores. *Current Medical Diagnosis & Treatment*. 41ªed. Lange 2002;817-819.
12. JG Jarvik, W Hollingworth, B Martin, SS Emerson, DT Gray, S Overman, D Robinson, T Staiger, F Wessbecher, SD Sullivan, W Kreuter, RA Deyo. Rapid

Magnetic Resonance Imaging vs Radiographs for Patients With Low Back Pain. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2003;289:2810-2818.

13. FJ Gilbert, AM Grant, MGC Gillan, LD Vale, MK Campbell, NW Scott, DJ Knight, e D Wardlaw, For the Scottish Back Trial Group Low Back Pain: Influence of Early MR Imaging or CT on Treatment and Outcome—Multicenter Randomized Trial 1 *Radiology* 2004;231:343-351
14. FJ Gilbert, AM Grant, MGC Gillan, L Vale, NW Scott, MK Campbell, D Wardlaw, D Knight, E McIntosh e RW Porter. Does early magnetic resonance imaging influence management or improve outcome in patients referred to secondary care with low back pain? A pragmatic randomised controlled trial. *Health Technology Assessment* 2004; Vol 8: number 17
15. Babej-Dolle R, Freytag S, Eckmeyer J. et al. Parenteral dipyron versus diclofenac and placebo in patients with acute lumbago or sciatic pain: randomized observer-blind multicenter study. *Int J Clin Pharmacol Ther* 1994; 32:204-9.
16. Dreiser RL, Le Parc JM, Velicitat P, Lleu PL. Oral meloxicam is effective in acute sciatica: two randomised, double-blind trials versus placebo or diclofenac. *Inflamm Res*. 2001 Mar;50 Suppl 1:S17-23.
17. Dreiser RL, Marty M, Ionescu E, Gold M, Liu JH. Relief of acute low back pain with diclofenac-K 12,5mg tablets: a flexible dose, ibuprofen 200mg and placebo-controlled clinical trial. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 2003; vol. 41, n.9 :375-385.
18. Schattenkirchner M, Milachowski KA. A double-blind, multicentre, randomised clinical trial comparing the efficacy and tolerability of aceclofenac with diclofenac resinate in patients with acute low back pain. *Clin Rheumatol*. 2003 May;22(2):127-35.
19. Pohjolainen T, Jekunen A, Autio L, Vuorela H. Treatment of acute low back pain with the COX-2-selective anti-inflammatory drug nimesulide: results of a randomized, double-blind comparative trial versus ibuprofen. *Spine*. 2000 Jun 15;25(12):1579-85.
20. Nadler SF, Steiner DJ, Erasala GN, Hengehold DA, Hinkle RT, Beth Goodale M, Abeln SB, Weingand KW. Continuous low-level heat wrap therapy provides more efficacy than Ibuprofen and acetaminophen for acute low back pain. *Spine*. 2002 May 15;27(10):1012-7.
21. Palangio M, Morris E, Doyle RT Jr, Dornseif BE, Valente TJ. Combination hydrocodone and ibuprofen versus combination oxycodone and acetaminophen in the treatment of moderate or severe acute low back pain. *Clin Ther*. 2002 Jan;24(1):87-99.

22. Chiodo A, et col. (Low Back Pain Guideline Team). Acute Low Back Pain Guideline Update. Guidelines for Clinical Care. University of Michigan Health System. Update 2003 com revisão em 2005.
23. Finckh A, Zufferey P, Schurch MA, Balague F, Waldburger M, So AK. Short-term efficacy of intravenous pulse glucocorticoids in acute discogenic sciatica. A randomized controlled trial. *Spine*. 2006 Feb 15;31(4):377-81.
24. Tuzun F, Unalan H, Oner N, Ozguzel H, Kirazli Y, Icagasioglu A, Kuran B, Tuzun S, Basar G. Multicenter, randomized, double-blinded, placebo-controlled trial of thiocolchicoside in acute low back pain. *Joint Bone Spine*. 2003 Sep;70(5):356-61
25. Rozenberg S, Delval C, Rezvani Y, Olivieri-Apicella N, Kuntz JL, Legrand E, Valat JP, Blotman F, Meadeb J, Rolland D, Hary S, Duplan B, Feldmann JL, Bourgeois P. Bed rest or normal activity for patients with acute low back pain: a randomized controlled trial. *Spine*. 2002 Jul 15;27(14):1487-93.
26. Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, Heinrichs ML, Koskenniemi L, Kuosma E, Lappi S, Paloheimo R, Servo C, Vaaranen V, et al. The treatment of acute low back pain--bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med*. 1995 Feb 9;332(6):351-5
27. Heymans MW, de Vet HC, Bongers PM, Knol DL, Koes BW, van Mechelen W. The effectiveness of high-intensity versus low-intensity back schools in an occupational setting: a pragmatic randomized controlled trial. *Spine*. 2006 May 1;31(10):1075-82
28. Cherkin DC, Deyo RA, Battie M, Street J, Barlow W. A comparison of physical therapy, chiropractic manipulation, and provision of an educational booklet for the treatment of patients with low back pain. *N Engl J Med*. 1998 Oct 8;339(15):1021-9
29. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW.. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software