

Dor nas Costas



COLEÇÃO
COBRA REUMATOLOGIA



CAUSAS E
TRATAMENTOS



Dor nas Costas

CAUSAS E
TRATAMENTOS



Dra. Luiza Fuoco da Rocha



Apresentação



A Clínica de Reumatologia Prof. Dr. Castor Jordão Cobra é referência no diagnóstico e no tratamento de pacientes com doenças reumatológicas há mais de 75 anos. Além do atendimento de excelência, os médicos da clínica, inspirados pela trajetória de seu fundador, dedicam-se de forma incansável à pesquisa e ao debate científico sobre as diferentes doenças que compõem o universo da Reumatologia.

Mesmo com as novas formas de comunicação global, a demanda por informação a respeito de doenças reumáticas continua crescente. No entanto, embora haja diversos conteúdos nas plataformas digitais que contribuem para esclarecer dúvidas gerais, nota-se que muitas informações em circulação nas redes não são confiáveis, apresentando abordagens sem comprovação científica e que acabam por prejudicar o leitor leigo.



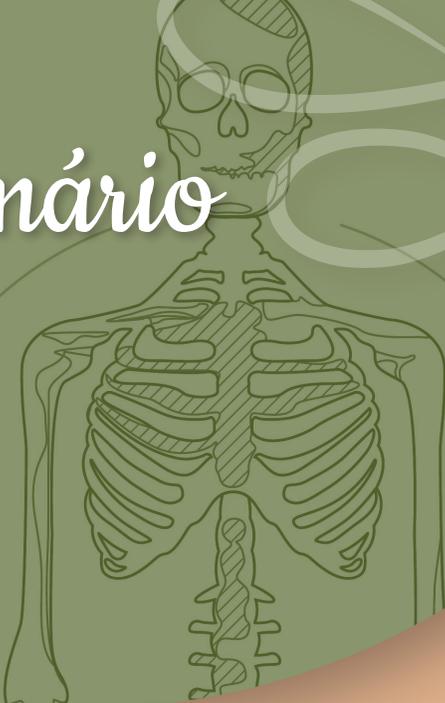


Diante dessa realidade, o corpo médico da clínica publica, desde 2020, a coleção Cobra Reumatologia. Cada volume é orientado por um médico especialista e reúne informações confiáveis para que os leitores tenham acesso a conteúdos relevantes, didaticamente explicados em linguagem simples e de forma gratuita. Lembrando sempre que toda informação deve auxiliar a compreensão sobre possíveis sintomas ao lado de um diagnóstico específico feito por um médico, com prescrições adequadas a cada caso particular.

Neste volume, *Dor nas Costas*, a Dra. Luiza Fuoco da Rocha discorre sobre uma das partes mais importantes do corpo humano, mostrando sua anatomia e apresentando, de forma bastante didática, as doenças que comumente ocasionam dores nas costas. Os possíveis tratamentos também são apresentados para orientação, além de outras especialidades que podem estar envolvidas no diagnóstico e tratamento.

Desejamos a todos uma ótima leitura!
Cobra Reumatologia

Sumário



QUAIS SÃO AS PARTES DA COLUNA? 12

O QUÃO PREOCUPADO DEVO FICAR EM RELAÇÃO A DOR NAS COSTAS? 20

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA ENTENDER A CAUSA DA SUA DOR 28

CAUSAS MAIS COMUNS 38

Agudas 39

- Traumas • 40
- Contratura muscular (ou dor miofascial) • 42
- Hérnia de disco • 48
- Infecção na coluna • 50

Crônicas 54

- Protusão ou abaulamento do disco • 55
- Artrose da coluna • 56
- Estenose de canal • 58
- Lombalgia mecânica comum • 62
- Escoliose • 65
- Artrite da coluna • 66
- Artrite reumatoide • 69
- Polimialgia reumática • 71
- Coccidínia (Coccigodínia) • 72

COMO O MÉDICO PODE SABER O QUE HÁ DE ERRADO EM APENAS UMA CONSULTA? 74

EXAMES 78

- Exames laboratoriais • 80
- Exames de imagem • 83
- Exames específicos • 86



TRATAMENTOS PARA DORES NAS COSTAS 88

Cuidados de rotina e reabilitação 92

Medicamentos 99

Procedimentos cirúrgicos 100

Cirurgias 105

Tratamentos para traumas ou fraturas na coluna 108

Tratamentos para contraturas musculares 108

Tratamentos para hérnia de disco 110

Tratamentos para protusão ou abaulamento de disco 112

Tratamentos para estenose de canal 113

Tratamentos para lombalgia mecânica 115

Tratamentos para infecções na coluna 115

Tratamentos para artrite de coluna 116

Tratamentos para artrite reumatoide 118

Tratamentos para polimialgia reumática 120

Tratamentos para coccidínia 121

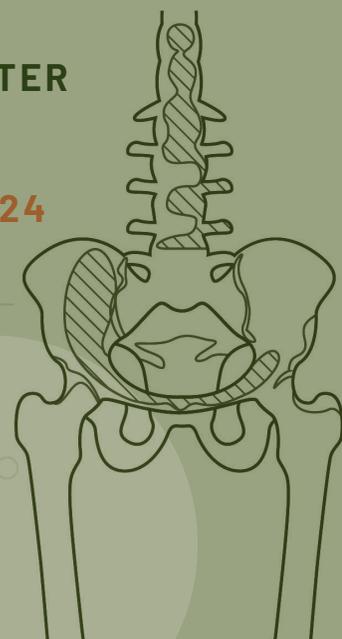
O QUE DEVO FAZER PARA NÃO TER
MAIS DOR NA COLUNA? 122

ESPECIALISTAS ENVOLVIDOS 124

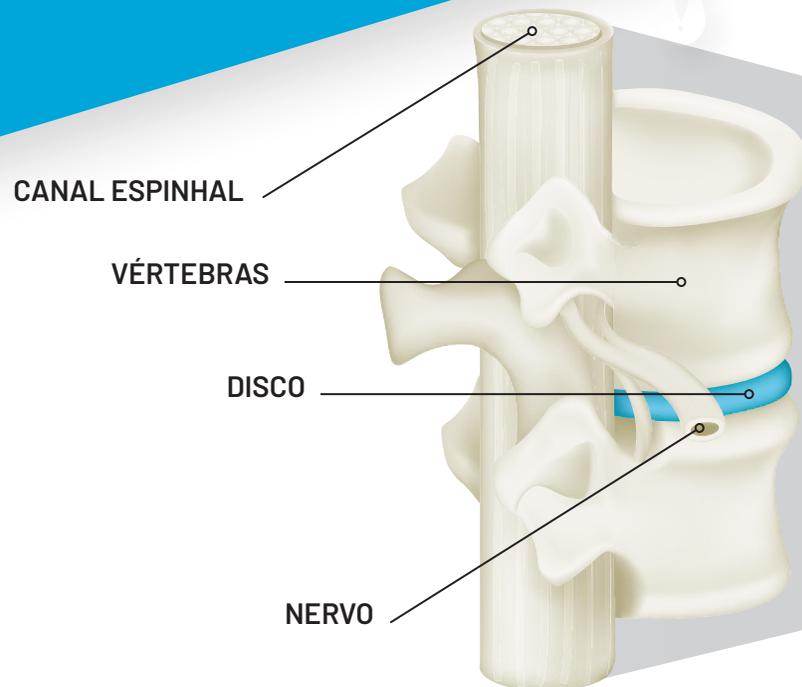
DÚVIDAS COMUNS 128

QUEM SOMOS 132

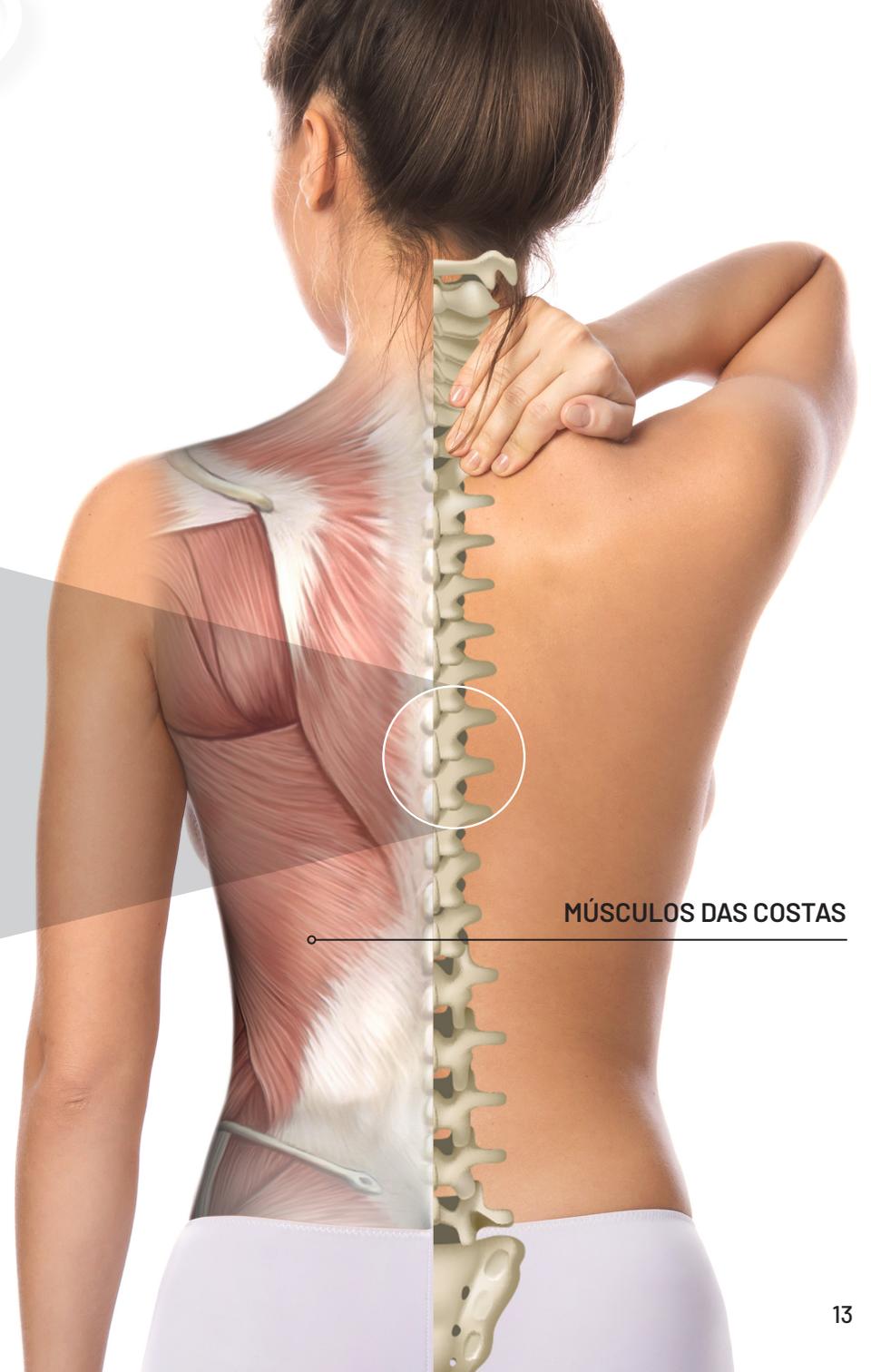
FICHA TÉCNICA 138



Quais são as partes da coluna?



Para compreender todos os aspectos que podem levar uma pessoa a ter "dor nas costas", é importante, primeiramente, conhecer a anatomia da coluna, isto é, as partes que a compõem.



Vértex

São os ossos que compõem e estruturam a coluna. Temos sete vértebras cervicais, doze torácicas e cinco lombares.

No interior das vértebras, no espaço chamado “canal vertebral”, estão protegidas a medula espinhal (nas regiões cervical e torácica) e o conjunto de raízes que formarão o nervo ciático (na região lombar).

Discos

Os discos são estruturas compostas por cartilagem, ricos em colágeno e água, os quais têm a importante função de separar as vértebras e amortecer o impacto entre elas nas atividades do dia a dia, de modo a permitir o movimento. Grande parte dos problemas de coluna são consequência da

degeneração ou desgaste dos discos, seja por artrose ou envelhecimento, fator que, em geral, determina dor lombar mecânica em razão de um deles ter “estourado” e, assim, começar a pinçar uma raiz nervosa, sendo a causa mais comum de dor no nervo ciático.

Medula espinhal e raízes nervosas

A medula espinhal é a estrada de nervos que conecta o cérebro ao resto do corpo. Ela atravessa as vértebras dentro do canal espinhal. Em cada segmento, a medula espinhal se ramifica em raízes nervosas que saem do canal medular e passam entre as vértebras, consequentemente se conectando aos braços, pernas e

órgãos. É por esse motivo que problemas nas costas podem causar dores nas pernas ou ocasionarem desconforto na bexiga ou intestinos. Existem 31 segmentos da medula espinhal, cada qual com um par de raízes nervosas espinhais ventrais (anteriores) e dorsais (posteriores), que medeiam as funções motoras e sensoriais, respectivamente. As raízes nervosas ventrais e dorsais combinam-se em cada lado para formar os nervos espinhais, conforme saem da coluna vertebral através do forame neural – aberturas por onde passam os nervos. Dessa forma, os nervos espinhais saem da coluna para inervar todo o corpo humano, sendo o mais conhecido deles o **nervo ciático**, causa comum de sofrimento e de consulta

com o médico. Entretanto, vale lembrar que **não é habitual que uma hérnia de disco lombar entre a quarta e quinta vértebras lombares (chamadas L4-L5) cause dor no corpo todo**, mas sim dor específica no trajeto da raiz L4-L5, que, nesse caso, pode acometer a região lombar, glúteo, parte posterior da coxa, parte lateral da perna (abaixo do joelho) e parte anterior do pé (“peito do pé”).

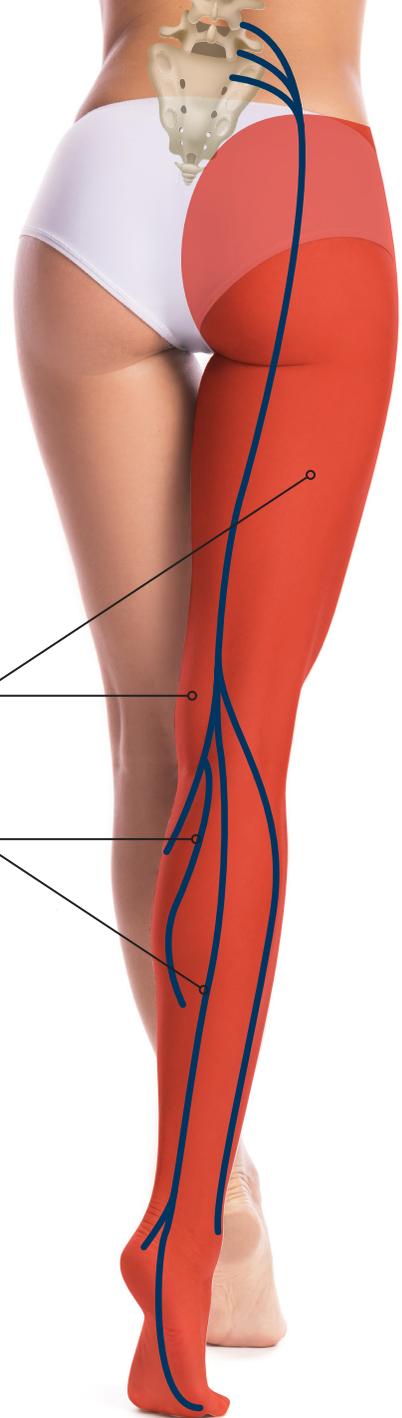
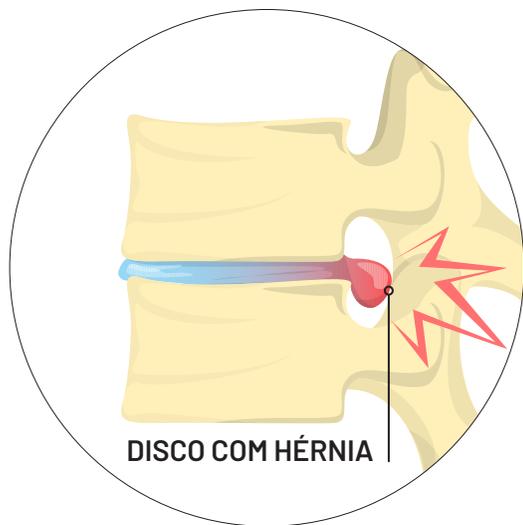
Músculos, tendões e ligamentos

Juntos, os músculos, tendões e ligamentos são chamados de “tecidos moles” das costas. Esses tecidos moles sustentam as costas e ajudam a mantê-las unidas.



ZONAS DE DOR

NERVO CIÁTICO



Em relação à localização, as dores nas costas podem se manifestar em diferentes partes do corpo: coluna cervical; coluna torácica; coluna lombar; articulação sacroilíaca (região do bumbum); e cóccix (o osso logo acima do ânus). Habitualmente, os médicos denominam essas dores com terminologia diversa: cervicalgia; dor-salgia; lombalgia; sacroileite; e coccidínia. Quando a dor ocorre em mais de um local das costas ou se manifesta em toda a coluna é chamada de dor axial, de modo a indicar que a dor ocorre em mais de uma parte da coluna.

A principal função da coluna é a sustentação do corpo, amparada também pela musculatura abdominal, na parte da frente do corpo humano, ao passo que a coluna está na parte de trás. É por meio dessa sustentação que o corpo humano se mantém ereto, permitindo o apoio para suportar as vísceras e o conjunto de órgãos que se acomodam na região do abdômen, tendo ainda uma função muito importante relacionada à mobilidade.



O quão preocupado devo ficar em relação a dor nas costas?



As dores nas costas são muito comuns. É um dos principais sintomas que fazem os pacientes procurarem um médico, até porque, em algum momento na vida, toda pessoa deve manifestar algum sintoma de dor. No entanto, em determinadas situações, as dores nas costas podem ser assustadoras, seja pela intensidade, seja pela limitação de movimentos que são capazes de impor.

Quando as dores nas costas são muito intensas é comum o paciente dizer:

“Eu travei e tive de chamar o SAMU. Não conseguia sair do lugar”.





Embora as dores possam ser intensas e até limitantes, nem sempre elas são sinal de uma enfermidade grave. Na maioria das vezes, a dor surge de uma causa benigna, atribuída à contratura muscular (dor miofascial) secundária ao estresse físico do dia a dia em razão da postura inadequada, principalmente relacionada à ocupação do paciente, e à baixa qualidade do sono. Nessas situações, medicações para dor (analgésico, anti-inflamatório ou relaxante muscular) costumam melhorar as dores, assim como repouso ou calor local.

Mas, se mesmo com essas medidas as dores persistirem por cerca de 4 semanas, temos um sinal de atenção, que pode indicar um caso mais grave a exigir uma analgesia mais potente para que o paciente saia da crise.

Listamos aqui nove sinais (também conhecido como alerta vermelho) que podem indicar que as dores nas costas se referem a causas mais graves e que devem ser observados como alertas. Percebendo uma das seguintes situações, procure um médico o quanto antes.



1 Queda recente: dores após um episódio de queda podem indicar fraturas vertebrais.

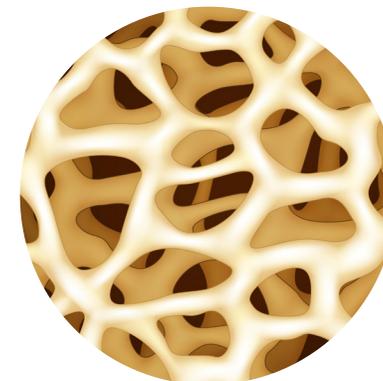
2 Fraqueza ou formigamento: nessas situações, você precisa ir a um hospital.

3 Perda de peso: se você não estiver fazendo nenhuma dieta para perder peso e não fez nenhuma alteração nos seus hábitos alimentares, mas percebeu que está emagrecendo e sentindo dor nas costas, isso é um sinal de alerta. Essas duas constatações podem estar relacionadas e, por isso, você deve procurar um médico imediatamente.

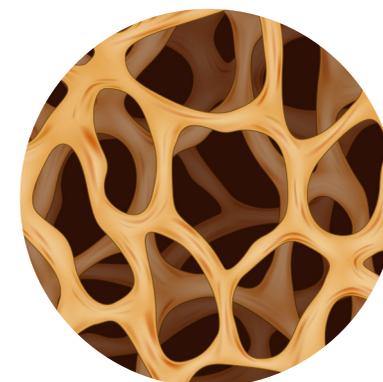


4 Alteração do controle urinário (perda urinária involuntária ou não conseguir urinar ou perda fecal/não conseguir segurar as fezes): esses são sintomas de urgência, que podem estar atrelados à chamada síndrome da cauda equina. Logo, você deve ir para um hospital.

5 Osteoporose: se houver histórico de osteoporose (seja do próprio paciente ou na família) e manifestação de dores nas costas, deve-se agendar uma consulta com urgência.



OSSO NORMAL

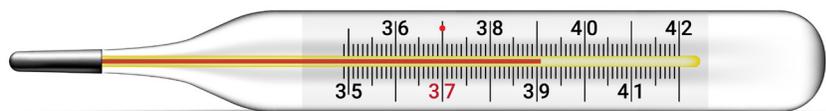


OSSO COM OSTEOPOROSE



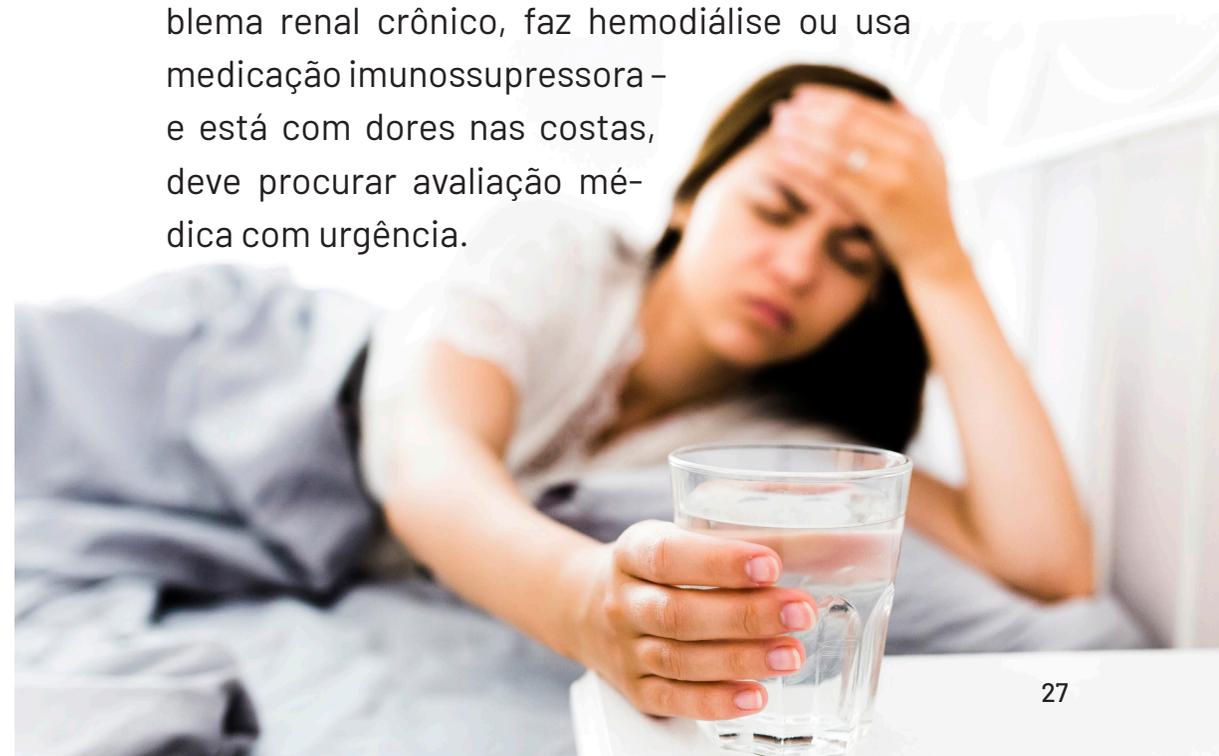
6 Uso regular de corticoides: sabe-se que o uso regular de corticoides pode induzir à osteoporose, doença que pode causar enfraquecimento dos ossos. Nesses casos, mesmo sem haver quedas, apenas movimentos simples podem causar uma fratura vertebral. Logo, se você toma corticoides e estiver com dor nas costas, precisa procurar um médico.

7 Febre: se você tiver dor nas costas associada a um quadro febril, deve procurar um hospital. Existem causas infecciosas que afetam a coluna, portanto febre e dor na coluna precisam de investigação urgente. É possível que o problema não seja na coluna, como nos casos de pielonefrite (infecção no rim que causa muita dor lombar), mas você não pode hesitar. O quanto antes visitar um médico, melhor.



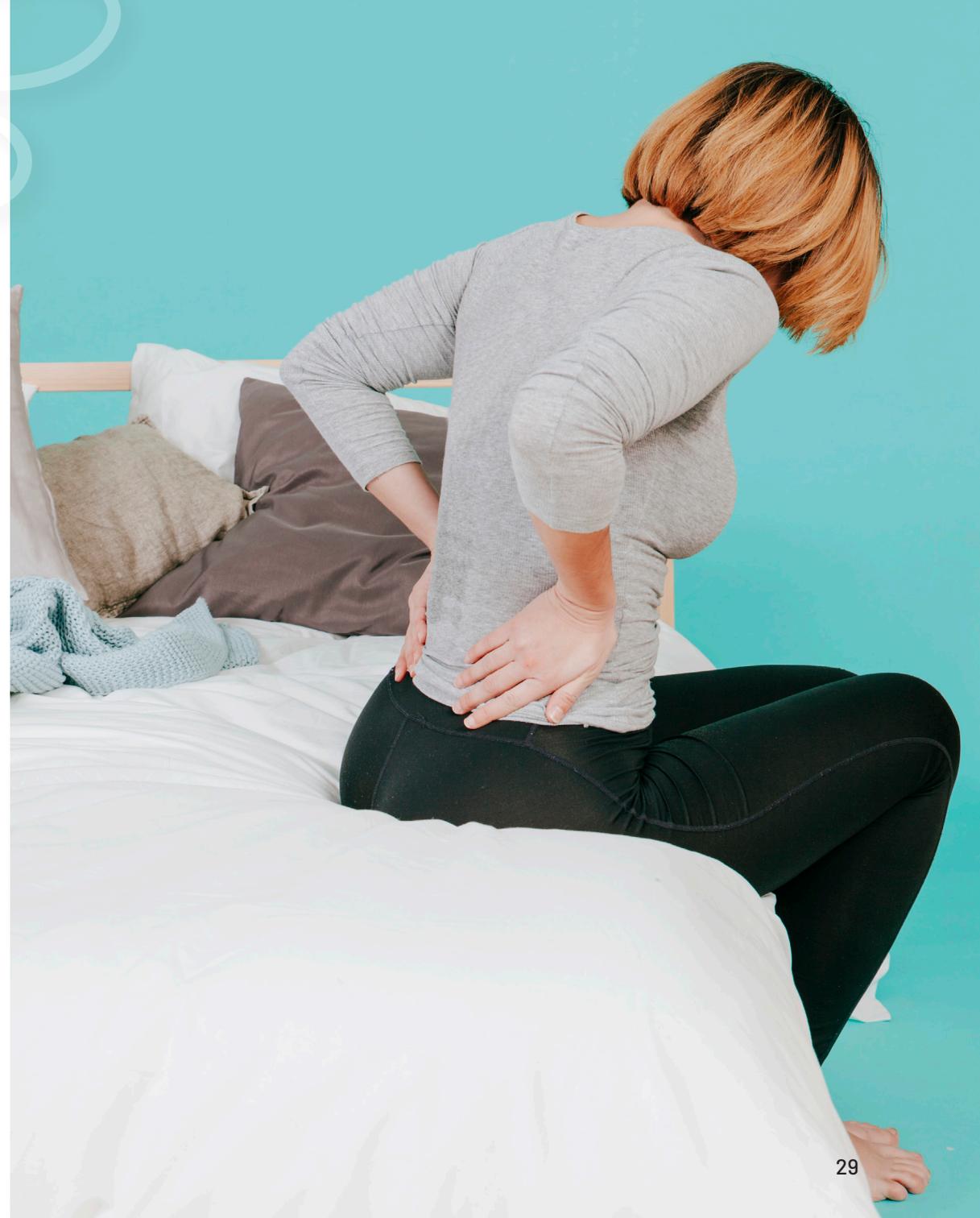
8 Câncer: se há histórico de câncer (seja do próprio paciente ou na família) e manifestação de dores nas costas, é preciso procurar um médico. Há diversos tipos de câncer que têm predileção de metástase para a coluna, por exemplo, o câncer de mama.

9 Doenças crônicas: se o paciente tem algum problema imunológico – diabetes, problema renal crônico, faz hemodiálise ou usa medicação imunossupressora – e está com dores nas costas, deve procurar avaliação médica com urgência.



Informações importantes para entender a causa da sua dor

O **tempo** é importante fator no momento de avaliar um quadro de dor na coluna, auxiliando o médico a raciocinar sobre as possíveis causas que a desencadearam. Os pacientes podem apresentar dores por um período de tempo classificado como **agudo** (máximo de quatro semanas); ou por um período maior, denominado **subagudo** (durando entre 4 e 12 semanas); ou ainda desenvolver um quadro classificado como **crônico** (superior a 12 semanas).



Importante



Antes de uma consulta com o médico, procure se lembrar de quando e como a sua dor nas costas começou. Uma dor que surgiu **subitamente** após um grande esforço, pode sugerir uma causa muscular, ao passo que uma dor de início **insidioso** (sem relação com um evento específico) nos leva a investigar possíveis doenças inflamatórias da coluna, por exemplo.



Existem alguns fatores pessoais que estão relacionados à cronificação da dor (alerta amarelo). A dor crônica envolve não só fatores biológicos, mas também psicológicos (depressão, ansiedade, catastrofismo, medo de se movimentar) e sociais (questões trabalhistas, conflitos familiares ou ganho secundário envolvido). Na consulta com seu médico, narrar seu histórico, mesmo que não pareça ser importante, pode ajudar o profissional a identificar precocemente esses sinais para que, juntos, vocês possam encontrar uma solução.

Outro fator considerável na composição do diagnóstico é a característica da dor. Por meio do relato do paciente o médico poderá distinguir as dores de ritmo mecânico daquelas de origem inflamatória. Por esse motivo, o paciente deve procurar identificar possíveis fatores de melhora ou de piora da dor, assim como horário do dia em que o incômodo se intensifica ou diminui.

As dores de origem **mecânica** normalmente pioram com o movimento, seja caminhada ou ficar de pé por muito tempo, e aliviam com o repouso ou durante a noite. Já as dores de ritmo **inflamatório** se caracterizam por despertar o indivíduo à noite, pois se intensificam com o repouso prolongado. Não é raro o paciente com esse tipo de dor ter distúrbios de sono, despertando várias vezes durante a noite ou não conseguir ficar na cama após 04h, 05h da manhã.

Para auxiliar na percepção do seu quadro de dor, o questionário a seguir funciona como uma ferramenta para identificar o ritmo de dor e ajudar a entender qual o melhor especialista é preciso procurar para avaliá-la.





1. Sua dor nas costas começou antes dos 40 anos de idade? SIM NÃO

2. Sua dor nas costas aumentou com o tempo, gradualmente? SIM NÃO

3. Sua dor nas costas melhora com exercício? SIM NÃO

4. Você sente que o repouso (dormir) não melhora sua dor nas costas? SIM NÃO

5. Você sofre de dor nas costas durante a noite, mas melhora após levantar? SIM NÃO

Fonte: Critérios ASAS para pacientes com dor lombar crônica (mais de três meses). ASAS - the Assessment of SpondyloArthritis international Society (Avaliação da Sociedade Internacional de Espondiloartrite). Sieper J, van der Heijde D, Landewe R, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). Ann Rheum Dis 2009; 68:784-8.

Se você respondeu “sim” para quatro ou mais dessas perguntas, o melhor médico para avaliar o seu caso é o reumatologista, pois é mais provável que essa dor seja de ritmo inflamatório.

A presença de sintomas associados a dor também é muito importante. Sintomas neurológicos são aqueles em que o paciente percebe a dor em “raio”, como se fosse uma descarga elétrica ou choque percorrendo o trajeto do nervo. Reveja o trajeto do nervo ciático e perceba como um raio a dor correndo e irradiando até o pé, ultrapassando a linha do joelho. Além disso, o envolvimento neurológico pode se manifestar com perda de sensibilidade naquele território (ausência total ou parcial da percepção do toque ou da temperatura), ou ganho de sensibilidade (formigamentos, agulhadas e hipersensibilidade ao toque e/ou temperatura, por exemplo). Sintomas motores, como fraqueza ou incapacidade de elevar o dedão do pé ou de andar na ponta dos pés, também podem sugerir lesão neurológica.

Por fim, **claudicação** é o termo usado para definir a limitação ao movimento após sua execução por alguns minutos. Por exemplo, a claudicação neurogênica (relacionado a estenose de canal) se manifesta após o paciente caminhar por alguns metros ou quadras, paralisando

a marcha em razão da dor, que é prontamente aliviada ao sentar-se. Difere da claudicação de origem vascular, causada por uma obstrução arterial (aterosclerose) de membros inferiores, pelo tipo da dor ser mais em câimbra (por isquemia, má circulação) e mais frequentemente localizada na região da panturrilha.

Agora que você conhece a anatomia, sinais de alerta, caracterização da dor e sintomas associados, vamos conhecer um pouco mais sobre as causas que geram dores nas costas. Para fins didáticos, vamos separar essas causas entre dor aguda e a dor crônica.



Causas mais comuns



Agudas



São chamadas de causas agudas aquelas que provocam dores na coluna e se iniciam de forma abrupta, isto é, **agudo** significa que o quadro começou de repente, de uma hora para outra. Muitas vezes o paciente consegue relacionar claramente o evento que deflagrou essa condição, como uma queda, um acidente etc. Na maioria das vezes, o quadro de dor não ultrapassa quatro semanas, apesar de, em algumas situações, evoluir indefinidamente, tornando-se mais intenso.

Síndrome do chicote.



Traumas

Os traumas se manifestam na forma mais grave: fraturas, principalmente em pacientes com osteoporose (podem fraturar com trauma de baixo impacto, como ao passar por uma lombada sentada no ônibus, espirrar, queda sentada – não necessariamente batendo diretamente a coluna) ou em algum tipo de acidente. Nesses casos, é fundamental a avaliação de um neurocirurgião para analisar o grau de instabilidade da fratura e se haverá – ou não – indicação de tratamento cirúrgico, mesmo que isso ocorra raramente.

A região cervical é particularmente sensível a acidentes automobilísticos, ocasionando lesões denominadas “síndrome do chicote”: que se refere ao movimento feito pela coluna cervical durante o mecanismo de aceleração-desaceleração, causando extensão e flexão repentinas do pescoço. Desse evento podem decorrer lesões nas articulações intervertebrais, discos e ligamentos; músculos cervicais e/ou raízes nervosas. A lesão na articulação zigapofisária, comumente chamada de articulação facetária, é provavelmente a causa mais comum de dores de cabeça e dor cervical na região superior ao pescoço após esse tipo de trauma/acidente. Os sintomas mais comuns incluem dor no pescoço, tensão muscular ou espasmo, incapacidade de mover o pescoço ou virar a cabeça, e dor de cabeça, especialmente na parte de trás da cabeça.



Se você perceber o início da dor na coluna após algum acidente ou queda, é uma indicação precisa para a necessidade de realização de exames de imagem, como tomografia ou ressonância.

Contratura muscular (ou dor miofascial)



A contratura muscular é a causa mais comum de dores nas costas. Ela normalmente se inicia após um movimento de esforço ou após alguma atividade diferente ou nova realizada pelo paciente. Nesse caso, o sedentarismo se torna um importante fator de risco. Afinal, a pessoa passa tempos sem praticar qualquer atividade física e, subitamente, decide fazer algo para o qual o corpo não está preparado (como pintar apartamento ou casa em que mora). Logo, o próprio corpo reage com a dor, como uma forma de proteção, indicando que não está preparado para tal esforço.

Nessa situação, o quadro de dor pode ser bastante intenso e a pessoa pode sentir que sua coluna está “travada”. Vale observar que se trata de uma dor localizada, ou seja, é uma dor que acontece na região que foi sobrecarregada – região lombar ou torácica.

Um local muito comum de contratura muscular é a região perto da escápula (também conhecida como omoplata), onde podemos observar nódulos de tensão, caracterizando a síndrome miofascial. A dor miofascial é aquela que se intensifica quando o local sofre pressão, um aperto, por exemplo. Dói quando aperta no local do músculo e quando a pessoa utiliza essa musculatura. Existem vários pontos de gatilho para a dor miofascial.

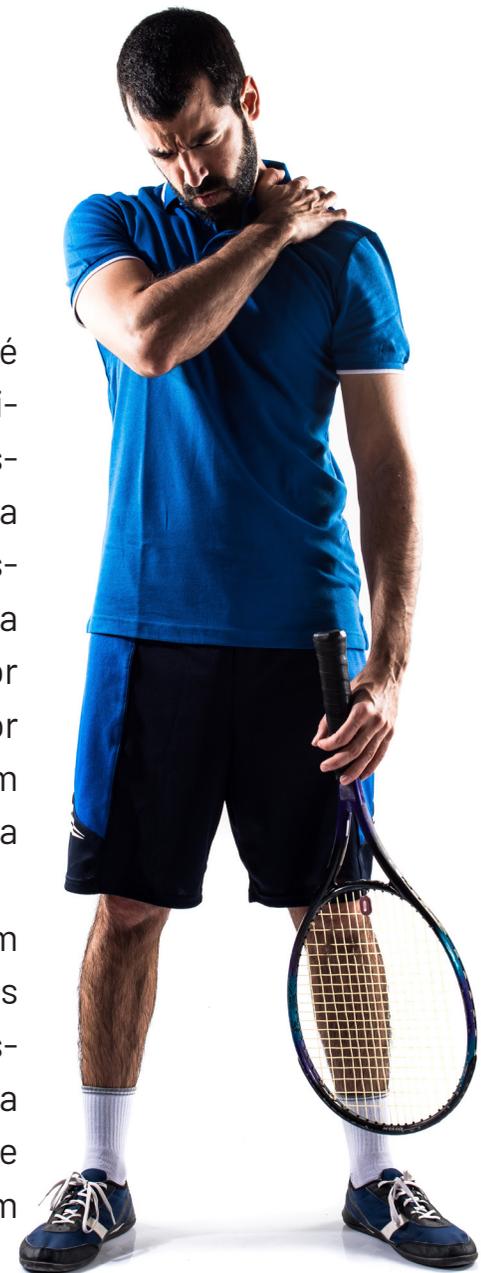


Contratura muscular
(ou dor miofascial).



A dor na coluna cervical é denominada torcicolo, caracterizada por uma contratura da musculatura cervical responsável pela sustentação do pescoço. Os músculos mantêm a cabeça erguida e movimentam o pescoço. A dor no pescoço pode ser causada por distensão ou tensão muscular, em razão de uma postura inadequada ou por causa de estresse.

As dores miofasciais podem ser parte dos sintomas de outras condições e persistirem por bastante tempo, após a resolução da condição original, e em caso de aumento da intensidade merecem avaliação clínica detalhada.

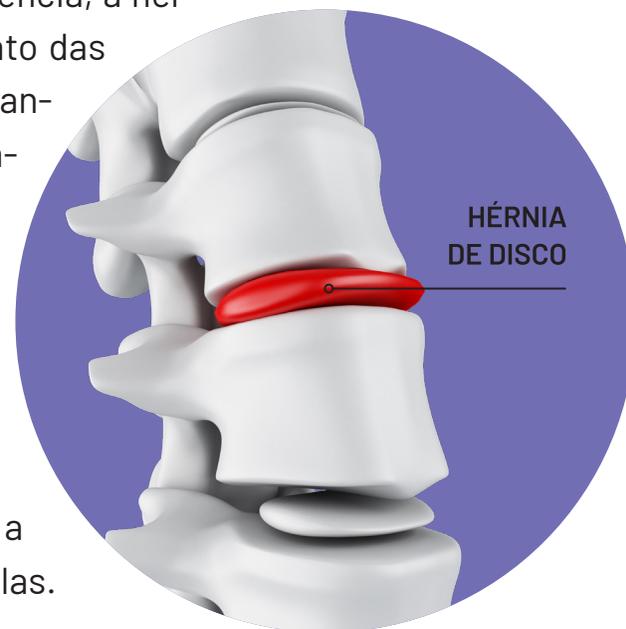


Hérnia de disco



Os discos têm uma camada externa dura e um centro gelatinoso. A parte externa dos discos, às vezes, pode se quebrar, derramando o material gelatinoso de dentro. Isso é o que os médicos chamam de "hérnia de disco". A hérnia de disco pode causar sintomas de dor porque o material gelatinoso que sai deles pode irritar os nervos próximos. Além disso, o próprio disco pode inchar e pressionar os nervos.

Tomando a coluna lombar como exemplo, a hérnia ocorre pinçando uma raiz do nervo ciático, ocasionando fortes dores nas pernas, dormência ou formigamento em uma ou ambas as pernas. Já na coluna cervical, onde ocorre com menor frequência, a hérnia ocasiona o pinçamento das raízes cervicais, provocando dores que podem irradiar para um ou ambos os braços. As hérnias de disco sintomáticas na coluna torácica são pouco comuns, dada a menor mobilidade dessa coluna, por constituir-se a fixação das nossas costelas.



Infecção na coluna



As infecções na coluna se manifestam de forma súbita e podem causar febre, calafrios e dor local. As bactérias podem atingir os ossos da coluna por três vias básicas: I) propagação hematogênica, transmitida por vias sanguíneas mesmo que de um local distante ou foco de infecção; II) transmissão direta causada por trauma ou procedimentos invasivos de diagnóstico da coluna ou cirurgia da coluna; III) propagação contígua de infecção de tecidos moles adjacentes. Geralmente, o paciente pode ter manifestado alguma outra infecção de pele, algum foco ou bactéria que migrou pela corrente sanguínea ou por contiguidade e se instalou na coluna, acarretando o que os médicos chamam de “espondilodiscite”, que pode, inclusive, evoluir para acometimentos neurológicos. A osteomielite vertebral (infecções nos ossos causadas por bactérias) e a discite (infecções nos discos causadas por bactérias) podem ocorrer juntas ou de forma independente. Essas infecções são duas vezes mais frequentes em homens, e a maioria dos casos acometem indivíduos com mais de 50 anos. Além disso, ser diabético e ter tido uma infecção recente são fatores de risco. Outros fatores de risco menos comuns são: uso de droga endovenosa; endocardite; uso intenso de corticoide; imunossupressão e insuficiência renal.

A principal bactéria causadora das infecções nos ossos da coluna é a *Staphylococcus aureus*, comumente presente na pele. No entanto, outros agentes bacterianos podem estar envolvidos nas causas de infecções na coluna, como os que originam infecções genito-urinárias, doenças respiratórias como a tuberculose e até bactérias presentes em alimentos

Atenção

não pasteurizados, como leite e queijos, ou em contaminações que venham a ocorrer por secreções de gado, cabras, ovelhas, camelos, porcos e outros animais. Por isso, na consulta com seu médico é importante narrar episódios diversos, pois, mesmo que não pareçam importantes – uma viagem, uma infecção urinária ou outra ação aparentemente comum –, podem desencadear uma infecção na coluna.

Crônicas



A dor crônica pode ter um início insidioso, com aumento da intensidade e frequência crescentes, ou pode ter um início agudo e evoluir com persistência da dor, tornando-se uma dor crônica. Crônico significa que a dor está presente todos os dias ou muito frequentemente, por período superior a três meses.

Protrusão ou abaulamento do disco

O processo degenerativo de desgaste dos discos é inevitável, ou seja, ao longo do nosso envelhecimento é normal que os discos se degenerem. Esse fenômeno normalmente aparece nos laudos como abaulamento ou protrusão dos discos, ou seja, um tipo de artrose da coluna que se manifesta principalmente através do desgaste dos discos.

Em geral, esse desgaste dos discos determina dor lombar (ou cervical) de característica mecânica, isto é, uma dor que piora ao ficar muito tempo de pé ou andando ou sentado (posições em que se coloca carga na coluna), e que melhora ao deitar (quando se retira a carga).

Artrose da coluna

A artrose (tecnicamente denominada osteoartrite) é uma degeneração articular que, quando afeta a coluna, geralmente provoca uma alteração degenerativa no disco, nas estruturas que se articulam às vértebras, levando a um quadro de dor. Essa é uma alteração comum com o avanço da idade e tanto pode ocasionar alterações no alinhamento da coluna quanto a formação de proeminências ósseas na coluna, os chamados bicos de papagaio.



Estenose de canal

Outra alteração degenerativa bastante comum entre as causas de dores crônicas é a estenose de canal. Estenose significa estreitamento do canal vertebral, que pode ser ocasionada por algum desalinhamento das vértebras, por artrose ou por uma hérnia de disco grande, e como a medula espinhal e as raízes nervosas estão dentro do canal, podem ser comprimidas pelo estreitamento.

A estenose de canal pode acontecer em qualquer uma das partes da coluna – cervical, torácica ou lombar. No entanto, o mais comum é que ela se apresente na região lombar. Nesses casos, a queixa típica é o paciente indicar que ao andar algumas poucas quadras já começa a sentir dor lombar se irradiando para as pernas, mas ao se sentar a dor melhora. Esse sintoma típico da estenose, de andar e a dor se irradiar da lombar para as pernas, mas melhorar bastante ao sentar-se, chama-se claudicação.





A dor que um paciente com estenose de canal sente ao andar ocorre, geralmente, quando ele caminha na rua, sem apoio. Se ele estiver caminhando em

um supermercado, por exemplo, a dor pode não se manifestar, mesmo que ele caminhe por horas. Isso ocorre porque em um supermercado as pessoas geralmente utilizam um carrinho de compras que serve como apoio para a caminhada. Com o tronco curvado para a frente, o diâmetro do canal aumenta, permitindo caminhar por mais tempo sem apresentar o sintoma denominado claudicação.

Lombalgia mecânica comum



A principal causa de dor lombar crônica é denominada **lombalgia inespecífica** ou **lombalgia mecânica comum**.

Trata-se de uma dor uni ou bilateral que pode apresentar irradiação para nádegas e região sacral. Frequentemente a dor tem início sem fatores desencadeadores reconhecidos, mas pode ocorrer na evolução de qualquer outra causa de dor lombar aguda. A investigação laboratorial é normal, e exames de imagem são capazes de mostrar alterações degenerativas inespecíficas.



Escoliose



SAUDÁVEL

ESCOLIOSE
TORÁCICA

ESCOLIOSE
LUMBAR

ESCOLIOSE
COMBINADA

ESCOLIOSE
TÓRACO-
LUMBAR

Define-se por **escoliose** o desvio, maior do que 10 graus, que se apresenta na coluna vista de frente em uma radiografia simples. Vale lembrar que pequenos desvios são habituais e, em geral, não se pode atribuir uma dor intensa ou recorrente nos adultos a essa pequena variação da normalidade. Na maioria das vezes, as escolioses mais graves acometem meninas na adolescência, e além de dor provocam especialmente deformidades e desalinhamento de ombros e quadris, havendo indicação de cirurgia para casos de desvios maiores do que 45-50 graus.

Artrite na coluna

Outra causa comum de dores crônicas nas costas são as chamadas artrites da coluna, as **espondiloartrites**. Essa é uma causa bem específica tratada pelo reumatologista, que se caracteriza por uma dor de ritmo inflamatório, que piora com o repouso.

Todas as causas mencionadas (hérnia de disco, estenose de canal, osteoartrite, contratura muscular) melhoram quando a pessoa entra em repouso. **No caso das espondiloartrites é justamente o inverso.** As dores se iniciam no final da noite, mais ou menos na segunda porção da madrugada. Às vezes, o paciente acorda à noite porque não consegue mais ficar deitado na cama, e esse acordar é acompanhado por uma rigidez de movimento, o que comumente chamamos de rigidez matinal. Com isso, quando sai da cama, a pessoa tem aquela sensação de que está “travada” e, ao longo dia, essa sensação vai melhorando. Se não for tratada, ao longo dos anos, pode evoluir com limitação permanente de amplitude de movimento na coluna lombar, torácica e cervical.

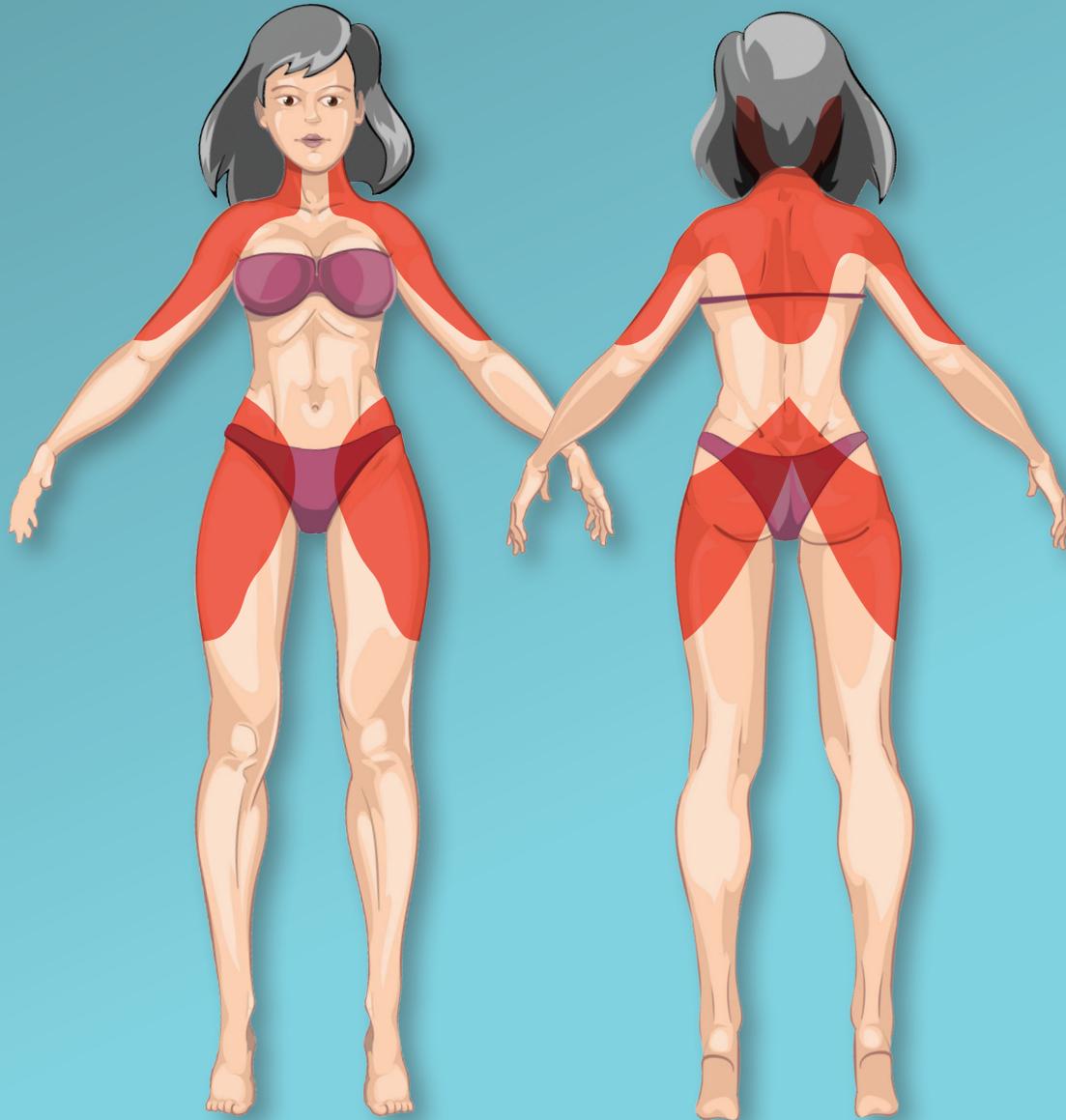
A artrite da coluna ou espondiloartrite também se caracteriza por ter um início antes de o paciente completar 45 anos de idade. Por isso, é considerada uma doença crônica, que acomete jovens e se apresenta com duração de pelo menos três meses – e pode evoluir, caso não seja tratada. Ela pode estar associada a outras doenças no próprio indivíduo ou com história familiar de psoríase (quando as células da pele se acumulam e formam escamas e manchas secas que causam coceira), doença inflamatória intestinal e ainda as chamadas uveítes (inflamação da região dos olhos). Esse é um quadro que necessita de investigação por parte do reumatologista, pois existem tratamentos específicos para cada problema.



Artrite reumatoide

Pacientes com artrite reumatoide de longa evolução podem processar-se com o envolvimento da coluna cervical, especificamente acometendo a primeira vértebra, chamada articulação atlanto-occipital. A inflamação nesse local pode causar afrouxamento ligamentar, causando instabilidade dessa região (subluxação) com risco de compressão da medula espinhal, o que pode acarretar perda de equilíbrio, sensação de peso nas extremidades inferiores e distúrbios da marcha, dificuldade em realizar tarefas delicadas, como abotoar uma camisa e amarrar cadarços, ou mudança na caligrafia.





Polimialgia reumática

Outra doença que se apresenta causando dor na coluna cervical, ombros e lombar (cintura escapular e pélvica) mais frequente ao despertar, acompanhada de rigidez matinal intensa, limitante e superior a uma hora é chamada de polimialgia reumática. Essa condição acomete tipicamente indivíduos idosos, com início súbito, podendo estar associada a sintomas sistêmicos como febre baixa, perda do apetite, emagrecimento, adinamia (grande fraqueza muscular), mialgia (dores musculares generalizadas) e depressão. Mais raramente pode estar associada à arterite temporal, uma inflamação da parede dos vasos sanguíneos (vasculite) que ocorre com dor de cabeça, dor para mastigar e alteração visual.

Coccidínia (Coccigodínia)

O cóccix, com suas duas tuberosidades isquiáticas, suporta peso quando a pessoa está sentada, com uma carga aumentada ou quando a pessoa se inclina para trás, parcialmente reclinada, na posição sentada. Cinco vezes mais comum em mulheres, a obesidade é um fator de risco para a coccidínia. Manifesta-se por dor no final da coluna, logo acima do ânus, que piora após ficar na posição sentada em uma superfície rígida. A intensidade da dor aumenta logo após se levantar, irradiando-se com sensação de queimação local.

A causa mais comum de coccidínia é o trauma direto, uma queda em que a pessoa cai sentada. O evento da queda pode ser recente ou do passado (que pode causar fratura, deslocamento, levando ao estado de inflamação e espasmo muscular local) ou trauma repetitivo (posição sentada prolongada, ciclismo) ou pós-parto. Pode surgir também após grande perda de massa muscular (emagrecimento, com perda do coxim protetor), ficando o cóccix

mais propenso ao trauma. Da mesma forma, alguns aspectos anatômicos do cóccix (como ângulo em relação a pelve, presença de espícula óssea, hipermobilidade) também podem predispor a dor ou o trauma local. O achado patológico mais comum (70%) é uma mobilidade anormal ao estudo radiográfico dinâmico (posição sentada *versus* ortostática). Em 30% dos casos a coccidínia pode ser considerada idiopática (acontece de forma espontânea, sem um evento determinante). Nesse contexto, pode-se considerar a possibilidade de espondiloartrite associada.



Como o médico pode saber o que há de errado em apenas uma consulta?



Se as dores nas costas podem ter inúmeras causas, como o médico consegue avaliar o que o paciente tem em uma única consulta?

Primeiramente, é importante salientar que as doenças se caracterizam por padrões e, para determiná-los, toda a narrativa sobre a história do paciente importa: idade; hábitos; comorbidades; histórico familiar; medicações que eventualmente o paciente tome e que possam predispor a alguma alteração.

Além dessa análise do histórico, o exame físico realizado pelo médico vai caracterizar se o processo é algo muscular – que corresponde aos casos mais comuns; ou se há algum envolvimento neurológico, como alterações de reflexo ou do tônus muscular ou alguma atrofia que possa estar relacionada a um problema neurológico.

Com base nessa análise, o médico pode avaliar se o caso se trata de uma doença aguda ou crônica, se há características de doença sistêmica ou de doença associada, elaborando uma hipótese diagnóstica que pode – ou não – necessitar ainda de uma investigação maior.

Se não houver nenhum sinal indicativo de enfermidade mais crônica, é provável que a dor desapareça com o tempo, com analgesia, acupuntura e reabilitação. Do contrário, o médico pode indicar uma investigação mais aprofundada, solicitando exames que possam auxiliar no diagnóstico e na prescrição do tratamento correto.



Exames



Tomando a **lombalgia** como exemplo, podemos dizer que a maioria dos casos se resolvem com uma avaliação médica, não sendo necessário realizar qualquer exame de imagem. Por exemplo, pacientes com quadro clínico compatível com contratura muscular, lombalgia mecânica comum, a princípio não necessitam de investigação



adicional por imagem – a menos que apresentem algum fator que leve o médico a suspeitar de infecção na coluna, trauma com risco de fratura ou perceba no exame físico algum sinal de comprometimento neurológico. Na suspeita de alguma dessas possíveis causas, o médico deve solicitar exames de imagem e de sangue.

Exames laboratoriais



Os exames laboratoriais são basicamente compostos de exames de sangue, nos quais, dependendo da presença – ou não – de alterações, vão ajudar no raciocínio para o diagnóstico da causa da dor na coluna, tanto para confirmar quanto para excluir as hipóteses elaboradas.

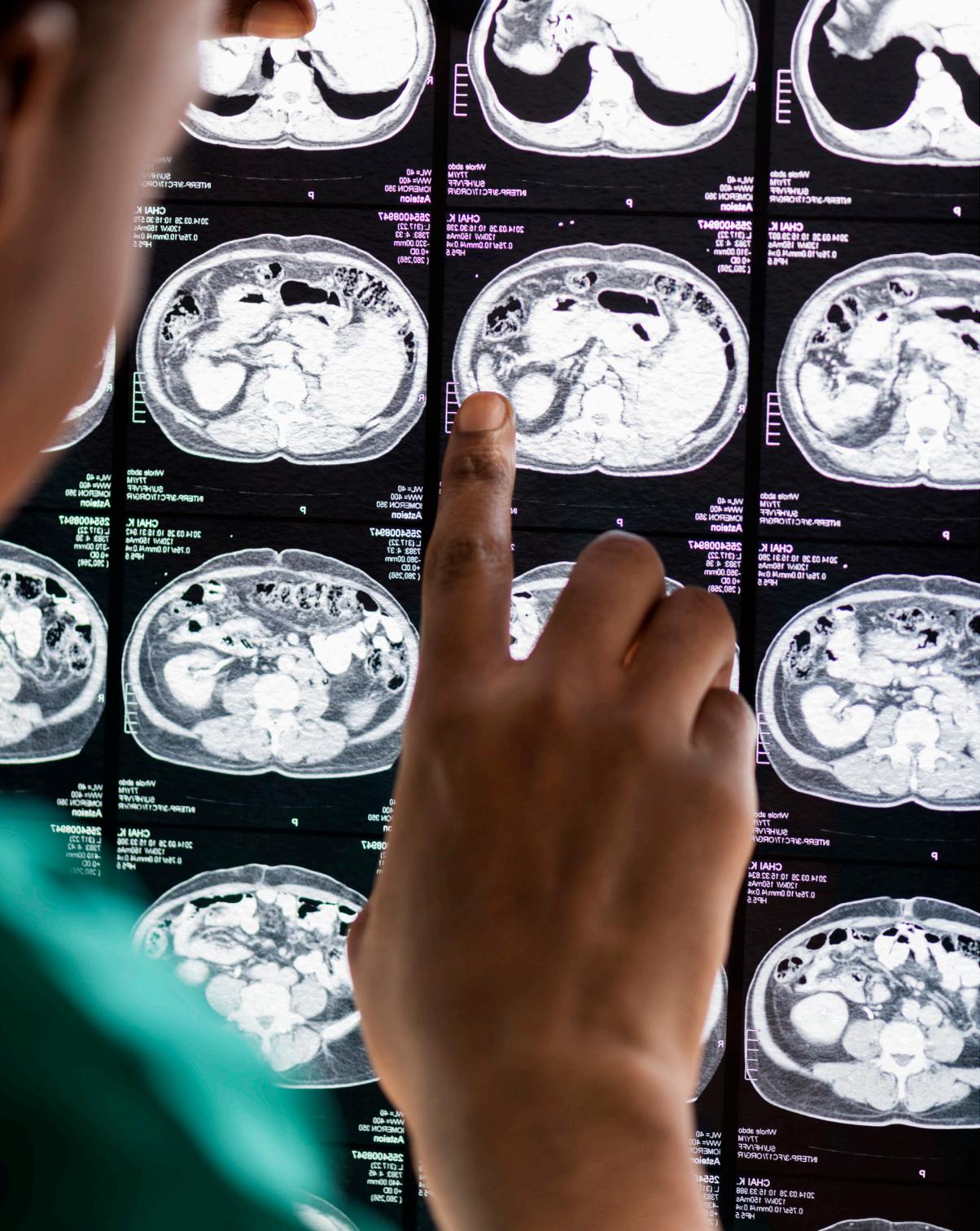
Na suspeita de uma espondiloartrite é comum a solicitação de exames de sangue com marcadores inflamatórios, sendo os mais comuns a velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), assim como marcadores genéticos como HLA-B27. Entretanto, esses



exames são inespecíficos, uma vez que podem apresentar resultados normais mesmo em indivíduos com essa doença. Mesmo o HLA-B27, um marcador genético associado à espondiloartrite, pode ser negativo em até 40% da população brasileira. Diante disso, a única forma de ter certeza do diagnóstico é mediante a avaliação de um reumatologista experiente.

Outras doenças são associadas ao aumento de marcadores inflamatórios, como as infecções, a polimialgia reumática e o mieloma múltiplo (um tipo de câncer hematológico que pode se apresentar como múltiplas fraturas vertebrais).





Exames de imagem

Outro grupo de exames comuns que podem ser solicitados para ajudar o médico a elucidar o diagnóstico da causa da dor na coluna são os de imagem, que, a depender da situação, podem envolver desde exames radiográficos convencionais (raio-X), tomografia computadorizada e ressonância magnética.

Em geral, a radiografia simples é importante na avaliação de pacientes com antecedente de trauma, para tratamento de fraturas na coluna. Na estenose de canal, esse exame demonstra estenoses dinâmicas ou instabilidade (que só se apresentam com o movimento) com as incidências neutras, flexão e extensão máximas da coluna lombar. Entretanto, alterações inflamatórias mais precoces não são captadas neste tipo de exame de imagem (radiografia simples ou raio-X), não sendo o indicado para aqueles com suspeita de infecções na coluna ou em um quadro suspeito de espondiloartrite com menos de cinco anos de sintomas. Nesses casos, o exame deve ser uma ressonância magnética, que detecta mais pre-

cocemente não só alterações inflamatórias ósseas, mas também alterações de partes moles.

A tomografia computadorizada é o melhor exame para avaliar desordens ósseas (como tumores e metástases ósseas).

É importante destacar que a análise isolada da ressonância magnética, ou seja, sem associar os dados da história clínica do paciente, exame físico e expertise do médico, pode levar a conclusões equivocadas e ao atraso do tratamento de doenças que teriam necessidade de um tratamento específico.

Praticamente toda a ressonância de coluna lombar feita após os 30 anos (isso mesmo, trinta anos) já mostra sinais de envelhecimento dos discos (em geral, laudado como protrusão ou abaulamento do disco). É muito comum um paciente com espondiloartrite, uma doença que tem um tratamento eficaz e específico, ter a causa de sua dor atribuída à essas alterações degenerativas e, assim, ter seu tratamento adiado.

É muito importante a consulta com um ortopedista especialista em coluna, neurocirurgião ou reumatologista, porque, muitas vezes, a dor pode ser decorrente de causa diferente da degeneração apresentada no exame de imagem.



Exames específicos



A eletroneuromiografia é um exame que pode, através do estímulo elétrico, entender e demonstrar onde está o distúrbio neurológico apresentado. Somado à história clínica, ao exame físico e à alteração na imagem compatíveis, comprova-se o déficit neurológico causado por uma hérnia de disco.

Infecções na coluna podem necessitar de coleta de hemocultura (cultura de bactéria no sangue) e eventualmente biópsia com cultura de tecido para identificar o agente causador. Assim como nos casos de suspeita de câncer, pode ser necessária uma biópsia óssea para identificar se a origem do câncer é primária da coluna ou metastática de outro local.

As fraturas vertebrais após **trauma** de baixo impacto devem sempre ter investigação com densitometria óssea e exames laboratoriais para avaliação do metabolismo ósseo.

No caso de a suspeita de **espondiloartrite** permanecer, a avaliação de outro especialista, como dermatologista, gastroenterologista e oftalmologista, podem fornecer mais elementos não somente para reforçar a hipótese diagnóstica, como também auxiliar no planejamento terapêutico.

Tratamentos para dores nas costas

Depois de conhecermos as principais causas e sabermos mais sobre os diagnósticos das dores nas costas, temos, então, a seguinte pergunta: como são os tratamentos para dores nas costas?

Conforme mencionado, o médico, por meio do histórico do paciente, dos exames clínicos e de alguns exames laboratoriais poderá indicar o melhor tratamento. Vale lembrar ainda que cada tratamento será prescrito de forma integral e individualizada para cada paciente, levando em conta seu caso específico e considerando seus hábitos e rotina.

Existe alguma coisa que eu posso fazer para me sentir melhor?

Na maioria dos casos, a dor na coluna pode ser tratada de forma conservadora, com analgésicos de venda livre, gelo, calor, massagem e exercícios de fortalecimento e/ou alongamento em casa. Em casos refratários,



pode se associar a massagem para manipulação local, agulhamento a seco, acupuntura e liberação miofascial com quiropraxia. Se você ainda sentir dor ou restrições de movimento após algumas semanas de tratamento conservador, consulte seu médico para uma avaliação mais detalhada.



Cuidados de rotina e reabilitação

É importante lembrar que tratamos problemas de coluna em dois momentos: na crise e fora da crise. Na crise damos preferência para atividades que sejam mais analgésicas, como fisioterapia analgésica, RPG, acupuntura. Fora da crise seguimos atividades físicas de reabilitação com os fundamentos que descreveremos, como hidroginástica, pilates e até atividades comumente feitas em academias de ginástica, desde que bem orientadas. Nesse sentido, o papel do fisioterapeuta é crucial para auxiliar na orientação prática para a reabilitação e reduzir o risco de evolução para cronicidade. Esse é o profissional envolvido no tratamento de todas as causas de dor, mesmo que tenham sido indicados medicamentos ou cirurgia para tratamento complementar.

Para casos de baixa gravidade, como as contraturas musculares, as principais prescrições se referem aos cuidados de rotina do paciente como forma de proteção articular da coluna.

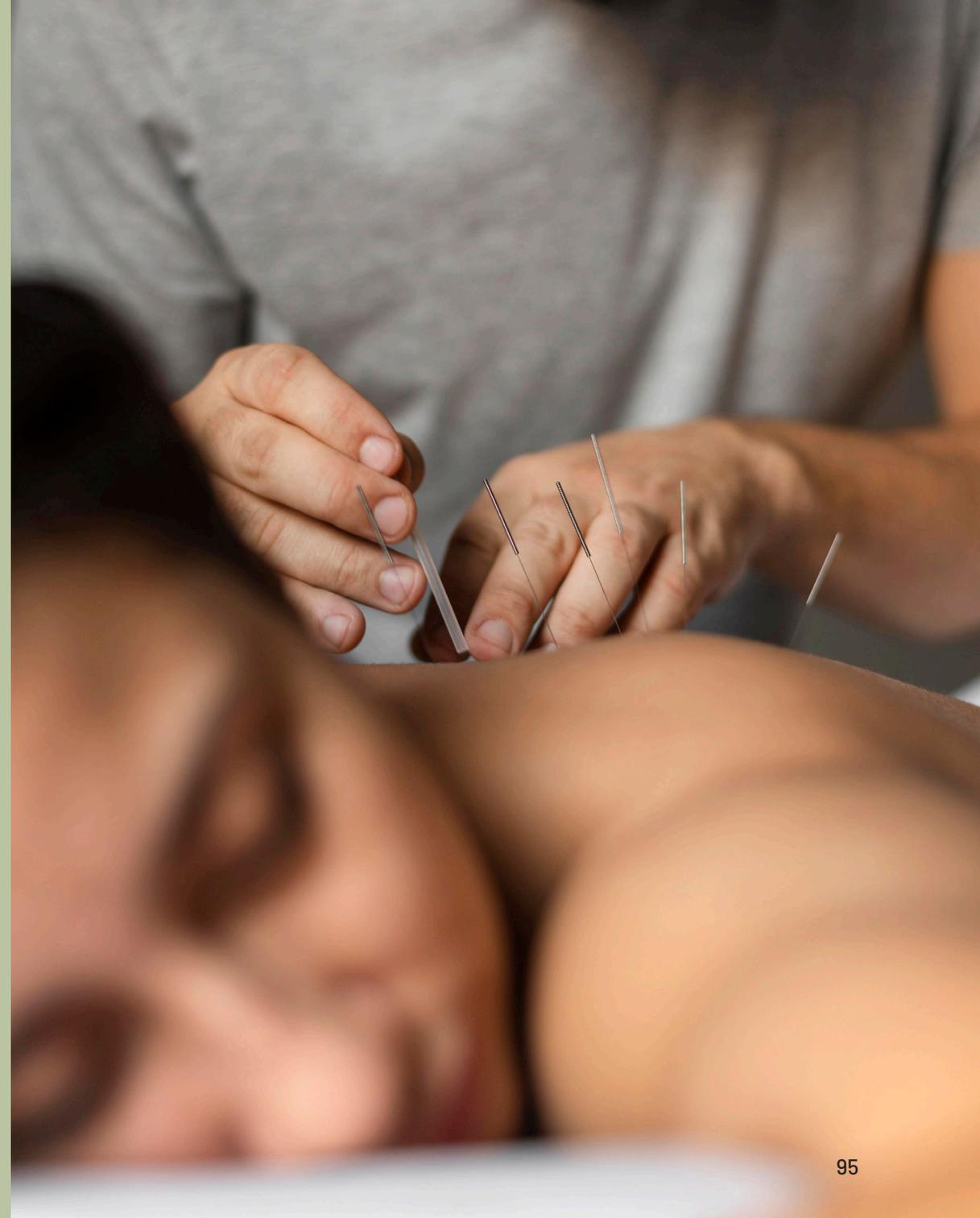
Nessa situação, o especialista deve orientar o paciente para algumas precauções simples, porém eficazes, tais como a maneira correta de se agachar, privilegiando o movimento de dobrar as pernas em vez da coluna; evitar a tração com carga, isto é, pegar peso apoiando-se na coluna; escolher o colchão adequado para dormir (sem

que seja muito duro ou muito macio), lembrando sempre de trocá-lo a cada 10 anos, entre outros.

Em relação à coluna cervical, é preciso evitar deitar-se no sofá com a cabeça recostada no braço; não falar ao telefone tendo o aparelho apoiado no pescoço, o que naturalmente deixa o pescoço inclinado; realizar um repouso leve, caso esteja em crise, por cerca de três dias.

Dependendo da intensidade da dor, é possível que o paciente tenha de usar, por um período curto, um colar cervical ou uma cinta que ajude a controlar a postura e, conseqüentemente, diminua a dor, trazendo conforto mais rapidamente.

Vale lembrar que é muito importante o paciente tentar se movimentar, se alongar. Acupuntura e massagens também ajudam a diminuir as dores, assim como a fisioterapia, que é bastante indicada nessas situações. Mesmo que a pessoa precise se afastar do trabalho (pois há profissões que possuem atividades que sobrecarregam a coluna), o ideal é que ela possa continuar se movendo minimamente, pois o medo de se mexer e o pensamento fixo na dor pode perpetuar esse quadro crônico e debilitar ainda mais o paciente.



Observe essas oito dicas valiosas de cuidados com as costas:



- 1 Condicione e fortaleça os músculos abdominais, tronco e pernas para dar o maior apoio e flexibilidade para as costas.
- 2 Tenha consciência corporal e movimente-se com segurança. Atenção para a postura para levantar ou carregar peso; além disso, segure objetos perto de sua cintura.
- 3 Articule-se e não torça ao se mover. Quando precisar pegar algo, chegue mais perto ou use um banquinho. Se você estiver executando alguma tarefa que exija movimentos repetitivos, faça intervalos.
- 4 Fique atento à ergonomia do seu ambiente de trabalho. Sua cadeira deve ter um bom apoio lombar se você costuma ficar muitas horas do dia sentado.

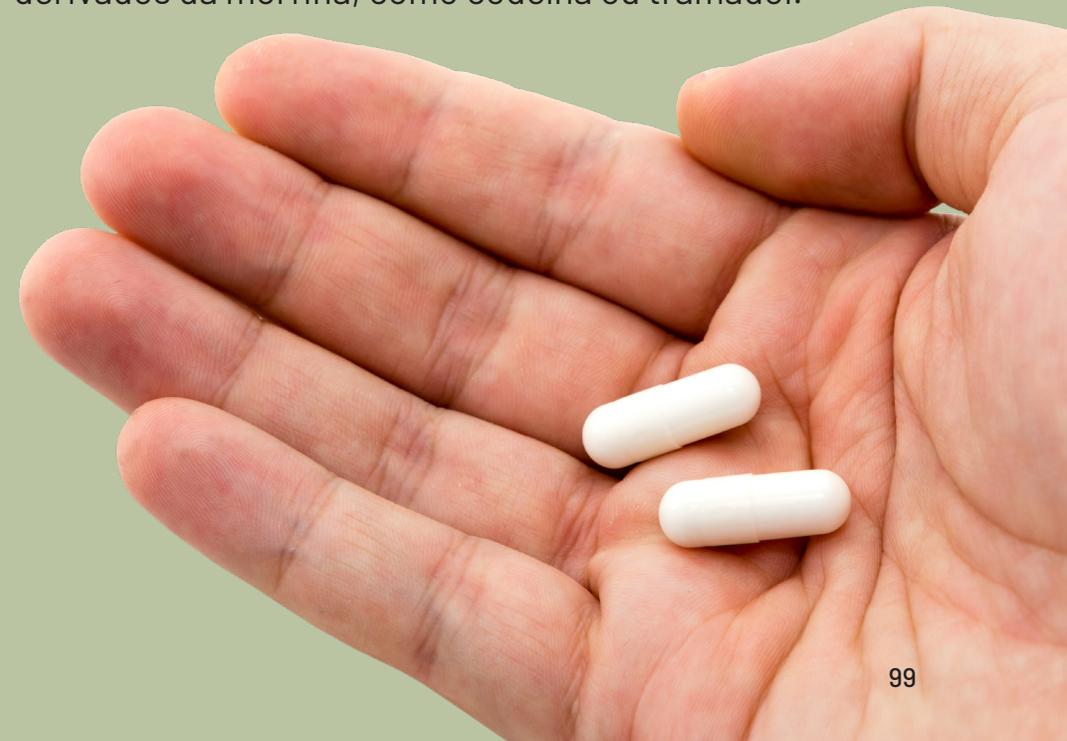
- 5 Sempre se estique e mude de posição se você ficar sentado ou em pé durante todo o dia.
- 6 Organize seu local de trabalho (telefone, computadores, arquivos etc.), para que os movimentos da cabeça, ombros, pescoço e braços sejam mínimos. Você não deve se curvar para a frente na sua superfície de trabalho.
- 7 Mantenha um bom peso corporal, aprenda técnicas de relaxamento. O estresse emocional faz que os músculos das costas fiquem tensos, podendo resultar em espasmos dolorosos.
- 8 Use calçados confortáveis. Saltos mais altos do que 2,5 cm jogam a bacia para a frente e podem machucar as costas. Seus sapatos devem apresentar um bom suporte e amortecimento.





Medicamentos

Em relação à medicação, muitos casos de dores nas costas podem ser tratados com compressas mornas na coluna para amenizar a dor, analgésicos, como dipirona ou paracetamol, e pode ser associado um anti-inflamatório por um período de cinco a sete dias. Em caso de dor mais intensa ou em que se note envolvimento neurológico, como formigamentos e irradiação para outros membros, o médico pode prescrever uma dose maior de corticoide, chegando, se houver alta intensidade, a lançar mão de derivados da morfina, como codeína ou tramadol.



Vale lembrar que, no caso de dores lombares, as atividades físicas recomendadas são aquelas com três características principais: I) baixo impacto; II) que ajude a controlar o peso; III) e que promova alongamento ou fortalecimento do tronco ou core (o centro do nosso corpo). Assim, recomendamos atividade em piscina (hidroginástica/hidroterapia), RPG/pilates e musculação com carga leve. Já caminhadas longas ou corridas podem não ajudar em razão do impacto e por não haver o desejado fortalecimento do tronco.



Procedimentos cirúrgicos

Quando falamos em dores nas costas, raramente a indicação de tratamento cirúrgico é imediata. Em geral, a abordagem terapêutica se inicia por aquilo que chamamos de tratamento conservador. Porém, em alguns casos, o neurocirurgião pode oferecer procedimentos para ajudar no controle da dor. Vamos conhecê-los.

Bloqueios

Algumas vezes, a crise de dor lombar ou mesmo a crise ciática não responde ou responde muito lentamente ao tratamento clínico com analgesia e fisioterapia. Nessa situação em que o quadro de dor intensa não melhora em quatro a oito semanas, existem alguns bloqueios possíveis para auxiliar no controle da dor. Vejamos:

Bloqueio miofascial

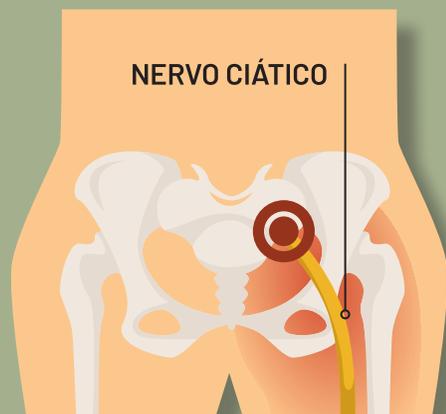
Trata-se do bloqueio mais simples, com o intuito de melhorar a dor muscular ou ligamentar. Esse bloqueio pode ser feito na própria consulta a seco (apenas o agulhamento) ou com a aplicação de anestésicos ou anti-inflamatórios no ponto de contratura ou ponto gatilho da dor.

Bloqueio facetário

Realizado no centro cirúrgico, pois ocorre em uma localização mais profunda do que o bloqueio miofascial e, portanto, precisa ser guiado por imagem. Utilizando agulhas próprias, o cirurgião realiza a infiltração tanto da musculatura quanto das articulações das vértebras (facetatas).

Bloqueio radicular

É o procedimento ideal para o alívio rápido de uma crise do nervo ciático. Na consulta, o cirurgião faz a correlação da dor com a imagem compatível com a compressão visualizada na ressonância. Por exemplo, o paciente tem uma dor com irradiação no trajeto do nervo ciático à direita, e apresenta uma compressão da raiz L4L5 à direita na ressonância. Através desse bloqueio no centro cirúrgico, ou seja, a infiltração desse ponto exato, consegue-se grande alívio da dor.



Bloqueio peridural

Consiste na injeção de medicamentos no espaço peridural na região lombar. Destina-se tanto ao alívio da dor lombar como ao alívio geral da dor ciática, já que esse tipo de bloqueio atinge as raízes nervosas do ciático.

Rizotomia de facetas

Semelhante ao bloqueio facetário, mas reservada aos casos de dor intensa recorrente. Nesse caso, usam-se

agulhas que promovem o que chamamos de “denervação das facetas”. A denervação consiste em realizar uma lesão térmica pela ponta da agulha. Denervar significa tirar a inervação dolorosa das facetas e, assim, conseguir um alívio da dor de maneira mais prolongada.



Cirurgias

Na grande maioria dos casos, as cirurgias são reservadas para pacientes que sentem dor refratária à todas as opções mencionadas e para as crises de dor que envolvem compressões nervosas, com o braço (por compressão de raiz cervical) ou a perna (por compressão de raiz ciática).

O grande objetivo da cirurgia de coluna é realizar a descompressão da raiz nervosa presa pela hérnia ou pela estenose e, dessa forma, aliviar a dor no braço ou perna decorrente da compressão da raiz nervosa.

Apenas nas apresentações que já se iniciam tanto com dor quanto com déficit neurológico é que se indica cirurgia como primeira opção de tratamento. Os dois principais exemplos dessas situações são:

Síndrome da cauda equina

Em que o paciente inicia quadro com paraparesia (fraqueza nas duas pernas) e perda de funções esfincterianas (incontinência ou retenção urinária e/ou fecal) e perda de sensibilidade “em sela” (no períneo).

Pé caído

Que consiste na perda do movimento de flexão dorsal do pé, em geral por hérnia extrusa grave de L4L5. Nesse caso, além de o paciente não conseguir “puxar o pé para cima” em repouso, ao caminhar o pé “prende no chão”, fazendo que o paciente tropece e caia e/ou adote uma marcha “equina” (pois precisa elevar demais o joelho para que a ponta do pé não “prenda” no chão).

Existem diversas técnicas cirúrgicas, e cada uma delas é especificamente indicada para cada caso em particular. Todas as intervenções devem ser definidas e discutidas com o cirurgião. Conheça as três principais técnicas cirúrgicas:

Microscopia

A técnica tradicional e padrão-ouro de descompressão de raízes nervosas, realizada com o auxílio do microscópio cirúrgico. Trata-se de uma cirurgia de menor porte e com internação de curta duração (apenas um dia).

Endoscopia

Realiza-se a descompressão da microscopia, porém através de câmera de endoscopia no lugar do microscópio.

Artrodese

Cirurgia em que se realiza descompressão ampla e fixação óssea das vértebras com pinos.

Tratamentos para traumas ou fraturas na coluna

A maioria das fraturas na coluna não necessitam de cirurgia, a não ser medidas para tratamento da dor e imobilização por meio de uso de colete lombar ou colar cervical. Além disso, deve-se investigar e realizar o tratamento de doença de base que facilite a ocorrência de novas fraturas, que pode ser a osteoporose. Os pacientes com osteoporose podem apresentar fraturas de coluna com movimento ou esforços do dia a dia. Nesse caso, além da avaliação e tratamento da fratura pelo neurocirurgião (na maioria das vezes de forma conservadora, com colete e analgesia), é fundamental também a consulta com um reumatologista para tratamento adequado da doença.

Tratamentos para contraturas musculares

O tratamento para as dores musculares da coluna é sempre conservador, com calor local, analgésicos, anti-inflamatórios e mobilização precoce.



Tratamentos para hérnia de disco



O tratamento inicial é feito, na maioria dos casos clínicos, com repouso, analgesia e fisioterapia para controle da dor. Apenas nos casos de dor refratária ou de déficit neurológico, como citado, é que se propõem procedimentos como bloqueios ou cirurgias.

A maior parte das indicações de cirurgia de hérnia de disco se dá quando a hérnia determina compressão permanente de uma raiz nervosa, por exemplo, de uma raiz do nervo ciático, quando se tratar de hérnia de disco

lombar, causando dor intensa e refratária tanto lombar quanto descendo pela perna. Essa indicação é feita especialmente quando a dor for refratária ao tratamento conservador (repouso, fisioterapia e analgesia potente).

Raramente, a indicação de tratamento cirúrgico antecede o tratamento conservador, como no caso de dano motor (pé caído) ou síndrome da cauda equina.

Em geral, há melhora com o tratamento clínico. Contudo, caso a melhora não ocorra, as cirurgias para a descompressão da raiz nervosa costumam ter uma taxa de sucesso muito alta quando bem indicadas.

Se não houver indicação de cirurgia para descompressão, e o paciente apresentar uma crise de dor muito prolongada e refratária ao tratamento, existem diversas opções de bloqueios de coluna para melhora da crise e para auxiliar o paciente, de modo que, com a dor controlada, ele possa seguir a reabilitação.

Existem diferentes técnicas para realizar a retirada da hérnia e a descompressão da raiz nervosa, como microscopia, endoscopia e as cirurgias maiores, que são as artrodeses (em que se realizam descompressões amplas e fixação da coluna com pinos). A indicação da melhor técnica varia a cada caso, por isso é necessário consultar o neurocirurgião.

Tratamentos para protusão ou abaulamento de disco

A protrusão ou abaulamento do disco são os fenômenos naturais de envelhecimento do disco e, na maioria das vezes, determinarão dor predominantemente lombar. Dessa forma, o tratamento das crises se faz pelo método conservador quase sempre, com analgesia, repouso e fisioterapia. Bloqueios são opções para crises refratárias.

Fora da crise, incentiva-se o paciente a buscar atividades físicas de baixo impacto, que ajudem a controlar o peso, e alongar ou fortalecer o tronco. Exemplos são a hidroginástica, RPG/pilates e academia leve. Caminhadas longas ou corridas podem não ajudar em razão do impacto envolvido e por não fazerem o trabalho desejado de tronco.

Tratamentos para estenose de canal

Geralmente, a estenose de canal determina uma clínica típica que se chama claudicação, que consiste em conseguir caminhar uma distância quase fixa e que o paciente conheça, como um ou dois quarteirões. Atingido esse ponto, inicia-se dor intensa na lombar, irradiando-se para ambas as pernas, que fazem o paciente procurar um banco para se sentar, com alívio muito rápido dos sintomas após ter descansado.

Para tratar a dor da estenose utilizam-se medicamentos analgésicos, e para redução da percepção da dor neuropática, pregabalina e gabapentina, associados à fisioterapia orientada para realização de alongamento sem carga, especialmente em piscina. Deve-se estimular a perda ponderal (perda fisiológica de peso) em pacientes acima do peso, que resultará na redução da dor. Casos refratários levam à indicação de cirurgia, com alta taxa de sucesso.



Tratamentos para lombalgia mecânica

Bastante semelhante ao citado na protrusão de disco. Nesse caso, é muito importante auxiliar o paciente a sair da crise com analgesia, repouso e fisioterapia. Depois, fora da crise, o paciente deve ser estimulado a buscar atividades físicas com baixo impacto e que o ajude a controlar peso e a promover alongamento.

Tratamentos para infecções na coluna

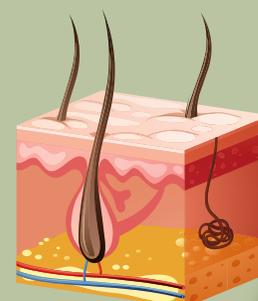
Em relação às espondilodiscites (infecções da coluna), geralmente o paciente tem de ficar internado para receber antibioticoterapia venosa por um período prolongado. Eventualmente, o caso pode exigir intervenção cirúrgica para limpeza, se tiver um abscesso. No entanto, na maioria das vezes o tratamento é realizado basicamente com antibióticos.

Tratamentos para artrite de coluna

O tratamento das espondiloartrites (artrite de coluna) se baseia na associação de implementação de exercícios de rotina e tratamento medicamentoso. O tabagismo e a obesidade, prejudicam a resposta ao tratamento e devem ser combatidos. O tratamento medicamentoso inicia-se com o uso de anti-inflamatórios na dose máxima de forma contínua por, pelo menos, duas semanas, podendo ser mantido se houver boa resposta com monitorização clínica.

Caso o paciente apresente contraindicações em relação aos anti-inflamatórios ou não responda bem ao uso desses medicamentos, é possível realizar o tratamento com imunobiológicos. Esses fármacos são de administração injetável, e mudaram a história natural dessas doenças (espondilite anquilosante, espondilite psoriásica, espondiloartrite associados à doença inflamatória intestinal), com importante melhora na dor, função, qualidade de vida e redução da progressão estrutural da doença. Nessas doenças observamos o aumento da produção de certas citocinas que promovem a inflamação

da coluna. O mecanismo de ação desses fármacos é interromper a comunicação entre as células responsáveis por promover essa inflamação bloqueando o mecanismo de perpetuação do dano inflamatório. São agrupados de acordo com a citocina alvo: inibidores do fator de necrose tumoral alfa (anti-TNFs: infliximabe, adalimumabe, etanercepte, certolizumabe pegol, golimumabe) e inibidores da interleucina -17 (anti-IL 17: secuquinumabe e ixequizumabe), e para artrite psoriásica os inibidores da IL-12/23 e IL-23.



PELE NORMAL



PSORIÁSE



Tratamentos para artrite reumatoide



O envolvimento da coluna cervical na artrite reumatoide de longa evolução raramente requer tratamento cirúrgico para evitar compressão da medula espinhal.

O tratamento medicamentoso para o controle e modificação de evolução de doença previne as sequelas articulares na coluna. Existem várias opções terapêuticas disponíveis: imunossupressores orais, como metotrexato, leflunomide, hidroxicloroquina, sulfassalazina; inibidores da JAK, como tofacitinibe, baracitinibe e upadacitinibe; e imunobiológicos como os anti-TNFs (etanercepte, adalimumabe, golimumabe, certolizumabe pegol, e infliximabe), tocilizumabe, abatacepte, e rituximabe.

Com o tratamento precoce e adequado, observam-se cada vez menos deformidades articulares não só nas articulações periféricas, mas também na coluna cervical relacionadas a artrite reumatoide. É importante mencionar que o cigarro tem um efeito danoso no tratamento e que tratamentos alternativos, embora possam até promover o bem-estar, não previnem essa e outras complicações relacionadas à doença.

Tratamentos para polimialgia reumática

Inicialmente, o tratamento da polimialgia reumática é feito com corticoide sistêmico, uma vez que a excelente e rápida resposta terapêutica também auxilia o médico a confirmar o diagnóstico. Posteriormente, em casos de falha ao desmame de corticoide, contraindicação ou evento adverso, pode-se avaliar o uso de imunossupressores para poupar o uso de corticoide.

Tratamentos para coccidínia

O tratamento da coccidínia aguda (menor ou igual a dois meses) que não seja causada por infecção ou malignidade, inclui práticas conservadoras, como proteção com almofadas com orifício central, analgésicos e aplicações de calor ou frio.

A maioria dos pacientes terá a resolução dos sintomas ao longo de semanas ou meses, e deve ser tratado de forma conservadora por, pelo menos, dois meses antes que um tratamento mais agressivo seja tentado.

Pacientes com sintomas persistentes (mais de dois meses) devem ser encaminhados a um especialista com experiência no tratamento da coccidínia. Sugere-se manejo com injeções coccígeas contendo anestésico local ou anestésico local mais glicocorticoide. Pode ser ainda que a coccigectomia (cirurgia de retirada do cóccix) seja realizada apenas como último recurso para casos intratáveis. Os resultados de eficácia de estudos randomizados não estão disponíveis e há o risco de complicações graves, incluindo infecção e hematoma.

O que devo fazer para não ter mais dor na coluna?



Quem tem dores nas costas se pergunta: o que devo fazer para não ter mais dor? Em primeiro lugar, é preciso saber a causa. Para a maioria das lombalgias deve-se reduzir a carga sobre a coluna no dia a dia, o que inclui atividades domésticas, caminhadas longas e permanecer muito tempo em pé, além do controle do peso.



Atividades físicas adequadas para a coluna também são fundamentais. Exercício bons para a coluna tem alguns fundamentos: I) pouca carga (corridas ou caminhadas longas podem piorar a dor lombar; II) fortalecimento do tronco (o que inclui fortalecimento do abdome e também da região lombar e dorsal); III) ajudar no controle de peso (aeróbicos com pouca carga, bicicleta e piscina são melhores que a corrida); IV) ganhar alongamento de tronco e membros (alongar ajuda a sair da crise e a evitar novos episódios).

Especialistas envolvidos



Neurologista

O neurologista normalmente pode ser um clínico que vai avaliar o quadro de dor de um paciente com queixas na coluna, mas não é o especialista que está envolvido diretamente no contexto das lombalgias nem das cervicalgias. Ele irá verificar sinais de alarme, avaliar a possibilidade de algum dano neurológico, solicitar exames e até prescrever e tratar as dores.

Neurocirurgião

O neurocirurgião deve ser o médico procurado em casos de compressão neurológica ou nas ocasiões em que houver refratariedade da dor e em caso de trauma. É o médico que avalia a hérnia de disco, a estenose de canal e os traumas da coluna.

Ortopedista

O ortopedista é o generalista em coluna que, assim como o neurologista, pode tratar clinicamente a maioria das crises lombares e orientar exames e terapias. Porém, os casos refratários e cirúrgicos, em geral, devem ser encaminhados ao neurocirurgião. Alguns ortopedistas se especializam também em cirurgia de coluna.

Reumatologista

Os reumatologistas também avaliam os quadros de dor. Normalmente, avaliam as dores crônicas, ou seja, aquelas que perduram por mais de três meses continuamente e que podem estar associadas à artrite reumatoide, espondiloartrites e polimialgia reumática. Em caso de fratura vertebral, o reumatologista avalia e trata a osteoporose, com o intuito de prevenir novas fraturas.

Fisioterapeuta

O fisioterapeuta é o profissional indicado no tratamento de todas as causas de lombalgia, orientando na prática a manutenção da mobilidade e fortalecimento dos músculos da coluna. Sob a supervisão do fisioterapeuta, o paciente consegue reduzir a intensidade da dor e prevenir novas crises. Embora exija um trabalho longo e contínuo, é a melhor opção tanto no auxílio do tratamento conservador quanto na intervenção cirúrgica.

Especialista em dor

Diante de tantas causas, é realmente necessário ter um diagnóstico para se propor um tratamento adequado. Uma vez que qualquer médico pode fazer especialização em dor, pode não ser o profissional adequado para o

diagnóstico, mas pode fazer parte do tratamento inicial, para reduzir a intensidade da dor e facilitar a reabilitação precoce, assim como nos casos crônicos e refratários oferecer recursos mais amplos no tratamento e manejo de dor. Um cirurgião de coluna, reumatologista, fisiatra, neurocirurgião com especialização em dor podem aliar o tratamento especializado ao diagnóstico adequado.



Em resumo, o médico é o responsável por identificar a causa da dor, o profissional capacitado para indicar tratamentos como fisioterapia, acupuntura e orientar na analgesia. Caso seja necessária alguma intervenção cirúrgica, o médico vai encaminhar para o cirurgião de coluna, neurocirurgião ou ortopedista especialista em coluna.



Dúvidas comuns

Para melhorar minhas dores nas costas, posso fazer quiropraxia?

O quiroprata é um especialista em manipular a coluna através de diversas técnicas, conseguindo muitas vezes aliviar bastante a dor e encurtar o tempo de crise. No entanto, é o médico o profissional indicado para fazer o diagnóstico, porque, eventualmente, o paciente pode ter uma situação instável na coluna, que não deve ser manipulada. Por esse motivo, não é recomendável que a primeira conduta seja ir ao fisioterapeuta ou quiroprata. O correto é ser primeiramente avaliado por médico especialista em coluna (neurocirurgião, ortopedista ou reumatologista) e, somente depois dessa investigação, a quiropraxia pode ser recomendada, a qual poderá aliviar bastante as dores.

A dor que irradia para a perna é ciático ou do quadril?

É muito comum o paciente se consultar com dor lombar baixa irradiando-se para a coxa, achando que se trata de uma crise do nervo ciático, quando, na verdade, é uma crise do quadril. A tendinite e a bursite do quadril são causas bastante comuns de dor intensa lombar baixa ou glútea, irradiando-se para a face lateral da coxa. O quadro clínico típico é de dor na lateral do quadril à noite, que faz

o paciente passar a noite toda mudando de lado por causa da dor. A bursite do quadril pode ser localizada à digito pressão no local anatômico (sobre o trocânter maior do fêmur), ao exame clínico. Porém, não é difícil para o especialista diferenciar os dois casos na consulta com um bom exame clínico. Vale ressaltar que o tratamento é bem diferente para cada um dos casos.

Devo usar colete ou cinta lombar?

Em casos de fratura de coluna usa-se, na fase aguda, o colete lombar rígido, chamado de colete de Putti, para a imobilização adequada por três meses. Nas crises relacionadas à doença muscular ou ligamentar e/ou quadro degenerativo do disco, em geral, o uso de colete não é recomendado, mas pode-se usar uma cinta lombar para contenção do tronco, o que contribui na analgesia e controle de dor.

O que fazer para não se apavorar com o laudo de uma ressonância de coluna?

A primeira dica é não ler o laudo. O radiologista tem a obrigação de descrever todas as alterações degenerativas que sempre estão presentes a contar dos 30 anos de idade, em relação a um exame normal. Assim, termos como

espondiloartrose (o que não é o mesmo que espondilite), protrusão discal, abaulamento discal, degeneração discal, nódulo de Schmorl, entre outros, estarão presentes em praticamente todos os laudos de ressonâncias feitas a partir dos 30 anos de idade. Não se assuste, não busque no Google, marque uma consulta com seu médico e ouça dele a interpretação do exame associada ao exame clínico que ele vai realizar.



Quem somos

Clínica de Reumatologia

Prof. Dr. Castor Jordão Cobra

A Clínica de Reumatologia Prof. Dr. Castor Jordão Cobra foi inaugurada em 1944. Ao longo de todos esses anos, três gerações de médicos têm se dedicado ao estudo e ao tratamento das doenças reumáticas, contribuindo não só com a qualidade de vida de seus pacientes, mas também com o fomento da especialidade. O fundador Prof. Dr. Castor Jordão Cobra desenvolveu métodos terapêuticos vanguardistas, que muitos anos depois ainda são estudados por especialistas. Atualmente, o serviço da Cobra Reumatologia é dirigido pelo neto do Prof. Castor, o Dr. Jayme Fogagnolo Cobra, que expandiu os serviços prestados pela clínica liderando um grupo de mais de 60 reumatologistas, que atuam em mais de doze hospitais de São Paulo, ABC Paulista, Santos, Rio de Janeiro, Niterói e Brasília, realizando mais de seis mil atendimentos por mês.

Locais de Atendimento

São Paulo

Clínica Prof. Dr. Castor Jordão Cobra

Rua Bento de Andrade, 351 – Jardim Paulistano
Tel. (11) 3105-9144

Hospital Santa Paula

Av. Santo Amaro, 2.468 – Brooklin
Tel. (11) 3040-8000

Hospital Santa Catarina

Av. Paulista, 218 – Bela Vista
Tel. (11) 3016-4133

Hospital São Luís Jabaquara

Rua das Perobas, 344 – Jabaquara
Tel. (11) 5018-4000

Hospital Nove de Julho

Rua Peixoto Gomide, 545 – Cerqueira César
Tel. (11) 3147-9430

São Bernardo do Campo

Hospital IFOR

Rua Américo Brasiliense, 596

Tel. (11) 4083-6700

Hospital Assunção

Av. João Firmino, 250

Tel. (11) 4344-8000

Santos

Clínica Integrada de Neurocirurgia

Rua Alexandre Herculano, 197

Tel. (13) 3301-6117

Hospital Vitória Santos

Rua Monsenhor Paula Rodrigues, 193

Tel. (13) 2104-6100

Rio de Janeiro

Centro de Especialidades São Lucas Shopping Gávea

Rua Marques de São Vicente, 52 sl. 515 – Gávea

Tel. (21) 2545-4000

Niterói

Complexo Hospitalar Niterói

Travessa Lasalle, 12 – Centro

Tel. (21) 2729-1000

Brasília

Hospital Águas Claras

Rua Arariba, 5 – Águas Claras

Tel. (61) 3052-4600

Hospital Brasília

SHIS QI 15, conjunto G – Lago Sul

Tel. (61) 3704-9000

Cobra Reumatologia,
Rua Bento de Andrade, 351, Jardim Paulistano.



Dra. Luiza Fuoco da Rocha

Graduada em Medicina pela UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2005), tem especialização em Clínica Médica pela UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro e Reumatologia pela USP – Universidade de São Paulo. É doutora pela Faculdade de Medicina da USP, tendo defendido a tese: “Tradução e Validação do Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida em Esclerose Sistêmica” (2013). Atualmente, Luiza compartilha uma rotina como médica em diversos locais de atendimento do serviço da Cobra Reumatologia e docente no Centro Universitário Lusíada.

Ficha Técnica

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO CONTEÚDO DO E-BOOK

Luiza Fuoco da Rocha
CRM 132368

COLABORAÇÃO

Leonardo Poubel Rocha
CRM 122737

CONSELHO EDITORIAL

Camille Pinto Figueiredo
Felipe Mendonça de Santana
Jaqueline Barros Lopes
Jayme Ferreira Cobra
Jayme Fogagnolo Cobra
Luiza Fuoco da Rocha
Mariana Ortega Perez
Natália Spolidoro
Renato Ferreira Cobra
Rodrigo Favoreto

COORDENAÇÃO EDITORIAL E EDIÇÃO DE TEXTOS

Keila Prado Costa

DIREÇÃO DE ARTE, PROJETO GRÁFICO E EDIÇÃO DE IMAGENS

2021 © Marcello de Oliveira

REVISÃO

Murilo Oliveira de Castro Coelho

IMAGENS

Freepik Premium

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio, sem autorização escrita.

Copyright © 2021 KPMO Cultura e Arte

Todos os direitos reservados.

Referência ABNT 6023

ROCHA, Luiza Fuoco da. Dor nas costas: causas e tratamentos. São Paulo: KPMO Cultura e Arte, 2021.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária Juliana Farias Motta CRB7/5880

R672d ROCHA, Luiza Fuoco da

Dor nas costas: causas e tratamentos / Luiza Fuoco da Rocha. 1ª ed.
São Paulo: KPMO Cultura e Arte, 2021.

140 p.: ilustrada, 16x22 cm (Cobra Reumatologia)

ISBN 978-65-86913-05-7

1. Doenças crônicas - Epidemiologia. 2. Dor lombar - Tratamento.
3. Coluna vertebral. I. Título: causas e tratamentos. II. Série.

CDD 616.73

Índice para catálogo sistemático:

1. Doenças crônicas - Epidemiologia
2. Dor lombar - Tratamento
3. Coluna vertebral

Abril, 2021

Primeira edição

Nesta publicação, respeitou-se o Novo
Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

CONTATO

KPMO Cultura e Arte
Tels. 55 (11) 3486-9818 e 2422-0448
kpmo@kpmo.com.br
www.kpmo.com.br

ISBN-13: 978-65-86913-05-7



9 786586 913057

COBRA REUMATOLOGIA

DESDE 1944



www.cobrareumatologia.com.br