

nº1

Newsletter

1ª Edição 2024 – MGF.dor

Coordenadores:
César Vinicius José
Cláudia Mourato Silva
Nélia Isaac

Editores:
Cristiana Costa
Maria Inês Durães
Mariana Gonçalves
Joana Sofia Gil



Lombalgia Inespecífica

“Lombalgia crónica: uma revisão narrativa das guidelines internacionais recentes para o diagnóstico e tratamento conservador”

A lombalgia inespecífica representa uma patologia com grande impacto laboral, económico e social, constituindo a 2ª causa mais frequente de consulta, prevendo-se que 80% da população irá experienciar um episódio de lombalgia. Estes episódios tendem a ser autolimitados, porém em 6 a 8% dos casos podem evoluir para lombalgia crónica.

Numa revisão de 8 guidelines internacionais, a lombalgia inespecífica é definida como dor lombar sem uma condição subjacente grave ou sem uma causa anatomopatológica conhecida. É introduzida uma nova definição de lombalgia, dividindo-a em causas degenerativas (anteriormente chamadas de causas específicas), causas não-degenerativas (relacionada com patologia discal, facetária, ligamentar, muscular

ou mista) e causas não relacionadas com lesões anatómicas. Estes avanços na compreensão anatomopatológica permitem oferecer tratamentos mais direcionados e eficazes, prevenindo a cronicidade.

Nos quadros agudos, importa identificar sinais de alarme (*red flags*) que possam indicar patologia grave ou urgente, juntamente com a avaliação precoce dos fatores de risco psicossociais para incapacidade a longo prazo (*yellow flags*), assim como outros fatores sociais e ambientais (*black flags, blue flags*) que possam contribuir para a cronicidade. Atendendo à frequente discrepância anátomo-clínica, não há evidência para uma recomendação para a realização de exames de imagem na ausência de sinais de alarme na lombalgia crónica.

História Clínica

Sintomas do aparelho músculo-esquelético
(lombalgia - dor entre a 12ª costela e a região glútea)

Caracterização das queixas musculoesqueléticas
(início e evolução, distribuição e ritmo da dor, presença/duração da rigidez matinal, irradiação para os membros, fraqueza muscular, artralgia)

Manifestação extra-aparelho locomotor
(Olho vermelho, diarreia, psoríase, alterações sensitivas, etc)

Queixas sistémicas
(febre, emagrecimento, astenia, hipersudorese)

Antecedentes pessoais
(neoplasias, infeção recente, toxicodpendência, corticoterapia, etc)

Antecedentes Familiares
(espondilartites, psoríase, doenças inflamatórias do intestino, fraturas osteoporóticas, etc)

Exame físico
(tumefação articular, limitação da amplitude das articulações, fraqueza muscular, envolvimento de outros órgãos)

Exames complementares
(apenas para casos específicos de lombalgia)

Imagiologia
(redução da altura do corpo vertebral, metástases ósseas, cauda equina, sacroileite)

Laboratório
(confirmação da hipótese diagnóstica, prognóstico, monitorização da atividade da doença, toxicidade de fármacos)

Red flags

- Trauma major
- Trauma minor em idoso ou doente com osteoporose
- Idade <18, >50 anos
- História de patologia oncológica
- Sintomas constitucionais (febre, perda de peso, ...)
- Infeção recente
- Cirurgia recente, epidural
- Doentes imunodeprimidos
- Dor noturna
- Défice de força muscular progressiva
- Hipostesia, anestesia em sela, ...
- Dor irradiada
- Alterações vesicoesfincterianas
- Diminuição do tónus do esfíncter anal
- Diminuição ou aumento dos ROT
- Hipocoagulação

Yellow flags

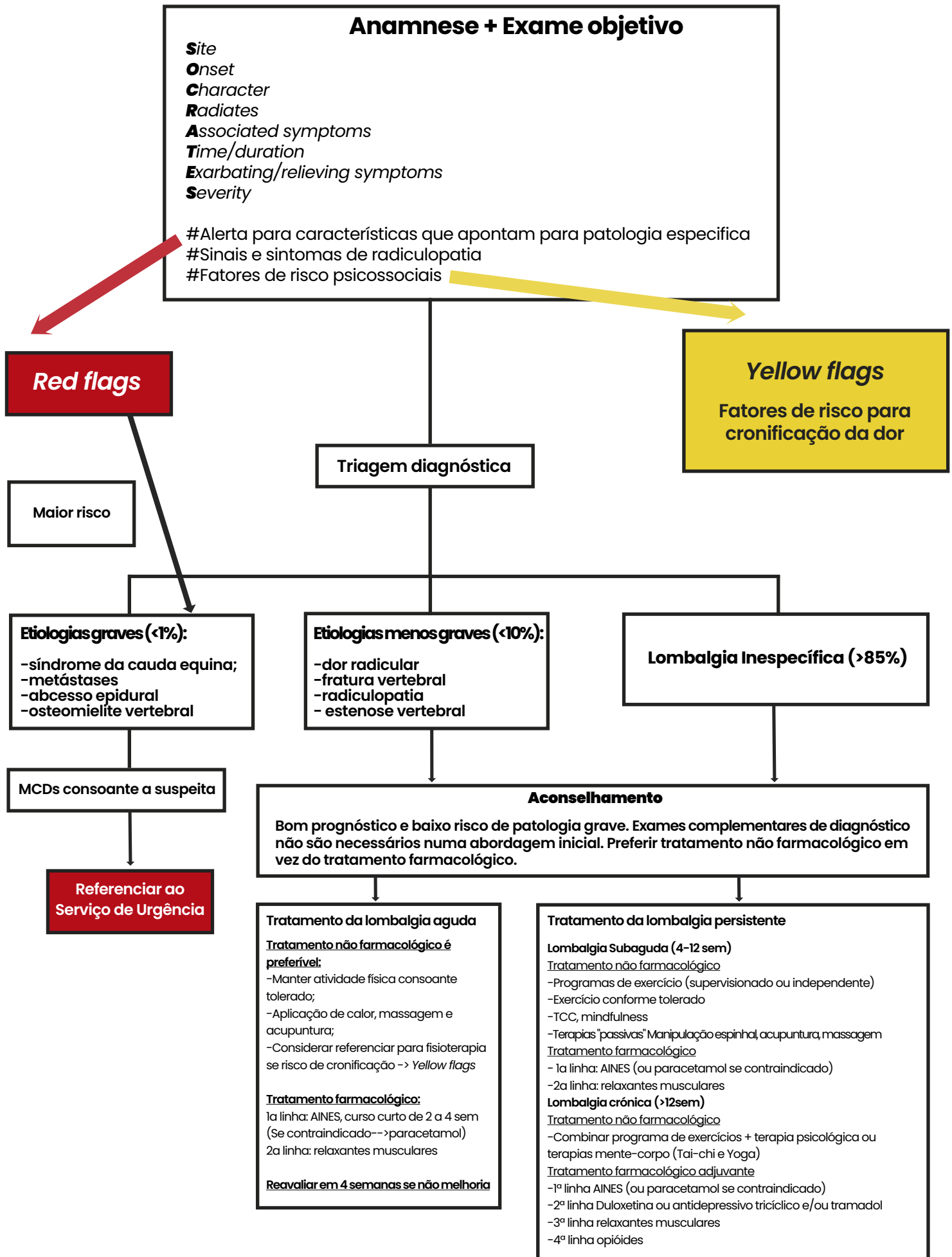
- Isolamento social
- Atitude e crenças em relação à dor
- Cinesiofobia, reduzidos níveis de atividade física e *fear avoidance behaviour*
- Problemas de saúde mental (ansiedade, depressão...)
- Dor inicial generalizada e muito intensa/ outros sintomas associados (fadiga, tonturas...)
- Ser pouco proativo/a, preferir tratamento passivo; expectativas desajustadas
- Episódios prévios de dor prolongados no tempo
- Tratamento prévio pouco eficaz
- História de procura de benefícios/compensações (baixa, subsídios...)
- Problemas sociofamiliares e financeiros
- Insatisfação laboral ou conflitos no trabalho

Abordagem Diagnóstica



Red flags	
Sintomas	Patologia correspondente
<18 anos	Anomalia congénita
>50 anos	Fratura vertebral, malignidade
Hipocoagulação	Hematoma
Febre	Infeção, malignidade
Problemas geniturinários como retenção urinária ou disfunção sexual	Síndrome da cauda equina
Imunocomprometido	Infeção, fratura
Abuso de drogas IV	Infeção
Cirurgia recente ou epidural	Infeção, hematoma espinhal
Trauma	Fratura, hematoma espinhal
Sinais	Patologia correspondente
Diminuição do tónus do esfíncter anal	Síndrome da cauda equina
Hiperreflexia	Compressão medular
Hiporreflexia ou arreflexia	Síndrome da cauda equina
Fraqueza muscular	Compressão medular, síndrome da cauda equina
Anestesia em sela	Síndrome da cauda equina

Algoritmo de Abordagem à Lombalgia



Terapêutica Farmacológica na Lombalgia Inespecífica

AINES					
	Nomes	Farmacologia	Posologia	Efeitos Adversos	Contraindicações
Inibidores não seletivos da COX	Ibuprofeno	Metabolização Fase I; 90% de excreção renal	400-600mg até 4 vezes ao dia	Problemas gastrointestinais; Hemorragia digestiva; problemas Cardiovasculares (-)	Em doentes com úlcera péptica Ativa, DRC, HTA não controlada, DII, AVC ou EAM prévios
	Diclofenac	Metab. Fase I e II; 60% de excreção renal	100-150mg 1 a 2 X dia		
	Acemetacina	Metab. Fase II (glucoronidação); 40 % de excreção renal	60mg até 3 X dia; 90 mg 2 X dia; Máx. 180mg/dia		
	Dexcetoprofeno	Metab. Fase II (glucoronidação); 40 % de excreção renal	12,5 mg cada 4 a 6 horas. Ou 25 mg cada 8 horas. Máx. 75 mg/ dia.		
Inibidores seletivos de COX-2	Naproxeno	Metabol. Fase I e II; 95% de excreção renal	250-500 mg 2 vezes ao dia	Problemas gastrointestinais; hemorragia; problemas Cardiovasculares (+)	
	Etodolac	Metabol. Fase I e II; 70% de excreção renal	300 mg, 3 a 4x ao dia; 400 mg, 2 a 3x ao dia ou 500 mg, 2x ao dia, Por via oral, máx. 1200 mg/dia		
Inibidores altamente Seletivos da COX-2	Coxibs	Metabol. Fase I e II; 80% de excreção renal	Ex: Etoricoxibe 60 ou 90mg Id	Problemas gastrointestinais; hemorragia digestiva; problemas Cardiovasculares (+++)	
Relaxantes musculares não benzodiazepínicos					
	Ciclobenzaprina 1ª Linha	Idêntica aos AD tricíclicos	10-20 mg 1cp antes de deitar não exceder Mais de 2 a 3 semanas	Efeitos sedativos e tonturas Mais frequente em idosos	Insuficiência hepática
	Tizanidina	Agonista alfa2-adrenérgico	Dose inicial 2mg id; aumentar 2 mg de 3 em 3 dias, Máx. de 8/8h até 12mg/dia		
	Tiocolquicosido	Antagonista GABA-A	8-16 mg, não exceder os 7 dias	Tem sido associado a casos De infertilidade e teratogenicidade	
	Baclofeno	Agonista GABA Metabolização hepática e excreção renal	10-80mg Dividida em 3 a 4 vezes /dia	Sonolência, tonturas, tremor, insónia, Convulsões, alterações Gastrointestinais e Cardiovasculares. Usar com precaução nos idosos.	
Opióides					
	Tramadol	Agonista fraco dos receptores opióides. Metab. Fase I E 100% de excreção renal.	Iniciar com os de libertação prolongada. Dose de 50;100; 150; 200mg de id ou 12-12hs. Se persistência de sintomas poderá ser útil doses de resgate em SOS, dose inicial 25-50 mg em SOS a cada 6 ou 8h. Se necessário aumentar para 50-100mg a cada 8h em SOS.	Obstipação, náuseas, Sind. Serotoninérgico.	IR e Insuficiência Hepática graves E associação com inibidores da MAO
	Codeína	Pró-fármaco da morfina.	Em Portugal existe apenas sobre a Associação codeína + Feniltoloxamina/paracetamol.	Vómitos, obstipação, Prurido, tontura e sonolência.	
	Tapentadol	Analgésico forte com efeito agonista opióide μ e com propriedades adicionais de inibição Da recaptção da noradrenalina.	Iniciar o tratamento com doses unitárias de 50 mg de tapentadol. No primeiro dia de tratamento pode ser necessária uma dose adicional uma hora após a toma inicial, se o controlo da dor não for atingido. Seguidamente a dose deve ser ajustada individualmente a um nível que permita o controlo analgésico e que minimize os efeitos indesejáveis, sob a adequada supervisão do médico prescriptor.	Náuseas, vômitos, tonturas, sonolência, Cefaleia, diminuição do apetite, ansiedade, confusão, alucinações, Problemas de sono.	Doentes com depressão respiratória significativa, com asma brônquica aguda ou grave ou com hipercapnia em qualquer doente com suspeita de ileo paralítico, doentes com intoxicação aguda por álcool, hipnóticos, analgésicos de Ação central ou psicotrópicos.

Novas abordagens terapêuticas da dor lombar:

A lombalgia crónica é um dos subtipos de dor crónica mais prevalente. A abordagem no foco periférico da dor é o alvo da cirurgia convencional. No entanto, a experiência mostra que, mesmo após intervenção cirúrgica, a dor pode persistir, sem uma tradução radiológica da origem da mesma. Este fenómeno parece ocorrer por centralização da dor, já que áreas cerebrais específicas vão receber o estímulo nociceptivo e associá-lo a uma cognição/emoção dolorosa. Este é o alvo terapêutico da neuromodulação.

Neuromodulação - História, Técnicas Atuais e Futuras:

Atualmente há várias técnicas, com diferentes níveis de evidência, descritas na próxima página.



Estimulação da Medula Espinhal	Associada à teoria do gate control (bloqueio dos estímulos nociceptivos nos cordões posteriores da medula). Hoje sabe-se que tem uma ação mais Alargada, a nível supratentorial e sistema nervoso autónomo.
Neuroestimulação Cerebral Profunda	Colocação de neuroestimuladores em zonas diferentes do SNC. Pode ser usado no tratamento da lombociatalgia quando aplicado à zona da Emergência radicular diretamente envolvida.
Terapia Transcraniana	Em doentes com dor crónica, o EEG mostra um padrão de ondas gama. Durante a aplicação de uma corrente alternada transcraniana, uma onda sinusoidal é transmitida através dos elétrodos colocados Sobre o crânio do utente.
Neuroestimulação Elétrica Transcutânea (TENS)	Estímulos elétricos na pele da região paravertebral lombossagrada. Ativa as vias medulares descendentes inibitórias da dor.
Terapia Cognitivo Comportamental	Método baseado na fisioterapia, ajudando os doentes a identificar fatores de risco modificáveis, para quebrar o ciclo vicioso de dor e incapacidade. Envolve 3 etapas (compreensão dos mecanismos da dor e reconhecimento das cognições e emoções negativas a ela associadas, exposição a fatores ambientais controlados – exercício físico, cumprimento de tarefas e socialização – e mudança de estilo de vida). Os doentes aprendem a identificar os movimentos, situações e padrões de pensamento intensificadores da dor, e são treinados para fazer uma gestão dos mesmos, aumentando o seu sentido de auto-suficiência, em vez de Evitarem as tarefas, exercícios e de se isolarem cada vez mais socialmente.
Acupuntura	Estimulação de pontos específicos correspondentes a zonas do córtex associados ao processamento cognitivo e emocional da dor (amígdala, ínsula, hipocampo, córtex medial pré-frontal, permitindo proceder à neuromodulação dos mesmos.

Saiba mais:



Em destaque:

Atividades MGF.dor

O Grupo de Estudos MGF.dor marcou presença no 41º Encontro Nacional de MGF da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) com o workshop “O Trivial da Dor” e para divulgação junto dos restantes colegas do material existente no site MGF.dor, quer para os profissionais de saúde, quer para os utentes.



Bibliografia:

