



São Paulo, 15 de julho de 2025

SBN 223/2025

Protocolo de abordagem à lombalgia

Dr. Franz Jooji Onishi

Introdução

A lombalgia constitui um sintoma altamente prevalente e de grande relevância clínica e socioeconômica em todo o mundo. Apesar de não ser uma doença específica, estima-se que cerca de 80% das pessoas irão experienciar lombalgia em algum momento da vida, e aproximadamente 23% evoluirão para quadros recorrentes ou crônicos. A dor lombar representa uma das principais causas de absenteísmo no trabalho, comprometendo significativamente a produtividade e gerando custos substanciais para sistemas de saúde e previdência social. Torna-se desta forma, um problema de saúde pública.

Nos Estados Unidos, por exemplo, a lombalgia foi responsável por cerca de 4,4% das consultas em departamentos de emergência entre 2000 e 2016, representando um considerável impacto econômico, com gastos expressivos relacionados a tratamentos médicos, exames de imagem, medicamentos e intervenções cirúrgicas eventuais.

Diante dessa realidade, torna-se fundamental uma abordagem clínica criteriosa para identificar situações de risco ou condições subjacentes graves manifestadas através da dor lombar. Diversos estudos destacam a importância dos chamados "sinais de alerta" ou "*red flags*", que incluem déficit neurológico progressivo, retenção urinária ou incontinência fecal (indicativos de síndrome da cauda equina), histórico prévio de câncer, trauma significativo recente, febre inexplicada e perda de peso não intencional. Tais sinais exigem uma investigação mais detalhada e encaminhamento oportuno para avaliação de especialista.

Portanto, a lombalgia deve ser avaliada não apenas como uma queixa comum e transitória, mas sim com atenção especial para evitar que patologias graves sejam subdiagnosticadas, prevenindo complicações e garantindo tratamento eficaz para os pacientes.



Tipos de dor lombar, exame clínico e sinais de alerta

A lombalgia pode ser classificada de acordo com sua duração em **aguda** (até 6 semanas), **subaguda** (6 a 12 semanas) ou **crônica** (mais de 12 semanas). Quanto à natureza, divide-se em:

- **Mecânica:** mais comum, associada a sobrecarga postural, degeneração discal, alterações facetárias ou instabilidade segmentar. O movimento e a carga costumam agravar as dores.
- **Inflamatória:** mais rara, com rigidez e dor matinal, característica de espondiloartrites e algumas doenças do colágeno. O movimento costuma melhorar a dor e rigidez.
- **Outras causas:** infecções, tumores, fraturas osteoporóticas e causas viscerais referidas para a coluna, que podem apresentar sintomas mistos e específicos.

As principais estruturas da coluna lombar envolvidas na dor lombar incluem discos intervertebrais, articulações facetárias, sacroilíacas, músculos paravertebrais, ligamentos e raízes nervosas.

O exame físico deve ser minucioso, incluindo observação postural (ectoscopia), palpação, avaliação da mobilidade lombar e testes específicos como Lasègue, Bragard, Patrick-FABER, teste de Schober, entre outros. A dor lombar deve ser diferenciada de outras causas, como artropatias do quadril, dor miofascial ou dores de outros sistemas. Em casos de dúvida diagnóstica, infiltrações guiadas podem auxiliar na identificação da estrutura geradora da dor.

Sinais de Alerta na Lombalgia

Na maioria dos casos, a lombalgia tem um curso benigno e resolução espontânea. Entretanto, em algumas situações específicas, pode ser o sintoma inicial ou manifestação de condições clínicas graves que requerem intervenção imediata e especializada.



Principais Sinais de Alerta (Red Flags)

- **Febre e Sinais Constitucionais Gerais:** A presença de febre inexplicada, especialmente quando acompanhada de sintomas gerais como perda ponderal significativa e sudorese noturna, pode indicar infecções vertebrais, como osteomielite ou abscessos epidurais, ou neoplasias malignas, especialmente metástases.
- **Déficit Motor Progressivo:** Fraqueza muscular progressiva em membros inferiores pode indicar compressão significativa das estruturas nervosas por hérnia discal aguda, fraturas com deslocamento, ou processos expansivos como tumores ou abscessos.
- **Alterações Esfincterianas:** Retenção urinária ou incontinência fecal, associada ou não à anestesia em "sela", sugere **síndrome da cauda equina**, condição emergencial que necessita de tratamento cirúrgico imediato para evitar danos neurológicos irreversíveis.
- **História Prévia de Câncer ou Suspeita:** Pacientes com histórico de neoplasias malignas devem sempre levantar suspeita de metástases ósseas, especialmente em casos de dor lombar persistente, que piora em repouso ou à noite. A lesão na coluna pode ser eventualmente a que gera os primeiros sintomas de uma doença neoplásica.
- **Trauma Significativo Recente ou Osteoporose:** A dor após trauma significativo ou mesmo trauma leve em pacientes com osteoporose aumenta a suspeita de fraturas vertebrais, que devem ser prontamente identificadas e tratadas para evitar complicações.

Exames Complementares para Investigação

A maioria dos casos de lombalgia é classificada como não específica, representando cerca de 90–95% dos pacientes, nos quais a imagem — seja tomografia computadorizada ou ressonância magnética — geralmente não orienta o tratamento e pode até causar danos, como exposição desnecessária à radiação e identificação de achados incidentais que levam a intervenções invasivas e aumento de absenteísmo laboral. Por isso, as principais diretrizes clínicas recomendam que tais exames só sejam realizados na perseverança dos sintomas por mais de 6-8 semanas após instituído tratamento clínico conservador, ou na presença de sinais de alerta (“red flags”). Essa abordagem criteriosa privilegia a segurança do paciente, reduz custos e evita o risco de intervenções desnecessárias baseadas em achados que, muitas vezes, não têm relação direta com os sintomas.



- **Radiografia Simples:** Útil na avaliação inicial de fraturas vertebrais, espondilolistese ou alterações estruturais óbvias. Trata-se do melhor exame para analisar as curvaturas e eventuais deformidades da coluna.
- **Tomografia Computadorizada (TC):** Indicada especialmente na avaliação detalhada de estruturas ósseas e para eventual planejamento cirúrgico, especialmente importante quando a RM não está disponível.
- **Ressonância Magnética (RM):** Considerado o exame de escolha para avaliação detalhada de hérnias discais, compressões nervosas, lesões ligamentares, abscessos vertebrais, osteomielite e tumores vertebrais, oferecendo alta sensibilidade e especificidade na identificação de alterações dos tecidos moles e estruturas neurais.
- **Cintilografia Óssea:** Indicada na suspeita de lesões ósseas metastáticas, especialmente útil na avaliação de pacientes com história prévia de câncer. Pode ajudar em alguns quadros infecciosos e inflamatórios da coluna.
- **PET Scan (Tomografia por Emissão de Pósitrons):** Exame altamente sensível para identificação precoce de lesões neoplásicas/metastáticas, especialmente útil em casos de tumores primários desconhecidos ou múltiplas metástases ósseas.
- **Exames Laboratoriais:** Em situações de suspeita de infecções ou neoplasias, exames como hemograma, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR) e estudos específicos (como eletroforese de proteínas, PSA, dentre outros) são importantes para completar a avaliação diagnóstica.

Quadro: Sinais de Alerta na Lombalgia

Sinais de Alerta	Suspeita Diagnóstica	Exames Complementares Recomendados
Febre	Infecção vertebral, abscesso epidural, osteomielite	RM, TC, Hemograma, VHS, PCR
Perda ponderal significativa	Neoplasias malignas (metástases)	RM, PET Scan, Cintilografia óssea, Exames laboratoriais específicos
Sudorese noturna	Neoplasias, Infecções crônicas	RM, PET Scan, Cintilografia óssea
Déficit motor progressivo	Hérnia discal aguda, tumores, abscessos, fraturas com deslocamento	RM, TC
Retenção urinária ou incontinência fecal	Síndrome da cauda equina	RM urgente
História prévia de câncer	Metástases ósseas	RM, PET Scan, Cintilografia óssea
Trauma recente significativo ou osteoporose	Fraturas vertebrais	Radiografia simples, TC
Dor noturna ou em repouso	Tumores ósseos (primários ou metastáticos), infecção	RM, Cintilografia óssea, PET Scan
Uso prolongado de corticosteroides	Fraturas osteoporóticas	Radiografia simples, TC, Densitometria óssea
Imunossupressão (HIV, uso crônico de imunossupressores)	Infecção vertebral (osteomielite, abscesso)	RM, Exames laboratoriais específicos
Idade avançada (>70 anos)	Fraturas osteoporóticas, tumores metastáticos	Radiografia simples, RM, TC, Cintilografia óssea

Manejo Clínico da Lombalgia Aguda e Subaguda

A avaliação inicial da lombalgia aguda, caracterizada por dor com menos de 12 semanas de duração, deve começar com a identificação de sinais de alerta ("red flags").

Na ausência de sinais de alerta, recomenda-se iniciar o tratamento conservador, ajustado conforme a intensidade da dor.



Em casos de **dor leve (escala 1 a 3)**, prioriza-se o manejo não farmacológico com incentivo à mobilização precoce, autogerenciamento, medidas posturais e, se necessário, encaminhamento à fisioterapia. Nessa fase, não há indicação formal para exames de imagem.

Para dor de intensidade **moderada (escala 4 a 6)**, podem ser usados analgésicos como a dipirona e o paracetamol e, se necessário, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), com cautela em pacientes com histórico de gastrite, insuficiência renal, hipertensão ou uso crônico. Nessa fase, é fundamental limitar o uso dos AINEs ao menor tempo possível. Opióides fracos, como a codeína ou a oxicodona em baixas doses, podem ser utilizados por período curto e em casos refratários, sempre considerando os riscos de dependência, constipação e sedação. A associação com laxantes pode ser útil para prevenção da constipação induzida por opioides.

Em situações de **dor intensa (escala >6)**, pode ser necessário associar múltiplas modalidades analgésicas, sempre sob supervisão clínica, respeitando os limites de segurança. O uso de opióides fortes deve ser reservado a situações excepcionais e de curta duração, evitando a cronificação do uso.

A reavaliação clínica deve ser realizada periodicamente após o início do tratamento. Caso haja controle adequado da dor e manutenção da mobilidade, o paciente deve receber orientações sobre o manejo domiciliar, medidas posturais, prescrição analgésica e eventual encaminhamento para reabilitação. Caso a dor persista, haja piora do quadro ou surgimento de novos sinais de alerta, é indicada a reavaliação da conduta terapêutica.

Tratamento da Lombalgia Crônica

O tratamento da dor lombar crônica deve ser multimodal e individualizado, considerando fatores físicos, psicológicos e sociais. Do ponto de vista farmacológico, os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) continuam sendo o tratamento de primeira linha para o controle da dor reagudizada, embora seu uso prolongado deva ser cauteloso devido a potenciais efeitos adversos gastrointestinais, renais e cardiovasculares.

Os gabapentinóides, como a gabapentina e a pregabalina, são recomendados principalmente quando há componente neuropático associado, embora sua eficácia isolada na dor lombar inespecífica seja limitada.

Os antidepressivos tricíclicos (como a amitriptilina) e inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (como a duloxetina) têm demonstrado benefício modesto, especialmente quando há sintomas associados de insônia, ansiedade ou depressão.



O uso de opióides deve ser evitado na dor crônica. Seu uso é reservado para casos refratários e por tempo limitado, considerando-se os riscos de dependência, tolerância e efeitos adversos; *guidelines* internacionais recomendam evitar opióides como terapia de manutenção prolongada.

A fisioterapia e fortalecimento axial são o pilar do tratamento, devendo incluir exercícios terapêuticos ativos, alongamentos, fortalecimento muscular, reeducação postural e orientações ergonômicas. A terapia cognitivo-comportamental, associada a programas de reabilitação funcional, tem demonstrado eficácia superior ao tratamento isolado com medicamentos.

As infiltrações guiadas, como bloqueios facetários ou radiculares, têm benefício temporário e são melhor indicadas nos episódios de agudização de dor crônica ou quando há dor bem localizada e refratária, com objetivo diagnóstico ou terapêutico.

As diretrizes mais recentes, como da North American Spine Society (NASS) e da American College of Physicians (ACP), reforçam que a abordagem ideal deve envolver reabilitação física supervisionada, manejo da dor com mínima farmacoterapia e, quando necessário, suporte psicológico estruturado.

Conclusão

O manejo da lombalgia deve seguir um protocolo estruturado que priorize uma anamnese detalhada e um exame físico minucioso, permitindo identificar precocemente sinais de alerta que justifiquem investigação complementar. Na ausência desses sinais, o tratamento deve ser conservador, com enfoque em analgesia, reabilitação e orientação ao paciente, diferenciando-se abordagens para dor aguda e crônica. A identificação precoce de causas específicas - com solicitação racional de exames de imagem - como fraturas, infecções ou neoplasias, permite o encaminhamento oportuno ao especialista, garantindo intervenções adequadas em casos específicos.

Referências

- 1: Corp N, Mansell G, Stynes S, Wynne-Jones G, Morsø L, Hill JC, van der Windt DA. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. *Eur J Pain*. 2021 Feb;25(2):275-295. doi: 10.1002/ejp.1679. Epub 2020 Nov 12. PMID: 33064878; PMCID: PMC7839780.
- 2: Zhou T, Salman D, McGregor AH. Recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison. *BMC Musculoskelet Disord*. 2024 May 1;25(1):344. doi: 10.1186/s12891-024-07468-0. PMID: 38693474; PMCID: PMC11061926.



- 3: Bailly F, Trouvin AP, Bercier S, Dadoun S, Deneuille JP, Faguer R, Fassier JB, Koleck ML, Lassalle L, Le Vraux T, Brigitte L, Petitprez K, Ramond-Roquin A, Renard JO, Roren A, Rozenberg S, Sebire C, Vuides G, Rannou FO, Audrey P. Clinical guidelines and care pathway for management of low back pain with or without radicular pain. *Joint Bone Spine*. 2021 Dec;88(6):105227. doi: 10.1016/j.jbspin.2021.105227. Epub 2021 May 26. PMID: 34051387.
- 4: Wirth B, Schweinhardt P. Personalized assessment and management of non-specific low back pain. *Eur J Pain*. 2024 Feb;28(2):181-198. doi: 10.1002/ejp.2190. Epub 2023 Oct 24. PMID: 37874300.
- 5: García-Moreno JM, Calvo-Muñoz I, Gómez-Conesa A, López-López JA. Effectiveness of physiotherapy interventions for back care and the prevention of non-specific low back pain in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022 Apr 2;23(1):314. doi: 10.1186/s12891-022-05270-4. PMID: 35366847; PMCID: PMC8976404.
- 6: Apeldoorn AT, Swart NM, Conijn D, Meerhoff GA, Ostelo RW. Management of low back pain and lumbosacral radicular syndrome: the Guideline of the Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF). *Eur J Phys Rehabil Med*. 2024 Apr;60(2):292-318. doi: 10.23736/S1973-9087.24.08352-7. Epub 2024 Feb 26. PMID: 38407016; PMCID: PMC11112513.
- 7: Expert Panel on Neurological Imaging; Hutchins TA, Peckham M, Shah LM, Parsons MS, Agarwal V, Boulter DJ, Burns J, Cassidy RC, Davis MA, Holly LT, Hunt CH, Khan MA, Moritani T, Ortiz AO, O'Toole JE, Powers WJ, Promes SB, Reitman C, Shah VN, Singh S, Timpone VM, Corey AS. ACR Appropriateness Criteria® Low Back Pain: 2021 Update. *J Am Coll Radiol*. 2021 Nov;18(11S):S361-S379. doi: 10.1016/j.jacr.2021.08.002. PMID: 34794594.
- 8: Han CS, Hancock MJ, Downie A, Jarvik JG, Koes BW, Machado GC, Verhagen AP, Williams CM, Chen Q, Maher CG. Red flags to screen for vertebral fracture in people presenting with low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Aug 24;8(8):CD014461. doi: 10.1002/14651858.CD014461.pub2. PMID: 37615643; PMCID: PMC10448864.
- 9: Price MR, Cupler ZA, Hawk C, Bednarz EM, Walters SA, Daniels CJ. Systematic review of guideline-recommended medications prescribed for treatment of low back pain. *Chiropr Man Therap*. 2022 May 13;30(1):26. doi: 10.1186/s12998-022-00435-3. PMID: 35562756; PMCID: PMC9101938.
- 10: Olivier TJ, Konda C, Pham T, Baltich Nelson B, Patel A, Sharma GS, Trivedi K, Annaswamy TM. Clinical practice guidelines on interventional management of low back pain: A synthesis of recommendations. *PM R*. 2023 Aug;15(8):1052-1063. doi: 10.1002/pmrj.12930. PMID: 36507598.
- 11: Fourré A, Vanderstraeten R, Ris L, Bastiaens H, Michielsens J, Demoulin C, Darlow B, Roussel N. Management of Low Back Pain: Do Physiotherapists Know the Evidence-Based Guidelines? *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Apr



SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROCIRURGIA

Departamento de Neurocirurgia da Associação Médica Brasileira
Filiada à World Federation of Neurosurgical Societies



23;20(9):5611. doi: 10.3390/ijerph20095611. PMID: 37174131; PMCID: PMC10178177.

12: Hall AM, Aubrey-Bassler K, Thorne B, Maher CG. Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain. BMJ. 2021 Feb 12;372:n291. doi: 10.1136/bmj.n291. PMID: 33579691; PMCID: PMC8023332.

13: Knezevic NN, Candido KD, Vlaeyen JWS, Van Zundert J, Cohen SP. Low back pain. Lancet. 2021 Jul 3;398(10294):78-92. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00733-9. Epub 2021 Jun 8. PMID: 34115979.

Dr. Franz Jooji Onishi
Coord. Da Comissão de Diretrizes e Novas Tecnologias