

BMJ Best Practice

Dor musculoesquelética na coluna lombar

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	5
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	11
Anamnese e exame físico	13
Exames diagnóstico	15
Diagnóstico diferencial	16
Tratamento	20
Abordagem passo a passo do tratamento	20
Visão geral do tratamento	26
Opções de tratamento	28
Acompanhamento	38
Recomendações	38
Complicações	38
Prognóstico	39
Diretrizes	40
Diretrizes de diagnóstico	40
Diretrizes de tratamento	40
Recursos online	42
Referências	43
Aviso legal	54

Resumo

- ◇ O diagnóstico é feito com a eliminação de causas específicas da lombalgia decorrentes de comprometimento neurológico, neoplasia, artrite inflamatória, fratura ou dor referida em outros locais ou sistemas de órgãos.
- ◇ Dor, rigidez e/ou sensibilidade da região lombossacra são sintomas. Pode ser aguda (com duração <4 semanas), subaguda (4 a 12 semanas) ou crônica (> 12 semanas).
- ◇ Educação do paciente, volta às atividades normais e tratamentos de autocuidado por temperatura (gelo, calor) são as primeiras etapas da terapia.
- ◇ Farmacoterapia oral (anti-inflamatórios não esteroidais, paracetamol e relaxantes musculares) é usada para o controle da dor.
- ◇ Opioides podem ser prescritos para dor intensa. Fisioterapia é indicada para dor que dura >4 a 6 semanas, embora os dados de suporte a esta prática sejam inconclusivos.

Definição

Dor musculoesquelética na coluna lombar é dor, rigidez e/ou sensibilidade na região lombossacral (abaixo da décima-segunda costela e acima das dobras glúteas). A dor na coluna lombar é subdividida de acordo com a duração em dor lombar aguda, com duração <4 semanas, dor lombar subaguda, com duração de 4 a 12 semanas e dor lombar crônica, com duração >12 semanas. Um diagnóstico de exclusão é feito eliminando-se as causas específicas de dor lombar decorrentes de comprometimento neurológico, neoplasia, artrite inflamatória, fratura e dor referida de outros locais ou sistemas de órgãos. Geralmente é impossível identificar com precisão a causa exata da dor, mas ela surge de qualquer combinação de patologia envolvendo discos, vértebras, facetas articulares, ligamentos e/ou músculos.[1]

Epidemiologia

Dor lombar é a segunda razão mais comum para consultas médicas nos EUA.[2] A prevalência ao longo da vida é de aproximadamente 50% a 84%.[3] [4] [5] Na National Health Interview Survey (Pesquisa de Saúde Nacional por Entrevistas) dos EUA de 2002, 26% dos norte-americanos relataram pelo menos 1 dia de dor lombar nos últimos 3 meses.[6] Uma pesquisa britânica de base populacional estimou a taxa de prevalência em 1 mês entre 35% a 37%.[7] As taxas de incidência são altamente variáveis. A incidência anual varia de 4% a 93%.[4] Foi observada uma incidência anual de 18.6% em um estudo de coorte em Saskatchewan, sendo que a maioria dos casos foi de intensidade leve.[3] A incidência em 3 anos de dor lombar de qualquer gravidade ou duração foi de 67% em uma população ambulatorial de veteranos de guerra nos EUA.[8] Um estudo revelou que mesmo fisioterapeutas sofrem lesões lombares em altas taxas. Este estudo revelou que a prevalência ao longo da vida de lesões lombares entre fisioterapeutas foi relatada como variando de 26% a 79.6%, com uma prevalência em 12 meses variando de 22% a 73.1%.[9]

Recidiva de dor lombar é muito comum. A transformação da dor lombar aguda em dor recorrente ou crônica ocorre em 35% a 75% em 1 ano, embora muitos pacientes com dor contínua parem de consultar-se com médicos.[5] [10]

A incidência de dor lombar entre mulheres tende a ser ligeiramente superior que entre homens.[11] A dor lombar ocorre principalmente em mulheres com 20 a 65 anos. A prevalência entre mulheres de 20 a 35 anos é menor, aumentando até 60 a 65 anos; após essa idade, a tendência da prevalência não é clara.[4] [12] [13] Nenhuma predominância étnica foi demonstrada com consistência. Em uma pesquisa nacional de saúde nos EUA em 2002, a maior prevalência de dor lombar foi em nativos norte-americanos e nativos do Alasca, e a menor foi em asiático-americanos (35% comparados a 19%, respectivamente, para a prevalência em um período de 3 meses).[14]

Uma das principais consequências sociais da lesão lombar e da dor crônica na coluna é a incapacidade. Uma revisão constatou que os anos vividos com incapacidades causadas pela dor lombar (em países desenvolvidos) aumentaram em mais de 50% desde 1990.[15] e que, adicionalmente, a incapacidade relacionada à dor lombar é projetada para aumentar mais em países de baixa e média renda, onde os recursos são limitados, o acesso a cuidados de saúde de qualidade é geralmente ruim e mudanças de estilo de vida e mudanças relacionados a um trabalho mais sedentário para alguns (como esses países desenvolvem economias baseadas em serviços) significam que os riscos só aumentarão.

Etiologia

A dor lombar inespecífica é, por definição, dor sem uma etiologia claramente definida. Devido à limitação da medicina e das ferramentas diagnósticas, uma identificação específica da origem exata da dor geralmente não é possível. No entanto, evidências sugerem etiologias incluindo discos vertebrais, vértebras, facetas articulares, fáscia, ligamentos e/ou músculos. É importante observar que a dor lombar inespecífica é uma entidade clínica bem reconhecida e compreendida por clínicos e pesquisadores da medicina da coluna vertebral.

Fisiopatologia

A fisiopatologia da dor lombar inespecífica pode se originar em diversas estruturas anatômicas da coluna lombar. O princípio básico por trás da nossa compreensão das origens da dor segue o princípio de que somente estruturas vertebrais inervadas podem ser fontes de dor lombar. A fisiopatologia de acordo com as estruturas anatômicas da dor lombar são as seguintes:

Disco intervertebral: consiste em um núcleo pulposo preenchido com fluido e proteoglicano no centro, cercado pelo anel externo. Embora o núcleo pulposo não seja inervado, o anel externo é inervado pelo nervo sinuvertebral e pode agir como uma fonte de dor.

Ruptura anular: pode ser um evento agudo envolvendo fatores inflamatórios. Um estudo usando ressonância nuclear magnética (RNM) com contraste de gadolínio em T1 encontrou realce das rupturas anulares externas em 48% dos pacientes com dor lombar inespecífica de início súbito. Quando o disco realçado foi injetado com anestésico local, 73% dos pacientes apresentaram redução da dor.^[16]

Doença degenerativa do disco: é um processo de longa duração decorrente de fatores mecânicos e genéticos. A degeneração envolve inflamação, apoptose, anormalidades no conteúdo colágeno e proteoglicano, e crescimento interno vascular.^[17]

Dor mediada pelas facetas articulares (ou zigapofisárias): é decorrente de distensão mecânica repetitiva ou trauma. A derivação medial dos ramos primários dorsais fornece inervação. Vários fatores inflamatórios foram identificados nesse processo degenerativo, incluindo interleucina (IL)-1B, IL-6 e fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa).^[18]

Entorse/lesão muscular, fascial e ligamentar pode causar lombalgia (dor lombar). Essas estruturas são inervadas pelos ramos dorsais primários.

Prevenção primária

De acordo com a US Preventive Services Task Force, há evidências inadequadas a favor e contra o uso de exercícios de fortalecimento da coluna ou modificação de fatores de risco (por exemplo, mais atividade física, abandono do hábito de fumar ou consumo reduzido de álcool) para prevenção primária da dor lombar em adultos.[31] Diretrizes europeias também não aconselham o uso de palmilhas, suporte/cinta lombar, manipulação da coluna vertebral e escolas de coluna para prevenção primária.[32] [33] No entanto, essas diretrizes recomendam exercícios para evitar o afastamento por doença, mas nenhum programa específico ou duração de exercício são recomendados.[34] Uma revisão sistemática europeia não encontrou evidências para sustentar o uso de orientações ou treinamento em técnicas de trabalho com ou sem equipamento de levantamento.[35] De acordo com os resultados de uma revisão sistemática, intervenções ergonômicas (física e organizacional) não foram mais eficazes que a ausência de intervenção ergonômica na intensidade, incidência e prevalência da dor lombar em curto ou longo prazos.[36] Uma revisão sistemática e metanálise revelou que os exercícios atuam na prevenção do início da lombalgia.[37]

As recomendações dos autores são evitar terapias e dispositivos específicos para prevenir dor lombar, mas iniciar uma rotina de exercícios aeróbicos. Abandono do hábito de fumar e controle de peso também devem ser levados em consideração para a saúde em geral, ainda que essas ações possam não ser bem-sucedidas em relação à prevenção primária da dor lombar.

Prevenção secundária

Exercício físico

Parece ter um efeito preventivo secundário moderado sobre a dor lombar. Uma revisão de ensaios clínicos randomizados e controlados sobre o exercício físico mostrou um efeito positivo consistente do exercício na prevenção da dor lombar recorrente.[149] De acordo com uma metanálise, há evidências de qualidade moderada de que programas de exercícios pós-tratamento possam prevenir recorrências de dor lombar.[65]

As Diretrizes Europeias de 2004 defendem que o exercício físico ajuda a evitar o afastamento por doença e dor lombar recorrente.[32] As mesmas diretrizes também afirmam que existem evidências insuficientes para recomendar ou não qualquer tipo ou intensidade de exercício. Os autores recomendam que, quando se recuperarem da dor lombar aguda inespecífica, os pacientes devem iniciar uma rotina de exercícios aeróbicos de baixo impacto que inclua exercícios direcionados aos músculos estabilizadores do tronco.

Suportes lombares

Embora um ensaio clínico randomizado e controlado tenha relatado um pequeno efeito benéfico dos suportes lombares na prevenção secundária, outros estudos não observaram esse benefício. Sendo assim, não recomendamos que sejam usados.

Manejo manual e dispositivos auxiliares

A colaboração Cochrane produziu uma síntese de evidências de que o treinamento de manejo manual e fornecimento de dispositivos auxiliares possam prevenir dor na lombar.[150] Revendo o resultado de 9 ECRCs, a revisão concluiu que não há evidências de que o treinamento manual ou fornecimento de dispositivos auxiliares evitem a dor na lombar ou afastamento por doença.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 38 anos sem história significativa de dorsalgia desenvolveu dor lombar aguda ao levantar caixas há 2 semanas. A dor é de natureza dolorida, localizada na área lombar esquerda e associada a espasmos. Ele descreve episódios prévios semelhantes há vários anos, que remeteram sem consulta médica. Ele nega qualquer dor ou fraqueza na perna. Também nega febre, calafrios, perda de peso e infecções recentes. Ibuprofeno de venda livre ajudou um pouco, mas ele só o tomou duas vezes ao dia nos últimos 3 dias porque não quer ficar dependente de analgésicos. Ao exame físico, há menor flexão e extensão lombar secundária à dor, mas o exame neurológico não é digno de nota.

Outras apresentações

Pacientes com dor lombar musculoesquelética apresentam dor de caráter, duração, localização e gravidade altamente variáveis. As características distintivas dessa condição são a ausência de achados neurológicos nos membros inferiores e a ausência de sintomas de alerta (como trauma significativo recente ou trauma mais leve na idade >50 anos; perda de peso inexplicada; imunossupressão; história de câncer; uso de medicamento intravenoso; uso prolongado de corticosteroides; osteoporose; idade >70 anos; déficit neurológico focal com sintomas progressivos ou incapacitantes; ou duração da dor lombar >6 semanas). Os pacientes podem se queixar de dor muscular ou na região lombossacra da coluna. É comum que eles apresentem irradiação da dor até as nádegas ou coxas, mas geralmente isso não se estende até o joelho.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico consiste de uma estratificação diagnóstica geral inicial de acordo com a história dos pacientes e os resultados de um exame físico. A estratificação orienta estudos subsequentes de manejo e diagnóstico.

Algoritmo geral de diagnóstico

O diagnóstico de dor lombar inespecífica envolve a eliminação de patologias subjacentes específicas, algumas das quais requerem atendimento médico urgente. Uma diretriz do American College of Physicians e American Pain Society oferece um esquema lógico de estratificação de 3 grupos.^[1]

Grupo 1: dor lombar possivelmente associada a estenose da coluna vertebral ou radiculopatia

Grupo 2: dor lombar possivelmente associada a outra causa específica, incluindo cauda equina, neoplasia, infecção, fratura vertebral, artrite inflamatória e relato de outro sistema de órgãos (por exemplo, pielonefrite) ou localização (por exemplo, disfunção sacroilíaca)

Grupo 3: dor lombar inespecífica.

Realizar essa estratificação orienta estudos subsequentes de manejo e diagnóstico. Todos os pacientes do grupo 2, e aqueles do grupo 1 que são candidatos a cirurgia/intervenção, devem ser submetidos a um exame de imagem, de preferência, ressonância nuclear magnética (RNM).^[1] Todos os pacientes do

grupo 2, junto com os do grupo 1 com dor intratável ou déficits neurológicos progressivos, devem ser indicados a um especialista ou ter investigação adicional da entidade nosológica subjacente suspeita.

Se nem a história nem o exame físico forem sugestivos de grupos 1 e 2, então o diagnóstico presuntivo de dor lombar inespecífica está feito. Esses pacientes não devem fazer exame de imagem de rotina (radiografia ou RNM) se a dor durou <4 semanas, já que isso não melhora os desfechos clínicos.[38] [39] Se a dor lombar inespecífica persistir por >4 a 6 semanas, exames de imagem podem ser necessários.[40] Exames de imagem da coluna lombar para verificação de lombalgia sem indicações de condições subjacentes graves não melhoram os desfechos clínicos.[41] Na verdade, uma revisão abrangente do American College of Physicians concluiu que há fortes evidências de que imagens de rotina para dor lombar usando radiografia ou métodos de imagem avançados não estejam associadas a um efeito clínico significativo nos desfechos dos pacientes.[42]

Depois que o diagnóstico de dor lombar inespecífica for estabelecido, uma investigação mais profunda na história funcional, ocupacional, social e psiquiátrica deve ser obtida para abordar os fatores de risco, incluindo obesidade, riscos ocupacionais, tabagismo e estressores psicossociais. Comorbidades psiquiátricas, como depressão, ansiedade e somatização, aumentam o risco de evolução para dor crônica incapacitante.[43] De acordo com um estudo de 2010, os fatores de risco para desfechos piores em 1 ano eram comportamento mal-adaptativo de enfrentamento da dor, sinais não orgânicos, comprometimento funcional, saúde geral e presença de comorbidades psiquiátricas.[24]

Infelizmente, até o momento não há estudos controlados que tenham investigado o papel do encaminhamento psiquiátrico precoce no tratamento da dor lombar aguda ou crônica; no entanto, as evidências disponíveis sugerem que o clínico deva considerar ativamente consultar um psiquiatra se houver suspeita de transtornos de humor ou ansiedade.

História

Todos os pacientes devem ser questionados em relação a episódios e tratamentos prévios, início, duração, localização, irradiação, características, fatores agravantes e atenuantes e gravidade de dor lombar. A história também deve ser direcionada para o estabelecimento da ausência de sintomas de alerta (por exemplo, trauma significativo recente ou trauma mais leve em idade >50 anos; perda de peso inexplicada; imunossupressão; história de câncer; uso de medicamento intravenoso (IV); uso prolongado de corticosteroides; osteoporose; idade >70 anos; déficit neurológico focal com sintomas progressivos ou incapacitantes; ou duração de dor lombar >6 semanas).[40] Se algum desses fatores estiver presente, recomenda-se avaliação adicional de imagem.

Exame físico

Um exame musculoesquelético e neurológico dirigido deve ser realizado. O exame musculoesquelético consiste do seguinte.

Inspeção: procurar deformidade evidente (por exemplo, em fraturas) e curvatura anormal (escoliose, cifose, lordose), que podem causar dor em uma minoria dos casos. Isso deve levar o médico a solicitar radiografias para documentar a curvatura da linha basal e encaminhamento ortopédico para casos moderados a graves.

Palpação dos processos espinhosos e musculatura: sentir bandas tensas, que causam dor somente no local do toque, e pontos desencadeadores (podem ter o aspecto de nó) que produzem dor irradiada em outro local. Esses achados sugerem dor miofascial.

Avaliação da amplitude de movimento (ADM) ativa e passiva: pacientes em posição ortostática são instruídos a ativamente flexionarem-se, estenderem-se e curvarem-se lateralmente o máximo que puderem. Dor à flexão que irradia para a perna sugere hérnia de disco com pinçamento em uma raiz nervosa; dor à extensão pode sugerir artropatia da faceta ou estenose da coluna vertebral. ADM altamente restrita em um paciente mais jovem pode sugerir espondilite anquilosante.

Vários testes de ADM podem ser realizados.

Teste de Schober: compreende localizar o ponto médio da espinha ilíaca pósterio-superior (EIPS) e depois marcar um ponto 10 cm acima e outro ponto 5 cm abaixo com uma caneta. O paciente é instruído a curvar-se o máximo para frente, e a distância entre os 2 pontos marcados é medida. O teste é positivo quando a distância entre os 2 pontos é <20 cm. Teste de Schober positivo em combinação com achados positivos no exame sacroilíaco (SI), idade <40 anos ou história familiar positiva requerem encaminhamento a um reumatologista.

Teste de FABER (flexão, adução e rotação externa do quadril): é realizado com os pacientes em posição supina deitada e, então, fazendo flexão, abdução e rotação externa das articulações do quadril. Isso avalia a patologia do quadril e sacroilíaca, dependendo se a dor está localizada na articulação do quadril ou sacroilíaca.

Teste de Gaenslen: é realizado com pacientes na posição supina deitados na beira da mesa de exame e pedindo a eles que flexionem uma perna ("leve o joelho até o peito") enquanto estendem a outra perna para fora da mesa de exame ("deixe a perna caindo da mesa"). Dor em qualquer uma das articulações sacroilíacas sugere patologia.

Observação: se esses testes forem positivos, uma radiografia da coluna lombossacra deve ser realizada. Se houver patologia sacroilíaca em combinação com flexão/extensão restrita da coluna, é necessário encaminhamento ao reumatologista.

Exame do quadril: todo paciente com dor lombar deve fazer um exame de quadril. A ADM passiva de cada quadril deve ser avaliada com o paciente deitado na posição supina. Deve haver normalmente 135° de flexão, extensão para 15° além da posição neutra e aproximadamente 45° de rotação interna e externa. Dor em qualquer desses movimentos sugere patologia do quadril, e uma radiografia do quadril deve ser realizada.

Um exame neurológico vai avaliar a força motora, a sensação de temperatura e sensibilidade tátil, e os reflexos tendinosos profundos (RTPs); essa parte do exame é crucial para a identificação de qualquer doença neurológica.

Exame motor: os testes musculares manuais da flexão do quadril, extensão do quadril, flexão do joelho, extensão do joelho, flexão plantar do tornozelo, dorsiflexão do tornozelo e extensão e flexão do hálux devem ser realizados.

Exame sensitivo: testes para percepção igual da sensibilidade tátil, à dor e vibratória da nádega, região perianal e membros inferiores.

Exame de reflexo: testes de reflexo na patela (L4) e tornozelo (S1).

Teste da resposta plantar: as solas de ambos os pés são arranhadas com um objeto pontudo ao longo da superfície plantar lateral do pé e depois atravessando para a superfície medial ao redor da região da

primeira articulação metatarsofalângica. Um hálux para cima com os outros pododáctilos se afastando é uma resposta positiva e sugere patologia do neurônio motor superior; um hálux para baixo é normal.

Teste da elevação da perna estendida: com o paciente na posição supina, 1 perna é elevada flexionando o quadril enquanto se mantém o joelho estendido. Se o paciente sentir dor irradiando além do joelho com esse movimento, o teste é positivo e sugere uma radiculopatia. Observação: o teste não é positivo se o paciente apresentar desconforto na região posterior da coxa (comumente devido ao alongamento do músculo criado por esse movimento).

Considerações sobre o diagnóstico devem ser reavaliadas se qualquer anormalidade for encontrada no exame neurológico. O foco deve ser na classificação do padrão como devido a:

Mielopatia/radiculopatia: sugeridas por uma combinação de perda sensorial um nível abaixo, sinais do neurônio motor superior (como reflexos aumentados ou resposta plantar para cima) e fraqueza motora um nível abaixo. Atenção especial deve ser dada à área perianal e, em particular, ao tônus retal reduzido, que pode sugerir lesão na cauda equina e requer investigação imediata. Mielopatias são decorrentes de problemas com a medula espinhal e podem ser secundárias à estenose da coluna vertebral, além de etiologias menos comuns, como doença desmielinizante, sífilis, insuficiência vascular, mielite transversa ou deficiência de vitamina B12. Radiculopatia é sugerida por deficits no dermatomo e no miótomo. Se forem sugeridas mielopatia ou radiculopatia no exame, uma RNM da coluna lombossacra deve ser obtida, e o encaminhamento a um especialista em coluna vertebral deve ser considerado se os sintomas neurológicos forem graves ou progressivos.

Neuropatia periférica/plexopatia: sugeridas por sinais do neurônio motor inferior de fraqueza e RTPs reduzidos; as causas mais comuns desses sintomas são neuropatia periférica diabética e amiotrofia diabética. Se for sugerida neuropatia ou plexopatia periférica pelo padrão do comprometimento motor, sensitivo ou de reflexo, investigações adicionais por eletromiografia (EMG) são indicadas.

Exames laboratoriais e de imagem

Avaliação do paciente com dor lombar com exames laboratoriais/de imagem só deve ser feita com base na suspeita clínica de certos cenários ou quando a dor persistir por >4 semanas. Esses cenários incluem os seguintes procedimentos.

Síndrome da cauda equina requer encaminhamento imediato ao pronto-socorro.

Dor progressiva ou distúrbios sensitivos ou motores nos membros inferiores sugerem sintomas neurológicos. Isso requer RNM da coluna lombossacra para avaliar o grau de pinçamento neurológico das raízes nervosas ou medula espinhal. Se a RNM for contraindicada, a mielotomografia é um substituto apropriado.

Anteriormente recomendava-se que a dor de natureza axial que durasse mais de 4 a 6 semanas fosse avaliada por meio de uma radiografia da coluna lombossacral,[41] e, se o resultado fosse negativo, tomografia computadorizada (TC) ou RNM da coluna lombossacra deveriam ser consideradas. Em 2011, o American College of Radiology elaborou os Critérios de Adequação para a avaliação da dorsalgia com e sem complicações. Entre pacientes com duração de sintomas maior que 4 a 6 semanas, eles classificaram a RNM sem contraste como investigação preferida de primeira linha levando em consideração as doses de radiação, assim como a capacidade preditiva.[40] Em pacientes com dor lombar crônica não radicular, a discografia provocativa não é recomendada como procedimento para diagnosticar dor lombar discogênica.[44]

Suspeita de espondilite anquilosante ou outras doenças reumatológicas (por exemplo, história de rigidez matinal durando >1 hora, história familiar positiva ou dores articulares simétricas): requer pronto encaminhamento a um reumatologista. Antes do encaminhamento, exames básicos, como hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C-reativa e radiografia da coluna total (incluindo articulações SI), podem ser solicitados para servir de ponto inicial da investigação reumatológica.

História de uso de drogas IV, fatores de risco para tuberculose, imunossupressão ou presença de febre/calafrios: a osteomielite deve ser considerada. Hemograma completo, VHS, proteína C-reativa e hemoculturas devem ser solicitados. Se houver suspeita de tuberculose, um derivado proteico purificado (PPD) deve ser aplicado. Em todos os casos, a investigação por imagem deve começar com uma radiografia da coluna lombossacral. Se não houver evidências de osteomielite, mas ainda houver suspeita, uma cintilografia óssea deve ser solicitada. Novamente, se não houver evidência de osteomielite, mas ainda houver suspeita clínica elevada, uma RNM de alta sensibilidade da coluna lombossacral deve ser solicitada. Alguns médicos ignorariam a cintilografia óssea e prosseguiriam para a RNM se as radiografias fossem negativas. Se qualquer um dos estudos de imagem for positivo, então, um encaminhamento ortopédico deve ser considerado.

Pode haver suspeita de malignidade se o paciente tiver história de câncer, perda de peso inexplicada, dor noturna persistente ou dor em repouso. Um rastreamento de câncer adequado à idade e sexo deve ser iniciado.

Pielonefrite pode resultar em dorsalgia ou dor no flanco. Os pacientes geralmente relatam outros sintomas, incluindo mal-estar, febre, calafrios e disúria. Urinálise e cultura podem ajudar no diagnóstico.

Os pacientes podem ser encaminhados a um psiquiatra ou psicólogo, se houver suspeita de depressão maior, ansiedade ou problemas pessoais significativos.

Fatores de risco

Fortes

obesidade

- Em 1989, a National Health Interview Survey dos EUA encontrou uma grande prevalência de dor lombar em pacientes com alto índice de massa corporal (IMC). Pessoas com IMC >27.6 kg/m² apresentaram maior risco de dor lombar.[19]
- Isso pode ser explicado pelo maior estresse mecânico exercido sobre estruturas vertebrais devido ao peso corporal elevado.

história familiar de doença degenerativa do disco

- A genética foi identificada como um fator de risco importante em doença degenerativa do disco (DDD), como mostrado em estudos com gêmeos.[20] [21]
- Ainda que nenhum gene causador tenha sido identificado, há uma forte associação entre certos polimorfismos no gene do colágeno e DDD lombar.[22]

flexibilidade musculotendinosa deficiente e postura anormal

- Muitos clínicos acham que a falta de flexibilidade muscular e tendínea é um fator de risco para a dorsalgia. Um estudo descobriu especificamente que uma restrição na flexão lateral e na amplitude de

movimento dos isquiotibiais, bem como uma lordose lombar limitada, estiveram associados a um risco aumentado de desenvolvimento de dor lombar.[23]

estresse e comorbidades psiquiátricas

- Inúmeros estudos ilustram uma ligação com transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, ansiedade e estresse psicossocial. Esses fatores aumentam a probabilidade não somente de sintomas crônicos e incapacidade associados à dor lombar, mas também de incidência de dor lombar. Fatores de risco para desfechos mais desfavoráveis em 1 ano são: comportamentos mal-adaptativos de enfrentamento da dor; sinais não orgânicos; comprometimento funcional; estado geral de saúde e presença de comorbidades psiquiátricas.[24]
- Uma análise multivariada relatou uma razão de chances de 2.52 para incidência de dor lombar em pacientes com sofrimento psíquico.[25] Depressão foi o maior preditor inicial isolado de dor lombar incidente, com uma razão de riscos de 2.3 em uma coorte de veteranos de guerra inicialmente assintomáticos.[8]

Fracos

aumento de idade, até 60-65 anos

- Há um consenso geral de que a prevalência de dor lombar aumenta com a idade até 60 a 65 anos. Após os 65 anos de idade, os dados são conflitantes em relação à prevalência de dor lombar; há quem sugira redução da prevalência após 65 anos[4] e outros estudos questionam essa associação.[13]
- A prevalência elevada com a idade pode ser explicada por desgaste cumulativo, alterações degenerativas, como perda de altura do disco ou alterações osteoartríticas das facetas articulares.

sexo feminino

- A associação entre sexo feminino e prevalência de dor lombar foi sugerida em alguns estudos,[11] mas não em outros.[19] [26]
- Uma tendência de prevalência elevada de dor lombar entre mulheres em comparação a homens é mais consistente em idosos (>65 anos de idade).[27] Essa maior prevalência pode ser parcialmente causada pela maior prevalência de osteoporose encontrada em mulheres mais velhas.

atividades físicas e ocupacionais pesadas

- Ocupações que requerem esforço físico foram associadas à dor lombar. Um estudo prospectivo, longitudinal em South Manchester revelou que levantar objetos com mais de 11.4 kg (25 libras), empurrar/puxar objetos pesados e ficar em pé ou andar por períodos prolongados foram associados a uma maior incidência de dor lombar, especialmente entre trabalhadoras mulheres.[28]
- Essas atividades resultam em dor lombar causada por lesões agudas e estresses cumulativos à anatomia da coluna vertebral.[12]

tabagismo

- A evidência é mista. Um amplo estudo britânico de coorte sugeriu uma associação positiva,[25] mas um estudo dinamarquês de controle de gêmeos não conseguiu demonstrar uma associação significativa entre tabagismo e dor lombar.[29]
- Possíveis mecanismos incluem esforço por tosse frequente, alterações osteoporóticas atribuídas ao tabagismo e desnutrição do disco decorrentes de uma menor oxigenação do sangue.[30]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

obesidade, estresse e comorbidades psiquiátricas (comum)

- A prevalência da dor lombar está correlacionada ao índice de massa corporal (IMC) aumentado.[19]
- Há uma razão de chances elevada relatada para a incidência de dor lombar em pessoas com depressão e sofrimento psíquico.[8] [25] Pacientes podem relatar depressão, ansiedade, estressores de família ou trabalho, ou comportamentos de medo e esquiva.

história de dor lombar prévia (comum)

- Episódios prévios de dor lombar são relacionados ao episódio atual para diagnosticar dor lombar recorrente.

história de tratamento anterior (comum)

- O histórico das terapias prévias deve ser obtido, incluindo fisioterapia, acupuntura, massagem, estimulação elétrica transcutânea de nervo, medicamentos, injeções, manipulação vertebral ou cirurgia.

irradiação da dor não se estende além do joelho (comum)

- Geralmente, a dor lombar musculoesquelética não irradia para as pernas mas, se irradiar, não vai além do joelho.
- Se a dor estiver localizada abaixo do joelho, ela não poderá ser atribuída apenas à dor lombar musculoesquelética, e o diferencial é ampliado para incluir patologias como radiculopatia, estenose da coluna vertebral, neuropatia periférica, claudicação vascular e patologia dos membros inferiores.[40]

ausência de sintomas de alerta (comum)

- O diagnóstico presuntivo é dor lombar inespecífica se os sinais de alerta estiverem ausentes ou se os exames de imagem não forem dignos de nota no seguimento.
- Uma revisão Cochrane concluiu que, em pacientes com dor lombar, não havia dados suficientes relacionados aos sintomas de alerta isolados em relação a neoplasias. Pesquisas adicionais são necessárias em relação a combinações de sintomas.[45]
- De acordo com as diretrizes do American College of Radiology, se qualquer um dos fatores a seguir estiver presente, exames de imagem adicionais são necessários: trauma recente significativo ou trauma mais leve na idade >50 anos; perda de peso inexplicável; imunossupressão; história de câncer; uso de droga intravenosa (IV); uso prolongado de corticosteroides; osteoporose; idade >70 anos; déficit neurológico focal com sintomas progressivos ou incapacitantes; ou duração da dor lombar >6 semanas.[40]

ausência de febre, flutuação, sensibilidade extrema à palpação (comum)

- Ausência desses sinais não exclui infecção. Se houver suspeita de infecção com base na história, devem-se obter exames de imagem.

exames sensitivos, motores e dos reflexos tendinosos profundos dentro dos limites normais (comum)

- Esses exames têm mais especificidade que sensibilidade; assim, um exame normal não exclui comprometimento neurológico:[46]

- Fraqueza do flexor plantar do tornozelo (sensibilidade 47%, especificidade 76%).
- Fraqueza do quadríceps (sensibilidade 40%, especificidade 89%).
- Reflexo tendinoso profundo do tornozelo anormal (sensibilidade 47%, especificidade 90%).
- Sensação dos membros inferiores anormal (sensibilidade 50%, especificidade 62%).

teste negativo de elevação da perna estendida em linha reta ou cruzada (comum)

- Para realizar o teste de elevação de perna estendida (SLR), a perna supina do paciente é elevada com o joelho estendido. O teste é positivo quando a dor irradiante da perna atravessa para o joelho ipsilateral à lesão, indicando radiculopatia.
- Para o teste de elevação da perna estendida cruzada (CSLR), a dor ocorre ao elevar a perna contralateralmente à lesão radicular.
- O teste da perna estendida cruzada (SLR) tem uma sensibilidade de 91% e especificidade de 26%. O teste CSLR tem uma sensibilidade de 29% e especificidade de 88%.^[47]

Outros fatores de diagnóstico

dor incômoda, em facada, lacerante, ardente ou elétrica associada a espasmos musculares (comum)

- O paciente é instruído a descrever a natureza da dor, incluindo dor incômoda, em facada, lacerante, ardente, elétrica, associada a espasmos musculares. A dor lombar inespecífica pode ser descrita como qualquer uma destas.
- O tipo de dor também pode levar à consideração de outra patologia (por exemplo, parestesia ardente em um padrão de dermatômos ao longo da coluna lombar, flanco e abdome inferior pode sugerir herpes-zóster).

ausência de dor na flexão ou alívio na extensão (comum)

- Pode sugerir um subtipo particular de dor lombar inespecífica, ainda que não existam evidências.
- Dor na flexão e alívio na extensão podem sugerir doença do disco ou outra patologia de elemento anterior. Dor na extensão e alívio na flexão podem sugerir estenose da coluna vertebral, artropatia da faceta ou outra patologia de elemento posterior.

escoliose ou cifose (incomum)

- Podem ser observadas nas posições ortostática ou de flexão para frente. Geralmente, graus leves da curvatura da coluna não contribuem para a dor, mas casos graves podem ser dolorosos com necessidade de apoio cirúrgico.

teste de FABER (flexão, abdução e rotação externa do quadril), Gaenslen ou Schober negativos (incomum)

- Sensibilidade à palpação na articulação sacroilíaca (SI) e resultado positivo para os testes de FABER (flexão, abdução e rotação externa do quadril) e Gaenslen (flexão máxima do quadril associada à extensão contralateral do quadril) podem sugerir disfunção da articulação SI; teste de Schober positivo indica flexão lombar reduzida.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
diagnóstico clínico <ul style="list-style-type: none"> Exame de imagem não é necessário para dor musculoesquelética na coluna lombar durando <4 semanas, na ausência de características de sinais de alerta ou suspeita de uma doença subjacente ou diagnóstico alternativo.[42] 	dorsalgia musculoesquelética típica

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
radiografia da coluna lombar <ul style="list-style-type: none"> Radiografias podem ser suficientes para a avaliação inicial dos seguintes grupos de pacientes: trauma significativo recente (em qualquer idade), osteoporose ou idade >70 anos.[40] Nesse grupo, no entanto, o American College of Radiology (ACR) defende o uso de ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna vertebral sem contraste como investigação de primeira linha.[40] Pode eliminar diagnósticos de fratura, espondilolistese ou tumor. É sensato solicitar esse teste se qualquer outro sintoma de alerta do ACR estiver presente, ainda que a RNM seja a modalidade de preferência.[40] Radiografias não devem ser solicitadas para dor lombar inespecífica de duração <6 semanas, já que não têm efeito nos desfechos.[39] [41] [42] 	alterações degenerativas
ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna lombar <ul style="list-style-type: none"> O melhor exame para dor lombar complicada. Pode eliminar diagnósticos de fratura, espondilolistese e tumor/abscesso. A RNM pode ser solicitada nas seguintes circunstâncias: suspeita de radiculopatia ou estenose da coluna vertebral em possíveis candidatos a cirurgia; suspeita de cauda equina; dor lombar pós-cirúrgica; perda de peso inexplicada; imunossupressão; história de câncer; uso de droga intravenosa (IV); uso prolongado de corticosteroides; ou dor persistente com duração >4 a 6 semanas. A RNM tem valor diagnóstico limitado na dor lombar aguda inespecífica. Estudos revelaram protrusões de disco, alterações degenerativas e estenose da coluna vertebral em pacientes assintomáticos que não deveriam ser submetidos a nenhuma intervenção.[40] [48] [49] [50] 	visualiza alterações no tecido cicatricial ou degenerativas
tomografia computadorizada (TC) da coluna lombar <ul style="list-style-type: none"> Não é tão útil quanto a RNM para identificar protrusões de disco. Melhor que a RNM para identificar patologia óssea. A TC pode ser solicitada nas seguintes circunstâncias: se a RNM for contraindicada; necessidade de identificar detalhes de espondilólise, pseudoartrose ou escoliose; ou se uma visão detalhada da fusão cirúrgica, instrumentação ou integridade do enxerto ósseo for necessária.[40] 	identifica patologia óssea

Exame	Resultado
mielografia <ul style="list-style-type: none"> Desvantagens incluem necessidade de contraste e punção lombar, ainda que raramente usadas. A sensibilidade da estenose da coluna vertebral usando mielografia (67% a 78%) é menor que com TC ou RNM.[51] 	ausência de hérnia de disco e estenose da coluna vertebral
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> Contagem de leucócitos normal sugere que infecção ativa, como osteomielite, seja menos provável. 	normal
Velocidade de hemossedimentação (VHS) <ul style="list-style-type: none"> VHS normal sugere menor probabilidade de infecção ativa (por exemplo, osteomielite), doença reumática ativa ou neoplasia. Se a VHS for elevada, é necessária investigação adicional. 	normal
proteína C-reativa <ul style="list-style-type: none"> Proteína C-reativa normal sugere menor probabilidade de infecção ativa (por exemplo, osteomielite), doença reumática ativa ou neoplasia. Se a proteína C-reativa for elevada, é necessária investigação adicional. 	dentro dos limites normais
urinálise e cultura <ul style="list-style-type: none"> Urinálise (ausência de leucócitos/eritrócitos) e cultura normais sugerem que pielonefrite ativa seja improvável. 	normal
hemoculturas <ul style="list-style-type: none"> Hemocultura negativa sugere menor probabilidade de osteomielite. 	negativo
cintilografia óssea com radionuclídeos <ul style="list-style-type: none"> Teste negativo de polifosfato de tecnécio pode excluir o diagnóstico de osteomielite. Em geral, o teste é necessário somente se os resultados da radiografia forem ambíguos. 	normal
eletromiografia (EMG) <ul style="list-style-type: none"> Uma avaliação normal da EMG exclui neuropatia periférica ou plexopatia (por exemplo, neuropatia periférica diabética/amiotrofia diabética). 	normal

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Estenose da coluna vertebral	<ul style="list-style-type: none"> Dormência, fraqueza dos membros inferiores, dor irradiando para as nádegas e perna (especialmente se a dor irradiar além dos joelhos) e claudicação neurogênica. A estenose da coluna vertebral geralmente é bilateral. 	<ul style="list-style-type: none"> Ressonância nuclear magnética (RNM), tomografia computadorizada (TC) ou mielografia lombar mostram estreitamento do canal vertebral. EMG mostra atividade insercional elevada, fibrilação/ondas agudas e recrutamento menor.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Radiculopatia/ciática	<ul style="list-style-type: none"> Dormência, fraqueza dos membros inferiores, dor irradiando para as nádegas e perna (especialmente se a dor irradiar além dos joelhos). A radiculopatia/ciática geralmente é unilateral. 	<ul style="list-style-type: none"> Reflexo patelar, posterior da coxa ou do tornozelo anormal ou assimétrico. Teste de elevação da perna estendida positivo. RNM ou mielografia lombar mostram protrusões de disco ou estreitamento foraminal que impingem nas raízes nervosas. A TC lombar mostra estreitamento foraminal; talvez não possa ser observada hérnia aguda porque os nervos ou discos não são visíveis. EMG mostra atividade insercional elevada, fibrilação/ondas agudas e recrutamento menor.
Síndrome da cauda equina	<ul style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas incluem incontinência ou retenção gastrointestinal/geniturinária, anestesia em sela e fraqueza súbita inexplicada bilateral dos membros inferiores. 	<ul style="list-style-type: none"> A RNM é o melhor teste para mostrar compressão da cauda equina. Se não houver retenção urinária, a probabilidade de cauda equina é de <1/10,000.[52]
Neoplasia da coluna vertebral	<ul style="list-style-type: none"> Pode haver suspeita quando ocorrer dor noturna e perda de peso, principalmente se a dor lombar não melhorar após 4 a 6 semanas de tratamento conservador. 	<ul style="list-style-type: none"> A radiografia da coluna total pode demonstrar lise do corpo vertebral ou elementos posteriores; metástases podem causar destruição do pedículo resultando no sinal de "coruja piscando". A RNM da coluna vertebral pode mostrar uma lesão lítica ou blástica com intensidade variada do sinal em T2. A velocidade de hemossedimentação (VHS) pode ser elevada. Cintilografia óssea pode identificar a área de renovação possivelmente representando doença primária ou metastática.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Abscesso, osteomielite ou discite séptica	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes podem apresentar infecção cutânea ou do trato urinário recente, imunossupressão ou febre. 	<ul style="list-style-type: none"> A RNM pode identificar abscesso, osteomielite ou discite. VHS e proteína C-reativa podem ser elevadas.
Espondilite anquilosante ou psoriática ou artrite reativa	<ul style="list-style-type: none"> Rigidez matinal com duração >60 minutos, melhora dos sintomas com atividade física e despertar à noite devido à dor lombar podem sugerir artrite inflamatória. 	<ul style="list-style-type: none"> Um teste de Schober positivo mostrando falta de flexibilidade da coluna vertebral sugere espondilite anquilosante, apesar disso ser inespecífico. Os níveis de VHS e proteína C-reativa podem ser elevados. Um resultado positivo para o teste do antígeno leucocitário humano (HLA)-B27 sugere essas doenças. Radiografias pélvica e de coluna vertebral podem mostrar sacroileíte e coluna em bambu.
Fratura por compressão vertebral	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade na palpação da coluna vertebral, principalmente em pacientes mais velhos com história de tratamento esteroide e/ou osteoporose. 	<ul style="list-style-type: none"> A radiografia da coluna lombossacra pode mostrar fraturas. A TC da coluna vertebral pode definir mais claramente a patologia óssea.
Aneurisma da aorta abdominal	<ul style="list-style-type: none"> A dor normalmente se manifesta na forma de dor abdominal intermitente ou contínua de início súbito, irradiando para as costas; o paciente pode sofrer colapso. 	<ul style="list-style-type: none"> Ultrassonografia/TC do abdome pode mostrar a presença de aneurisma da aorta abdominal.
Nefrolitíase	<ul style="list-style-type: none"> A dor normalmente irradia em direção à virilha nesses casos. 	<ul style="list-style-type: none"> Os resultados da urotomografia e ultrassonografia renal são diagnósticos.
Pielonefrite	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes podem apresentar sensibilidade no ângulo costovertebral (ACV) e sintomas urinários de disúria, polaciúria e hesitação; a dor no flanco pode irradiar para as costas; pode haver febre, calafrios e fadiga. 	<ul style="list-style-type: none"> Urinálise e/ou cultura de urina positiva(s).

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Patologia sacroilíaca (SI)	<ul style="list-style-type: none"> Além da dor lombar, a dor também é comum nas nádegas e coxas. 	<ul style="list-style-type: none"> A sensibilidade à palpação na articulação SI e o resultado positivo para os testes de FABER (flexão, abdução e rotação externa do quadril) e Gaenslen (flexão máxima do quadril associada à extensão contralateral do quadril) podem sugerir disfunção da articulação SI. Radiografias pélvica e lombar podem mostrar alterações escleróticas e aumento da articulação. TC pélvica e da coluna lombar podem mostrar esclerose, esporão e subluxação.

Abordagem passo a passo do tratamento

Os principais objetivos do tratamento são a redução da dor e a restauração do status funcional. O algoritmo do tratamento começa com a educação do paciente e tratamentos de autocuidado e, depois, prossegue para outras terapias baseadas em evidências, incluindo farmacoterapia para redução da dor e relaxamento muscular e fisioterapia. A educação do paciente serve como base para o manejo da dor lombar.[53]

Modificação do estilo de vida

A educação do paciente deve enfatizar o prognóstico geral favorável da dor lombar aguda inespecífica, mas também o alto risco de recorrência. Os pacientes devem ser incentivados a voltarem às suas atividades de rotina assim que possível. A revisão Cochrane mais recente constatou que aconselhar o paciente a permanecer ativo está associado a pequenas melhoras na dor e no status funcional, em comparação ao repouso no leito. Os médicos devem informar aos pacientes que manter as atividades diárias comuns provavelmente não resulta no agravamento da dor lombar ou de qualquer lesão grave à sua coluna, e isso ajuda a aumentar a adesão dos pacientes a esses princípios. Os pacientes também podem ser instruídos a usar tratamentos de autocuidado com temperatura (como gelo ou calor) quando apropriado.[54]

Farmacoterapia

Deve ser iniciada após se informar os pacientes dos riscos e benefícios. Os medicamentos de primeira linha incluem um curto ciclo de anti-inflamatório não esteroidal (AINE) em pacientes sem comorbidades gástricas, cardiovasculares e comorbidades renais. Se houver contraindicações para os AINEs, um ciclo curto de paracetamol pode ser considerado, desde que não existam comorbidades hepáticas, apesar de não existirem estudos de alta qualidade para provar ou refutar sua eficácia para dor lombar aguda inespecífica.[55] Além disso, uma revisão sistemática Cochrane questionou a eficácia do paracetamol para a dor lombar em geral.[56] Paracetamol parece não ser eficaz para espondilose.[57] [58] Um ciclo concomitante de relaxante muscular de curta duração também deve ser considerado. No entanto, devido ao potencial de abuso, benzodiazepínicos e carisoprodol não devem ser usados como agentes de primeira linha nessa situação (e talvez em nenhuma outra). Um ciclo curto de tramadol ou outro opioide deve ser considerado se a dor lombar for grave e descontrolada mesmo após a volta às atividades normais, tratamentos de autocuidado e farmacoterapia, ainda que alguns dados sugiram que opioides possam ter um impacto sobre o benefício em longo prazo. A necessidade contínua de narcóticos deve estar de acordo com diretrizes.[59]

Fisioterapia

Fisioterapia pode ser útil para dor lombar que dura >4 a 6 semanas, ainda que os dados sejam inconclusivos. Encaminhamento para fisioterapia pode ser oferecido, com terapias como alongamento da coluna vertebral, fortalecimento dos músculos estabilizadores do tronco e condicionamento aeróbico. Os fisioterapeutas podem escolher usar modalidades como gelo, calor e ultrassonografia, mas eles devem ser adjuvantes à terapia ativa com exercícios.

A fisioterapia ativa refere-se a movimentos iniciados pelo paciente, que consistem em alongamento, fortalecimento e condicionamento aeróbico para tratar a dor lombar. Os estudos sobre a terapia com exercícios físicos variam em termos de frequência, duração, orientação ou instrução do fisioterapeuta e movimentos específicos realizados. Essas grandes variações são um grande desafio ao estudo da

terapia com exercícios físicos, e não há evidências definitivas para sugerir que certos exercícios ou rotinas sejam superiores a outros.[60]

A maioria dos programas de exercícios para a coluna tem como objetivo o fortalecimento dos músculos estabilizadores do tronco (abdominais, oblíquos, eretor da espinha, músculos do assoalho pélvico e grande dorsal), condicionamento aeróbio e flexibilidade da coluna na extensão, flexão, curvatura lateral e rotação. Uma revisão sistemática encontrou uma correlação em que pessoas com dor lombar moderada a extrema tiveram má qualidade dos músculos oblíquo abdominal e multifídeo e isso predispsse resultados piores da função física.[61] Comparados ao condicionamento geral, os exercícios de estabilização do tronco, os exercícios de fortalecimento e resistência e os programas de exercícios de coordenação/estabilização podem ser mais eficazes na redução da dor e na melhora da função em curto prazo em pacientes com dor lombar crônica.[62] [63] [64]

Ainda que a terapia com exercícios não apresente um efeito benéfico sobre a dor lombar aguda inespecífica, ela reduz o absenteísmo no trabalho na dor lombar inespecífica subaguda. A terapia com exercícios físicos aparentemente não reduz a dor ou melhora o estado funcional na dor lombar subaguda inespecífica.[65]

A frequência dos exercícios tem demonstrado ser mais importante que seu tipo, duração ou intensidade.[66]

Com base em uma metanálise, a terapia aquática pode ser considerada um exercício de tratamento.[67]

Um estudo sugeriu que terapia em grupo foi tão eficaz quanto tratamento individualizado.[68]

Um estudo demonstrou que caminhadas supervisionadas isoladas poderiam ser uma alternativa para aqueles que não desejam participar de terapias mais agressivas,[69] enquanto uma revisão sistemática encontrou evidências de baixa qualidade para sugerir que a caminhada é tão eficaz quanto outros métodos de tratamento não farmacológico (exercícios de força específicos, fisioterapia clínica ou aulas com exercícios supervisionados) na melhora da incapacidade funcional e da qualidade de vida em adultos com dor lombar. No entanto, embora uma revisão sistemática não tenha dado suporte a caminhadas em relação ao tratamento usual.[70]

Outro estudo revelou que o treinamento de força/resistência e coordenação/estabilização resultou em desfechos positivos que foram melhores que o treinamento aeróbico rigoroso.[64]

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Um ensaio clínico randomizado e controlado observou que a TCC foi associada a melhores desfechos em termos de dor e incapacidade em 12 meses.[71]

Uma avaliação psicossocial completa deve ser realizada com encaminhamento, se necessário.

Uma revisão Cochrane de 2010 observou que a terapia operante é mais eficaz que a lista de espera, e a terapia comportamental é mais eficaz que os cuidados habituais para alívio da dor, mas nenhum tipo específico de terapia comportamental é mais eficaz que outro.[72] No entanto, a revisão não incluiu um ensaio clínico randomizado e controlado que observou que em pacientes com dor lombar subaguda ou crônica, a TCC foi associada a melhores desfechos em termos de dor e incapacidade em 12 meses. O último ensaio clínico randomizado e controlado também demonstrou a custo-efetividade da intervenção cognitivo-comportamental nesse grupo de pacientes.[71] Além disso, a TCC foi mais eficaz na redução

da dor lombar e incapacidade ao longo de um período de 12 meses, quando comparada a orientações de melhores práticas na atenção primária, com efeitos durando em média até 34 meses.[73]

Um ECRC apontou que tratamento oferecido pela internet com base na TCC apresentou melhores desfechos para pessoas com dor crônica comórbida com sofrimento emocional,[74] e outro estudo sugeriu que a TCC poderia ser oferecida por meio de programas online.[75] Uma teoria sobre como a TCC funciona é que ela pode alterar a percepção negativa do paciente sobre a dor, independentemente do nível de dor, melhorando assim a função. Uma revisão sistemática descobriu que, em pacientes com dor lombar crônica, a TCC online parece mostrar alguma promessa em termos de redução da catastrofização e melhora da atitude do paciente.[76] A TCC também demonstrou ser tão eficaz quanto a redução do estresse baseada na atenção plena na melhora da dor e das limitações funcionais em adultos com lombalgia crônica.[77]

Uma revisão sistemática e metanálise revelou que intervenções psicológicas reduziram de fato os custos com saúde na dor crônica, mas não outras medidas de desfecho, como incapacitação no trabalho.[78]

Reabilitação interdisciplinar

A reabilitação interdisciplinar deve ser considerada uma opção de tratamento para dor lombar persistente e incapacitante. Manipulação e programas de exercícios também podem ser oferecidos.[1] [79] [80] [81] Massagem pode ser benéfica para pacientes com dor lombar crônica, embora isso seja controverso.[82] [83] Várias modalidades de exercícios físicos incluindo a técnica de Alexander foram testados, mas há poucos dados para sugerir quais são as melhores.[60] [84] [85]

Uma metanálise mostrou que pessoas submetidas a reabilitação biopsicossocial multidisciplinar para lombalgia crônica tiveram mais probabilidade de sentir menos dor e incapacidade que aqueles recebendo cuidados comuns ou tratamento físico.[86] Uma atualização mais recente de metanálise da Cochrane constatou que, em média, as pessoas com dor lombar subaguda que recebem reabilitação biopsicossocial multidisciplinar se saem melhor do que se recebessem cuidados habituais, mas não está claro se elas se saem melhor do que as que recebem outros tipo de tratamento. No entanto, a pesquisa disponível fornece evidências de baixa qualidade a muito baixa qualidade, e, portanto, ensaios adicionais de alta qualidade são necessários.[87] Outra revisão sugeriu que as recomendações de tratamento para dor lombar crônica deveriam incluir o uso de uma estrutura biopsicossocial para orientar o manejo com tratamento não farmacológico inicial, incluindo educação que apoie o automanejo e a retomada das atividades normais e exercícios e programas psicológicos para pacientes com sintomas persistentes.[88]

Outras terapias

Recomendações gerais:

- Os pacientes devem ser aconselhados contra o uso de imobilizadores, dispositivos de tração, acupuntura, massagem e ioga durante as fases agudas e subagudas da dor lombar.
- Em particular, é importante adotar uma abordagem de tratamento baseada em evidências para a dor lombar aguda inespecífica devido à grande variedade de tratamentos e terapias para as quais há pouca evidência de benefícios, apesar de seu uso disseminado.

Manipulação da coluna lombar:

- É uma terapia baseada em evidências.
- Uma grande variedade de técnicas de manipulação vertebral pode ser realizada, todas envolvendo o movimento manual da coluna, para obter um efeito terapêutico. Profissionais da saúde, como

médicos, quiropráticos e fisioterapeutas recebem treinamentos diferentes; portanto, as técnicas de manipulação são heterogêneas.

- Não há evidências que mostrem resultados superiores de um tipo de manipulação vertebral sobre outro.[89] As técnicas mais comumente usadas são movimentos de alta velocidade e baixa amplitude (AVBA).
- A manipulação mostrou-se mais eficaz que os tratamentos de simulação e comparáveis a, em vez de mais eficazes que, o tratamento usual (ou seja, tratamentos de rotina por um clínico geral consistindo de analgésicos, exercícios físicos, fisioterapia e escolas de coluna).[90] [91] [92] Uma revisão sistemática de 15 ensaios clínicos randomizados e controlados (1711 pacientes) forneceu evidências de qualidade moderada de que a terapia de manipulação vertebral tem uma associação estatisticamente significativa com melhora na dor.[93] Outra revisão concluiu claramente que houve benefícios positivos da mobilização neural para dores nas costas e pescoço.[94]
- Assim, a manipulação lombar é uma opção viável na dor lombar, especialmente em pacientes que se recusam ou não podem tolerar a farmacoterapia de primeira linha. No entanto, a duração e a frequência do tratamento com manipulação da coluna lombar não são bem definidas, e a decisão de encaminhar pacientes para o tratamento deve se basear nos custos, na preferência dos pacientes e profissionais de saúde, e na segurança relativa da terapia manipulativa comparada a outras opções de tratamento.[92]
- Os riscos de manipulação da coluna lombar são baixos, especialmente em comparação à manipulação cervical. Eventos adversos graves, como síndrome da cauda equina e hérnia de disco, são raros.[95] Dorsalgia aumentada de curta duração e desconforto após a manipulação são efeitos adversos frequentes.[96] [97]
- Um estudo analisou o número ideal de tratamentos e apontou 12 como sendo o mais eficaz; mais de 18 não oferecem benefícios extras.[98]

Corticosteroides:

- Não há evidências de benefício no uso de corticosteroides oral, intramuscular ou epidural na dor lombar axial aguda.[99]

Acupuntura:

- Há evidências moderadas dos benefícios da acupuntura no tratamento de dor lombar crônica inespecífica, mas seus benefícios na dor lombar aguda são menos claros.
- Devido aos dados limitados, uma revisão sistemática de alta qualidade concluiu que não se pode tirar conclusões sobre a acupuntura na dor lombar aguda.[100] Assim, acupuntura não é recomendada na fase aguda da dor lombar. Ela pode ter utilidade em circunstâncias mais crônicas, onde pode fornecer alívio em curto prazo.[101]

Estimulação elétrica transcutânea do nervo (TENS; envolve a colocação de eletrodos sobre a pele do paciente através dos quais impulsos nervosos estimulam os nervos):

- Há evidências limitadas para sustentar o uso de TENS durante o período agudo.
- Assim como com a acupuntura, a maioria dos estudos são sobre a dor lombar crônica, e devido a essa falta de evidências, não recomendamos TENS para a dor lombar aguda.

Tração:

- As evidências são insuficientes para sustentar o uso de dispositivos de tração no tratamento de dor lombar aguda inespecífica.

Suporte lombar:

- Dispositivos não são eficazes na prevenção primária da dor lombar. Um ensaio clínico randomizado e controlado encontrou um pequeno efeito benéfico na prevenção secundária da dor lombar. O uso de imobilizadores na lombalgia crônica é incerto, pois não parece diminuir as classificações de dor em relação ao padrão de cuidados.[102]

Massagem e ioga:

- Faltam evidências para dar suporte ao uso de massagem e ioga durante as fases aguda e subaguda da dor lombar.

Medicamentos fitoterápicos:

- Uma revisão sistemática Cochrane mostrou que alguns medicamentos fitoterápicos apresentaram evidência muito baixa a moderada quanto à eficácia e pareceram não ter efeitos colaterais.[103]

Terapia adjuvante:

- Outras terapias que podem ser consideradas adjuvantes incluem terapias com injeção, estimulação do campo do nervo periférico, cirurgia, antidepressivos tricíclicos e analgésicos opioides.
- A terapia com injeções é uma área controversa. Uma revisão da Colaboração Cochrane apresentou evidências insuficientes para dar suporte ao uso de terapia de injeção nas lombalgias subaguda e crônica,[104] e outro estudo apontou evidências insuficientes para recomendar ou não recomendar injeções na faceta e evidências insuficientes para dar suporte ou não a injeções sacroilíacas para lombalgia.[105] Por outro lado, as diretrizes da American Society of Interventional Pain Physicians recomendam que os pacientes positivos para dor nas facetas articulares sejam submetidos a bloqueios terapêuticos do nervo da faceta articular ou neurotomia por radiofrequência e que os pacientes com lombalgia discogênica crônica possam beneficiar-se de injeções epidurais.[106] [107] [108] [109] Um estudo relatou que injeções paraespinais de lidocaína (injeções em pontos-gatilho), juntamente com tratamento habitual, pode ser útil.[110] Outro estudo constatou que, em comparação com outros tratamentos, o agulhamento seco de pontos-gatilho miofasciais foi mais eficaz em aliviar a intensidade da dor e da incapacidade funcional, mas que os efeitos significativos do agulhamento seco e outros tratamentos sobre a intensidade da dor podem ser superiores apenas ao agulhamento seco para dor lombar no período pós-intervenção.[111]
- Revisões sobre a eficácia da neurotomia por radiofrequência apontam evidências conflitantes, e as recomendações ainda não são claras para lombalgia crônica.[112] [113]
- A estimulação do campo nervoso periférico envolve o implante de eletrodos na parte de trás, conectados a um neuroestimulador colocado debaixo da pele. Tem como objetivo mascarar a dor ao modular a transmissão dos sinais de dor para o cérebro. O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomenda que a estimulação do campo nervoso periférico para lombalgia crônica deve ser usada apenas em serviço ambulatorial de dor especialista, com providências com relação a audição, pesquisa, governança e consenso.[114] A revisão do NICE comentou que há dados limitados com relação a eficácia (qualidade e quantidade), segurança e acompanhamento. Em um estudo mais recente, a terapia de alta frequência pareceu ser superior à neuroestimulação padrão para dor nas costas e na perna.[115]
- Em geral, há poucos estudos de alta qualidade que mostrem a eficácia de tratamentos não intervencionistas para lombalgia discogênica.[116] Para dorsalgia não radicular com alterações degenerativas comuns, a fusão não é mais eficaz que a reabilitação intensiva, mas está associada

a benefícios pequenos a moderados em comparação à terapia não cirúrgica padrão.[44] Como não há dados avaliando a eficácia do tratamento cirúrgico das alterações degenerativas na ressonância nuclear magnética (RNM), uma forte recomendação é feita contra o tratamento cirúrgico da dor lombar crônica somente com base nas alterações degenerativas à RNM.[117] Uma revisão Cochrane da cirurgia de substituição de disco vertebral total concluiu que, ainda que em curto prazo possa ser equivalente à cirurgia de fusão, a comunidade cirúrgica deve ser prudente em adotar esse método na ausência de dados em longo prazo.[118] Um estudo constatou que a TCC antes da cirurgia melhorou os desfechos em comparação com os cuidados convencionais.[119] Outro estudo revelou que a fisioterapia administrada nas primeiras 4 semanas após a cirurgia foi segura e resultou em dor reduzida.[120] A ausência de boas medidas objetivas dificulta o uso de ECRC de boa qualidade.[121]

- Se for decidida a realização de cirurgia, a seleção de caso cuidadosa e apropriada é obrigatória, e o estado psicológico, os fatores sociodemográficos e a condição de tabagismo podem ser relevantes.[117] [122] [123] [124]
- Revisões sistemáticas dos ensaios clínicos randomizados e controlados disponíveis chegaram a opiniões conflitantes sobre a efetividade dos antidepressivos na dor lombar crônica.[125]
- O uso de opioides para lombalgia crônica permanece controverso. O Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) relatou que havia evidências de que opioides devem ser considerados uma opção para a lombalgia crônica[126] especialmente quando combinada a exercícios físicos e educação. Revisão regular é necessária, pelo menos uma vez ao ano. Encaminhamento a especialista ou aconselhamento deve ser considerado se houver qualquer preocupação quanto à escalção de dose rápida, ou se a dose exceder 180 mg/dia equivalente a morfina.[126] Um estudo relatou melhor controle da dor com telecare em comparação com acompanhamentos clínicos regulares para aqueles que apresentam lombalgia crônica e tomam opioides.[127] Outro estudo sugeriu que os opioides são moderadamente eficazes para dor lombar crônica apenas em curto prazo.[128] No entanto, um estudo adicional revelou que o tratamento com opioide na dor não cancerosa crônica estava associado com aumento do risco de mortalidade, incluindo mortes por causas que não superdosagem.[129] Outro estudo sugeriu que, para a dor lombar crônica, os opioides podem não ser eficazes, constatando que o tratamento com opioides não foi superior ao tratamento com medicamentos não opioides para melhorar a função relacionada à dor ao longo de 12 meses.[130]
- Durante a gestação, há algumas evidências de que exercícios podem ser úteis em curto prazo.[131] [132]
- Apesar da falta de evidências que demonstrem a eficácia geral de diferentes tratamentos de medicina complementar e alternativa (MCA),[103] pesquisas mostram que 25%-30% das mulheres usam MCA para tratar dor lombar e pélvica durante a gestação.[133]
- Tratamentos para lombalgia durante a gestação não sugerem evidências claras de qualquer tratamento em especial nesse contexto.[134]

Recorrência

Não está claro por que a dor lombar aguda inespecífica tem recidivas tão frequentes. O limiar para investigação nesse grupo de pacientes é geralmente menor. A abordagem do tratamento é a mesma da abordagem do tratamento para dor lombar aguda inespecífica, se não houver sinais de alerta (trauma significativo recente ou trauma mais leve na idade >50 anos; perda de peso inexplicada; imunossupressão; história de câncer; uso de droga intravenosa (IV); uso prolongado de corticosteroides; osteoporose; idade >70 anos; deficit neurológico focal com sintomas progressivos ou incapacitantes; ou duração de dor lombar >6 semanas).

As taxas de recorrência são significativas, com 50% a 59% apresentando algum grau de dor lombar recorrente, e 20% a 35% apresentando dor lombar funcionalmente incapacitante entre 6 e 22 meses após a dor lombar aguda.^[135]

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo (resumo)		
dor lombar aguda: <4 semanas		
	1a	educação do paciente + retorno à atividade normal
	mais	tratamentos de autocuidado de temperatura (gelo, calor)
	adjunto	analgésicos
	adjunto	relaxantes musculares
	adjunto	manipulação da coluna lombar
Em curso (resumo)		
dor lombar subaguda: 4 a 12 semanas		
	1a	educação do paciente + retorno à atividade normal
	adjunto	fisioterapia ativa, terapia com exercícios físicos
dor lombar crônica: >12 semanas		
	1a	terapia cognitivo-comportamental (TCC)
	adjunto	Reabilitação interdisciplinar
	adjunto	acupuntura
	adjunto	terapias injetáveis
	adjunto	estimulação do campo nervoso periférico
	adjunto	antidepressivos tricíclicos
	adjunto	analgésicos opioides
	adjunto	cirurgia
dor lombar recorrente		
	1a	tratamento semelhante ao do episódio agudo

Opções de tratamento

Agudo

dor lombar aguda: <4 semanas

1a educação do paciente + retorno à atividade normal

» A educação do paciente serve como base para o manejo da dor lombar. Pacientes com dor lombar aguda inespecífica devem ser informados da alta probabilidade de um bom prognóstico, mas alertados sobre o alto risco de recorrências frequentes. Os pacientes devem ser aconselhados a limitarem o repouso no leito e permanecerem ativos, uma vez que isso está associado a dor reduzida e melhores desfechos funcionais. Ao contrário da dor lombar crônica, não há estudos para sugerir a firmeza ideal do colchão para os pacientes. A educação do paciente sobre a dorsalgia tem se mostrado eficaz.^[136]

mais tratamentos de autocuidado de temperatura (gelo, calor)

Opções primárias

» **terapia com envoltório de calor:** aplicar na(s) área(s) afetada(s) por até 8 horas/dia

OU

» **terapia com gelo:** aplicar na(s) área(s) afetada(s) por até 15 minutos por sessão, máximo de 6-8 sessões/dia; enrolar o pacote de gelo em uma toalha para evitar contato direto com a pele

» Existem evidências moderadas para sustentar o uso de terapia com envoltório de calor para reduções de curta duração da dor e rigidez na dor lombar aguda e subaguda; existem vários produtos de calor disponíveis.

» Outro ensaio clínico randomizado e controlado em pacientes com dor lombar aguda observou que pacientes que receberam um cobertor elétrico mostraram uma melhora estatisticamente favorável nos escores de dor, enquanto que os que receberam um cobertor de lã não apresentaram alteração no nível de dor.^[137]

» O gelo geralmente é usado para aliviar a dor lombar, mas evidências de seu benefício são limitadas a estudos de baixa qualidade.

Agudo**adjunto**

» No entanto, em nossa experiência, o gelo reduziu a dor em muitos pacientes, especialmente nos primeiros dias do início da dor. Em decorrência do perfil favorável de risco-benefício (eventos adversos associados como congelamento das extremidades são raros), o gelo deve ser um tratamento de primeira linha.

analgésicos**Opções primárias**

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **celecoxibe**: 100-200 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário

OU

» **naproxeno**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **piroxicam**: 10-20 mg por via oral uma vez ao dia quando necessário

Opções secundárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

Opções terciárias

» **oxicodona/paracetamol**: 2.5 a 10 mg por via oral a cada 6 horas quando necessário
A dose refere-se ao componente de oxicodona.

OU

» **tramadol**: 50 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia; 100-300 mg por via oral (liberação prolongada) uma vez ao dia, máximo de 300 mg/dia

» Anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), como ibuprofeno, naproxeno e celecoxibe mostraram eficácia na melhora da dor lombar aguda. A eficácia é semelhante entre os vários

Agudo

AINEs. As razões individuais de risco-benefício devem ser consideradas antes de se iniciar o tratamento com AINEs, e eles só devem ser administrados durante uma curta duração em pacientes sem comorbidades gástricas, renais e cardiovasculares significativas.

» O paracetamol pode ser considerado para dor lombar inespecífica leve a moderada, apesar da ausência de ensaios clínicos de boa qualidade sobre seu uso na dor lombar aguda inespecífica[55] e de uma revisão sistemática Cochrane ter questionado a eficácia do paracetamol para dor lombar em geral.[56] É uma opção de tratamento razoável em pacientes com dor lombar mais leve, desde que não existam comorbidades hepáticas, especialmente se o paciente for intolerante a AINEs ou relaxantes musculares. O paracetamol parece não ser eficaz na espondilose.[57] [58]

» Os opioides, como a oxicodona (geralmente usada como uma formulação registrada combinada com paracetamol), podem ser usados para a dor lombar inespecífica grave, embora as evidências sejam limitadas; os estudos disponíveis sugerem uma eficácia semelhante à dos AINEs ou paracetamol em termos de volta ao trabalho e alívio dos sintomas.[138] O tramadol, opioide atípico, também pode ser benéfico. No entanto, algumas análises retrospectivas correlacionaram o uso precoce de opioides a desfechos mais desfavoráveis em longo prazo. A necessidade contínua de narcóticos deve estar de acordo com as diretrizes.[59]

adjunto relaxantes musculares

Opções primárias

» **ciclobenzaprina**: 5-10 mg por via oral três vezes ao dia quando necessário

OU

» **tizanidina**: 4-8 mg por via oral três vezes ao dia quando necessário, máximo de 24 mg/dia

OU

» **metaxalona**: 800 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 3200 mg/dia

» Estudos mostraram que relaxantes musculares proporcionam maior alívio da dor em comparação ao placebo. Além disso, há

Agudo

evidências sugerindo que a combinação de relaxantes musculares e paracetamol ou anti-inflamatório não esteroidal causa desfechos melhores em comparação a cada um desses tratamentos isolados.[139] [140]

» Em termos de duração do tratamento, uma metanálise de dorsalgia e dor cervical sugeriu que as maiores melhoras acontecem na primeira semana.[141] A maioria dos ensaios clínicos administrou ciclos de 1 a 2 semanas de relaxantes musculares.

» O efeito colateral mais comum é torpor, o que pode limitar seu uso durante o dia.

adjunto **manipulação da coluna lombar**

» Uma grande variedade de técnicas de manipulação vertebral pode ser realizada, todas envolvendo o movimento manual da coluna, para se obter um efeito terapêutico. Não há evidências que mostrem resultados superiores de um tipo de manipulação vertebral sobre outro. A manipulação é tão eficaz quanto outras terapias comuns prescritas para dor lombar crônica, como terapia com exercícios, tratamento médico padrão ou fisioterapia, e é superior à terapia simulada.[91] [92] Uma revisão sistemática forneceu evidências de qualidade moderada de que a terapia de manipulação vertebral tem uma associação estatisticamente significativa com melhoras na dor.[93] Outra revisão concluiu claramente que houve benefícios positivos da mobilização neural para dores nas costas e pescoço.[94]

» Os riscos de manipulação da coluna lombar são baixos, especialmente em comparação à manipulação cervical. Eventos adversos graves, como síndrome da cauda equina e hérnia de disco, são raros.[95] Dorsalgia aumentada de curta duração e desconforto após a manipulação são efeitos adversos frequentes.[96] [97] Um estudo analisou o número ideal de tratamentos e apontou 12 como sendo o mais eficaz; mais de 18 não oferecem benefícios extras.[98]

Em curso

dor lombar subaguda: 4 a 12 semanas

1a

educação do paciente + retorno à atividade normal

Em curso

» A educação do paciente serve como base para o manejo da dor lombar. Pacientes com dor lombar aguda inespecífica devem ser informados da alta probabilidade de um bom prognóstico, mas alertados sobre o alto risco de recorrências frequentes. Os pacientes devem ser aconselhados a limitarem o repouso no leito e permanecerem ativos, uma vez que isso está associado a dor reduzida e melhores desfechos funcionais. Ao contrário da dor lombar crônica, não há estudos para sugerir a firmeza ideal do colchão para os pacientes. A educação do paciente sobre a dorsalgia tem se mostrado eficaz.[136]

adjunto

fisioterapia ativa, terapia com exercícios físicos

» A fisioterapia ativa refere-se a movimentos iniciados pelo paciente, que consistem em alongamento, fortalecimento e condicionamento aeróbio para tratar a dor lombar. Não há evidências definitivas que sugiram que certos exercícios ou rotinas sejam superiores a outros.[60]

» Somente os pacientes com dor lombar inespecífica durando >6 semanas devem ser encaminhados a fisioterapia ativa ou terapia com exercícios físicos.

» A maioria dos programas de exercícios para a coluna tem como objetivo o fortalecimento dos músculos estabilizadores do tronco (abdominais, oblíquos, eretor da espinha, músculos do assoalho pélvico e grande dorsal), condicionamento aeróbio e flexibilidade da coluna na extensão, flexão, curvatura lateral e rotação. Uma revisão sistemática encontrou uma correlação em que pessoas com dor lombar moderada a extrema tiveram má qualidade dos músculos oblíquo abdominal e multífido e isso predispsse resultados piores da função física.[61]

» Comparados ao condicionamento geral, os exercícios de estabilização do tronco, os exercícios de fortalecimento e resistência e os programas de exercício de coordenação/estabilização podem ser mais eficazes na redução da dor e na melhora da função em curto prazo em pacientes com dor lombar crônica.[62] [63] [64] A terapia aquática também pode ser considerada um exercício de tratamento.[67]

» A frequência dos exercícios tem demonstrado ser mais importante que seu tipo, duração ou intensidade.[66]

Em curso

» A terapia em grupo parece ser, no mínimo, tão eficaz quanto o tratamento individualizado.[68]

dor lombar crônica: >12 semanas

1a terapia cognitivo-comportamental (TCC)

» Um ensaio clínico randomizado e controlado observou que a TCC foi associada a melhores desfechos em termos de dor e incapacidade em 12 meses.[71]

» Uma avaliação psicossocial completa deve ser realizada com encaminhamento, se necessário.

» Uma revisão Cochrane de 2010 observou que a terapia operante é mais eficaz que a lista de espera, e a terapia comportamental é mais eficaz que os cuidados habituais para alívio da dor, mas nenhum tipo específico de terapia comportamental é mais eficaz que outro.[72] No entanto, a revisão não incluiu um ensaio clínico randomizado e controlado que observou que em pacientes com dor lombar subaguda ou crônica, a TCC foi associada a melhores desfechos em termos de dor e incapacidade em 12 meses. O último ensaio clínico randomizado e controlado também demonstrou a custo-efetividade da intervenção cognitivo-comportamental nesse grupo de pacientes.[71] Além disso, a TCC foi mais eficaz na redução da dor lombar e incapacidade ao longo de um período de 12 meses, quando comparada a orientações de melhores práticas na atenção primária, com efeitos durando em média até 34 meses.[73]

» Um ECRC apontou que tratamento oferecido pela internet com base na TCC apresentou melhores desfechos para pessoas com dor crônica comórbida com sofrimento emocional,[74] e outro estudo sugeriu que a TCC poderia ser oferecida por meio de programas online.[75] Uma revisão sistemática descobriu que, em pacientes com dor lombar crônica, a TCC online parece mostrar alguma promessa em termos de redução da catastrofização e melhoria das atitudes dos pacientes.[76]

adjunto Reabilitação interdisciplinar

» A reabilitação interdisciplinar deve ser considerada uma opção de tratamento para dor lombar persistente e incapacitante. Manipulação e programas de exercícios também podem ser oferecidos.[1] [79] [80] [81] Massagem pode ser benéfica para pacientes com dor lombar crônica, embora isso seja controverso.[82] [83] Várias modalidades de exercícios físicos incluindo

Em curso

a técnica de Alexander foram testados, mas há poucos dados para sugerir quais são as melhores.[60] [84] [85]

» Uma metanálise mostrou que pessoas submetidas a reabilitação biopsicossocial multidisciplinar para lombalgia crônica tinham mais probabilidade de sentir menos dor e incapacidade que aqueles recebendo cuidados comuns ou tratamento físico.[86] Uma atualização mais recente da metanálise da Cochrane descobriu que, em média, as pessoas com dor lombar subaguda que recebem reabilitação biopsicossocial multidisciplinar se saem melhor do que se recebessem cuidados habituais, mas não está claro se elas se saem melhor do que as que recebem outros tipo de tratamento.[87] Outra revisão sugeriu que as recomendações de tratamento para dor lombar crônica deveriam incluir o uso de uma estrutura biopsicossocial para orientar o manejo com tratamento não farmacológico inicial, incluindo educação que apoie o automanejo e a retomada das atividades normais e exercícios e programas psicológicos para pacientes com sintomas persistentes.[88]

adjunto acupuntura

» A acupuntura é amplamente utilizada por pacientes com dor lombar crônica. Há controvérsias na literatura sobre a efetividade da acupuntura. O desenho dos estudos de alta qualidade foi dificultado pela falta de consenso de uma forma de acupuntura apropriada "mascarada" com placebo. Há, no entanto, alguma evidência para uma recomendação de acupuntura.[101]

» De acordo com os resultados das revisões sistemáticas, a estimulação elétrica transcutânea de nervo não pode ser recomendada para o tratamento da dor crônica na lombar.[142] [143]

adjunto terapias injetáveis

» É uma área controversa. Uma revisão da Colaboração Cochrane apresentou evidências insuficientes para dar suporte ao uso de terapias de injeção nas lombalgias subaguda e crônica.[104] e outro estudo apontou evidências insuficientes para recomendar ou não recomendar injeções na faceta e evidências insuficientes para dar suporte ou não a injeções sacroilíacas para lombalgia.[105] Por outro lado, as diretrizes da American Society of Interventional Pain Physicians recomendam que os pacientes positivos para

Em curso

dor nas facetas articulares sejam submetidos a bloqueios terapêuticos do nervo da faceta articular ou neurotomia por radiofrequência e que os pacientes com lombalgia discogênica crônica possam beneficiar-se de injeções epidurais.[106] [107] [108] [109] Um estudo relatou que injeções paraespinais de lidocaína (injeções em pontos-gatilho), juntamente com tratamento habitual, pode ser útil.[110] Outro estudo constatou que, em comparação com outros tratamentos, o agulhamento seco de pontos-gatilho miofasciais foi mais eficaz em aliviar a intensidade da dor e da incapacidade funcional, mas que os efeitos significativos do agulhamento seco e outros tratamentos sobre a intensidade da dor podem ser superiores apenas ao agulhamento seco para dor lombar no período pós-intervenção.[111]

» Revisões sobre a eficácia da neurotomia por radiofrequência apontam evidências conflitantes, e as recomendações ainda não são claras para lombalgia crônica.[112] [113]

adjunto estimulação do campo nervoso periférico

» A estimulação do campo nervoso periférico envolve o implante de eletrodos na parte de trás, conectados a um neuroestimulador colocado debaixo da pele. Tem como objetivo mascarar a dor ao modular a transmissão dos sinais de dor para o cérebro. O National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomenda que a estimulação do campo nervoso periférico para lombalgia crônica deve ser usada apenas em serviço ambulatorial de dor especialista, com providências com relação a audição, pesquisa, governança e consenso.[114] A revisão do NICE comentou que há dados limitados com relação a eficácia (qualidade e quantidade), segurança e acompanhamento.

» A terapia de alta frequência tem demonstrado ser superior à neuroestimulação padrão para dor nas costas e na perna.[115]

adjunto antidepressivos tricíclicos

» Revisões sistemáticas dos ensaios clínicos randomizados e controlados disponíveis chegaram a opiniões conflitantes sobre a efetividade dos antidepressivos tricíclicos na dor lombar crônica.[125] Uma revisão de 2008 não mostrou evidências convincentes dos benefícios do placebo, mas enfatizou que ensaios clínicos randomizados e controlados de alta qualidade são necessários.[144] Essa revisão incluiu vários antidepressivos tricíclicos (ADT) em diferentes doses; assim, é difícil recomendar um

Em curso

regime específico. Amitriptilina ou nortriptilina em doses de 10-75 mg são comumente prescritas. O inibidor seletivo da recaptação de serotonina e noradrenalina, duloxetina, demonstrou ter eficácia clínica em pacientes com dor crônica na lombar não neuropática quando comparado ao placebo.[145]

adjunto analgésicos opioides**Opções primárias**

» **oxicodona/paracetamol**: 2.5 a 15 mg por via oral a cada 6 horas quando necessário. A dose refere-se ao componente de oxicodona.

» O uso de opioides para lombalgia crônica permanece controverso. O Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) relatou que havia evidências de que opioides devem ser considerados uma opção para a lombalgia crônica[126] especialmente quando combinada a exercícios físicos e educação. Revisão regular é necessária, pelo menos uma vez ao ano. Encaminhamento a especialista ou aconselhamento deve ser considerado se houver qualquer preocupação quanto à escalção de dose rápida, ou se a dose exceder 180 mg/dia equivalente a morfina.[126]

» Um estudo relatou melhor controle da dor com telecare em comparação com acompanhamentos clínicos regulares para aqueles que apresentam lombalgia crônica e tomam opioides.[127] Outro estudo sugeriu que os opioides são moderadamente eficazes para dor lombar crônica apenas em curto prazo.[128]

» No entanto, um estudo adicional revelou que o tratamento com opioide na dor não cancerosa crônica estava associado com aumento do risco de mortalidade, incluindo mortes por causas que não superdosagem.[129] Outro estudo sugeriu que, para a dor lombar crônica, os opioides podem não ser eficazes, descobrindo que o tratamento com opioides não foi superior ao tratamento com medicamentos não opioides para melhorar a função relacionada à dor ao longo de 12 meses.[130]

adjunto cirurgia

» Em geral, há poucos estudos de alta qualidade que mostrem a eficácia de tratamentos não intervencionistas para lombalgia discogênica.[116] Para dorsalgia não radicular com alterações degenerativas comuns, a fusão não é mais eficaz que a reabilitação

Em curso

intensiva, mas está associada a benefícios pequenos a moderados em comparação à terapia não cirúrgica padrão.[44] Como não há dados avaliando a eficácia do tratamento cirúrgico das alterações degenerativas na ressonância nuclear magnética (RNM), uma forte recomendação é feita contra o tratamento cirúrgico da dor lombar crônica somente com base nas alterações degenerativas à RNM.[117] Uma revisão Cochrane da cirurgia de substituição de disco vertebral total concluiu que, ainda que em curto prazo possa ser equivalente à cirurgia de fusão, a comunidade cirúrgica deve ser prudente em adotar esse método na ausência de dados em longo prazo.[118] A ausência de boas medidas objetivas dificulta o uso de ECRC de boa qualidade.[121]

» Se for decidida a realização de cirurgia, a seleção de caso cuidadosa e apropriada é obrigatória, e o estado psicológico, os fatores sociodemográficos e a condição de tabagismo podem ser relevantes.[117] [122] [123] [124]

dor lombar recorrente

1a tratamento semelhante ao do episódio agudo

» Não está claro por que a dor lombar aguda inespecífica tem recidivas tão frequentes. O limiar para investigação nesse grupo de pacientes é geralmente menor. A abordagem do tratamento é a mesma do tratamento de dor lombar aguda inespecífica, se não houver sintomas de alerta (trauma significativo recente ou trauma leve na idade >50 anos; perda de peso inexplicada; imunossupressão; história de câncer; uso de droga IV; uso prolongado de corticosteroides; osteoporose; idade >70 anos; déficit neurológico focal com sintomas progressivos ou incapacitantes; ou duração da dor lombar >6 semanas).

» As taxas de recorrência são significativas, com 50% a 59% apresentando algum grau de dor lombar recorrente, e 20% a 35% apresentando dor lombar funcionalmente incapacitante entre 6 e 22 meses após a dor lombar aguda.[135]

Recomendações

Monitoramento

Como a maioria dos episódios agudos de dor lombar musculoesquelética tende a melhorar com o padrão de cuidados, um acompanhamento adequado é pedir que o paciente volte em 4 a 6 semanas, se a dor não melhorar. Se a dor for progressiva ou mudar em natureza para incluir sintomas de alerta, então, um acompanhamento mais urgente será necessário.

Se em 4 a 6 semanas os sintomas não tiverem melhorado, exames de imagem devem ser obtidos e o encaminhamento a um fisioterapeuta e/ou especialista em coluna vertebral será considerado. Muitos médicos especializam-se em dor lombar, incluindo clínicos e médicos de família com treinamento esportivo/musculoesquelético; fisiatras com treinamento vertebral ou musculoesquelético e cirurgiões da coluna vertebral e especialistas em manejo da dor. Especialistas geralmente usam uma abordagem multidisciplinar e estão bem equipados para monitorar os medicamentos para dor e as fisioterapias. Eles podem fornecer uma investigação diagnóstica abrangente e encaminhar os pacientes a serviços adicionais (por exemplo, para psicologia da dor, intervenções cirúrgicas).

Quando um paciente não responde ao padrão de cuidados inicial, pode-se tentar outras medidas com alguma evidência de suporte. Isso inclui manipulação da coluna lombar na fase aguda/subaguda e acupuntura, estimulação elétrica transcutânea do nervo ou terapia cognitivo-comportamental na fase crônica.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser lembrados de que a maioria das dores lombares musculoesqueléticas respondem ao tratamento, ainda que a recuperação total possa demorar e outros episódios possam desenvolver-se. A volta às atividades regulares é incentivada e pode minimizar a incapacidade. [\[National Institute of Neurological Disorders and Stroke \(NINDS\): low back pain fact sheet\]](#)

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
perda de emprego/ausência por doença	longo prazo	alta
Muitos pacientes precisam tirar licença durante um episódio agudo de dor lombar. Quanto maior o tempo de ausência (por exemplo, 6 meses ou mais), menor a probabilidade de que voltem ao trabalho. Isso tem enormes implicações psicossociais e econômicas. ^[147]		
depressão	longo prazo	alta

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>Comorbidades psiquiátricas, como depressão, ansiedade e somatização, aumentam o risco de evolução para dor incapacitante crônica.[43] Fatores de risco psicossociais evoluindo para lombalgia crônica são de longo alcance.[24] [148]</p> <p>Infelizmente, até o momento não há estudos controlados que tenham investigado o papel do encaminhamento psiquiátrico precoce no tratamento da dor lombar aguda ou crônica; no entanto, as evidências disponíveis sugerem que o clínico deva considerar ativamente consultar um psiquiatra se houver suspeita de transtornos de humor ou ansiedade.</p>		

Prognóstico

Prognóstico

Aproximadamente 90% das dores lombares agudas inespecíficas melhoram em 4 a 6 semanas. A melhora geralmente é considerável, apesar de que muitos pacientes continuam a sentir alguma dor. Um estudo constatou que apenas aproximadamente 25% dos pacientes que relataram dor lombar tiveram recuperação total em 1 ano.[10] As taxas de recorrência são significativas, com 50% a 59% apresentando algum grau de dor lombar recorrente, e 20% a 35% apresentando dor lombar funcionalmente incapacitante entre 6 e 22 meses após a dor lombar aguda.[135] Uma nova abordagem para pacientes que apresentam dor aguda na lombar foi avaliada na atenção primária no Reino Unido. Os pacientes foram estratificados na apresentação em 3 diretrizes de manejo, estruturadas de acordo com o prognóstico do paciente, conforme definido pelo questionário. Pacientes com menor risco receberam intervenção mais barata e rápida, e pacientes de alto risco receberam fisioterapia intensiva informada psicologicamente. Comparado aos controles, o grupo de intervenção apresentou melhora significativa na função, e ainda obtida a um custo mais barato de cuidados de saúde.[146]

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Dorsalgia e ciática em maiores de 16 anos: avaliação e tratamento

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2016

América do Norte

Critério de adequabilidade do ACR: dor lombar

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em:
2015

Diagnóstico e tratamento da dor lombar

Publicado por: American College of Physicians; American Pain Society

Última publicação em:
2007

Diretrizes de tratamento

Europa

Dorsalgia e ciática em maiores de 16 anos: avaliação e tratamento

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2016

América do Norte

AHRQ comparative effectiveness reviews: noninvasive treatments for low back pain

Publicado por: Agency for Healthcare Research and Quality

Última publicação em:
2016

An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain

Publicado por: American Society of Interventional Pain Physicians

Última publicação em:
2013

American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain

Publicado por: American Society of the Interventional Pain Physicians

Última publicação em:
2012

América do Norte

Diagnóstico e tratamento da dor lombar

Publicado por: American College of Physicians; American Pain Society

Última publicação em:
2007

Recursos online

1. [National Institute of Neurological Disorders and Stroke \(NINDS\): low back pain fact sheet](#) (*external link*)
-

Artigos principais

- US Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement. *Am Fam Physician*. 2005 Jun 15;71(12):2337-8. [Texto completo](#)
- Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG, et al. Low back pain: influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome - multicenter randomized trial. *Radiology*. 2004 May;231(2):343-51. [Texto completo](#)
- Kendrick D, Fielding K, Bentley E, et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ*. 2001 Feb 17;322(7283):400-5. [Texto completo](#)
- American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: low back pain. 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, et al. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine*. 1999 Dec 1;24(23):2484-91.

Referências

1. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007 Oct 2;147(7):478-91. [Texto completo](#)
2. Deyo RA, Tsui-Wu YJ. Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine*. 1987 Apr;12(3):264-8.
3. Cassidy JD, Carroll LJ, Cote P. The Saskatchewan health and back pain survey. The prevalence of low back pain and related disability in Saskatchewan adults. *Spine*. 1998 Sep 1;23(17):1860-6.
4. Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurol Clin*. 2007 May;25(2):353-71.
5. Manchikanti L. Epidemiology of low back pain. *Pain Physician*. 2000 Apr;3(2):167-92. [Texto completo](#)
6. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI. Back pain prevalence and visit rates: estimates from U.S. national surveys, 2002. *Spine*. 2006 Nov 1;31(23):2724-7.
7. Papageorgiou AC, Croft PR, Ferry S, et al. Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the South Manchester Back Pain Survey. *Spine*. 1995 Sep 1;20(17):1889-94.
8. Jarvik JG, Hollingworth W, Heagerty PJ, et al. Three-year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: clinical and imaging risk factors. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005 Jul 1;30(13):1541-8.

9. Milhem M, Kalichman L, Ezra D, et al. Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists: a comprehensive narrative review. *Int J Occup Med Environ Health*. 2016;29(5):735-47. [Texto completo](#)
10. Croft PR, Macfarlane GJ, Papageorgiou AC, et al. Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ*. 1998 May 2;316(7141):1356-9. [Texto completo](#)
11. Kopec JA, Sayre EC, Esdaile JM. Predictors of back pain in a general population cohort. *Spine*. 2004 Jan 1;29(1):70-7.
12. Shelerud RA. Epidemiology of occupational low back pain. *Clin Occup Environ Med*. 2006;5(3):501-28.
13. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR. Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. *Age Ageing*. 2006 May;35(3):229-34.
14. Cassidy JD, Cote P, Carroll LJ, et al. Incidence and course of low back pain episodes in the general population. *Spine*. 2005 Dec 15;30(24):2817-23.
15. Clark S, Horton R. Low back pain: a major global challenge. *Lancet*. 2018 Jun 9;391(10137):2302.
16. Hyodo H, Sato T, Sasaki H, et al. Discogenic pain in acute nonspecific low-back pain. *Eur Spine J*. 2005 Aug;14(6):573-7.
17. Martin MD, Boxell CM, Malone DG. Pathophysiology of lumbar disc degeneration: a review of the literature. *Neurosurg Focus*. 2002 Aug 15;13(2):E1.
18. Cohen SP, Raja SN. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of lumbar zygapophysial (facet) joint pain. *Anesthesiology*. 2007 Mar;106(3):591-614.
19. Hurwitz EL, Morgenstern H. Correlates of back problems and back-related disability in the United States. *J Clin Epidemiol*. 1997 Jun;50(6):669-81.
20. Battie MC, Videman T, Gibbons LE, et al. 1995 Volvo Award in clinical sciences. Determinants of lumbar disc degeneration. A study relating lifetime exposures and magnetic resonance imaging findings in identical twins. *Spine*. 1995 Dec 15;20(24):2601-12.
21. Videman T, Battie MC, Ripatti S, et al. Determinants of the progression in lumbar degeneration: a 5-year follow-up study of adult male monozygotic twins. *Spine*. 2006 Mar 15;31(6):671-8.
22. Solovieva S, Lohiniva J, Leino-Arjas P, et al. Intervertebral disc degeneration in relation to the COL9A3 and the IL-1ss gene polymorphisms. *Eur Spine J*. 2006 May;15(5):613-9.
23. Sadler SG, Spink MJ, Ho A, et al. Restriction in lateral bending range of motion, lumbar lordosis, and hamstring flexibility predicts the development of low back pain: a systematic review of prospective cohort studies. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 May 5;18(1):179. [Texto completo](#)
24. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA*. 2010 Apr 7;303(13):1295-302.

25. Power C, Frank J, Hertzman C, et al. Predictors of low back pain onset in a prospective British study. *Am J Public Health*. 2001 Oct;91(10):1671-8.
26. Liira JP, Shannon HS, Chambers LW, et al. Long-term back problems and physical work exposures in the 1990 Ontario Health Survey. *Am J Public Health*. 1996 Mar;86(3):382-7. [Texto completo](#)
27. Bressler HB, Keyes WJ, Rochon PA, et al. The prevalence of low back pain in the elderly. A systematic review of the literature. *Spine*. 1997 May 15;22(10):1143-9.
28. Macfarlane GJ, Thomas E, Papageorgiou AC, et al. Employment and physical work activities as predictors of future low back pain. *Spine*. 1997 May 15;22(10):1143-9.
29. Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Kyvik KO. Are lifestyle-factors in adolescence predictors for adult low back pain? A cross-sectional and prospective study of young twins. *BMC Musculoskelet Disord*. 2006 Mar 15;7:27. [Texto completo](#)
30. Ernst E. Smoking, a cause of back trouble? *Br J Rheumatol*. 1993 Mar;32(3):239-42.
31. US Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement. *Am Fam Physician*. 2005 Jun 15;71(12):2337-8. [Texto completo](#)
32. Burton AK, Balagué F, Cardon G, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. *Eur Spine J*. 2006 Mar;15(suppl 2):S136-68. [Texto completo](#)
33. Sahar T, Cohen MJ, Ne'eman V, et al. Insoles for prevention and treatment of back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4):CD005275. [Texto completo](#)
34. Bigos SJ, Holland J, Holland C, et al. High-quality controlled trials on preventing episodes of back problems: systematic literature review in working-age adults. *Spine J*. 2009 Feb;9(2):147-68.
35. Martimo KP, Verbeek J, Karppinen J, et al. Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review. *BMJ*. 2008 Feb 23;336(7641):429-31. [Texto completo](#)
36. Driessen MT, Proper KI, van Tulder MW, et al. The effectiveness of physical and organisational ergonomic interventions on low back pain and neck pain: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2010 Apr;67(4):277-85.
37. Steffens D, Maher CG, Pereira LS, et al. Prevention of low back pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2016 Feb;176(2):199-208.
38. Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG, et al. Low back pain: influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome - multicenter randomized trial. *Radiology*. 2004 May;231(2):343-51. [Texto completo](#)
39. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ*. 2001 Feb 17;322(7283):400-5. [Texto completo](#)
40. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: low back pain. 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)

41. Chou R, Fu R, Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009 Feb 7;373(9662):463-72.
42. Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2011 Feb 1;154(3):181-9. [Texto completo](#)
43. Pincus T, Burton AK, Vogel S, et al. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*. 2002 Mar 1;27(5):E109-20.
44. Chou R, Baisden J, Carragee EJ, et al. Surgery for low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society Clinical Practice Guideline. *Spine*. 2009 May 1;34(10):1094-109.
45. Henschke N, Maher CG, Ostelo RW, et al. Red flags to screen for malignancy in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28;(2):CD008686. [Texto completo](#)
46. Malanga GA, Nadler S. Musculoskeletal physical examination: an evidence-based approach. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus; 2005.
47. Devillé WL, van der Windt DA, Dzaferagić A, et al. The test of Lasègue: systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 May 1;25(9):1140-7.
48. Boden SD, Davis DO, Dina TS, et al. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am*. 1990 Mar;72(3):403-8.
49. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994 Jul 14;331(2):69-73. [Texto completo](#)
50. Jarvik JJ, Hollingworth W, Heagerty P, et al. The Longitudinal Assessment of Imaging and Disability of the Back (LAIDBack) Study: baseline data. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2001 May 15;26(10):1158-66.
51. Kent DL, Haynor DR, Larson EB, et al. Diagnosis of lumbar spinal stenosis in adults: a metaanalysis of the accuracy of CT, MR, and myelography. *AJR Am J Roentgenol*. 1992 May;158(5):1135-44. [Texto completo](#)
52. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA*. 1992 Aug 12;268(6):760-5.
53. Engers A, Jellema P, Wensing M, et al. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD004057. [Texto completo](#)
54. Oliveira VC, Ferreira PH, Maher CG, et al. Effectiveness of self-management of low back pain: systematic review with meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Nov;64(11):1739-48.
55. Davies RA, Maher CG, Hancock MJ, et al. A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain. *Eur Spine J*. 2008 Nov;17(11):1423-30. [Texto completo](#)
56. Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, et al. Paracetamol for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jun 7;(6):CD012230. [Texto completo](#)

57. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of randomised placebo controlled trials. *BMJ*. 2015 Mar 31;350:h1225. [Texto completo](#)
58. Williams CM, Maher CG, Latimer J, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2014 Nov 1;384(9954):1586-96.
59. Alford DP. Chronic back pain with possible prescription opioid misuse. *JAMA*. 2013 Mar 6;309(9):919-25.
60. Schaafsma F, Schonstein E, Ojajärvi A, et al. Physical conditioning programs for improving work outcomes among workers with back pain. *Scand J Work Environ Health*. 2011 Jan;37(1):1-5.
61. Cuellar WA, Wilson A, Blizzard CL, et al. The assessment of abdominal and multifidus muscles and their role in physical function in older adults: a systematic review. *Physiotherapy*. 2017 Mar;103(1):21-39.
62. Wang XQ, Zheng JJ, Yu ZW, et al. A meta-analysis of core stability exercise versus general exercise for chronic low back pain. *PLoS One*. 2012;7(12):e52082. [Texto completo](#)
63. Natour J, Cazotti Lde A, Ribeiro LH, et al. Pilates improves pain, function and quality of life in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2015 Jan;29(1):59-68.
64. Searle A, Spink M, Ho A, et al. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Rehabil*. 2015 Dec;29(12):1155-67.
65. Choi BK, Verbeek JH, Tam WW, et al. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jan 20;(1):CD006555. [Texto completo](#)
66. Aleksiev AR. Ten-year follow-up of strengthening versus flexibility exercises with or without abdominal bracing in recurrent low back pain. *Spine*. 2014 Jun 1;39(13):997-1003.
67. Barker AL, Talevski J, Morello RT, et al. Effectiveness of aquatic exercise for musculoskeletal conditions: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014 Sep;95(9):1776-86.
68. Díaz-Arribas MJ, Lovacs FM, Royuela A, et al; Spanish Back Pain Research Network. Effectiveness of the Godelieve Denys-Struyf (GDS) method in people with low back pain: cluster randomized controlled trial. *Phys Ther*. 2015 Mar;95(3):319-36.
69. Hurley DA, Tully MA, Lonsdale C, et al. Supervised walking in comparison with fitness training for chronic back pain in physiotherapy: results of the SWIFT single-blinded randomized controlled trial (ISRCTN17592092). *Pain*. 2015 Jan;156(1):131-47.
70. Lawford BJ, Walters J, Ferrar K. Does walking improve disability status, function, or quality of life in adults with chronic low back pain? A systematic review. *Clin Rehabil*. 2016 Jun;30(6):523-36.

71. Lamb SE, Hansen Z, Lall R, et al. Group cognitive behavioural treatment for low-back pain in primary care: a randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 2010 Mar 13;375(9718):916-23.
72. Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jul 7;(7):CD002014.
73. Lamb SE, Mistry D, Lall R, et al. Group cognitive behavioural interventions for low back pain in primary care: extended follow-up of the Back Skills Training Trial (ISRCTN54717854). *Pain*. 2012 Feb;153(2):494-501.
74. Buhrman M, Syk M, Burvall O, et al. Individualized guided internet-delivered cognitive-behavior therapy for chronic pain patients with comorbid depression and anxiety: a randomized controlled trial. *Clin J Pain*. 2015 Jun;31(6):504-16.
75. Dear BF, Gandy M, Karin E, et al. The Pain Course: a randomised controlled trial examining an internet-delivered pain management program when provided with different levels of clinician support. *Pain*. 2015 Oct;156(10):1920-35.
76. Garg S, Garg D, Turin TC, et al. Web-based interventions for chronic back pain: a systematic review. *J Med Internet Res*. 2016 Jul 26;18(7):e139. [Texto completo](#)
77. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016 Mar 22-29;315(12):1240-9. [Texto completo](#)
78. Pike A, Hearn L, Williams AC. Effectiveness of psychological interventions for chronic pain on health care use and work absence: systematic review and meta-analysis. *Pain*. 2016 Apr;157(4):777-85.
79. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. November 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
80. Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, et al. A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain. *Arch Intern Med*. 2009 May 11;169(9):858-66.
81. van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, et al. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010 Apr;24(2):193-204.
82. Furlan AD, Giraldo M, Baskwill A, et al. Massage for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 1;(9):CD001929. [Texto completo](#)
83. Cherkin DC, Sherman KJ, Kahn J, et al. A comparison of the effects of 2 types of massage and usual care on chronic low back pain: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2011 Jul 5;155(1):1-9. [Texto completo](#)
84. Little P, Lewith, G, Webley F, et al. Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. *BMJ*. 2008 Aug 19;337:a884.

85. Woodman JP, Moore NR. Evidence for the effectiveness of Alexander Technique lessons in medical and health-related conditions: a systematic review. *Int J Clin Pract*. 2012 Jan;66(1):98-112.
86. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chairotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Sep 2;(9):CD000963. [Texto completo](#)
87. Marin TJ, Van Eerd D, Irvin E, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 28;(6):CD002193. [Texto completo](#)
88. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, et al; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018 Jun 9;391(10137):2368-83.
89. Castro-Sánchez AM, Lara-Palomo IC, Matarán-Peñarrocha GA, et al. Short-term effectiveness of spinal manipulative therapy versus functional technique in patients with chronic nonspecific low back pain: a pragmatic randomized controlled trial. *Spine J*. 2016 Mar;16(3):302-12.
90. Bronfort G, Haas M, Evans R, et al. Evidence-informed management of chronic low back pain with spinal manipulation and mobilization. *Spine J*. 2008 Jan-Feb;8(1):213-25.
91. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, et al. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Feb 16;(2):CD008112. [Texto completo](#)
92. Rubinstein SM, Terwee CB, Assendelft WJ, et al. Spinal manipulative therapy for acute low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;(9):CD008880. [Texto completo](#)
93. Paige NM, Miake-Lye IM, Booth MS, et al. Association of spinal manipulative therapy with clinical benefit and harm for acute low back pain: systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2017 Apr 11;317(14):1451-60. [Texto completo](#)
94. Basson A, Olivier B, Ellis R, et al. The effectiveness of neural mobilization for neuromusculoskeletal conditions: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2017 Sep;47(9):593-615. [Texto completo](#)
95. Oliphant D. Safety of spinal manipulation in the treatment of lumbar disk herniations: a systematic review and risk assessment. *J Manipulative Physiol Ther*. 2004 Mar-Apr;27(3):197-210.
96. Barrett AJ, Breen AC. Adverse effects of spinal manipulation. *J R Soc Med*. 2000 May;93(5):258-9. [Texto completo](#)
97. Ernst E. Adverse effects of spinal manipulation: a systematic review. *J R Soc Med*. 2007 Jul;100(7):330-8. [Texto completo](#)
98. Haas M, Vavrek D, Peterson D, et al. Dose-response and efficacy of spinal manipulation for care of chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Spine J*. 2014 Jul 1;14(7):1106-16. [Texto completo](#)
99. Friedman BW, Holden L, Esses D, et al. Parenteral corticosteroids for Emergency Department patients with non-radicular low back pain. *J Emerg Med*. 2006 Nov;31(4):365-70.

100. Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jan 25;(1):CD001351. [Texto completo](#)
101. Liu L, Skinner M, McDonough S, et al. Acupuncture for low back pain: an overview of systematic reviews. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015;2015:328196. [Texto completo](#)
102. Morrisette DC, Cholewicki J, Logan S, et al. A randomized clinical trial comparing extensible and inextensible lumbosacral orthoses and standard care alone in the management of lower back pain. *Spine.* 2014 Oct 1;39(21):1733-42.
103. Oltean H, Robbins C, van Tulder MW, et al. Herbal medicine for low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec 23;(12):CD004504. [Texto completo](#)
104. Staal JB, de Bie R, de Vet HC, et al. Injection therapy for subacute and chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jul 16;(3):CD001824. [Texto completo](#)
105. Chou R, Hashimoto R, Friedly J, et al. Pain management injection therapies for low back pain. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), US; 2015. [Texto completo](#)
106. Henschke N, Kuijpers T, Rubinstein SM, et al. Injection therapy and denervation procedures for chronic low-back pain: a systematic review. *Eur Spine J.* 2010 Sep;19(9):1425-49. [Texto completo](#)
107. Falco FJ, Manchikanti L, Datta S, et al. An update of the effectiveness of therapeutic lumbar facet joint interventions. *Pain Physician.* 2012 Nov-Dec;15(6):E909-53. [Texto completo](#)
108. Manchikanti L, Datta S, Derby R, et al. A critical review of the American Pain Society clinical practice guidelines for interventional techniques: Part 1. Diagnostic interventions. *Pain Physician.* 2010 May-Jun;13(3):E141-74. [Texto completo](#)
109. Manchikanti L, Falco FJ, Singh V, et al. An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part I: introduction and general considerations. *Pain Physician.* 2013 Apr;16(suppl 2):S1-48. [Texto completo](#)
110. Imamura M, Imamura ST, Tarquino RA, et al. Paraspinal lidocaine injection for chronic nonspecific low back pain: a randomized controlled clinical trial. *J Pain.* 2016 May;17(5):569-76. [Texto completo](#)
111. Liu L, Huang QM, Liu QG, et al. Evidence for dry needling in the management of myofascial trigger points associated with low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018 Jan;99(1):144-52.
112. Maas ET, Ostelo RW, Niemisto L, et al. Radiofrequency denervation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Oct 23;(10):CD008572. [Texto completo](#)
113. Poetscher AW, Gentil AF, Lenza M, et al. Radiofrequency denervation for facet joint low back pain: a systematic review. *Spine.* 2014 Jun 15;39(14):E842-9.
114. National Institute for Health and Care Excellence. Peripheral nerve-field stimulation for chronic low back pain. March 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)

115. Kapural L, Yu C, Doust MW, et al. Novel 10-kHz high-frequency therapy (HF10 therapy) is superior to traditional low-frequency spinal cord stimulation for the treatment of chronic back and leg pain: the SENZA-RCT randomized controlled trial. *Anesthesiology*. 2015 Oct;123(4):851-60. [Texto completo](#)
116. Lu Y, Guzman JZ, Purmessur D, et al. Nonoperative management of discogenic back pain: a systematic review. *Spine*. 2014 Jul 15;39(16):1314-24. [Texto completo](#)
117. Chou D, Samartzis D, Bellabarba C, et al. Degenerative magnetic resonance imaging changes in patients with chronic low back pain: a systematic review. *Spine*. 2011 Oct 1;36(suppl 21):S43-53.
118. Jacobs W, Van der Gaag NA, Tuschel A, et al. Total disc replacement for chronic back pain in the presence of disc degeneration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;(9):CD008326. [Texto completo](#)
119. Rolving N, Sogaard R, Nielsen CV, et al. Preoperative cognitive-behavioral patient education versus standard care for lumbar spinal fusion patients: economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *Spine*. 2016 Jan;41(1):18-25.
120. Snowdon M, Peiris CL. Physiotherapy commenced within the first four weeks post-spinal surgery is safe and effective: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016 Feb;97(2):292-301.
121. Hedlund R, Johansson C, Hägg O, et al. The long-term outcome of lumbar fusion in the Swedish lumbar spine study. *Spine J*. 2016 May;16(5):579-87.
122. Daubs MD, Norvell DC, McGuire R, et al. Fusion versus nonoperative care for chronic low back pain: do psychological factors affect outcomes? *Spine*. 2011 Oct 1;36(suppl 21):S96-109.
123. Choma TJ, Schuster JM, Norvell DC, et al. Fusion versus nonoperative management for chronic low back pain: do comorbid diseases or general health factors affect outcome? *Spine*. 2011 Oct 1;36(suppl 21):S87-95.
124. Mroz TE, Norvell DC, Ecker E, et al. Fusion versus nonoperative management for chronic low back pain: do sociodemographic factors affect outcome? *Spine*. 2011 Oct 1;36(suppl 21):S75-86.
125. Chou R, Huffman LH. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med*. 2007 Oct 2;147(7):505-14. [Texto completo](#)
126. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. December 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
127. Kroenke K, Krebs EE, Wu J, et al. Telecare collaborative management of chronic pain in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014 Jul 16;312(3):240-8. [Texto completo](#)
128. Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, et al. Efficacy, tolerability, and dose-dependent effects of opioid analgesics for low back pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2016 Jul 1;176(7):958-68.

129. Ray WA, Chung CP, Murray KT, et al. Prescription of long-acting opioids and mortality in patients with chronic noncancer pain. *JAMA*. 2016 Jun 14;315(22):2415-23.
130. Krebs EE, Gravely A, Nugent S, et al. Effect of opioid vs nonopioid medications on pain-related function in patients with chronic back pain or hip or knee osteoarthritis pain: the SPACE randomized clinical trial. *JAMA*. 2018 Mar 6;319(9):872-82. [Texto completo](#)
131. Ozdemir S, Bebis H, Ortobag T, et al. Evaluation of the efficacy of an exercise program for pregnant women with low back and pelvic pain: a prospective randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2015 Aug;71(8):1926-39.
132. van Benten E, Pool J, Mens J, et al. Recommendations for physical therapists on the treatment of lumbopelvic pain during pregnancy: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2014 Jul;44(7):464-73.
133. Close C, Sinclair M, Liddle SD, et al. A systematic review investigating the effectiveness of complementary and alternative medicine (CAM) for the management of low back and/or pelvic pain (LBPP) in pregnancy. *J Adv Nurs*. 2014 Aug;70(8):1702-16.
134. Liddle SD, Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 30;(9):CD001139. [Texto completo](#)
135. Carey TS, Garrett JM, Jackman A, et al. Recurrence and care seeking after acute back pain: results of a long-term follow-up study. *Med Care*. 1999 Feb;37(2):157-64.
136. Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, et al. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine*. 1999 Dec 1;24(23):2484-91.
137. Nuhr M, Hoerauf K, Bertalanffy A, et al. Active warming during emergency transport relieves acute low back pain. *Spine*. 2004 Jul 15;29(14):1499-503.
138. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD000396. [Texto completo](#)
139. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, et al. Muscle relaxants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD004252. [Texto completo](#)
140. Cherkin DC, Wheeler KJ, Barlow W, et al. Medication use for low back pain in primary care. *Spine*. 1998 Mar 1;23(5):607-14.
141. Browning R, Jackson JL, O'Malley PG. Cyclobenzaprine and back pain: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 2001 Jul 9;161(13):1613-20. [Texto completo](#)
142. Dubinsky RM, Miyasaki J. Assessment: efficacy of transcutaneous electric nerve stimulation in the treatment of pain in neurologic disorders (an evidence-based review): report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2010 Jan 12;74(2):173-6. [Texto completo](#)

143. Buchmuller A, Navez M, Milletre-Bernardin M, et al. Value of TENS for relief of chronic low back pain with or without radicular pain. *Eur J Pain*. 2012 May;16(5):656-65. [Texto completo](#)
144. Urquhart DM, Hoving JL, Assendelft WJJ, et al. Antidepressants for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jan 23;(1):CD001703. [Texto completo](#)
145. Buynak R, Shapiro DY, Okamoto A, et al. Efficacy and safety of tapentadol extended release for the management of chronic low back pain: results of a prospective, randomized, double-blind, placebo- and active-controlled Phase III study. *Expert Opin Pharmacother*. 2010 Aug;11(11):1787-804.
146. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011 Oct 29;378(9802):1560-71. [Texto completo](#)
147. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ*. 2003;81(9):646-56.
148. Ramond-Roquin A, Bouton C, Gobin-Tempereau AS, et al. Interventions focusing on psychosocial risk factors for patients with non-chronic low back pain in primary care - a systematic review. *Fam Pract*. 2014 Aug;31(4):379-88. [Texto completo](#)
149. Linton SJ, van Tulder MW. Preventive interventions for back and neck pain problems: what is the evidence? *Spine*. 2001 Apr 1;26(7):778-87.
150. Verbeek JH, Martimo KP, Karppinen J, et al. Manual material handling advice and assistive devices for preventing and treating back pain in workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jun 15;(6):CD005958. [Texto completo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Andrew Sherman, MD, MS

Professor and Vice Chair

Department of Physical Medicine & Rehabilitation, University of Miami Miller School of Medicine, Miami, FL

DIVULGAÇÕES: AS declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Andrew Sherman would like to gratefully acknowledge Dr Robert W. Irwin, Dr Louise Thwaites, Dr Karen Walker-Bone, Dr Joanne Borg-Stein, and Dr Philip Chiou, previous contributors to this topic. RWI, LT, KWB, JBS, and PC declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Jennifer Baima, MD

Staff Physiatrist

Orthopedic and Arthritis Center, Brigham and Women's Hospital, Chestnut Hill, MA

DIVULGAÇÕES: JB declares that she has no competing interests.

Alexios G. Carayannopoulos, DO, MPH

Interventional Spine Physiatrist

Pain Medicine Specialist, Medical Director, Spine Center, Lahey Clinic, Burlington, MA

DIVULGAÇÕES: AGC declares that he has no competing interests.