

Mário Viana de Queiroz

# **DORES NAS COSTAS**

**(Lombalgias)**

- Professor de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Lisboa
- Chefe de Serviço de Reumatologia do Hospital de S. Maria - Lisboa
- Responsável pelo Departamento de Reumatologia do Programa CINDI
- Presidente do Comité Ibero-Americano de Reumatologia
- Presidente da Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas

## ÍNDICE

O	que	são	11
lombalgias?.....			
Factores		de	12
risco.....			
A		coluna	12
vertebral.....			
Causas		das	14
lombalgias.....			
A			11
espondilose.....			
.....			
Sintomatologia			12
.....			
Tratamento			12
.....			
Prevenção			14
.....			
Cuidados na lida da casa.....			20
Outros			21
cuidados.....			
.			
Importância do repouso			24
.....			
Exercícios aconselhados			25
.....			
Papel da			25
reabilitação.....			
Correcções			26
necessárias.....			
Medicamentos			27
.....			

## DORES NAS COSTAS

### **O que são lombalgias?**

As lombalgias são dores lombares, crónicas, acompanhadas ou não de bloqueio variável.

A sua frequência na população em geral varia, segundo os diversos estudos efectuados, entre 10% e 45%. Afectam igualmente os dois sexos até aos 60 anos de idade, parecendo haver depois uma predominância do sexo feminino. São mais frequentes na idade média da vida. Há uma regra interessante, a regra dos cinco, segundo a qual um quinto da população sofre de lombalgias; um quinto dos doentes lombálgicos consulta o clínico geral; destes, um quinto é enviado ao especialista; dos doentes que são enviados ao especialista um quinto é hospitalizado, e destes um quinto é submetido a cirurgia.

Constituem a primeira causa de limitação da actividade física antes dos 45 anos de idade, e a segunda entre os 45 e os 65 anos. São a segunda causa da consulta em clínica geral, e a primeira em reumatologia.

Os seus custos não estão contabilizados no nosso país, mas é conhecido que constituem o primeiro motivo de invalidez, frequentemente em idades produtivas da vida . É, também, conhecido que são uma fonte muito grande de prescrições médicas, de exames radiográficos, e do trabalho dos fisioterapeutas.

## **Factores de risco**

Os factores de risco das lombalgias não são unanimemente aceites por todos os investigadores.

Entre eles destacam-se:

- 1.º altura superior a 180cm no homem, e 170cm na mulher;
- 2.º obesidade;
- 3.º diminuição da força dos músculos do abdómen e do dorso;
- 4.º alterações da estática da coluna, nomeadamente as escolioses, as hipercifoses dorsais e as hiperlordoses lombares. A hipercifose e a hiperlordose são exageros das curvas normais da coluna vertebral. As escolioses são desvios laterais da coluna, e nem sempre são patológicas. As pessoas que têm escoliose devem consultar o seu médico.
- 5.º malformações da coluna vertebral;
- 6.º gravidez;
- 7.º traumatismos, sejam os grandes traumatismos, sejam os microtraumatismos de repetição;
- 8.º condução automóvel por força dos movimentos vibratórios;
- 9.º desportos violentos e/ou competitivos:

Alguns factores de risco relacionam-se com a actividade profissional, como sejam:

- 1 - trabalhos pesados;
- 2 - elevação de cargas;
- 3 - posturas prolongadas em ortoestatismo e na posição sentada;
- 4 - movimentos frequentes de flexão e de torsão do ráquis;
- 5 - trabalhos repetitivos;
- 6 - exposição a vibrações;

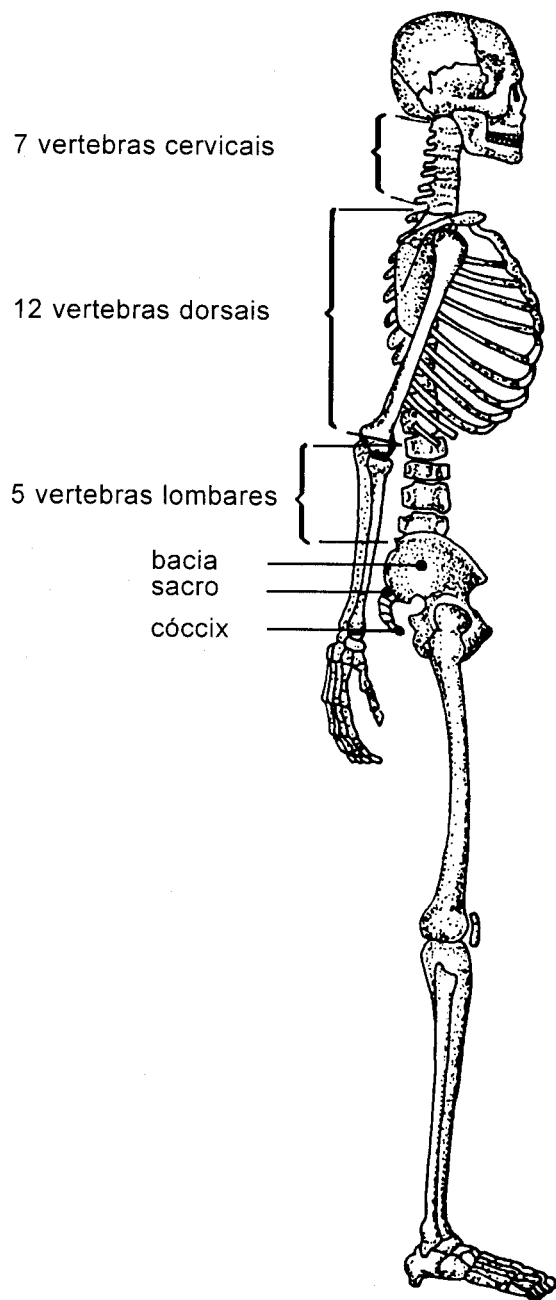
Entre as profissões de maior risco incluem-se os mineiros, os trabalhadores da construção civil, os pilotos de aeronaves, os enfermeiros, os fisioterapeutas e os dentistas.

O conhecimento dos factores de risco é importante, visando a prevenção das lombalgias.

### **A coluna vertebral**

A coluna vertebral é constituída por 24 vértebras (7 cervicais, 12 dorsais e 5 lombares) e por uma peça sacro-coccígea.

Cada vértebra é constituída por uma porção anterior, de forma cilíndrica, o corpo vertebral, e por uma porção posterior, o arco neural. O arco neural engloba os pedículos, as lâminas, as apófises transversas e as apófises espinhosas (Fig. 1).



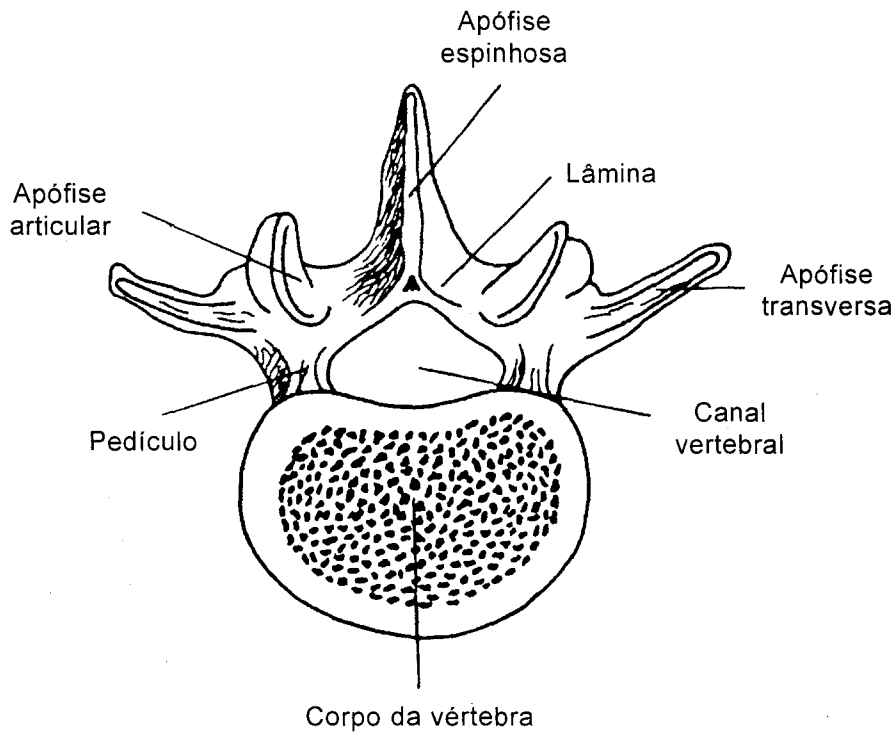


Fig. 1

No interior da coluna vertebral, no canal vertebral, encontra-se a espinal medula, donde saem as raízes do sistema nervoso simpático que se dirigem para os diferentes órgãos e, ainda, as raízes dos nervos raquidianos, que se dirigem para a cabeça, o tórax, o abdómen e os membros.

As vértebras articulam-se umas com as outras por meio das apófises articulares e dos discos intervertebrais.

Os discos intervertebrais que amortecem os choques e as pressões, são constituídos por um gel central muito rico em água, o núcleo pulposo, e por um anel rijo constituído por diversas lamelas de fibras concêntricas, anel fibroso (Fig. 2).

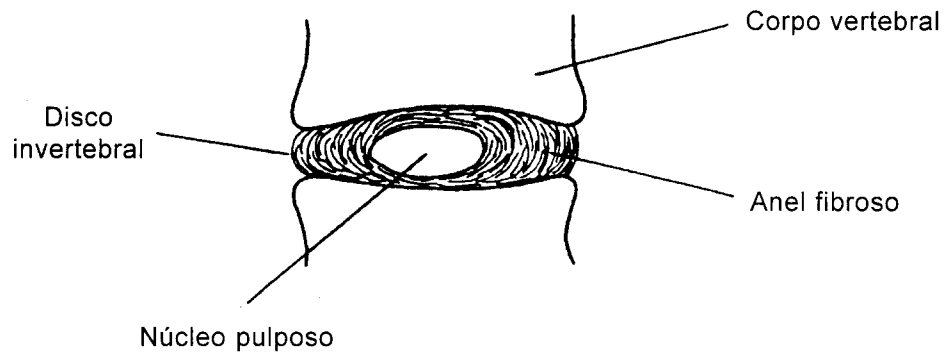


Fig. 2

Nas faces anterior e posterior dos corpos vertebrais e dos discos intervertebrais, há poderosos ligamentos denominados, respectivamente, ligamento vertebral comum anterior e ligamento vertebral comum posterior. Este último, em particular ao nível da coluna lombar, é muito mais espesso e resistente na sua parte central do que lateralmente, o que explica a pouca frequência das lesões medulares, e a maior incidência das lesões das raízes nervosas, quando o disco intervertebral prolapsa, isto é, sai do seu local habitual e vem comprimir os nervos raquidianos que saem da coluna vertebral pelos buracos de conjugação. É a isto que se chama uma hérnia do disco.



## **Causas das lombalgias**

Na coluna lombar, a compressão do ciático, que é o principal nervo raquidiano deste segmento do ráquis, origina dores ao longo do membro inferior, muitas vezes até ao pé, denominadas *ciáticas*. Mais raramente é comprimido um outro nervo raquidiano, o crural, sendo as dores irradiadas para a face anterior da coxa e designadas pelo nome de *cruralgias*.

*As causas mais frequentes das lombalgias são* as de natureza degenerativa, isto é, as espondilartroses, e as devidas a alterações da estática vertebral.

As dores lombares devidas às espondilartroses, às alterações da estática e às doenças metabólicas, têm ritmo mecânico, enquanto as dores devidas a outras causas (infecciosas, inflamatórias, tumorais), têm ritmo inflamatório.

O ritmo inflamatório é caracterizado por as lombalgias serem mais intensas durante a noite, acordando o doente frequentemente, e por se acompanharem de rigidez vertebral matinal superior a 30 minutos.

O ritmo mecânico é caracterizado por as dores serem mais intensas durante o dia, agravando-se com os movimentos e com as situações de sobrecarga da coluna, como as longas estadias em pé e o transporte de objectos pesados. As dores calmam à noite, na cama, e são acompanhadas de uma rigidez vertebral matinal de curta duração, desaparecendo ao fim de alguns minutos, com a realização dos primeiros movimentos.

## **A espondilose**

*A espondilartrose mais conhecida por espondilose* inicia-se em regra depois dos 40 anos de idade, e afecta igualmente os dois sexos.

Certos grupos profissionais como os agricultores, os estivadores, os pescadores e as empregadas domésticas, sujeitos a trabalhos mais violentos e, implicitamente, a maior desgaste articular, são mais propensos a esta doença, que, todavia, pode afectar toda a gente.

A espondilartrose caracteriza-se por haver uma degenerescência do disco intervertebral que se empobrece em proteínas muito importantes para que esta estrutura mantenha as suas propriedades de compressibilidade e de elasticidade. Essas substâncias proteicas designam-se por proteoglicanos e fibras de colagénio. Em consequência disto, o disco reduz-se em altura, o espaço entre duas vértebras adjacentes torna-se mais pequeno, e o osso dos pratos vertebrais esclerosa-se, isto é, aumenta de espessura, e dá origem a vegetações ósseas nas margens das vértebras, os osteófitos, conhecidos vulgarmente por bicos de papagaio. Osteófito é uma palavra de origem grega proveniente dos vocábulos osteos = osso e phytos = vegetação.

Para além das dores e da rigidez, as espondilartroses são frequentemente acompanhadas por limitação de movimentos e por parestesias (adormecimento e formigueiros) dos pés.

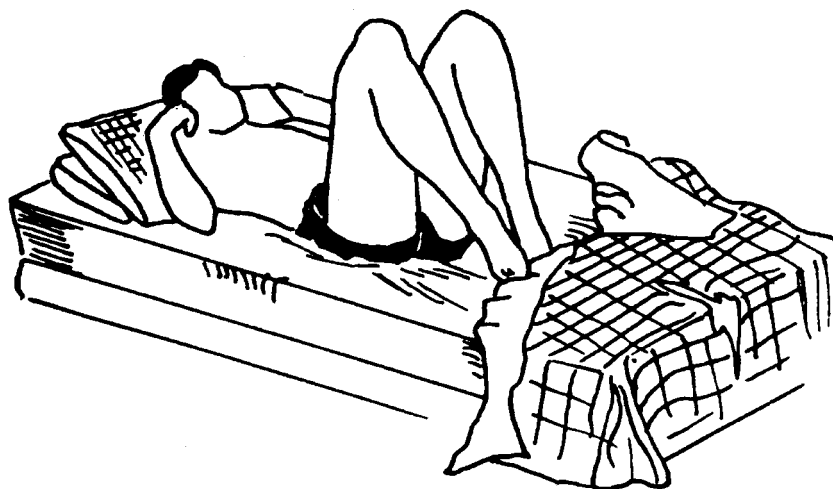
### **Sintomatologia**

Ao nível da coluna lombar, as dores assemelham-se a "moínhas" na grande maioria dos casos. Podem, porém, surgir episódios agudos muito dolorosos, lancinantes, em guinada, e de curta duração, denominados lumbagos.

Outras vezes, as dores lombares com as mesmas características do lumbago, irradiam ao longo da fase posterior ou postero-externa do membro inferior, no trajecto do nervo ciático, denominando-se ciáticas. A ciática acompanha-se frequentemente de formigueiros e adormecimentos dos membros inferiores, e exacerba-se com os esforços de tossir, espirrar, rir e evacuar (manobras de Valsalva).

### **Tratamento**

O lumbago e a ciática são duas situações cujo principal tratamento é o repouso em cama dura, com as pernas flectidas sobre as coxas. O doente deita-se de costas (barriga para o ar), com almofada por detrás do pescoço e os joelhos flectidos (Fig. 3) podendo, quando o sofrimento o permitir, levantar-se para a realização de necessidades higiénicas. O leito duro deve ser mesmo duro, de forma a que a coluna vertebral rectifique as suas curvaturas naturais. As chamadas camas ortopédicas são muito caras. Qualquer colchão de espuma de nylon pouco espesso colocado sobre uma tábua constitui uma cama muito eficaz. As camas moles não são naturais, e só uma escassa proporção da humanidade as tem usado nas últimas gerações.



**Fig. 3**

No lumbago e na ciática, o repouso de algumas horas a alguns dias é, quase sempre, suficiente. Para além do repouso, terapêutica fundamental e sem a qual não se obtêm quaisquer resultados, pode ser necessário prescrever analgésicos, anti-inflamatórios não esteróides e relaxantes musculares. Alguns indivíduos com ciática pioram nos primeiros dias do período de repouso, o que não significa ineficácia do tratamento, pelo que devem prosseguir com o mesmo plano terapêutico.

O tratamento das lombalgias é complexo, e para se obterem bons resultados é indispensável que o indivíduo participe e se empenhe vivamente no plano terapêutico que o médico lhe propuser.

### **Prevenção**

Sendo a espondilartrose uma doença crónica que vai durar o resto de tempo de vida, é importante explicar o modo de a combater.

O indivíduo deve conhecer muito bem as regras gerais de protecção do aparelho locomotor, afim de evitar gestos e atitudes que levam ao agravamento das dores nas costas.

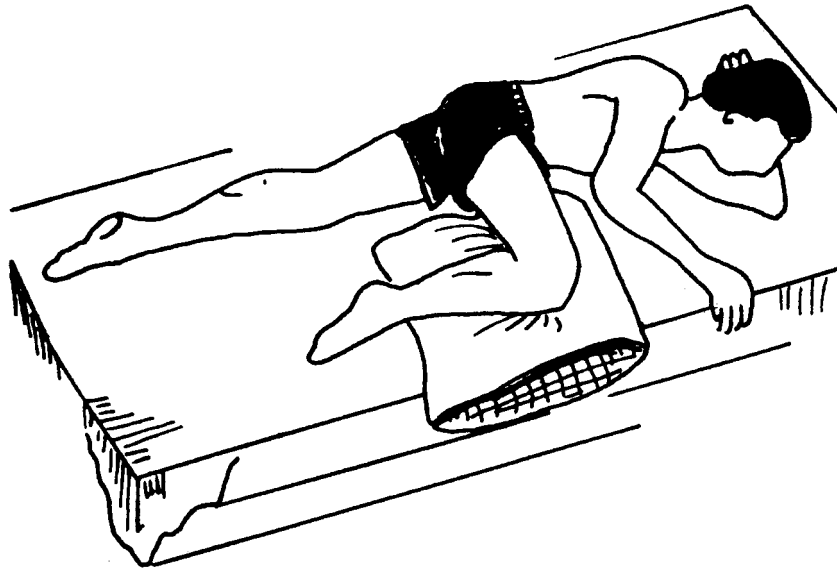
Um terço a um quarto da vida é passada no leito, razão pela qual uma boa cama, e uma postura correcta durante o sono são indispensáveis.

Uma boa cama é aquela que não se deforma quando o indivíduo se deita, mas não é necessariamente uma tábua.

Uma postura que proporciona um bom repouso nocturno, é o decúbito dorsal (indivíduo deitado de barriga para o ar). Uma outra postura fisiológica é a que se obtém dormindo em decúbito lateral (de lado, tendo a preocupação de estender um dos membros inferiores, flectir a perna

sobre a coxa do outro membro inferior de modo a que estes dois segmentos formem um ângulo de 90°, e colocar uma almofada a preencher o espaço compreendido entre a face e ombro (Fig. 4).

Se o indivíduo dormir de barriga para cima deve colocar-se uma almofada baixa e enrolada, por detrás do pescoço a fim de corrigir a rectificação cervical, tão frequente. A almofada nunca deverá ser colocada sob a cabeça, visto levar a uma hiperflexão nociva do ráquis cervical. Dormir sem almofada é um disparate.



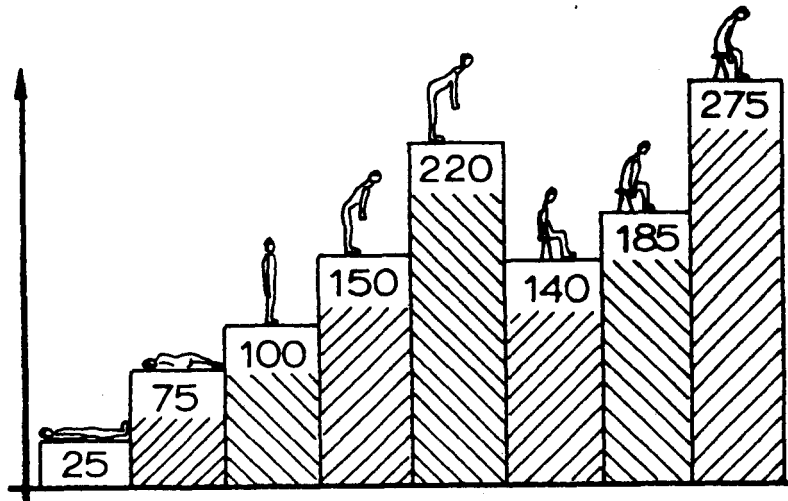
**Fig. 4** – Posição correcta para repouso nocturno em decúbito lateral

Os indivíduos com lombalgias não devem ler na cama, por essa atitude levar a uma hiperflexão forçada do pescoço. Devem colocar o aparelho de TV num local alto bem afastado do solo, e devem preocupar-se em andar com o pescoço em hiperextensão.

Os indivíduos que têm de permanecer acamados, podem sentar-se na cama e apoiar o seu dorso sobre as costas de uma cadeira invertida, postura que lhes permite ler na cama sem prejudicarem a sua coluna. Uma cama articulada permite obter melhor os mesmos resultados.

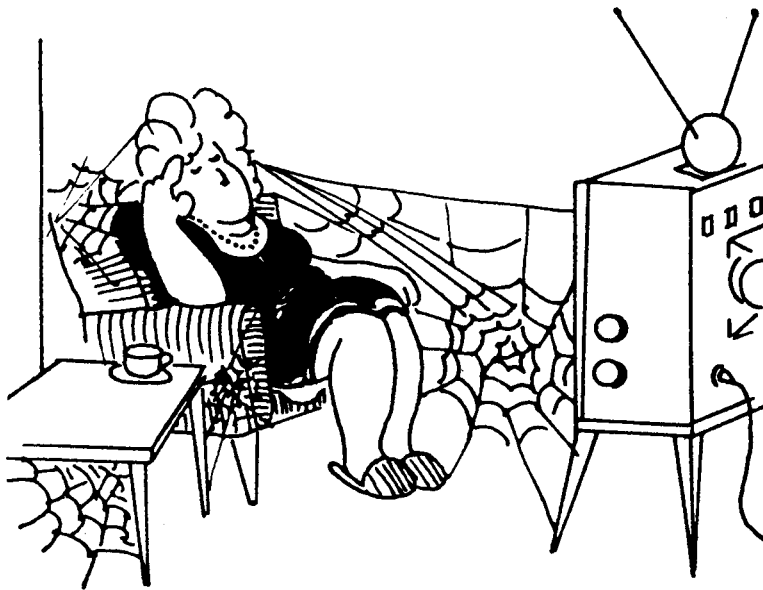
Muito importante para os indivíduos com lombalgias, são as sobrecargas a que a coluna lombar está sujeita. A título de exemplo, referimos que um indivíduo deitado exerce uma pressão sobre o terceiro disco lombar de 25Kg/cm<sup>2</sup>, se estiver de pé essa pressão aumenta para 100Kg/cm<sup>2</sup>, e se flectir a coluna aumenta ainda mais para 150Kg/cm<sup>2</sup>.

Por outro lado, o indivíduo sentado exerce uma pressão ainda maior sobre o 3.º disco lombar, aumentando esta pressão também quando se flexe. (Fig. 5).



**Fig. 5** – Pressões sobre o L3 no decurso de várias actividades

Sendo assim, o indivíduo não deve estar muitas horas parado na posição de pé ou de sentado (Fig. 6), e não deve transportar ou agarrar objectos pesados.



**Fig. 6** – É importante evitar as longas permanências em pé ou sentado

Quando tiver de permanecer de pé durante muito tempo, deve colocar um pé à frente do outro a fim de aumentar a base de sustentação do corpo, e deve sentar-se sempre que possível. De modo idêntico, deve evitar estar sentado durante horas, levantando-se de quando em vez, e deve sentar-se sempre em cadeiras duras, evitando as poltronas e os sofás (Fig. 7).

As costas dos indivíduos devem apoiar-se bem sobre o espaldar da cadeira, sendo sobre o sacro e a última vértebra lombar que se deve exercer maior pressão. São altamente inconvenientes os hábitos de cruzar as pernas e de o indivíduo se sentar nas pontas das cadeiras.

Quando o indivíduo se senta, os seus joelhos devem estar mais altos do que as ancas.

O indivíduo deve evitar pegar em objectos pesados e flectir a coluna vertebral. Quando isto lhe fôr de todo impossível, deve aprender o modo correcto de o fazer: flectindo os joelhos e as ancas, transportando o objecto o mais próximo de si (Fig. 8).

Deve transportar as compras em dois sacos, um em cada mão, e sempre que possível os estudantes devem colocar a pasta ao ombro ou atrás das costas (Fig. 9).

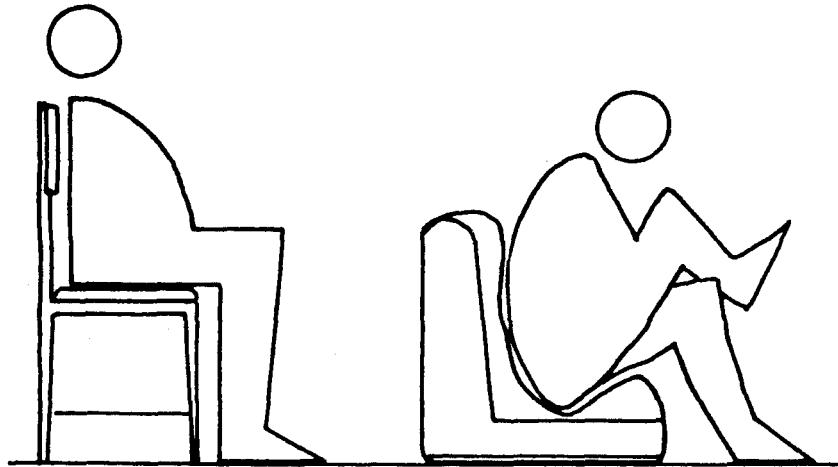
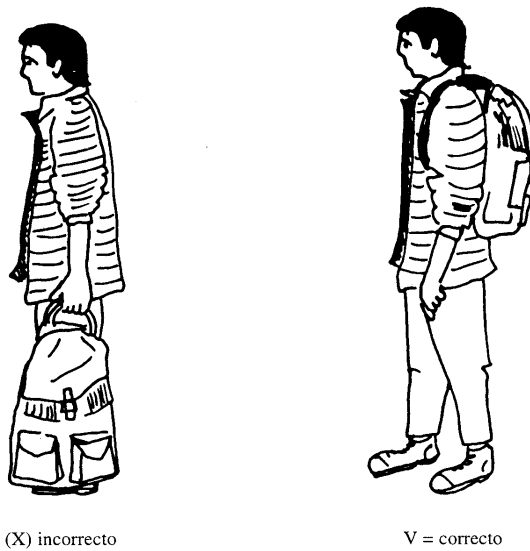


Fig. 7 - A cadeira deve ser dura. A sua altura deve ser igual ao comprimento das pernas do utilizador, e o assento deve ser igual ao comprimento das coxas. À esquerda, cadeira apropriada. À direita, cadeira inadequada (Figura cedida pelo Dr. Melo Gomes, Lisboa)

O vestuário deve ser simples e prático, e os sapatos não devem ter saltos altos, que aumentam a lordose lombar fisiológica e são fonte de dores lombares (Fig. 10).



Fig. 8 – Modo correcto de elevar uma carga.



(X) incorrecto

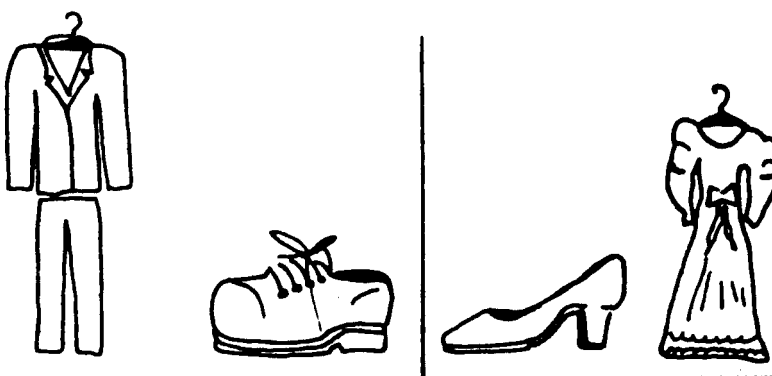
V = correcto

Fig. 9 – Quando for indispensável, o transporte de objectos pesados deve ser efectuado nos ombros ou no dorso. X = incorrecto; V = correcto



## Cuidados na lida da casa

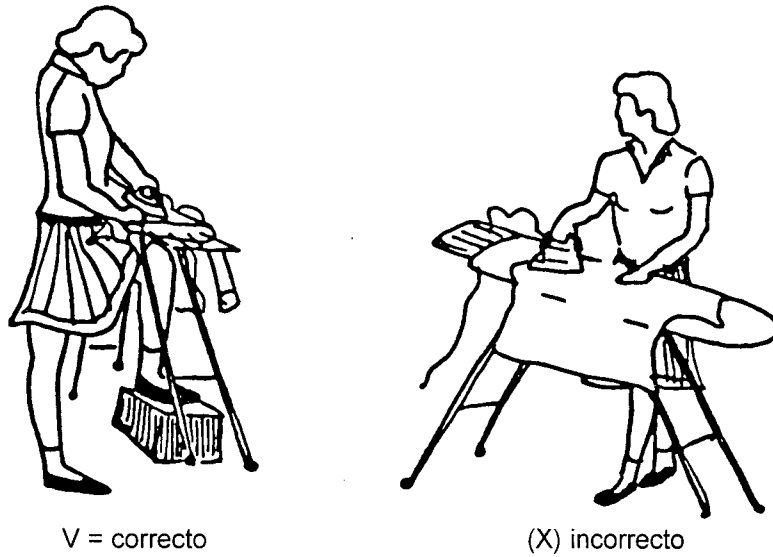
As donas de casa e as empregadas domésticas, não obstante o enorme benefício que as máquinas de lavar roupa e louça trouxeram à sua coluna têm, ainda, e pelo menos, duas tarefas caseiras muito ingratas para o seu ráquis, que são o aspirar o pó e o passar a ferro. Para aspirar o pó o melhor é fazê-lo com aspirador com fio comprido. Para passar a ferro, sugerimos que fragmentem essa tarefa ao longo dos diferentes dias da semana, e que o façam com as costas apoiadas contra uma parede, e com um dos pés colocado sobre um banco pequeno (Fig. 11). O fogão, o lava-louças e outros objectos de trabalho devem estar a uma altura apropriada, de modo a evitar-se a flexão da coluna vertebral.



**Fig. 10** – O vestuário deve ser simples e prático. Os sapatos devem ter saltos baixos e confortáveis, resistentes. À esquerda vestuário correcto. À direita vestuário incorrecto. (Figura cedida pelo Dr. Melo Gomes, Lisboa)

## Outros cuidados

Os estudantes e outros profissionais que passam longas horas a uma secretária, devem ter cadeiras com alturas adequadas, de modo a que a sua coluna fique correctamente posicionada (Fig. 12). As cadeiras demasiado altas, que constituem a regra geral em Portugal, aumentam a lordose lombar e as lombalgias.

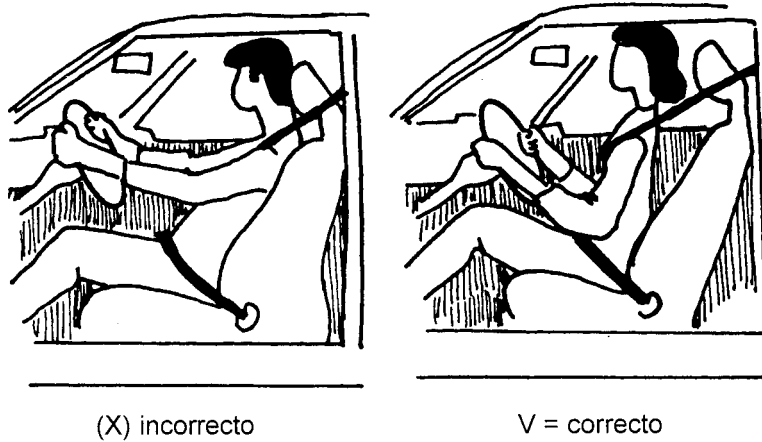


**Fig. 11** – Modos incorrecto (X) e correcto (V) de passar a ferro.



**Fig. 12** – Os estudantes e outros trabalhadores intelectuais devem ter uma secretária e uma cadeira com alturas adequadas.

Os indivíduos com lombalgias devem utilizar nas suas deslocações transportes pouco trepidantes, como o comboio e o metropolitano. Quando tiverem de andar de automóvel, devem sentar-se correctamente nas cadeiras do veículo, conduzir com os braços e os antebraços flectidos e devem ter os pés próximo dos pedais (Fig. 13).

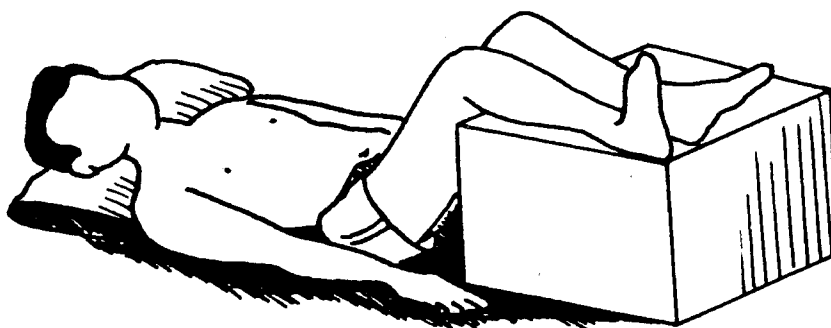


**Fig. 13** – A condução automóvel deve ser efectuada em postura correcta. (V)

Quando o banco do automóvel está demasiado recuado, e os pés estão longe dos pedais, o indivíduo, para atingir estes últimos, exacerba a lordose lombar. Nas viagens longas, os indivíduos devem sair do veículo ao fim de 1 a 2 horas, e permanecerem em pé durante alguns minutos. Obviamente não devem esquecer o cinto de segurança, e os encostos para a cabeça, um e outro salvadores de vidas. Os encostos de cabeça podem evitar a secção da espinal medula aquando do golpe de coelho: embate, pescoço projectado para a frente e logo de seguida projectado para trás, com possível secção da espinal medula por ausência de encosto para a cabeça.

## Importância do repouso

Uma outra medida básica no tratamento das lombalgias é o repouso. Mais importante do que 1 ou 2 horas de repouso diário contínuo, é fazer curtos períodos de repouso (10-15 minutos), fragmentados ao longo do dia. Estes períodos de repouso devem ser feitos em decúbito dorsal e sobre uma superfície dura (cama, solo) com uma almofada enrolada e colocada atrás do pescoço e, idealmente, as pernas e as coxas devem estar flectidas com o apoio de almofadas ou de uma cadeira (Fig. 14). É importante dormir, ainda que não necessariamente dormir. O sono relaxa os músculos da coluna e permite uma melhor rectificação das suas curvaturas.



**Fig. 14** – Curtos períodos de repouso ao longo do dia com a coluna vertebral rectificada são muito úteis na prevenção das lombalgias.

## Exercícios aconselhados

*O terceiro ponto fulcral no tratamento dos doentes com lombalgias é o plano de exercícios, que o indivíduo deve efectuar diariamente, em sua casa, após um duche quente.*

Para além de aliviarem as dores, os exercícios diminuem a rigidez vertebral e aumentam a amplitude dos movimentos articulares.

Os exercícios prescritos pelo médico e ensinados por um fisioterapeuta devem, de início, ser efectuados num ginásio mas, depois, devem ser feitos pelo indivíduo, em sua casa.

A execução dos exercícios deve ser lenta e progressiva, aumentando diariamente o seu número e, muito importante, os exercícios devem ser interrompidos, provisoriamente, se provocarem fadiga, e não devem ser feitos, também provisoriamente, se despertarem dores.

Os exercícios efectuados correctamente são benéficos; quando realizados incorrectamente e à pressa, são mais prejudiciais do que úteis.

O banho quente tomado antes da sua realização é fundamental, visto o calor ser analgésico e relaxante muscular, facilitando a execução do plano de exercícios que deve ser efectuado, sempre que possível, diante de um espelho, a fim de o indivíduo se poder auto-corrigir.

## **Papel da reabilitação**

Além dos exercícios, a *medicina de reabilitação* poderá ser de utilidade para estes indivíduos através das massagens, de outras fontes de calor que não a água quente (infravermelhos, ondas curtas, ultra-sons, micro-ondas, etc). Desaconselhamos totalmente as trações e, ainda mais, as manipulações, não porque estejam sempre contra-indicadas, mas porque raramente são bem prescritas e bem efectuadas, o que pode conduzir a lesões ósseas, neurológicas e vasculares graves.

O *desporto* tem de ser criteriosamente seleccionado. Desportos violentos e/ou competitivos como o futebol, o boxe, etc., obrigando a coluna a grandes esforços, estão formalmente contra-indicados. Muito úteis são a marcha e sobretudo, a natação.

## **Correções necessárias**

Um aspecto relevante no tratamento das lombalgias é a correcção dos defeitos posturais e das alterações da estática. Uma das alterações da estática mais frequente, são os pés planos que se compensam facilmente com plantares apropriados. Nos doentes que os têm de utilizar, os plantares podem, igualmente, ser aproveitados para corrigir pequenas desigualdades de comprimento dos membros inferiores.

Outros defeitos posturais como a hipercifose dorsal e a hiperlordose lombar, corrigem-se com a preocupação do doente se sentir posturalmente correcto (Fig. 15), complementada com ginástica apropriada. Muito importante para o indivíduo se manter em boa postura é o tipo de respiração. Ao inspirar, o doente deve fazê-lo através do tórax, evitando a distensão do abdómen. Deste modo se diminui a cifose dorsal e a lordose lombar. Estes movimentos que, inicialmente, têm de ser consciencializados, são depois efectuados por rotina, sem que o indivíduo se aperceba deles.

A correcção da *obesidade*, faz parte integrante do plano terapêutico. A obesidade em indivíduos com lombalgias tem de ser corrigida a todo o custo, pois representa uma sobrecarga permanente sobre a coluna lombar. Para além disso, a obesidade aumenta a lordose lombar, contribuindo, também desse modo, para o agravamento das dores ao nível deste segmento da coluna.

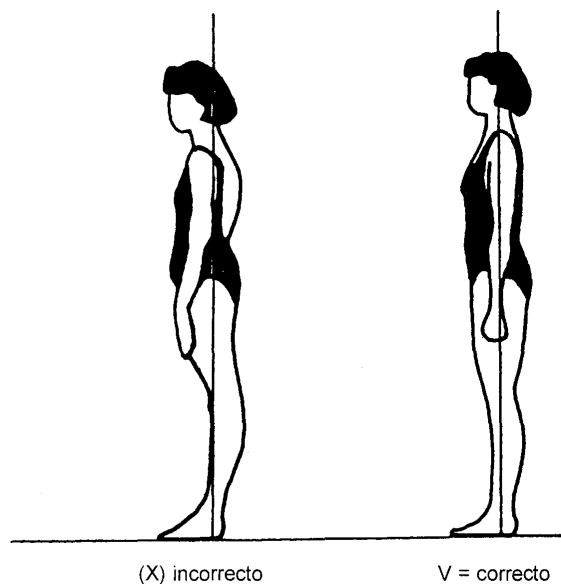


Fig. 15 – Postura incorrecta à esquerda (X) e correcta à direita (V).

## Medicamentos

Os medicamentos utilizados no tratamento das lombalgias são os analgésicos, os anti-inflamatórios não esteróides e, em algumas circunstâncias, os relaxantes musculares.

Os *condroprotectores*, isto é, medicamentos que protegem a cartilagem articular, são úteis nas fases iniciais dos processos degenerativos, enriquecendo a cartilagem em proteoglicanos, que são um dos constituintes fundamentais da cartilagem articular e do disco intervertebral.

Para aliviar as dores, diminuir a rigidez e aumentar a amplitude dos movimentos articulares, são utilizados os anti-inflamatórios não esteróides, isto é, medicamentos que combatem a inflamação e a dor, e não contêm corticosteróides, isto é, hormonas do tipo da cortisona. Os corticoesteróides estão formalmente contra-indicados em doentes com lombalgias, visto não serem mais activos no tratamento destes doentes do que os anti-inflamatórios e, por outro lado, porque têm diversos efeitos que podem ser nocivos para o organismo.

Os modernos anti-inflamatórios não esteróides, administrados uma ou duas vezes por dia, têm muito menos efeitos adversos do que há 20 anos. Todavia, médico e doente devem ser prudentes quanto estes últimos medicamentos são administrados.

Nos indivíduos que têm ou tiverem úlcera gástrica ou duodenal, estes fármacos estão, em princípio, contra-indicados, e só devem ser prescritos em circunstâncias excepcionais, e sempre conjuntamente com outros medicamentos protectores da mucosa gastro-intestinal. Aliás, mesmo em doentes que nunca tiveram problemas gástricos, os anti-inflamatórios devem ser tomados no fim das refeições.

Nos doentes com problemas gastro-intestinais, os analgésicos devem ser os medicamentos de escolha. Podem, também, ser administrados conjuntamente com os anti-inflamatórios, no sentido de se conseguir uma maior diminuição das dores.

Os relaxantes musculares têm muito interesse quando há grande contractura muscular que, por si só, é geradora de dor. São muito utilizados no tratamento do lumbago e da ciática.

A crenoterapia, isto é, o tratamento por meio de águas termais, não tem uma base científica, mas melhora muitos dos indivíduos com lombalgias.