Marina Valladão

HÉRNIA DE DISCO LOMBAR

Entenda sua dor, perca o medo e descubra por que uma hérnia não precisa controlar a sua vida.

ANTES DE COMEÇAR

Se o laudo te assustou, respira.

Se você recebeu um diagnóstico de hérnia de disco e ficou assustado ao ler palavras como protrusão, extrusão, compressão, degeneração ou fissura no laudo da sua ressonância, este material é para você.

Talvez você esteja com dor há semanas ou meses. Talvez a dor desça para a perna. Talvez você sinta choque, queimação, formigamento ou dormência.

Ou talvez alguém já tenha dito que sua coluna está "desgastada", que você precisa evitar determinados movimentos ou que nunca mais poderá pegar peso.

A PRIMEIRA INFORMAÇÃO QUE VOCÊ PRECISA SABER É

Ter uma hérnia de disco não significa ter uma coluna frágil. E muito menos significa que você precisará conviver com dor para sempre.

Hoje sabemos muito mais sobre dor lombar, hérnia de disco e recuperação. E entender isso muda completamente a forma de tratar.

01

Dor lombar é muito comum. Hérnia é outra história.

A dor lombar está entre os problemas de saúde mais comuns no mundo. Mas existe uma informação que costuma surpreender os pacientes:

A grande maioria das dores lombares não consegue ser atribuída a uma única estrutura específica da coluna.

90%

Aproximadamente 90% dos quadros de dor lombar são classificados como dor lombar primária ou inespecífica.

> **Ou seja: Sentir dor lombar não significa automaticamente ter uma hérnia causando aquela dor.**

3% a 5%

Os quadros relacionados à hérnia de disco com comprometimento de raiz nervosa representam uma parcela menor dos pacientes, em torno de 3% a 5% em diferentes populações e contextos clínicos.

Por isso, um dos maiores erros é olhar primeiro para a ressonância e depois para a pessoa. Na minha avaliação, faço ao contrário: Primeiro entendo a pessoa, sua história e o comportamento dos sintomas. Depois correlaciono esses achados com a imagem, quando ela realmente é necessária.

02

Afinal, o que é uma hérnia de disco?

Entre as vértebras existem estruturas chamadas discos intervertebrais. Eles participam da distribuição das cargas e permitem que nossa coluna se movimente.

O disco possui uma região externa mais resistente, chamada ânulo fibroso, e uma região interna chamada núcleo pulposo. Com o passar do tempo, o disco também sofre modificações naturais. Ele pode perder água, mudar de formato e apresentar alterações que aparecem na ressonância.

Dependendo de suas características, o laudo pode trazer palavras como:

- **Abaulamento**
  o contorno do disco se projeta de maneira mais ampla.
- **Protrusão**
  uma parte do disco se projeta além do seu limite habitual.
- **Extrusão**
  o material discal ultrapassa de forma mais evidente os limites do disco.
- **Sequestro**
  um fragmento do material discal se separa do restante.

Essas palavras parecem assustadoras.
Mas existe algo muito importante:

GUARDE ISSO

O tamanho ou o nome da hérnia, sozinho, não determina a intensidade da sua dor.

Existem pessoas com alterações importantes na ressonância e praticamente nenhum sintoma. E existem pessoas com alterações aparentemente menores apresentando muita dor. É por isso que não tratamos um laudo. Tratamos uma pessoa.

03

"Minha coluna está desgastada?"

Essa é uma das frases que mais ouço no consultório.

E ela costuma vir acompanhada de medo:

"Meu disco está desidratado."

"Minha coluna está degenerada."

"Tenho bico de papagaio."

"Tenho várias protrusões."

Mas muitas dessas alterações fazem parte das mudanças naturais que acontecem no corpo ao longo da vida. Gostamos de explicar isso aos pacientes como nossas "rugas internas".

Assim como nossa pele muda, nosso cabelo muda e nossas articulações mudam com o passar dos anos, nossa coluna também muda. E mudança na imagem não significa necessariamente doença.

Estudos mostram alterações degenerativas, abaulamentos e protrusões inclusive em pessoas que não apresentam dor alguma.

Portanto: Alteração na ressonância ≠ causa obrigatória da dor.

A imagem é uma peça do quebra-cabeça.

Ela nunca deve ser interpretada isoladamente.

04

"Mas minha dor desce para a perna. Então é ciática?"

Não necessariamente. Esse é outro ponto fundamental. Nem toda dor que sai da coluna e chega à perna é causada por uma raiz nervosa. Existem diferentes mecanismos capazes de produzir sintomas na perna.

Quando realmente existe envolvimento de uma raiz nervosa, podem aparecer sintomas como:

- dor em choque ou queimação
- formigamento
- dormência
- alteração de sensibilidade
- perda de força em determinados músculos
- alterações dos reflexos

Mas existe também a dor somática referida, na qual estruturas da região lombar podem produzir dor percebida na nádega, coxa ou perna sem necessariamente existir uma lesão do nervo.

É exatamente por isso que somente perguntar "onde dói?" não é suficiente.

Precisamos descobrir: Como essa dor se comporta?

05

É aqui que a avaliação muda tudo.

Imagine dois pacientes. Os dois têm uma hérnia em L4-L5 na ressonância. Os dois apresentam dor na perna. À primeira vista, parecem ter o mesmo problema.

Mas durante a avaliação percebemos que são completamente diferentes:

- Em um paciente, determinado movimento faz a dor sair da perna e voltar em direção à coluna.
- Em outro, o mesmo movimento piora e faz os sintomas avançarem ainda mais pela perna.
- Um apresenta perda de força; o outro não.
- Um apresenta sinais de comprometimento neural; o outro apresenta exame neurológico preservado.

A ressonância pode parecer semelhante.

O comportamento clínico não é. E é justamente esse comportamento que ajuda a direcionar o tratamento.

Por isso repetimos tanto:

A avaliação é o coração do tratamento.

06

Por que uma hérnia pequena pode doer muito?

Durante muitos anos, a dor relacionada à hérnia foi explicada quase exclusivamente como um problema mecânico: "Hérnia encostou no nervo = dor."

Hoje sabemos que a história é mais complexa.

Quando existe irritação de uma raiz nervosa, podem participar tanto fatores mecânicos quanto processos inflamatórios. Substâncias inflamatórias podem aumentar a sensibilidade da raiz nervosa.

Isso ajuda a entender algo que parece contraditório:

Uma hérnia pequena pode estar associada a sintomas intensos, enquanto uma hérnia maior pode existir sem provocar dor.

Portanto, dor não é uma régua que mede o tamanho da lesão. É uma ressonância "feia" não determina seu futuro.

07

Sua ressonância não é uma sentença

Alterações nos discos aparecem com frequência em pessoas completamente assintomáticas. Isso significa que é possível encontrar abaulamentos, protrusões, degeneração discal, redução da altura dos discos, fissuras e outras alterações em pessoas que trabalham, treinam, correm, carregam peso e vivem normalmente.

Por isso, quando recebemos um paciente, nossa pergunta não é apenas: "O que apareceu na ressonância?"

Queremos saber:

- Quando começou?
- O que piora?
- O que melhora?
- Até onde a dor chega?
- Existe dormência?
- Existe perda de força?
- O que acontece quando você senta? E quando caminha?
- Como você acorda?
- O que acontece quando repete determinados movimentos?
- Você consegue trabalhar? Consegue dormir? Consegue fazer aquilo de que gosta?

A resposta está na combinação dessas informações. A imagem complementa o raciocínio clínico. Ela não substitui uma boa avaliação.

08

Uma hérnia pode diminuir sozinha?

Sim. E essa é uma informação que muita gente nunca recebeu.

O organismo possui mecanismos capazes de promover a regressão espontânea do material herniado. O sistema imunológico pode reconhecer parte desse material e participar de um processo gradual de reabsorção.

E existe algo ainda mais interessante: Extrusões e sequestros podem apresentar uma probabilidade importante de regressão espontânea. Ou seja, justamente uma imagem que parece mais assustadora pode apresentar boa capacidade de regressão.

Mas existe outro detalhe ainda mais importante:

Você não precisa esperar a ressonância "ficar bonita" para voltar a viver.

A melhora dos sintomas e da função não depende obrigatoriamente do desaparecimento completo da hérnia na imagem. Nosso objetivo não é produzir uma ressonância perfeita. Nosso objetivo é devolver movimento, força, confiança e função.

09

Quanto tempo leva para melhorar?

Essa provavelmente é uma das primeiras perguntas de quem está sofrendo: "Quando isso vai passar?"

Não existe um prazo igual para todas as pessoas.

Mas a história natural da maioria dos episódios relacionados à hérnia de disco é favorável.

Muitos pacientes apresentam melhora importante ao longo das primeiras semanas, frequentemente dentro de **6 a 12 semanas**, embora alguns quadros possam exigir mais tempo e acompanhamento.

E isso não significa ficar esperando.

Existe muita coisa que pode ser feita durante esse período para controlar sintomas, recuperar movimentos e manter ou reconstruir a capacidade física.

O tratamento adequado respeita:

- o estágio do problema
- a irritabilidade dos sintomas
- o exame neurológico
- a resposta aos movimentos
- as atividades que você precisa recuperar
- e a evolução de cada atendimento

Não existe protocolo igual para todo mundo.

10

Hérnia de disco precisa de cirurgia?

Na maioria das vezes, não.

A maior parte dos pacientes pode ser conduzida inicialmente de maneira conservadora quando não existem sinais de emergência ou déficits neurológicos progressivos relevantes. Isso significa que receber o diagnóstico de hérnia não significa automaticamente receber indicação cirúrgica.

Existem, entretanto, situações que exigem avaliação médica rápida.

Procure atendimento imediatamente se surgir:

- ✓ perda importante ou progressiva de força.
- ✓ dificuldade súbita para movimentar o pé ou a perna.
- ✓ alteração nova no controle da urina ou das fezes.
- ✓ perda de sensibilidade na região entre as pernas ou genital.
- ✓ sintomas neurológicos importantes com piora rápida.

Esses sinais são incomuns, mas precisam ser reconhecidos.

11

Repouso ou movimento?

Durante muito tempo, quem tinha dor lombar recebia a orientação:

"Fique deitado."

"Não abaixe."

"Não pegue peso."

"Proteja sua coluna."

Hoje sabemos que repouso prolongado geralmente não é a melhor estratégia. O corpo precisa de movimento.

Isso não significa ignorar a dor ou realizar qualquer exercício de qualquer maneira. Significa encontrar a dose adequada de movimento e carga para aquele momento.

Em alguns pacientes, determinado movimento reduz os sintomas. Em outros, pode piorá-los. Algumas pessoas toleram carga rapidamente; outras precisam de uma progressão mais gradual.

> Por isso, a pergunta não deveria ser:
>
> **"Qual exercício é bom para hérnia?"**
>
> A pergunta deveria ser:
>
> **"Qual movimento é adequado para esta pessoa, neste momento?"**

Essa diferença parece pequena, mas na prática muda todo o tratamento.

12

Como é o tratamento conservador moderno?

Um tratamento moderno para dor lombar e hérnia de disco não deveria criar dependência do profissional. Ele deveria devolver autonomia ao paciente.

Dependendo da avaliação, o tratamento pode envolver:

- **Educação**

  Entender o problema reduz medo e ajuda o paciente a voltar a confiar no próprio corpo.

- **Controle e progressão de carga**

  Nem repouso absoluto, nem fazer tudo de uma vez. A carga precisa ser ajustada e progressivamente aumentada.

- **Exercícios individualizados**

  Não existe uma sequência universal de exercícios para hérnia de disco. O exercício precisa responder ao comportamento clínico daquele paciente.

- **Movimentos específicos**

  Alguns pacientes apresentam uma resposta muito clara a determinadas direções de movimento. Identificar isso pode ser extremamente importante.

- **Fortalecimento progressivo**

  À medida que os sintomas permitem, precisamos preparar novamente o corpo para trabalho, esporte e vida diária.

- **Terapia manual, quando indicada**

  Pode ser utilizada como ferramenta para reduzir sintomas e facilitar o movimento.

MAS EXISTE UMA
DIFERENÇA FUNDAMENTAL:

Terapia manual não "coloca a hérnia de volta no lugar".

Ela é uma ferramenta dentro de um plano maior.
O protagonista da recuperação continua sendo o paciente.

13

O que mais atrasa a recuperação?

Às vezes, o maior obstáculo não é a hérnia.
É o medo criado ao redor dela:

"Não posso abaixar."
"Não posso pegar meu filho."
"Não posso treinar."
"Minha coluna acabou."
"Se eu me mexer, a hérnia vai sair mais."

Quando uma pessoa passa a evitar cada vez mais atividades por medo de machucar a coluna, podemos entrar em um ciclo:

dor → medo → menos movimento → perda de capacidade → mais medo

Uma parte importante do tratamento é quebrar esse ciclo com segurança. Não queremos ensinar você a proteger sua coluna para sempre. Queremos preparar sua coluna para voltar a enfrentar a vida.

14

Mitos que precisamos deixar para trás

"Tenho hérnia. Nunca mais posso pegar peso."

Mito. O objetivo da reabilitação é justamente recuperar progressivamente sua capacidade de lidar com carga.

"Minha ressonância está muito ruim. Meu caso é grave."

Não necessariamente. A imagem precisa ser correlacionada com seus sintomas e seu exame clínico.

"Se tenho dor na perna, tenho ciática."

Não necessariamente. Existem diferentes mecanismos de dor que podem produzir sintomas na perna.

"Preciso colocar o disco no lugar."

Não. O tratamento não consiste em empurrar mecanicamente um disco de volta para dentro.

"Quanto mais dor, maior deve ser minha hérnia."

Não. Intensidade da dor e tamanho da alteração estrutural não possuem uma relação simples e direta.

"Vou precisar parar de treinar para sempre."

Não. Nosso objetivo é exatamente o contrário: recuperar capacidade para que você volte, progressivamente, às atividades importantes para você.

15

E se eu já tentei vários tratamentos?

Essa é uma situação muito comum. Alguns pacientes chegam dizendo:

> *"Já fiz fisioterapia. Já tomei vários medicamentos. Já fiz infiltração. Já fiz massagem. Já fiz Pilates. Já tentei vários exercícios da internet."*

E continuam com dor.

Mas existe uma pergunta importante: **Você já teve seu quadro realmente classificado?**

Fazer fisioterapia não significa necessariamente ter realizado uma avaliação específica do comportamento da sua dor. Antes de escolher uma técnica, precisamos entender qual problema estamos tentando modificar.

É por isso que defendemos uma frase simples:

Primeiro classifica.

Depois trata.

Porque dois pacientes com a mesma hérnia na ressonância podem precisar de estratégias completamente diferentes.

16

O que queremos devolver a você?

O sucesso do tratamento não é simplesmente você dizer: *"Minha dor diminuiu."*

Queremos mais. Queremos que você volte a:

- caminhar
- trabalhar
- dormir melhor
- dirigir
- pegar seu filho ou neto
- treinar
- viajar
- praticar seu esporte
- e fazer aquilo que a dor fez você abandonar

Porque existe uma diferença enorme entre não sentir dor e recuperar sua vida. Meu objetivo é o segundo.

17

Guarde estas 7 informações

1. Dor lombar não significa automaticamente hérnia de disco.
2. A maioria das dores lombares não possui uma única causa estrutural identificável.
3. Alterações na ressonância também aparecem em pessoas sem dor.
4. O tamanho da hérnia não determina sozinho a intensidade dos sintomas.
5. O material herniado pode apresentar regressão espontânea.
6. A maioria dos pacientes não começa seu tratamento pela cirurgia.
7. Uma avaliação clínica individualizada é fundamental para definir a melhor estratégia.

18

A pergunta não é "qual é o tamanho da minha hérnia?"

Talvez você tenha começado este e-book preocupado com aquilo que apareceu na sua ressonância. Esperamos que termine fazendo perguntas diferentes:

- **O que realmente está provocando meus sintomas?**
- **Existe comprometimento do nervo?**
- **Como meus sintomas respondem ao movimento?**
- **Existe alguma direção que melhora ou piora meu quadro?**
- **Minha força está preservada?**
- **O que preciso recuperar para voltar à minha rotina?**

Essas perguntas nos dizem muito mais sobre o caminho do tratamento. Porque uma ressonância mostra estruturas. Mas é a avaliação que mostra a pessoa por trás daquela imagem.

@clinicamarinavalladao

Uma hérnia não precisa definir sua vida

Você não precisa viver com medo de abaixar, carregar peso, trabalhar ou praticar exercícios apenas porque recebeu um diagnóstico de hérnia de disco.

Também não prometemos soluções mágicas.

O que fazemos é utilizar avaliação clínica, raciocínio e estratégias individualizadas para entender o comportamento de cada paciente e construir o caminho de recuperação.

Porque o meu objetivo nunca foi simplesmente tratar uma imagem.

É devolver movimento, função, segurança e autonomia para uma pessoa.

"O sucesso não está em identificar uma hérnia de disco. Está em identificar o comportamento clínico daquela pessoa."

Agora é hora de entender o seu caso.

Na minha avaliação, eu escuto a sua história, comprovo no exame físico o que realmente está acontecendo, classifico o seu quadro e já inicio o tratamento.

Meu objetivo é que você perceba uma resposta já no primeiro atendimento e saia sabendo exatamente o que fazer em casa, com exercícios específicos de autogerenciamento para continuar evoluindo.

Você não sai apenas com um diagnóstico. Sai com uma direção, uma estratégia e o tratamento iniciado.

Atendimentos no **Rio de Janeiro** e em **São Paulo**.

Se você quer parar de tentar e começar a tratar com estratégia, agende sua avaliação:

(22) 98864.9355

Fale com a minha secretária.

Referências científicas

1 Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al. **Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations.** American Journal of Neuroradiology. 2015;36(4):811-816. doi: 10.3174/ajnr.A4173.

2 World Health Organization (WHO). **Low back pain.** Geneva: World Health Organization; 2023.

3 World Health Organization (WHO). **WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings.** Geneva: WHO; 2023.

4 Chiu CC, Chuang TY, Chang KH, et al. **The probability of spontaneous regression of lumbar herniated disc: a systematic review.** Clinical Rehabilitation. 2015;29(2):184-195. doi:10.1177/0269215514540919.

5 Zhong M, Liu JT, Jiang H, et al. **Incidence of Spontaneous Resorption of Lumbar Disc Herniation: A Meta-Analysis.** Pain Physician. 2017;20(1):E45-E52.

6 Rashed S, Vassiliou A, Starup-Hansen J, Tsang K. **Systematic review and meta-analysis of predictive factors for spontaneous regression in lumbar disc herniation.** Journal of Neurosurgery: Spine. 2023;39(4): 471-478. doi:10.3171/2023.6.SPINE23367.

7 Deyo RA, Mirza SK. **Herniated Lumbar Intervertebral Disk.** New England Journal of Medicine. 2016;374:1763-1772. doi:10.1056/NEJMcp1512658.

8 George SZ, Fritz JM, Silfies SP, et al. **Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021.** Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. 2021;51(11):CPG1-CPG60. doi: 10.2519/jospt.2021.0304.

9 Koes BW, van Tulder MW, Peul WC. **Diagnosis and treatment of sciatica.** BMJ. 2007;334(7607):1313-1317. doi:10.1136/bmj.39223.428495.BE.

Marina Valladão

Fisioterapeuta | Especialista em Coluna e Dor

TECNOLOGIAS AVANÇADAS APLICADAS À REABILITAÇÃO

OSTEOPATIA
Escuela de Osteopatia de Madrid

ESPECIALIZAÇÃO EM DOR
Hospital Albert Einstein

CERTIFICAÇAO INTERNACIONAL
MDT/Mckenzie

@clinicamarinavalladao