

Lombalgia crônica sem ciatalgia: correlação entre o quadro clínico e a radiologia

Chronic back pain without sciatica: correlation between clinical evaluation and radiological abnormalities

Adolfo Vasconcelos de Albuquerque¹

RESUMO

Objetivo. Avaliar a correlação entre as alterações discais nos exames de imagem e a lombalgia. **Método.** Avaliamos 50 pacientes com lombalgia crônica em vigência de dor e que tinham alterações discais (abaulamento ou hérnia de disco). Buscamos, principalmente, identificar sinais semiológicos de ciatalgia e identificar fatores psicológicos e sociais associados. **Resultados.** Nenhum dos 50 pacientes apresentava sinais clínicos de ciatalgia. A alteração radiológica mais comum foi hérnia de disco (46% dos casos) seguida por abaulamento (42%). Depressão estava presente em 25,52% e havia referência a benefício previdenciário em 80,43%. **Conclusão.** Não havia correlação direta ou preponderante entre hérnia ou abaulamento de disco e a lombalgia crônica referida nos casos estudados. Nós acreditamos que está havendo uma supervalorização dos exames de imagem em detrimento de uma adequada avaliação clínica dos pacientes com lombalgia crônica sem ciática.

Unitermos: Dor Lombar. Radiculopatia. Ciática.

Citação: Albuquerque AV. Lombalgia crônica sem ciatalgia: correlação entre o quadro clínico e a radiologia.

SUMMARY

Objective. To assess the correlation between disc abnormalities (disc herniation or bulging disc) and chronic back pain. **Method.** We assessed 50 patients with chronic back pain and disc abnormalities (disc herniation or bulging disc). We researched mainly to identify semiological signs of sciatica and associated psychosocial factors. **Results.** No clinical signs of sciatica were found among the 50 patients that were studied. Disc herniation was present in 46% and bulging disc in 42% of the patients. Depression was present in 25.53% and there was a correlation between the chronic back pain and social security in 80.43%. **Conclusion.** No correlation between disc herniation or bulging disc and chronic back pain was discovered in the evaluated cases. We believe there is an excessive valorization of radiological imaging in detriment of correct clinical evaluation of patients with chronic back pain.

Keywords: Low Back Pain. Radiculopathy. Sciatica.

Citation: Albuquerque AV. Chronic back pain without sciatica: correlation between clinical evaluation and radiological abnormalities.

Trabalho realizado no Centro Médico Agnaldo Machado, Maceió, AL, Brasil.

1. Neurologista, Mestrando em Neurologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Endereço para Correspondência:

Adolfo V Albuquerque
R. Ulisses Braga Júnior 336, Avenida Rotary
57050-530 Maceió, AL
E-mail: adolfo.vasconcelos@hotmail.com

Recebido em: 20/05/08
Revisado em: 21/05/08 a 28/08/08
Aceito em: 29/08/08
Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

A dor lombar é, atualmente, uma das principais causas de consulta médica em todo o mundo e uma das principais causas de absenteísmo ao trabalho e de incapacidade definitiva. É grande o impacto social e econômico e já se fala em uma epidemia de incapacidade relacionada com a lombalgia¹. Acomete homens e mulheres igualmente e costuma ter início entre 30 e 50 anos de idade. Dois terços dos adultos irão sofrer de lombalgia em algum momento de suas vidas².

Em cerca de 85% dos casos não é possível determinar uma causa anatomopatológica precisa ou específica responsável pela lombalgia. Estudos demonstram que a dor pode se originar de muitas estruturas, as principais responsáveis são as lesões musculoesqueléticas, processos degenerativos de disco e facetas². A principal causa de lombociatalgia é a hérnia de disco. O pico de incidência é entre a quarta e a quinta década mas, felizmente, apenas entre 4% a 6% dos pacientes tornam-se sintomáticos³. Os discos mais acometidos estão entre L4-L5 e L5-S1, sendo que em 95% dos casos a raiz acometida é L5 ou S1. O mecanismo da dor na hérnia de disco provavelmente é multifatorial, envolve estimulação dos terminais nervosos do anel fibroso, compressão direta sobre a raiz e cascata inflamatória química pela exposição do núcleo pulposo.

Clinicamente podemos classificar os pacientes como tendo lombalgia inespecífica, síndrome radicular (ciática ou ciatalgia) ou lombalgia específica (associada a tumores, infecção, fratura ou outras doenças sistêmicas)⁴. Lombalgia inespecífica pode ser definida como dor entre a última costela e a prega glútea. Frequentemente se irradia para as nádegas e face posterior das coxas até os joelhos, geralmente com caráter difuso. Já a lombociatalgia ou ciática se caracteriza por dor lombar intermitente com irradiação por um dermatomo específico de um dos membros em geral até o pé. Tem intensidade maior, aspecto em queimação, choque ou parestesia³. É essencial que se busque inicialmente afastar causas específicas para a lombalgia. Devemos prestar atenção nas chamadas “bandeiras vermelhas” do paciente com lombalgia, são elas: início antes dos 20 ou após os 50 anos, perda de peso, referência a trauma significativo, déficit neurológico extenso (envolvendo ambos os membros) e a presença de sinais de doença sistêmica ou infecção^{2,4}.

Com a maior facilidade de acesso à tomografia computadorizada e a ressonância magnética

é freqüente que se identifique hérnia ou abaulamento de discos intervertebrais em pacientes com lombalgia crônica. Raramente, no entanto, essas alterações radiológicas são as responsáveis pela dor⁵. Como o paciente com dor lombar é avaliado por vários profissionais com diferentes formações é importante ressaltar que alterações de disco ocorrem com muita freqüência em pacientes assintomáticos. Sendo a dor lombar crônica extremamente comum, muitas vezes não há correlação entre o achado radiológico e o quadro clínico⁶. Valorizar demasiadamente esses achados radiológicos pode gerar ansiedade no paciente, dificultar o retorno ao trabalho (agravando o impacto social e econômico da doença) e até ocasionar cirurgias desnecessárias. Outro fator que temos percebido é a falta de conhecimento da semiologia neurológica, o que torna difícil a diferenciação entre os achados acidentais e as alterações radiológicas que realmente se correlacionam com o quadro clínico.

Nosso estudo tem como objetivo avaliar pacientes com lombalgia crônica e determinar se a presença de abaulamentos ou hérnias de disco identificadas nos exames de imagem pode ser considerada a causa direta da dor lombar crônica ou são achados radiológicos inespecíficos. Avaliamos ainda a influência de questões sociais e psicológicas além da relação com a profissão informada.

MÉTODO

Amostra

Os pacientes foram selecionados na clínica privada (consultório) de forma seqüencial a medida que fossem sendo preenchidos os critérios de inclusão. Foi obtido consentimento informado de todos os pacientes autorizando a utilização dos dados clínicos e radiológicos na pesquisa.

A pesquisa foi descritiva e composta por 50 pacientes. Foram incluídos na pesquisa paciente com lombalgia crônica (dor há mais de 3 meses) que já tivessem realizado tomografia ou ressonância lombar com detecção radiológica de hérnia ou abaulamento de disco. Todos os pacientes tinham que estar com dor no momento do exame físico. Foram excluídos casos em que a dor tinha caráter recorrente com períodos de remissão (crises de dor intercaladas por ausência de sintomas). Foram excluídos ainda pacientes com relato de trauma lombar recente, fraturas, cirurgias lombares prévias ou outras doenças sistêmicas que pudessem determinar lombalgia específica.

Procedimento

Investigamos os seguintes sinais radiculares:

- Sinal de Lasègue (sensibilizado através das manobras de Bragard, Sicard, Bonnet e da compressão da fossa poplítea);
- Sinal de Lasègue contralateral ou cruzado (sinal de Fajersztajn);
- Sinal de Neri;
- Sinal de Lasègue invertido (para hérnias discais de L2, L3 e L4);

Pesquisamos o reflexo patelar e o reflexo aquileu (valorizando a assimetria como evidência de compressão radicular da raiz de L4 e S1 respectivamente), a presença de paresia à flexão dorsal e plantar dos pés (raiz L5 e S1 respectivamente) e à flexão dorsal do hálux (raiz L5).

Pesquisamos a sensibilidade nos principais dermatômos lombares e sacrais.

Foi avaliada a presença de dor à mobilização do tronco (extensão, flexão e lateralização).

Investigamos, em todos os pacientes, a presença de depressão aplicando os critérios da DSM IV.

Perguntamos sobre a profissão e a relação da lombalgia com benefício previdenciário. Questionamos ainda se os pacientes haviam recebido orientações no ambiente de trabalho com o objetivo de prevenir problemas de coluna.

Com relação aos exames de imagem (tomografias e ressonâncias) houve dificuldade de padronização já que foram interpretados por diferentes radiologistas. Consideramos, em nossa pesquisa, que prolapso e hérnia de disco foram termos utilizados para descrever a mesma alteração radiológica. Já abaulamento de disco foi um termo utilizado igualmente por todos os radiologistas.

RESULTADOS

Houve predomínio do sexo masculino (82%) na amostra estudada e a média de idade dos pacientes foi de 43,27 anos (variando entre 27 e 60 anos). Em nenhum dos 50 pacientes estudados identificamos ciatalgia ou qualquer alteração nos testes radiculares pesquisados.

Todos os pacientes tinham lombalgia crônica persistente (dor há mais de 3 meses), o tempo médio referido da dor foi de 31,95 meses (Mediana: 36 meses e Moda: 24 meses). Todos referiam um caráter contínuo da dor com períodos de piora e estavam com lombalgia no momento da avaliação.

Ao exame físico o achado mais comum foi dor à mobilização do tronco (referida por 70,72% dos pacientes). Todos referiram dor à extensão do tronco, em 24,13% havia também dor à flexão e em 27,58% dor à lateralização.

Sete pacientes (14%) tinham uma clara assimetria do reflexo aquileu (arreflexia ou hiporreflexia). Desses 7 pacientes em 6 encontramos imagem de abaulamento ou hérnia de disco entre L5 e S1 (indicando que a abolição ou diminuição do reflexo aquileu pode ter decorrido de compressão antiga da raiz S1).

Nos exames de imagem (tomografia ou ressonância magnética) os achados foram: abaulamento de disco (42%), hérnia de disco (46%) e imagem tanto de abaulamento quanto de hérnia de disco no mesmo paciente (12%). Não houve imagem de extrusão de disco em nossa amostra. Apenas em 9 pacientes (18% dos casos) havia alterações apenas dos discos intervertebrais. Em 39 pacientes havia sinais de espondilartrose (78% dos casos), havia ainda estenose de canal em 4 (8%), espondilolistese em 1 (2%) e osteopenia também em 1 paciente (2% dos casos).

Em 25,52% dos pacientes avaliados encontramos depressão pelos critérios da DSM IV.

Em 80,43% dos casos havia relação entre a lombalgia crônica e benefícios assistenciais previdenciários (pacientes que já estavam de benefício ou estavam requerendo). Dos 31 pacientes que já estavam de benefício o tempo médio de afastamento do trabalho foi de 16,16 meses. Com relação às profissões informadas pelos pacientes, em 72,34% dos casos havia a necessidade de pegar peso ou fazer esforços físicos com frequência. Quando questionados sobre ter recebido orientações no ambiente de trabalho visando evitar problemas de coluna apenas 9 pacientes (31,03%) responderam que sim e 20 (68,96%) responderam que não. Dos 9 que afirmaram ter recebido orientações apenas 4 afirmaram considerar que as orientações foram adequadas e suficientes.

DISCUSSÃO

Está se tornando cada vez mais fácil o acesso dos pacientes com lombalgia crônica a exames de imagem como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. Com isso é crescente a identificação de alterações dos discos intervertebrais. A literatura é clara sobre a falta de especificidade dos exames de imagem quando se trata de abaulamento ou hérnia de disco, estando essas alterações presentes em muitos pacientes assintomáticos^{2,5-8}. Jensen *et*

al.⁷ avaliaram 98 pacientes assintomáticos e encontraram discos normais em apenas 36% dos casos, em 52% havia abaulamento, em 27% hérnia e em 1% extrusão de disco. Jarvic *et al.*⁶, entre 148 pacientes avaliados sem lombalgia nos últimos quatro meses, identificaram em 95 (64%) abaulamento, em 48 (32%) hérnia e em 9 (6%) extrusão de disco. Ainda neste estudo a degeneração de disco foi identificada em 77% dos pacientes acima de 45 anos. A extrusão de disco é a alteração radiológica mais específica e que mais se associa diretamente ao quadro clínico^{6,7}. Boos *et al.*⁸ fizeram um estudo prospectivo acompanhando clinicamente 46 pacientes assintomáticos com alterações de disco na ressonância magnética lombar, hérnia de disco foi identificada em 73,9% e degeneração de disco em 50%. Após um tempo médio de 62 meses de acompanhamento 19 pacientes (41,3%) apresentaram lombalgia episódica benigna, 6 (13%) tiveram lombalgia severa necessitando de tratamento e em nenhum caso houve desenvolvimento de ciática. Também em nenhum dos casos acompanhados houve necessidade de internação ou intervenção cirúrgica. Ainda nesta série, cinco pacientes perderam dias de trabalho devido à lombalgia (variando de um dia a trinta e cinco meses de ausência ao trabalho). Em nossa amostra de 50 pacientes com lombalgia crônica encontramos abaulamento de disco em 42%, hérnia de disco em 46% e imagem tanto de abaulamento quanto de hérnia de disco no mesmo paciente em 12% dos casos, não havia ciatalgia em nenhum dos casos e não houve imagem de extrusão discal. É importante ressaltar que, em nossa pesquisa, os exames de imagem foram avaliados por diferentes radiologistas, o que pode ter levado a variações nas interpretações e no uso de diferentes critérios radiológicos.

Acredita-se que 80% da população terá dor lombar em algum momento da vida¹. Dessa forma é essencial que os vários profissionais que tratam esses pacientes tenham conhecimento das indicações dos exames de imagem e, principalmente, saibam interpretar os achados radiológicos. É essencial que se valorize a história clínica e, principalmente, o exame físico. A semiologia neurológica é a ferramenta mais importante na identificação dos sinais radiculares. O sinal de Lasègue é o mais sensível sinal radicular e o sinal de Lasègue contralateral ou cruzado (sinal de Fajersztajn) o mais específico⁹. Deve-se pesquisar com cuidado a paresia da dorsoflexão do hálux, paresia da flexão dorsal do pé, o reflexo aquileu e alterações sensitivas nos dermatômos^{10,11}. A paresia

da flexão plantar do pé é pouco sensível pois só há alterações clinicamente perceptíveis em lesões severas da raiz S1¹⁰. Devemos valorizar assimetrias claras e mantidas do reflexo aquileu como sinal de compressão de S1, assimetrias discretas ou duvidosas em geral decorrem do relaxamento incompleto do paciente. A arreflexia do aquileu unilateral isolada pode decorrer de compressão prévia ou antiga da raiz S1, outros sinais radiculares devem ser pesquisados¹¹. Em nossa amostra identificamos 7 pacientes em que a assimetria do reflexo aquileu correu de forma isolada sem nenhum outro sinal radicular. Consideramos que esse achado corresponde à compressão radicular anterior, sem relação com a lombalgia referida pelos pacientes no momento da avaliação. Um estudo que avaliou 2.157 pacientes com hérnia de disco confirmada foi encontrado sinal de Lasègue em 96,8%. Quando segmentado pela idade, o sinal de Lasègue estava presente em 100% dos pacientes abaixo de 30 anos, perdendo um pouco em sensibilidade acima dos 30 anos¹¹. A sensibilidade do sinal de Lasègue como sinal de compressão radicular varia em diferentes estudos entre 72% e 97%, enquanto a especificidade varia entre 11% e 66%. O sinal de Lasègue contralateral ou cruzado é o sinal mais específico (variando entre 85% e 100% segundo diferentes autores), mas é pouco sensível (entre 23% e 42% de sensibilidade)¹¹. Nenhum dos nossos 50 pacientes tinha sinal de Lasègue ou sinal de Lasègue cruzado (sinal de Fajersztajn). As manobras de sensibilização do sinal de Lasègue (manobra de Bragard, Sicard, Bonnet e a compressão da fossa poplíteica) também não desencadearam ciatalgia. Não encontramos sinal de Neri, sinal de Lasègue invertido nem alterações sensitivas nos dermatômos pesquisados. A história também foi importante, todos os nossos pacientes tinham dor contínua, difusa, localizada na região lombar ou irradiando para ambas as coxas até o joelho. Essas características são de lombalgia crônica inespecífica e não de ciatalgia. Isso indica que não há relação causal direta entre os achados de abaulamento ou hérnia de disco e a lombalgia referida pelos nossos pacientes. Não podemos excluir que em alguns dos casos estudados as alterações discais descritas possam contribuir no mecanismo da dor mas acreditamos que isso não ocorra de forma preponderante na ausência clara de ciatalgia ao exame clínico. A estimulação dos terminais nervosos do anel fibroso e a cascata inflamatória química pela exposição do núcleo pulposo podem compor um quadro multifatorial gerador de dor mesmo na ausência de

compressão direta de raiz, mas está claro que essas alterações discais não são o sítio anatomopatológico único ou responsável direto pela lombalgia nos casos estudados.

Em 72,34% dos nossos casos a profissão informada pelos pacientes exigia a realização de esforços físicos consideráveis ou a mobilização freqüente do tronco. Esse dado vai de encontro à literatura. São considerados fatores de risco ocupacionais para lombalgia e prolapso de disco lombar: trabalhos pesados, atividades que levem a torções ou mobilização freqüente do tronco, ocupações sedentárias, falta de condicionamento físico e exposição à vibração corporal (como por exemplo, na profissão de motorista)¹². O fato de apenas 31,03% (9 dentre 29 pacientes) terem afirmado que receberam orientações quanto a prevenção de problemas de coluna no trabalho pode sugerir que uma maior preocupação com os riscos ocupacionais pode ser um dos caminhos para diminuir o impacto socioeconômico da lombalgia.

Questões sociais são fatores de risco bem estabelecidos para a cronificação da lombalgia^{4,5,13}. Chamou nossa atenção a grande freqüência, na amostra estudada, de referência a benefícios assistenciais previdenciários (80,43%). A média de dias afastados do trabalho dos pacientes já em benefício foi de 16,16 meses. Esse dado é concordante com a literatura e ressalta o forte impacto econômico da lombalgia crônica¹. Devemos estar atentos para eventuais ganhos secundários e questões trabalhistas que possam ser responsáveis por lombalgias crônicas que não respondem a nenhuma forma de tratamento. A grande maioria dos nossos pacientes solicitou benefício com base em atestados médicos alegando a hérnia de disco encontrada nos exames de imagem como a causa da lombalgia crônica mesmo sem haver ciatalgia. Em 25,53% dos nossos pacientes foi possível fazer diagnóstico de depressão usando os critérios da DSM IV. Sabemos que a depressão baixa o limiar de percepção à dor, sendo importante investigar e tratar as comorbidades psicológicas. Os fatores psicossociais associados à lombalgia foram marcantes em nosso estudo, tornando difícil a correlação entre as queixas algicas e as alterações radiológicas dos discos intervertebrais.

Os pacientes nos foram encaminhados com o diagnóstico de hérnia de disco, muitas vezes com questionamento sobre uma possível indicação cirúrgica. Isso deixa clara a supervalorização dos exames de imagem e o desconhecimento da semiologia

nerológica. A hérnia de disco é a mais importante causa de lombalgia com ciática, mas o valor dessa alteração radiológica perde muito em especificidade na ausência de ciatalgia. Em nenhum dos 50 pacientes avaliados havia ciatalgia e não foi possível considerar que a lombalgia crônica pudesse ser causada diretamente por compressão radicular decorrente de hérnia ou abaulamento de disco intervertebral. Não podemos excluir que as alterações discais identificadas possam estar contribuindo para o quadro algico em alguns dos casos estudados, mas a ausência de ciatalgia deixa claro que, em nossa amostra, esse não é o fator causal preponderante da lombalgia.

CONCLUSÃO

Está ocorrendo uma supervalorização dos exames de imagem em detrimento de uma adequada avaliação clínica dos pacientes com lombalgia crônica sem ciática. Há a necessidade de um maior conhecimento da semiologia neurológica e da abordagem dos fatores psicológicos e sociais como itens essenciais no tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Radu AS. Síndromes Lombares. In: Lopes AC, Amato Neto A. Tratado de Clínica Médica. São Paulo: Roca, 2006, 1732-41.
2. Deyo AC, Weinstein JN. Low back pain. N Engl J Med 2001;344:363-70.
3. Award RA, Moskovich R. Lumbar disc herniations: surgical versus nonsurgical treatment. Clin Orthop Relat Res 2006;443:183-97.
4. Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. Spine 2001;26:2504-13.
5. Ehrlich GE. Low back pain. Bulletin of the World Health Organization 2003;81:671-6.
6. Jarvik JJ, Hollingworth W, Heagerty P, Haynor DR, Deyo RA. The Longitudinal Assessment of imaging and disability of the back (LAIDBack) Study: baseline data. Spine 2001;26:1158-66.
7. Jensen MC, Brandt-Zowadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. N Engl J Med 1994;331:69-73.
8. Boos N, Semmer N, Elfering A, Schade VDP, Gal I, Zambetti M, et al. Natural history of individual with asymptomatic disc abnormalities in magnetic resonance imaging: predictors of low back pain-related medical consultation and work incapacity. Spine 2000;24:899-906.
9. Vroomer PC, de Krom MC, Knottnerus JA. Diagnostic value of history and physical examination in patients suspect of sciatica due to disc herniation: a systematic review. J Neurol 1999;246:899-906.
10. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? JAMA 1992;268:760-5.
11. Anderson GBJ, Deyo RA. History and Physical Examination in Patients With Herniated Lumbar Disc. Spine 1996;21(Suppl24):S10-S18.
12. Kelsey JL, Golden AL, Mundt DJ. Low Back Pain/Prolapsed Lumbar Intervertebral Disc. Rheum Dis Clin North Am 1990;16:699-716.
13. Carragee EJ. Psychological and functional profiles in select subjects with low back pain. Spine J 2001;1:198-204.