

LOMBOCIATALGIA, UM DESAFIO NA PRÁTICA CLÍNICA

Carolini Oliboni de Bairros

João Pedro Farina Brunelli

Alex Oliboni Sussela

João Oliveira Jobim Deitos

Marcus Ziegler

UNITERMOS

LOMBOCIATALGIA; CIATALGIA; DIAGNÓSTICO; DOR LOMBAR AGUDA; DOR LOMBAR CRÔNICA; TRATAMENTO.

KEYWORDS

LOW BACK PAIN; SCIATICA; DIAGNOSIS; ACUTE LOW BACK PAIN; CHRONIC LOW BACK PAIN; TREATMENT.

SUMÁRIO

A lombociatalgia afeta uma proporção significativa da população, sendo uma das principais queixas no consultório médico. O termo ciatalgia pode causar confusão, já que tem sido usado para descrever qualquer dor, incluindo dor referida, sentida na distribuição do nervo ciático na perna. Neste contexto, cabe ao estudo revisar a correta avaliação e o tratamento da dor ciática verdadeira.

SUMMARY

Low back pain affects a significant proportion of the population; being one of the most common pain reports in the medical office. The term ciatic neuralgia can cause confusion as it has been used to define any pain, including referred, felt in the

leg along the sciatic nerve. In this context, this study will review the correct way to evaluate and treat the true sciatica.

INTRODUÇÃO

A radiculopatia na distribuição do nervo ciático, resultado da herniação de um ou mais discos intervertebrais, é um evento frequentemente debilitante. Felizmente, a maior parte dos casos se resolve espontaneamente com analgesia e fisioterapia, mas a condição tem potencial de se tornar crônica e intratável, resultando em maiores implicações sócio-econômicas¹.

Epidemiologicamente, encontrou-se fatores que influenciam a incidência de ciática na população, dentre eles, a altura, idade acima de 50 anos, hereditariedade, atividades recreacionais (caminhadas e corridas), posições laborais inadequadas ou incômodas, tabagismo e a prática de dirigir^{1,2}.

Conceito

O nervo ciático é formado pelas raízes nervosas dos segmentos L4, L5, S1, S2 e S3 da coluna lombo-sacra. Após seu trajeto na pelve, o nervo sai da bacia, passa pela musculatura glútea próximo ao quadril e percorre a parte posterior da coxa, dividindo-se na parte inferior da coxa em nervo tibial e fibular comum^{1,3}.

Ciática ou ciatagia é a dor ao longo do trajeto do nervo ciático, geralmente resultado do comprometimento da raiz nervosa na coluna, mas também pode ser por compressão ou inflamação do próprio nervo. Quando além da dor no trajeto do nervo o paciente apresentar dor lombar, usa-se o termo “lombociatalgia”.

A dor aguda geralmente ocorre após a prática de atividades físicas e é de início súbito com duração inferior a 6 semanas, e dor crônica é quando perdura por mais de 12 semanas. Quanto à evolução, podem ser persistentes, episódicas ou recorrentes³.

Diagnósticos Diferenciais

É importante ressaltar que a compressão radicular por prolapso discal não é a única causa de radiculopatias, devendo nos deixar alerta quanto às possibilidades de afecções mais graves que exigem investigação apurada e tratamento imediato, como é o caso de neoplasias, abscessos, pseudoaneurismas e até mesmo osteófitos que também podem comprimir raízes neurais^{1,3,4}.

A pseudociatalgia, como é conhecida a Síndrome do Piriforme, é uma condição resultante da passagem do nervo ciático abaixo do músculo piriforme, e isso ocorre geralmente pelo aumento do tônus muscular naquela região. O nervo inteiro ou suas divisões podem passar através do músculo, podendo levar à compressão e inflamação da região do nervo ciático acometida, com resultante neuralgia¹. Porém, diferente da dor ciática verdadeira, o paciente sente importante dor no quadril que pode ser tão substancial a ponto de causar claudicação. A Síndrome do Piriforme geralmente não reflete dor na coxa, entretanto observa-se dor importante no quadril que persistirá tanto em repouso quanto ao deambular^{5,11}.

Outra manifestação semelhante à ciatralgia é a cruralgia, que acontece pela compressão das raízes do nervo crural, causando dor especialmente na face anterior do membro inferior, sem ultrapassar o joelho. Os pacientes queixam-se de dor em queimação na região anterior da coxa, por vezes em pontadas, e sensação de formigamento^{5,11}.

Avaliação

Anamnese

Na anamnese do paciente com dor lombar devemos questionar o tempo de evolução dos sintomas, fatores precipitantes, localização, característica, severidade, irradiação e fatores de alívio e de piora da dor^{4,6}.

A lombalgia e lombociatalgia mecânica é aliviada ao deitar-se e não apresenta piora à noite, entretanto relatos de piora à noite estão muito mais relacionados à neoplasias ou infecção^{1,3,4,6}.

A ciatalgia se irradia para os membros inferiores e pode estar associada a parestesias, perda sensitiva, fraqueza motora ou diminuição dos reflexos; portanto a distribuição da dor e os sintomas associados podem ajudar na identificação da raiz nervosa acometida. Outros sintomas que frequentemente ajudam no diagnóstico da dor lombar é a piora da dor com tosse, espirro ou manobra de Valsalva, o que sugere herniação discal na maioria dos casos¹.

Dor lombar que se irradia para os membros inferiores, ocorre ao deambular ou em ortostatismo e alivia ao sentar-se ou ao flexionar a coluna para a frente é típica de neuroclaudicação e sugere estenose espinhal central. Já a lombalgia com presença de disfunção intestinal ou urinária pode sinalizar a compressão severa da cauda equina (compressão aguda de múltiplas raízes, causando disfunção esfíncteriana), condição que necessita de avaliação cirúrgica imediata³.

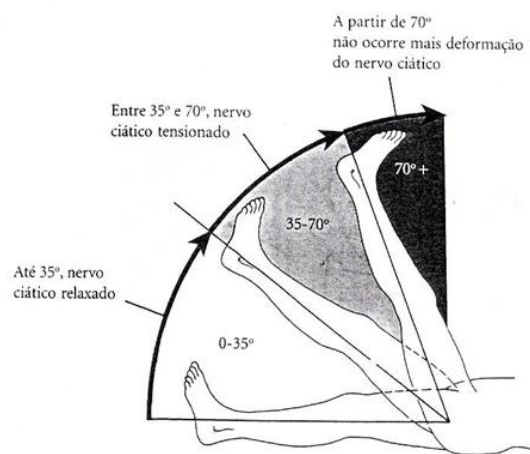
Exame Físico

O exame físico neurológico inicia-se com a pesquisa do nível sensorial passando pelo exame motor. Na flexão da coluna lombar, a dor piora na hérnia de disco, melhorando ao deitar-se. Já na estenose de canal raquidiano a dor piora com a extensão³.

A exacerbação da dor na compressão radicular também pode ser comprovada através da manobra de Valsalva, ou ainda observa-se irradiação da dor até o pé, o que não acontecia antes^{1,3,4}.

A Manobra de Lasègue é realizada com o paciente em decúbito dorsal, elevando o membro inferior com a perna estendida. É considerada positiva quando a dor se irradia, ou se exacerba, no trajeto do dermatomo de L4-L5, ou L5-S1, quando a elevação do membro inferior faz um ângulo de 35º a 70º com o plano horizontal. Sua positividade a 60º comprova a compressão radicular.

O Teste de Patrick é realizado também com o paciente em decúbito dorsal e com um membro inferior fletido, abduzido e em rotação externa. Com uma das mãos o examinador exerce uma pressão para baixo sobre o joelho ipsilateral e com a outra exerce uma força contra a espinha íliaca ântero-superior da pelve, no lado contralateral. É muito importante e geralmente positivo se existe alguma doença do quadril ou da articulação sacro-íliaca, o que é muitas vezes confundido com a compressão do nervo ciático.



Teste de Lasègue



Teste de Patrick

Outros testes ainda podem complementar a avaliação clínica do paciente com cialgia, como o sinal das pontas, o sinal do arco de corda, teste de elevação da perna estendida, Sinal de Bragard, teste de elevação da perna contra-lateral estendida, teste de elevação da perna estendida em posição prona e Brudzinski ³.

Para pacientes com queixas nos membros inferiores, o teste de elevação da perna e o exame neurológico completo, assim como a palpação do pulso pedioso, ajudam a distinguir a claudicação neurológica da claudicação vascular, sendo, pois, medidas de extrema importância na avaliação³.

Exames Complementares

Os protocolos aconselham que o diagnóstico por imagem seja somente indicado para pacientes com sinais e sintomas de déficit neurológico severo ou doença séria de base (suspeita de neoplasia, por exemplo). Aqueles pacientes que não obtiveram melhora da lombalgia após 4 a 6 semanas ou os que desenvolveram sinais de alerta para outras condições também estão entre as indicações de investigação por imagem^{1,3,7}.

Desta forma, como uma primeira avaliação, utiliza-se a radiografia da coluna lombossacra, nas incidências ântero-posterior e perfil, para avaliar outras possibilidades como tumor, infecção, espondilose e espondilolistese, além de outras instabilidades de coluna.

A tomografia e a ressonância magnética (RNM) são mais sensíveis na detecção precoce de neoplasias e infecções do que a radiografia, mas prefere-se a RNM por representar melhor os tecidos moles e evitar radiação.

Para pacientes com suspeita clínica de doença sistêmica com implicação lombar é prudente solicitar exames de sangue e urina para auxiliarem no diagnóstico. E quando há dúvida entre estenose de coluna ou compressão radicular e outra síndrome neuropática periférica, a eletromiografia e o teste de condução nervosa podem se fazer úteis no diagnóstico³.

Tratamento

O repouso é eficaz tanto nas lombalgias, como nas lombociatalgias e ciáticas, mas ele não pode ser prolongado, pois a inatividade tem ação deletéria sobre o aparelho locomotor¹. O paciente deve ser estimulado a retornar às suas atividades habituais, o mais rapidamente possível. Preconiza-se entre 3-4 dias o tempo de repouso e, no máximo, 5-6 dias^{7,8}.

Recomenda-se a analgesia da lombociatalgia aguda com Paracetamol, na dose de 500mg a 1g de 4 a 6 vezes ao dia, podendo-se associar antiinflamatórios não hormonais (AINHs) e também relaxantes musculares a curto prazo^{1,3}.

Outros cuidados podem ser adicionados ao tratamento como aplicação de calor local e reeducação de postura e vícios de posição, mas se ainda assim a lombalgia persistir por mais de 12 semanas e condições sérias forem excluídas, o foco deve ser o controle da dor e não mais a resolução da mesma^{1,3}. Para tal, o tratamento da dor crônica deve ser multidisciplinar, envolvendo a combinação do cuidado pessoal, analgesia, fisioterapia e, em alguns casos, injeções de glicocorticoides e procedimentos cirúrgicos (alguns estudos também indicam massagem, acupuntura, hidroginástica e yoga, porém ainda faltam evidências do benefício de tais terapias)^{3,6,9}.

Os opioides têm sido cada vez mais utilizados na lombalgia crônica, mas o uso prolongado deve ser restrito a pacientes que demonstram melhora funcional com o uso do opioide, que apresentam baixo risco de usá-los indevidamente e que podem ser monitorados de perto pelo seu médico assistente quanto aos efeitos adversos^{1,10}.

Na hérnia discal, a utilização de corticoides pode oferecer vantagens adicionais, uma vez que a inibição do processo inflamatório é mais completa e eficaz do que com AINHS. A infiltração epidural com glicocorticóides, anestésicos e analgésicos opioides é uma opção no manejo da dor radicular aguda após falha com o tratamento conservador⁹.

O tratamento é primariamente conservador, sendo a avaliação cirúrgica de urgência recomendada para os pacientes com fraqueza motora progressiva ou severa ou pacientes com evidências de síndrome da cauda equina. Caso contrário, a cirurgia deve ser considerada como tratamento eletivo para pacientes com radiculopatia e estenose de canal que têm sintomas incapacitantes crônicos e que não responderam apropriadamente à terapia não-cirúrgica^{1,3,10}.

CONCLUSÃO

A dor ciática é muito prevalente e é uma condição recorrente, cuja principal causa é a hérnia discal. A ciatalgia é por vezes confundida com outras dores, inclusive dores referidas, nos membros inferiores. É, portanto, possível diferenciar a dor ciática de outras bastante comuns como a pseudociatalgia e a cruralgia, mas para isso a história do paciente e sua correlação com o exame físico têm papel essencial. As lombociatalgias geralmente melhoram dentro de algumas semanas, e o tratamento inicial de escolha quando não suspeita-se de causas mais sérias sempre será conservador. Mesmo assim, o diagnóstico essencialmente clínico deve concentrar-se nas evidências de causas patológicas ou sistêmicas. Todos os pacientes com lombalgia, lombociatalgia ou ciatalgia, sejam agudas ou crônicas, devem ser fortemente encorajados a permanecerem ativos.

O tratamento da lombociatalgia crônica envolve uma abordagem multidisciplinar, visando preservar a função e prevenir a incapacitação. Indicações cirúrgicas somente se farão presentes no tratamento de pacientes com severo ou progressivo déficit neurológico ou sinais e sintomas da síndrome da cauda equina.

REFERÊNCIAS

1. Stafford MA, Peng P. Sciatica: a review of history, epidemiology, pathogenesis, and the role of epidural steroid injection in management. *Br J Anaesth*. 2007 Oct; 99(4):461-73.
2. Anderson GBJ. Epidemiologic features of low back pain. *Lancet* 1999; 354: 581-5.
3. Golob AL, Wipf JE. Low back pain. *Med Clin North Am*. 2014 May; 98(3):405-28.
4. Cohen M, Junior RM, Filho RJ. Lombalgia e lombociatalgia. *Tratado de ortopedia SBOT*. São Paulo: Roca; 1997. p. 166-72.
5. Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician office visits for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from U.S. national survey. *Spine* 1995; 20(1):11-9.
6. Atlas SJ, Keller RB, Wu YA, Deyo RA, Singer DE. Long-Term Outcomes of surgical and Nonsurgical Management of Sciatica Secondary to a Lumbar Disc Herniation: 10 Year Results from the Maine Lumbar Spine Study. *Spine*. 2005; 30(8):927-35.
7. Jensen MC, Brant-Zawadzki 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(2): 69-73.
8. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br J Gen Pract*. 1997; 47: 647-52.
9. Parr AT, Diwan A, Abdi S. Lumbar Interlaminar Epidural Injections in Managing Chronic Low Back and Lower Extremity Pain: a systematic review. *Pain Physician*. 2009; 12(1):163-88.
10. Deshpande A, Furlan A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk D. Opioids for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (3):CD004959. Review.
11. Hoppenfeld S, deBoer P. *Surgical Exposures in Orthopaedics the anatomic approach*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Company; 1984. p. 210-32.