

HÉRNIA DISCAL LOMBAR EXTRUSA COM REGRESSÃO EXPRESSIVA APÓS TRATAMENTO CLÍNICO

EXTRUSION LUMBAR DISC HERNIA WITH EXPRESSIVE REGRESSION AFTER CLINICAL TREATMENT

REGINALDO TASCINARE BARINI, MÁRIO HUMBERTO ZAMBON, MARCO AURÉLIO NOGUEIRA ADRIANI, PAULO RICARDO FONTELLA NAIMAYER, RÔMULO NUNES VARGAS, LÚCIO GUSMÃO ROCHA, ALESSANDRO QUEIROZ DE MESQUITA

RESUMO

O caso retrata uma paciente de 57 anos com quadro de dor lombar de início insidioso, piora progressiva, com irradiação para o membro inferior direito e diminuição tanto da força motora quanto da sensibilidade no referido membro afetado. Os exames de imagem confirmaram hérnia discal extrusa em L5/S1, com contato radicular à direita. Após tratamento conservador por 5 meses, medicamentoso, fisioterápico e terapias complementares, os sintomas regrediram por completo e, refazendo os exames de imagem, percebeu-se regressão importante da extrusão discal e contato radicular, o que evidencia a importância de iniciar o tratamento conservador precoce sempre quando não houver indicação absoluta para tratamento cirúrgico.

DESCRIPTORES: HÉRNIA DISCAL EXTRUSA; LOMBALGIA; TRATAMENTO CLÍNICO.

ABSTRACT

The case depicts a 57-year-old patient with insidious onset of low back pain, progressive worsening with irradiation to the right lower limb and a decrease in both motor power and sensitivity in the affected limb. The imaging studies confirmed extrusion disc herniation at L5 / S1, with right radicular contact. After conservative treatment for 5 months, medication, physiotherapy and complementary therapies, the symptoms regressed completely and, after reexamining the imaging examinations, a significant regression of the disc extrusion and root contact was observed, which evidences the importance of initiating the conservative treatment early always when there is no absolute indication for surgical treatment.

KEYWORDS: EXTRUSION DISC HERNIATION; LUMBAR BACK PAIN; CLINICAL TREATMENT.

INTRODUÇÃO

Hérnia discal lombar é o diagnóstico mais comum dentre as alterações degenerativas da coluna lombar, ocorrendo principalmente entre a quarta e a quinta década de vida (idade média de 37 anos), apesar de ser descrita em todas as faixas etárias⁽¹⁻⁴⁾. Estima-se que entre 2% e 3% da população possa ser afetada, com prevalência de 4,8% em homens e de 2,5% em mulheres, acima de 35 anos, representando a principal causa de cirurgia de coluna na população adulta, sendo sua apresentação mais comum nos níveis L4/L5 e L5/S1⁽⁵⁾.

O quadro clínico clássico inclui, inicialmente, lombalgia, lombociatalgia ou ciatalgia pura, dependendo da localização anatômica da lesão. O tratamento inicial sempre deve ser conservador, com manejo medicamentoso e fisioterápico adequado, podendo incluir terapias complementares

(acupuntura, massoterapia e reequilíbrio somatoemocional) no tratamento inicial, além dos bloqueios percutâneos radiculares. Já o tratamento cirúrgico é reservado aos casos de falha no tratamento conservador, com qual não se obtém controle adequado da dor, déficit motor grau III ou maior, dor radicular com estenose óssea e síndrome da calda equina, sendo que, nesta situação, se está diante de uma emergência ortopédica, devendo a cirurgia ocorrer preferencialmente dentro das primeiras 48 horas, para minimizar as sequelas⁽⁶⁾.

Dentre as técnicas cirúrgicas, a remoção da hérnia extrusa, com a preservação do ligamento amarelo, promove a melhora da sintomatologia do quadro ciático e, por consequência, da dor lombar. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de tratamento clínico que melhorou a extrusão discal lombar e a dor do paciente.

INSTITUIÇÃO

Grupo de Estudo da Dor – Brasília – DF.

RELATO DE CASO

Paciente de 57 anos, sexo feminino, procedente de São Bernardo do Campo / SP, do lar, etilista social. Referia, no momento da primeira consulta no núcleo de dor, quadro de dor lombar intensa (EVA 9) havia 1 semana, com 3 passagens pelo pronto-socorro neste período e pouca melhora à medicação analgésica prescrita, chegando à consulta com mobilidade reduzida, necessitando de cadeira de rodas e em posição antálgica.

Associado ao quadro álgico intenso, a paciente referia “dormência na perna” e perda de força no referido membro. Ao exame físico, apresentava dor intensa à palpação de todo o quadrado lombar, glúteo e face posterior da coxa direita, com diminuição global do arco de movimentos do tronco pela dor. A parestesia mostrava-se em terço distal da perna, em face anterolateral e dorso do pé direito, com força motora grau IV flexão dorsal e plantar do tornozelo, apresentando testes de Patrick negativo bilateral, Lasèque e Kernig positivos à direita. Reflexos patelar e aquileu presentes e simétricos quando analisados ao contralateral.

Na ressonância nuclear magnética em corte sagital da coluna lombossacral ponderada em T2, foi encontrada hérnia discal extrusa em L5/S1, com migração caudal (figura 1), além de infiltração gordurosa em platos de L5 e S1 (Modic tipo II) e desidratação discal nos níveis L3/L4, L4/L5 e L5/S1.

No corte axial, observou-se que a hérnia exerce compressão sobre o saco dural e desloca a raiz descendente de S1 à direita (figura 2), com ruptura do anulo fibroso deste disco. O tratamento inicial foi medicamentoso, associado à acupuntura 2x por semana, nas primeiras 2 semanas, iniciando-se, após este período, fisioterapia analgésica e técnicas de alongamento e fortalecimento muscular precoce, sendo aplicadas 3x por semana. Neste estágio da fisioterapia, foram utilizadas também técnicas de quiropraxia. A acupuntura e a fisioterapia foram aplicadas até a oitava semana de tratamento e, posteriormente, se iniciou o Pilates, 3x por semana.

No primeiro mês, a medicação foi gabapentina 1.200mg ao dia (sendo 1 cp de 300mg cedo, 1 à tarde e 2 à noite), duloxetine 30mg 1x ao dia e Buprenorfina 10mg, adesivo transdérmico com trocas a cada 7 dias. No segundo mês, a dose da gabapentina foi diminuída para 900mg ao dia e, no terceiro mês, a buprenorfina foi alterada para 5mg semanal, sendo suspensa após o término do terceiro mês. No quarto e quinto mês de tratamento, foi realizado o desmame da gabapentina e da duloxetine. No término do quinto mês, estas duas medicações foram suspensas.

Nas primeiras duas semanas de tratamento, os sintomas regrediram 33% (EVA 9 para EVA 6), mantendo melhora exponencial nas seis semanas subsequentes (EVA 6 para EVA 2). Ao término da décima segunda semana, a paciente apresentava-se assintomática.

Ao término do tratamento, foi solicitada nova ressonância nuclear magnética da coluna lombossacral para acompanhamento radiológico, no qual se evidenciou, no corte sagital, imagem ponderada em T2 à regressão da extrusão discal no nível L5/S1 (figura 3), que já não apresentava mais contato radicular significativo no corte axial (figura 4).

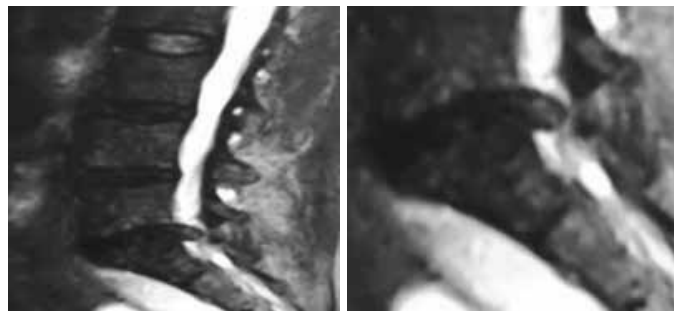


Figura 1 - Ressonância magnética da coluna lombossacra, corte sagital em T1, evidenciando hérnia discal em L5/S1 extrusa com migração caudal.

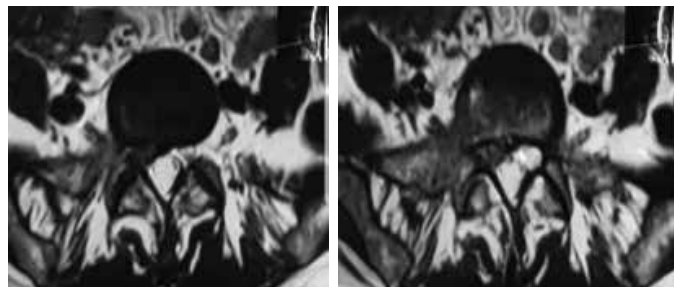


Figura 2 - Ressonância magnética da coluna lombossacra, corte axial em T2, evidenciando compressão da raiz de S1 à direita.

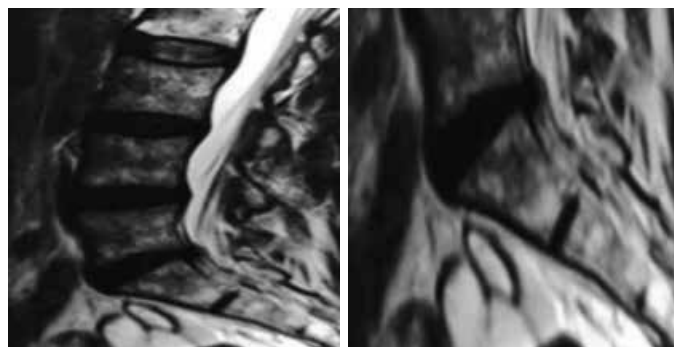


Figura 3 - Ressonância magnética da coluna lombossacra, corte sagital em T1 evidenciando regressão da hérnia discal extrusa em L5/S1.

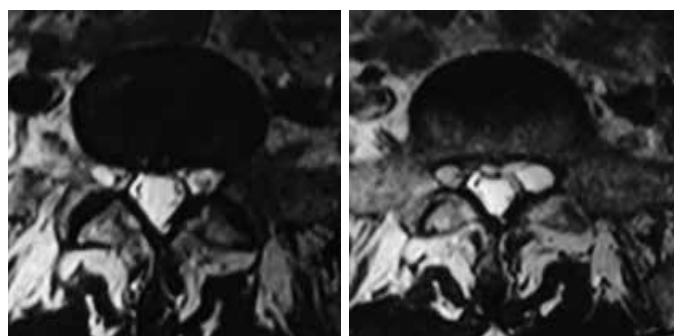


Figura 4 - Ressonância magnética da coluna lombossacra, corte axial em T2 evidenciando regressão da compressão da raiz de S1 a direita

DISCUSSÃO

Hérnia discal lombar, por sua incidência relativamente alta na população adulta, é uma patologia que deve ser tratada em centro adequado de tratamento de coluna e dores crônicas, com equipe multidisciplinar qualificada e habituada ao manejo destas afecções. O tratamento em tempo hábil e a cooperação do paciente com o tratamento proposto evitam cirurgias desnecessárias, excluindo os riscos cirúrgicos ao paciente e diminuindo os custos com o tratamento.

No momento em que esta paciente chegou ao nosso serviço, foi solicitada avaliação da equipe de Cirurgia Neurológica, que orientou tratamento cirúrgico relativo, com a possibilidade de tentativa ao tratamento conservador antes da efetiva cirurgia, e assim foi feito, com resultado surpreendente, inclusive, no controle radiográfico com nova ressonância nuclear magnética.

O controle do estresse emocional familiar, frente ao quadro enfrentado pelo paciente e associado à adequada adesão ao tratamento conservador proposto, demanda, de toda a equipe multidisciplinar, empenho, condutas concordantes, orientações diárias e discursos motivacionais, a fim de concluir as oito semanas iniciais de tratamento, pois, em muitos casos, é solicitada, pelo paciente, a abreviação da melhora com a indicação do tratamento cirúrgico precoce, diante do quadro de sofrimento extremo de todo o núcleo familiar.

Frente à situação explicitada, a medicina integrativa tem muito com que contribuir, com uma visão multi e transdisciplinar que implica na concordância das condutas interdisciplinares, no empenho de toda a equipe médica e no acompanhamento familiar, até que o resultado almejado seja alcançado.

Como citado anteriormente, a indicação cirúrgica deve ser restrita aos casos de falha do controle da dor após a oitava semana de tratamento conservador, déficit motor grau III ou maior, dor radicular com estenose óssea e síndrome da calda equina, sendo esta última uma emergência ortopédica⁽⁶⁾. A cirurgia não deve ser indicada para “abreviar” a melhora clínica, o que submete o paciente a riscos desnecessários e aumenta os custos com a saúde.

REFERÊNCIAS

1. Garrido E. Lumbar disc herniation in the pediatric patient. *Neurosurg Clin N Am.* 1993; 4(1): 149-52.
2. Mayer HM, Mellerowicz H, Dihlmann SW. Endoscopic discectomy in pediatric and juvenile lumbar disc herniations. *J Pediatr Orthop B.* 1996; 5(1): 39-43.
3. Obukhov SK, Hankenson L, Manka M, Mawk JR. Multilevel lumbar disc herniation in 12-year old twins. *Childs Nerv Syst.* 1996; 12(3): 169-71.
4. Bortoletto A, Prata SD, Bonfim dos Santos G. Hérnia discal em crianças e adolescentes: relato de cinco casos. *Rev Bras Ortop.* 1998; 33(10): 811-4.
5. Long DM, BenDebba M, Torgerson WS, Boyd RJ, Dawson EG, Hardy RW. Persistent back pain and sciatica in the United States: patient characteristics. *J Spinal Disord.* 1996; 9(1): 40-58.
6. Luis Roberto Vialle; Emiliano Neves Vialle; Juan Esteban Suárez Henao; Gustavo Giraldo. *Hérnia discal lombar*, Vol. 45, n. 1, São Paulo, 2010.