

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

Recebi com muito interesse o artigo do Dr. Adolfo Vasconcelos de Albuquerque referente ao trabalho realizado no Centro Médico Agnaldo Machado, de Maceió, abordando o diagnóstico da lombalgia crônica sem ciatalgia, que tem grande prevalência e é causa freqüente de incapacitação¹. A prática da correlação do exame neurológico com o resultado do exame por imagem pode melhorar a difícil abordagem diagnóstica e terapêutica dessa patologia de grande prevalência, que é causa freqüente de incapacitação.

Em se considerando que a neurociência está entre as tecnologias mais promissoras, e quando se advoga que sistemas ultramodernos de pesquisa e tecnologia digital são mal aproveitados na medicina, é tempo de fundamentarmos nosso raciocínio em princípios clínicos ou não suportaremos o custo de nossa profissão. É difícil sermos procurados por um paciente portador de lombalgia há mais de 4 meses que não tenha já um, digamos muito importante, exame de imagem da coluna. E somos pressionados a pedi-lo cada vez mais precocemente.

O diagnóstico da lombalgia possibilita estratégias de tratamento ótimas, procurando rapidez e eficácia para diminuir o sofrimento e o custo, que aumenta com a cronificação do processo, com o aparecimento da Dor doença, que se mantém além do mal que a causou. O observado absenteísmo no trabalho é custo adicional, além da perda de convivência e das atividades.

A rede neural regional é difusa e entrelaçada, podendo transmitir impulsos dolorosos de todas as estruturas da coluna². Há as dores referidas da articulação sacroilíaca ou coxo-femoral, por exemplo, que parecem vir da coluna e não raramente dificultam o diagnóstico³. Se o médico se perdeu na história e no exame clínico ele não vai se achar nos exames subsidiários.

Pacientes freqüentam diferentes clínicas e consultórios cada vez com mais exames 'sem resposta satisfatória ao tratamento clínico'. Não tem havido uma participação ativa nem comprometimento dos médicos que atendem, medicam e encaminham para tratamento. Nesses casos, se uma cirurgia for indicada, a chance de maus resultados aumenta⁴.

A tônica do trabalho foi mostrar que uma alteração mostrada no exame por imagem pode não ser a causa da dor e/ou incapacidade: pode haver imagem de hérnia discal sem ciatalgia e pode haver dor facetária, que como observou o autor pode estar presente em 70,72% dos pacientes da amostra, com imagem normal dessas estruturas. Não há correlação entre imagem e clínica e nenhuma imagem é preditiva de dor.

Um paciente com lombalgia, pela sensibilização do sistema nervoso, tem fenômenos associados, como a onipresente Síndrome de Dor Miofascial⁵, que pode ser pior que a doença 'principal' e cadeias musculares podem estar alteradas.

Agradecemos a oportunidade que o Dr. Adolfo Vasconcelos de Albuquerque nos proporcionou de refletir sobre o tema, só temos que parabenizá-lo pela corajosa iniciativa e esperamos que ele continue nessa linha crítica investigatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carragee EJ. Persistent low back pain. *N Engl J Med* 2005;352:1891.
2. Howe JF, Loeser JD, Calvin WH. Mechanosensitivity of dorsal root ganglia and chronically injured axons. A physiological basis for the radicular pain of nerve root compression. *Pain* 1977;3:25-41.
3. Spengler DM, Freeman C, Westbrook R, Miller JW. Low back pain following multiple lumbar spine procedures. Failure of initial selection? *Spine* 1980;5:356-60.
4. Wilkinson HA. The failed back syndrome etiology and therapy. 2nd ed. New York: Springer-Verlag, 1992, 28.
5. Sola AE, Bonica JJ. Myofascial pain syndromes. In: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC (eds). *Bonica's Management of Pain*. 3 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams, 2001, 530-42.

Nestor C Truite Jr
CREMESP 22646

Médico neurologista com Certificação em Dor pela AMB