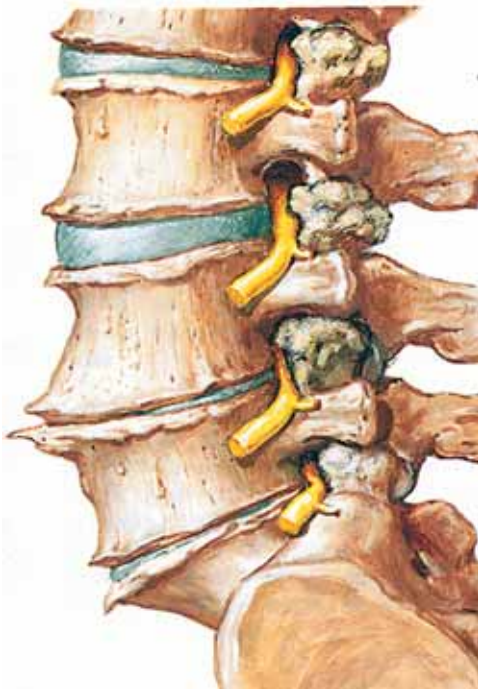




**c.i.c**  
Consejo Interhospitalario de Cooperación

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
PROGRAMA NACIONAL DE CIRURGIA  
PROGRAMA NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA



MONOGRAFIAS

DOR LOMBAR E CIÁTICA

# DOR LOMBAR E CIÁTICA

## (De origem mecânica)

**Dr. Rodrigo Miralles**

**Dra. Maria Rull**

**Universidade Rovira e Virgili**

**Faculdade de Medicina e Ciências de Saúde**

**REUS (Espanha)**



**República de Moçambique  
Ministério da Saúde  
Programa Nacional de Cirurgia  
Programa Nacional de Traumatologia**

**MONOGRAFIAS**

Ano I. Nº 1. Dezembro 2000  
Programa Nacional de Cirurgia  
Programa Nacional de Traumatologia

*Titulo:* **DOR LOMBAR E CIÁTICA**  
*Dr.* Rodrigo Miralles e *Dra.* Maria Rull  
*Editor:* **Consejo Interhospitalario de Cooperación – cic**  
*Maquetização:* cic  
*Financiador:* Cooperación Española  
*Tiragem:* 500 unidades  
Dezembro de 2000  
Maputo, Moçambique

## DOR LOMBAR E CIÁTICA (De origem mecânica)

### Definição

Dor lombar é uma dor que aparece na parte baixa da coluna (Fig. 1) e que pode irradiar para uma ou para as duas pernas.

É muito frequente e deve-se a esforços repetidos ou traumatismos. Pode afectar os nervos que saem da coluna e provocar paralisia no membro.

Analisaremos apenas as de origem mecânico-degenerativas e não as de origem inflamatória, infecciosa ou tumoral.

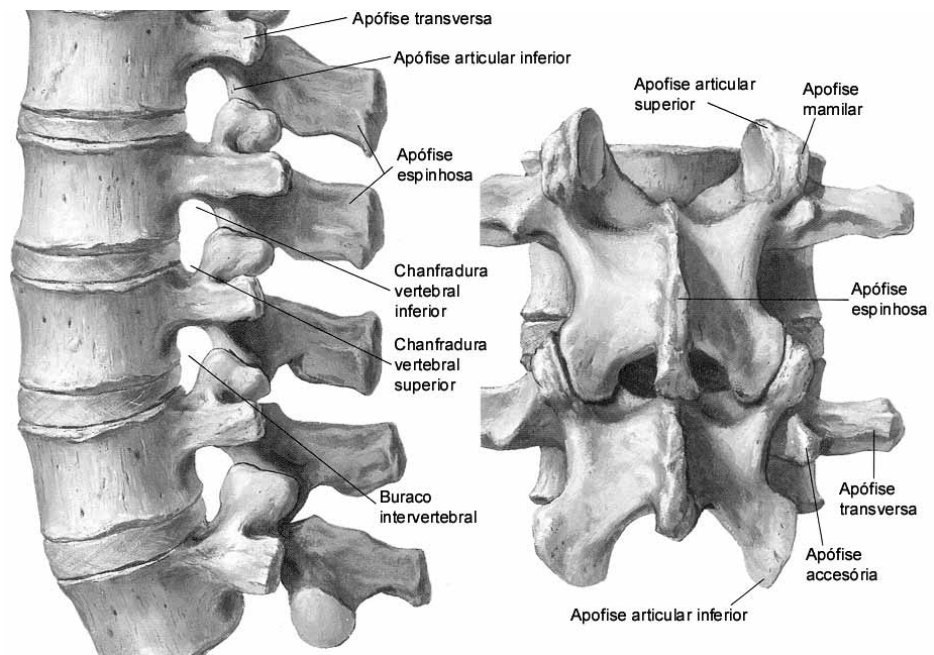


Fig. 1. Anatomia da coluna lombar.

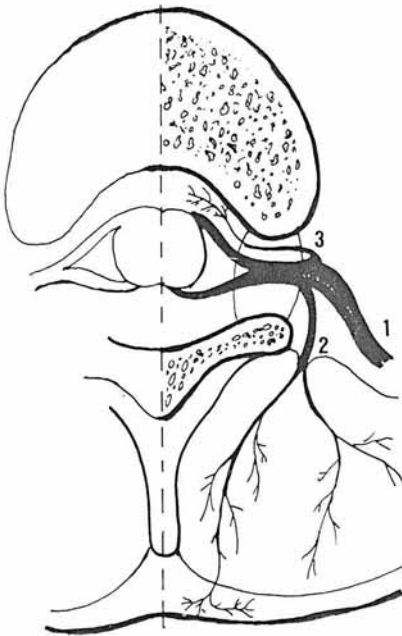
## Como realizar o diagnóstico

### Anamnese

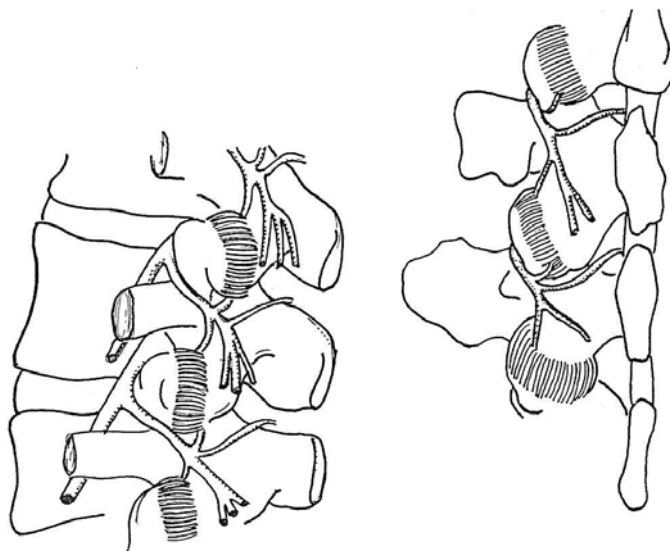
- Quando apareceu a dor? Quantos dias ou semanas?
- De forma brusca ou lenta?
- Que movimentos ou esforços fazia? Que esforços realizou recentemente? Quanto tempo faz?
- Como é a dor: sensação de peso, pontadas, etc.
- Alívio: existe alguma posição em que seja menor? Deitado, sentado, de pé, caminhando?
- Aumenta quando se inclina para diante ou ao se endireitar ou dobrar para trás?
- Desce pela perna? Até aonde: pela coxa, pela perna, ou chega até ao pé?
- Se chega ao pé há adormecimento de algum dedo ou parte do pé?
- Há menos força na perna ou no pé?

### *Justificação destas perguntas*

A dor na coluna é transmitida por dois nervos, um que inerva as articulações interapofisárias e a musculatura (ramo posterior do nervo raquídeo) e outro que sai da coluna e junto com outras raízes forma o nervo crural e o nervo ciático (ramo anterior do nervo raquídeo). Estes nervos são os responsáveis pela sensibilidade e pela força na extremidade inferior (Figs. 2 e 3).



*Fig. 2.* Anatomia do ramo anterior (1), ramo posterior (2) e nervo de Luschka (3).



*Fig. 3.* Ramo posterior. À sua saída pelo buraco de conjugação dirige-se para trás e inerva as articulações, a musculatura e a pele. Cada articulação está inervada por dois RP.

As alterações da postura sobrecarregam as articulações (ramo posterior) e a ruptura do disco intervertebral (hérnia do disco) comprime o ramo anterior antes da sua saída da coluna.

A origem da dor lombar (lumbago ou lombalgia), em 80% dos casos, é devida a problemas articulares ou posturais (ramo posterior), em 9% a uma hérnia discal (ramo anterior) e em 11% a uma afecção simultânea dos ramos posterior e anterior (doentes idosos com artrose grave = estenose do canal raquídeo).

Ao perguntar pelos esforços interessa-nos saber quando e de que forma aparece a dor. Uma dor brusca nas costas, porém sem irradiação à perna ou sem alteração neurológica deve-nos fazer pensar num problema articular. Esta dor mecânica em 50% pode irradiar pela perna até ao tornozelo, porém sem chegar ao pé.

Uma dor que desde o início ou em poucos dias irradia pela extremidade inferior e chega aos dedos dos pés faz-nos pensar numa afecção do ramo anterior (compressão da raiz).

A patologia articular é de origem mecânica. Aumenta com a extensão da coluna e diminui com a flexão. Em repouso diminui ao encontrar-se a postura adequada (melhor com as pernas flectidas).

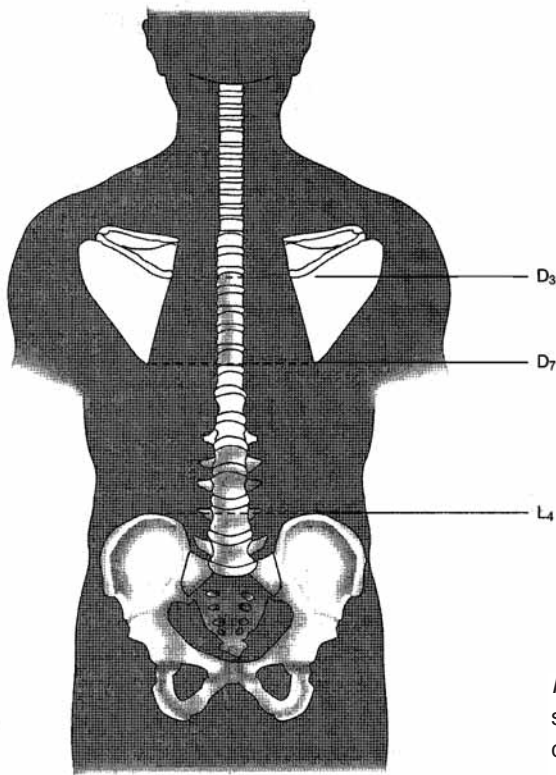
Na compressão do ramo anterior, a dor pode ser muito violenta, desce pela perna e chega ao dorso do pé e ao dedo gordo (raiz L5) ou à planta e quinto dedo (raiz S1). Em caso de afecção da raiz L4 a dor é na face anterior da perna e joelho. Acompanha-se de diminuição de sensibilidade, da força e dos reflexos.

São dois quadros totalmente diferentes. Tem dois tratamentos e prognósticos diferentes. O problema mecânico das articulações soluciona-se de forma bastante rápida com repouso, melhorando a postura ou com infiltrações periarticulares. A compressão do ramo anterior requer seguimento e se existe défice motor persistente poderá ter que operar-se. Felizmente esta última situação é pouco frequente.

## **Exploração**

O doente com dor nas costas deve explorar-se: nu, de pé, de costas e descalço.

1. Em primeiro lugar observar se a pélvis está inclinada, palpando as cristas ilíacas. Se estiver deslocada, uma mão do explorador ficará mais baixa que a outra (Fig. 4).
2. Observar se existe inclinação da coluna com contracção dos músculos.
3. Palpar a musculatura paravertebral. Pressionar com dois dedos ao longo da linha média e observar se provoca dor.
4. Pressionando sobre os pontos dolorosos efectuar a extensão da coluna e comprovar se aumenta a dor (sinal do arco, Fig. 5).



*Fig. 4.* Com o doente de pé avalia-se se a bacia está horizontal e se a coluna está direita.

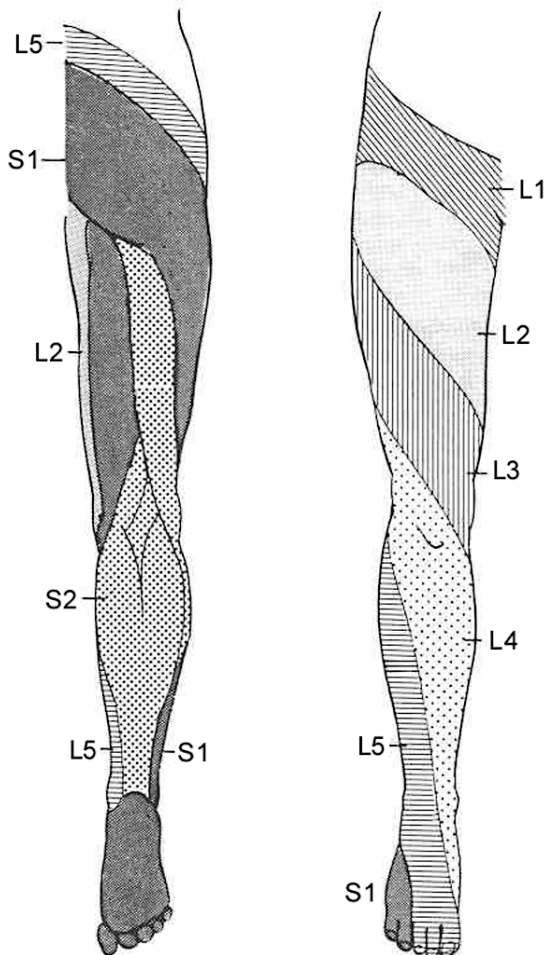
*Fig. 5.* O sinal do arco faz-se comprimindo sobre a articulação que se explora e efectuando com a outra mão uma extensão da coluna.





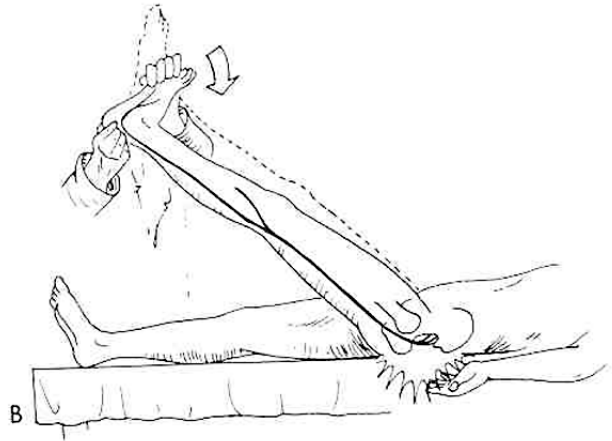
Com o doente na cama, explorar se existe alteração nervosa nas pernas (Fig. 6):

1. Elevar uma perna e depois a outra. O doente deve estar relaxado e o explorador deve subir lentamente a perna até que apareça dor (sinal de Lasegue, Fig. 7). Observar em que momento aparece a dor. Se acima de 40 cm (equivale a 2 palmos), tem pouco valor.



*Fig. 6.* Topografia metamérica das raízes lombares.

Fig. 7. Sinal de Lasegue.



2. Comprovar se os reflexos rotuliano e aquiliano são simétricos (Fig. 8).
3. Comprovar com uma agulha e muito suavemente se não existem zonas sem sensibilidade no dorso do pé, na planta ou nos dedos (Fig. 9).
4. Comprovar a força na flexão plantar do pé e flexão dos dedos, na flexão dorsal do pé e na extensão dos dedos (Fig. 10).



Fig. 8. Exploração da raiz L4:

- Sensibilidade na face anterior do joelho
- Reflexo rotuliano
- Força dos quadríceps



Fig. 9. Exploração da raiz L5:

- Sensibilidade no dorso do pé e dedo grande
- Flexão dorsal do pé e dos dedos



Fig. 10. Exploração da raiz S1:

- Sensibilidade no bordo externo do pé e quinto dedo
- Reflexo aquiliano
- Flexão plantar do pé e dos dedos



### ***Justificação destas manobras***

Em condições normais a pélvis está horizontal. Uma anca mais baixa que a outra mostra uma dismetria das extremidades.

Ao ter a coluna um pouco inclinada surge a sobrecarga das articulações. O mesmo sucede com as lordoses exageradas e os sacros horizontalizados (Fig. 11).

A contractura muscular é um sinal de defesa, não é específica de nenhum destes quadros. Significa que existe algo na coluna que requer imobilização e que se consegue mediante a contração muscular mantida.

O sinal do arco é específico para diagnosticar um problema articular.

Reproduz muito bem a dor e a sua irradiação. Esta irradiação nunca deve chegar ao pé.

A exploração neurológica das extremidades inferiores deve realizar-se sempre. Num problema articular nunca existe alteração da sensibilidade ou da força. Numa lesão do ramo anterior, aparece a diminuição da sensibilidade, da força e dos reflexos.

O sinal de Lasegue faz-se elevando a perna com o joelho em extensão. Se aparece a dor antes dos 40° de elevação, significa que a raiz está bloqueada em algum lugar e não se deixa deslizar pela tracção.



*Fig. 11.* RX na exploração da RP: hiperlordose (A) e inclinação da pélvis (B).

## Diagnóstico

Oito em cada 10 doentes têm uma dor lombar que tem a sua origem nas articulações da coluna e os 2 restantes nos nervos (raízes) que saem da coluna.

### *Lombalgia de origem articular*

- Dor que se provoca depois de realizar esforços em flexão. Pode levar tempo com a doença e é frequente que aumente.
- Dor lombar que pode irradiar para a perna e chegar ao tornozelo, porém nunca chega ao pé.
- O doente tolera ficar inclinado e queixa-se ao endireitar-se. Está melhor sentado que deitado. Na cama dorme melhor de lado que de boca para cima.
- Na exploração pode existir um desnível da bacia.
- Não existe afectação dos reflexos nem da sensibilidade nem da força.
- Na exploração a dor está ao lado da linha média e aumenta com a pressão na hiperextensão (sinal do arco).

### *Lombalgia de origem radicular*

- A dor apresentou-se recentemente e é frequente após realizar esforços violentos ou após queda.
- Existe contractura da musculatura paravertebral e o doente não pode dobrar-se para diante, ao contrário, lentamente pode inclinar-se para trás.
- A dor desce pela perna e chega até ao pé ou aos dedos.
- O doente não tolera ficar sentado nem descansar flectido. Apesar da dor, está melhor de pé ou caminhando.
- Existe sinal de Lasegue.
- Há diminuição da sensibilidade e às vezes a diminuição da força.
- Deve-se averiguar e especificar se é uma irritação ou um défice.
- Esta dor aumenta ao espirrar, tossir, rir ou defecar.

### *Lombalgia mista*

- É uma afecção simultânea das articulações e do nervo.
- São sempre doentes adultos e com uma longa história com clínica do ramo posterior. Ocasionalmente, sofreram de ramo anterior irritativo.
- A clínica é a soma da dor articular e da dor radicular.
- A nossa conduta consiste em averiguar qual das duas dores domina, se a articular ou a radicular, para efectuar o tratamento dirigido.
- Se domina a dor radicular é necessário saber se é irritativa ou deficitária.

### **Provas complementares**

#### Radiografia

Pode-se e deve-se realizar uma radiografia anteroposterior do pé e perfil em decúbito lateral. Poderá mostrar se existe uma dismetria das extremidades inferiores ou um sacro horizontal (Fig. 11).

Quando se suspeita dum problema articular pode ser oportuno fazer 2 oblíquas para ver se existe artrose articular (Fig. 12).



*Fig. 12.* Artrose articular.

### TAC:

Não está indicada para uma patologia articular. No caso de diagnóstico dum problema do ramo anterior deficitário a TAC tem a sua utilidade no caso de fracturas e suspeita de hérnia discal. Permite ver a localização e o motivo da compressão (Fig.13.1).

A *mielografia* é uma técnica invasiva (injecção de contraste) que permite ver o deslocamento das raízes. Actualmente utiliza-se pouco, porém pode ser uma boa exploração quando a TAC não se pode realizar (Fig. 13.1 e 13.2).

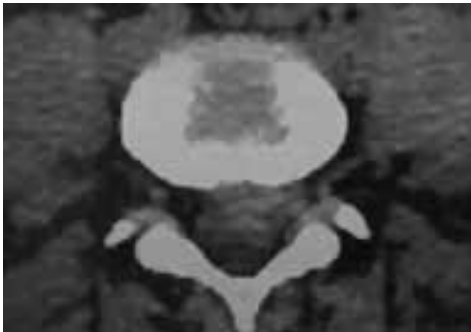


Fig. 13.1. TAC.



Fig. 13.2. Mielografia.

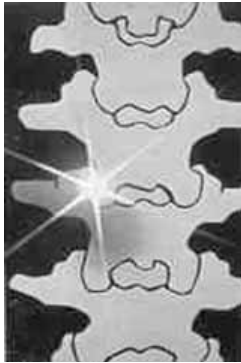


Fig. 14. Patologia articular (RP).

## Tratamento

### Ramo posterior (Fig. 14)

1. Na dor do tipo articular deve-se nivelar a bacia, se está inclinada, mediante uma compensação no sapato. No caso de sacro horizontal faz-se fisioterapia dos abdominais (Fig. 15 e 16).

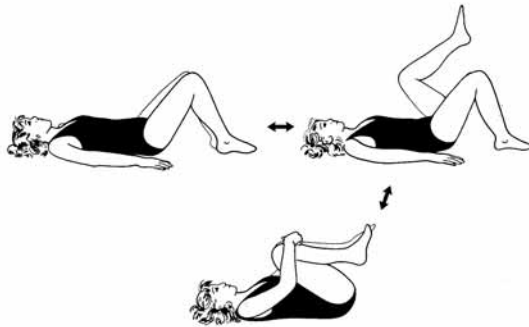


Fig. 15. Exercícios para abdominais.

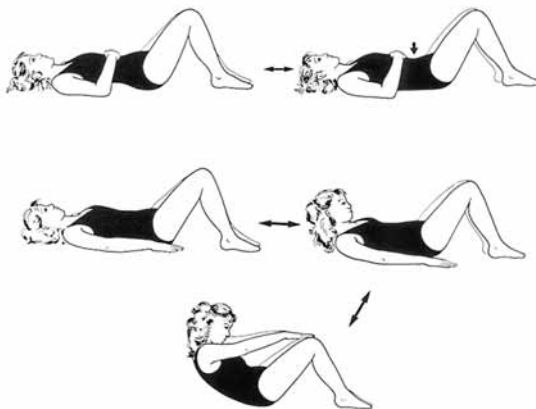


Fig. 16. Exercícios para abdominais.



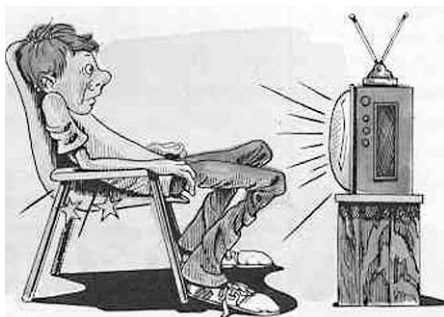
2. O repouso moderado (3 a 5 dias) pode ser necessário. O repouso prolongado deteriora a musculatura e é contra-indicado. Recomenda-se manter as pernas flectidas para descomprimir as articulações da coluna (Fig.17).

3. Os analgésicos (paracetamol) são a primeira medicação a utilizar, na dose de 500 mg a 1 gr em cada 6 horas.

4. Se o analgésico é insuficiente recomenda-se os AINES, diclofenac 50 mg a cada 8 horas (o ibuprofeno 400-800 mg/ 4-6 horas, ketoprofeno 50 mg/ 6 horas).



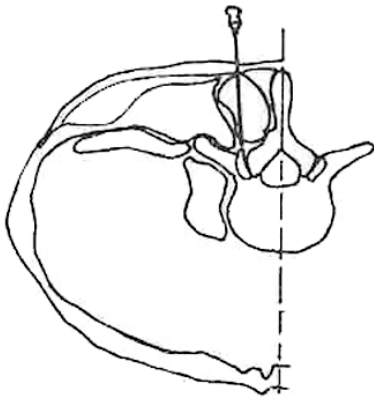
**SIM!**



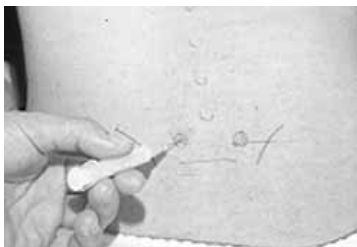
**NÃO!**



Fig. 17. Postura correcta para o RP.



*Fig. 18.* Infiltração periarticular para o RP.



*Fig. 19.* Infiltração periarticular para o RP.

5. A infiltração periarticular realizada na mesma consulta é muito eficaz (Fig. 18-19).

Enche-se uma seringa com 2 ml de xilocaina e 2 ml de corticóide de depósito. Punciona-se a dois cm da linha média sobre a L5-S1 de cada lado da coluna.

Repete-se a punção duas vezes mais (máximo 3 por episódio) separadas por uma semana.

Pode-se prever um alívio da dor em 40% depois da primeira infiltração, em 60% depois da segunda e 80-100% na terceira.

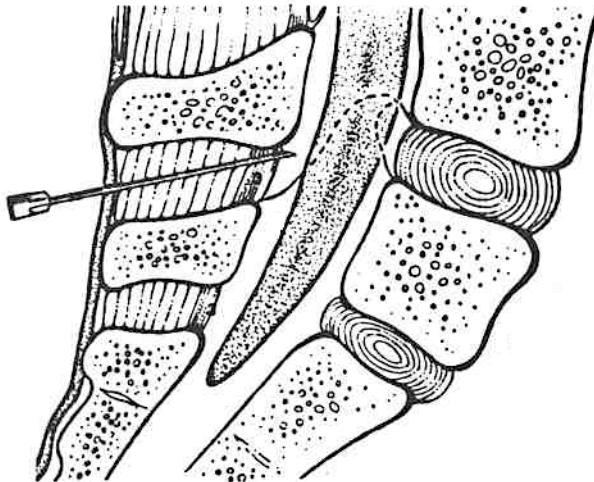
## Ramo anterior

Depende se é irritadiço ou deficitário.

### *Irritadiço*

1. Repouso relativo de 3 a 5 dias.
2. Analgésicos (paracetamol 500 mg- 1gr/ 6 horas só ou em combinação com codeína 30 mg/ 6 horas).
3. Se persiste associar AINES nas doses indicadas.
4. Se persiste, é recomendável uma infiltração epidural com corticóide (Fig. 20) e anestésicos locais (bupivacaina 0,25% ou lidocaina 1%) realizada pelo anestesista. Infiltração de acetato de metilprednisolona por infiltração, no máximo de três a intervalos de uma semana a 10 dias.

Fig. 20. Infiltração peridural.

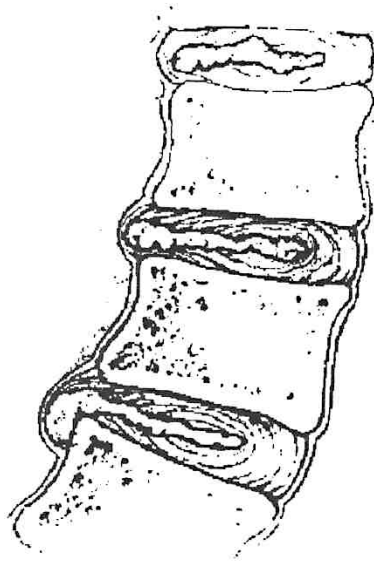


### *Deficitário*

1. Repouso relativo de 3 a 5 dias.
2. Analgésicos (doses indicadas).
3. Se persiste associar AINES nas doses indicadas.
4. Se persiste está indicado fazer uma mielografia ou uma TAC pois pode existir necessidade de intervir para libertar o motivo da compressão (geralmente uma hérnia do disco, Fig. 21).

Se o déficit é importante e aparece de forma súbita começa-se pela mielografia ou TAC porque a cirurgia pode ser relativamente urgente.

*Fig. 21. Protrusão discal e hérnia do disco.*



### *Lombalgia mista*

Se domina o ramo posterior ° ver tratamento

Se domina o ramo anterior irritativo ° ver tratamento

Se domina o ramo anterior deficitário ° ver tratamento

### **Seguimento do doente**

Os episódios podem-se repetir, por isso são recomendados os seguintes conselhos:

1. Realizar regularmente exercícios para corrigir a postura.
2. A escola da coluna dá conselhos para prevenir recaídas.
3. Se é preciso tacão, este é para sempre.
4. Quando aparece a dor: analgésicos e o repouso relativo são necessários.
5. Evitar o frio e a humidade. Cuidado com o ar-condicionado e a roupa húmida sobre a pele.
6. A tensão nervosa agrava o quadro.



**c.i.c**  
Consejo Interhospitalario de Cooperación

**REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
PROGRAMA NACIONAL DE CIRURGIA  
PROGRAMA NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA**

