

## TRATAMENTO CIRÚRGICO

Tarcísio Eloy Barros Filho<sup>(1)</sup>, Mario Augusto Taricco<sup>(2)</sup>

A lombalgia mecânica comum é sempre de tratamento conservador. Se resistente e existindo evidente substrato clinicopatológico para essa evolução atípica, podem ser realizadas infiltrações nas discopatias (Modic tipos I, II ou III), infiltração de pontos dolorosos, infiltração perifacetária, denervação facetária e artrodese do segmento vertebral<sup>(58)</sup>.

O tratamento cirúrgico da hérnia discal está indicado nos casos com déficit neurológico grave agudo (menos de três semanas), com ou sem dor; na lombociatalgia hiperálgica e nas outras de menor intensidade, apenas para os pacientes que não melhoram após 90 dias de adequado tratamento clínico. Considerando que possa haver precipitação e abusos na indicação de cirurgia para hérnia discal, é importante que haja concordância entre o quadro clínico de compressão radicular e os achados nos exames de imagem, tomando-se cuidado com a possibilidade de existirem diagnósticos diferenciais que possam simular essa doença.

Nesses casos, discute-se o tempo que se deve aguardar para indicar o tratamento cirúrgico. Alguns autores<sup>(59)</sup> colocam que os melhores resultados são os casos operados nos dois primeiros meses de sintoma, período em que também pode haver melhora espontânea. Nygaard *et al.*<sup>(60)</sup> encontraram piores resultados nos pacientes operados com mais de oito meses de dor irradiada. Sorensen *et al.*<sup>(61)</sup> obtiveram dados que sugerem que pacientes submetidos com

mais de 16 meses de sintomas têm resultado preditivo pior. Baseando-se na literatura, propõem-se indicar tratamento cirúrgico para hérnia de disco lombar nos pacientes com mais de três meses com dor irradiada e evitar que os sintomas passem dos 12 meses. O importante é que nos casos de dor irradiada sem déficit neurológico não há urgência na indicação do tratamento cirúrgico.

Na síndrome da cauda eqüina (alteração de esfíncter, potência sexual e paresia dos membros inferiores), a cirurgia está indicada em caráter emergencial, como também nas lombalgias infecciosas (espondilodiscites) com evolução desfavorável<sup>(62,63)</sup>.

A indicação de cirurgia no canal lombar estreito é feita em caráter individual, caso a caso, na síndrome da cauda eqüina (paresia de membros inferiores, disfunção urinária e sexual), na claudicação neurogênica intermitente incapacitante e progressiva e na radiculopatia unilateral que não responda a tratamento conservador<sup>(64,65)</sup>.

A cirurgia também está indicada na espondilolise, com espondilolistese e espondilolistese degenerativa, com dor lombar que não melhore com tratamento clínico; escorregamento vertebral progressivo no jovem (mesmo assintomático); lombociatalgia e claudicação neurogênica em razão de canal estreito que não responderam ao protocolo de tratamento conservador<sup>(66)</sup>.

1. Professor Titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT).

2. Professor-Associado da Disciplina de Neurocirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Coordenador do Grupo de Coluna da Divisão de Neurocirurgia do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência: Tarcísio Eloy Barros Filho. Rua Edma Jafet, 50, 2o and., cj.21, Bela Vista, 01308-050, São Paulo, SP, e-mail: pebarros@netpoint.com.br

Endereço para correspondência: Mario Augusto Taricco. Rua Manoel de Nóbrega, 489, ap.211, 04001-083, São Paulo, SP, e-mail: taricco@terra.com.br