

## Diretriz I

### FUNDAMENTOS DO DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS DA COLUNA VERTEBRAL LOMBAR

Hamid Alexandre Cecin<sup>(1)</sup>

#### RESUMO

O autor propõe que a atual denominação, da Diretriz da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (AMB/CFM), “lombalgias e lombociatalgias” seja mudada para “doenças da coluna vertebral lombar”. A literatura médica assim cunhou esta síndrome dolorosa em razão de um erro histórico de metodologia, quando alguns pesquisadores da década de 60 do século passado, e mesmo alguns até hoje, alegavam que em apenas 15% dos casos seria possível se chegar ao diagnóstico causal específico. Na realidade, esse equívoco histórico sofreu um forte abalo. Um acurado exame clínico associado à tecnologia de exames complementares e uma correta correlação entre ambos permitem chegar a um diagnóstico causal específico em 90% dos pacientes. O autor salienta que interrogações simples, mas cruciais, feitas aos pacientes, são essenciais para a detecção de “sinais de alerta” nas lombalgias e lombociatalgias, e podem fazer que causas específicas venham à tona. E, assinala o autor, que a acurácia do diagnóstico final de tais doenças, causadoras dos referidos sinais [causas específicas], depende do conhecimento – pelo médico – dos valores preditivos, dos riscos relativo e absoluto, da sensibilidade e da especificidade das diversas variáveis implicadas na abordagem diagnóstica. Na leitura desta Diretriz I e das outras três subsequentes, nas quais são nominadas as inúmeras causas da dor lombar, poderá se constatar que a denominação proposta é justificada e factível.

**Palavras-chave:** lombalgias e lombociatalgias, causas específicas, valor preditivo.

#### FUNDAMENTOS DO DIAGNÓSTICO

##### *POR QUE DOENÇAS DA COLUNA LOMBAR E NÃO LOMBALGIAS E LOMBOCIATALGIAS*

Lombalgias e lombociatalgias, inespecíficas ou idiopáticas, ou a *low back pain*, da terminologia anglo-saxônica corrente, termos enraizados na prática médica, são prejudiciais por serem, meramente, sindrômicos. São nocivos para o paciente, porque não induzem médicos não-especialistas a procurar um diagnóstico etiológico específico. Dizer que em apenas 15%<sup>(1)</sup> pode-se chegar a uma causa específica para a dor lombar é um equívoco, pois sinaliza, para o paciente, que o médico tem dúvidas sobre sua doença e, conseqüentemente, sobre os resultados esperados do seu tratamento. Em muitos casos, doenças mais ou menos graves estão por trás de uma banal dor lombar. Os pacientes sempre esperam por um diagnóstico mais específico; a maioria deles não se satisfaz apenas com o rótulo “lombalgia inespecífica ou idiopática”; uma receita de analgésico, AINH e sessões de fisioterapia<sup>(2-5)</sup>.

Por essa razão, e para fugir da desinformação que tais termos veiculam, seria melhor que se falasse em Doenças da Coluna Vertebral Lombar.

A assertiva, acima citada, – de que apenas 15% teriam uma causa específica – data de estudos da década de 1960, que tinham falhas graves de metodologia. Nessa época foram avaliados 1.920 casos de dor lombar em um subúrbio de Londres, Inglaterra. Nessa amostra encontraram-se causas específicas para apenas 245 pacientes, ou seja, 12,76%. Desde aquela data, com raras exceções, as estatísticas basearam-se em amostras populacionais heterogêneas que violam os “dogmas” básicos desta ciência e viciam, intencionalmente ou não, os resultados da terapêutica.

Tratar de lombalgias e ciatalgias sem atentar para as verdadeiras causas e esperar meses tratando sintomas para ver o que acontece, uma das 85% das doenças que se diz não terem causa – pode ser um tumor benigno ou maligno, infecção, fratura ou metástase da coluna vertebral lombar –, é um verdadeiro desastre para o paciente. Causas específicas existem; basta procurá-las<sup>(6)</sup>.

A dor lombar constitui uma causa freqüente de morbidade e incapacidade, sendo sobrepujada apenas pela cefaléia na escala dos distúrbios dolorosos que afetam o homem. Dois terços das pessoas a terão pelo menos uma vez em suas vidas, sendo as suas causas as que levam a um alto índice de absenteísmo, afastamento e/ou aposentadoria pela Previdência Social.

1. Professor Titular da Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Consultor ad hoc, na área de medicina, do CNPq (1995-2000).  
Endereço para correspondência: Hamid Alexandre Cecin. Rua Nacib Cury, 419, São Sebastião, 38060-380, Uberaba, MG, e-mail: hamid@colunanet.com.br

Em pesquisas feitas com pessoas abaixo dos 50 anos de idade acometidas de dor lombar, em 85% delas foi possível se chegar a uma causa, fazendo uma minuciosa história clínica e um acurado exame físico. Por que isto não é possível acima dos 50, quando é nitidamente perceptível o envelhecimento da população e maiores são as possibilidades de doenças de pior evolução?<sup>(7)</sup>

Uma das grandes dificuldades no estudo e na abordagem das lombalgias e lombociatalgias não é a inexistência de agentes etiológicos específicos, mas sim de outros fatores, como a aplicação de uma correta e fidedigna correlação entre os achados clínicos e os de imagem<sup>(8)</sup>. Para que isso seja factível e possível, algumas interrogações e problemas – cruciais – devem ser levantados, e, posteriormente, solucionados:

#### QUAIS SÃO AS INTERROGAÇÕES/PROBLEMAS?

1. Existe algum comprometimento neurológico?
2. Qual é o sítio anatômico que é a fonte da dor?
3. Há alguma evidência de comprometimento sistêmico extra ou intra-raquidiano (“sinais de alerta vermelhos”)?
4. Existem problemas psicossociais que possam ser detectados (“sinais de alerta amarelos” amplificando ou prolongando o quadro doloroso)?

As interrogações podem ser respondidas e, por consequência, as suas respectivas soluções, se levados em conta os seguintes dados da anamnese e exame físico:

- A. O comprometimento neurológico pode ser facilmente perceptível pela marcha, pelo equilíbrio, pela sensibilidade, pelos reflexos musculotendíneos e por manobras semióticas e sinais de compressão radicular. Essas manobras e sinais serão detalhados na Diretriz sobre o diagnóstico clínico.
- B. A dor lombar, que piora com a flexão da coluna, pode ter origem nos discos herniados, degenerados e/ou lesados; e quando piora com a extensão da coluna, a referida dor pode ser devida à artrose, ao estreitamento do canal ósseo e a outras afecções das articulações zigapofisárias.
- C. Os “sinais de alerta vermelhos” podem ser detectados por uma acurada anamnese e um cuidadoso exame físico; tais sinais indicam, provavelmente, tumores, infecções, afecções metabólicas, ginecológicas, endócrinas, vasculares ou dos sistemas digestório, urinário e genital<sup>(9)</sup>.

- D. Os problemas psicossociais que se manifestam pelos “sinais de alerta amarelos” são detectáveis em pessoas com história atual e/ou pregressa de ansiedade, depressão, litígios, conflitos trabalhistas e previdenciários<sup>(9)</sup>.

Ao se afirmar que em 85% dos casos se trata apenas e exclusivamente do rótulo “lombalgia” ou “lombociatalgia”, e se procura justificar estas síndromes por estes e tantos outros rótulos (lumbago, ciática, “reumatismo” na coluna), pode-se deixar o paciente à mercê de doenças incapacitantes, graves e até mesmo mortais (rotura de aneurisma de aorta) que, diagnosticadas a tempo, poderiam ser tratadas e até mesmo curadas.

No que concerne à fidedigna correlação entre a clínica e os achados de imagem, rótulos diagnósticos como osteoartrite, discopatia, protrusão discal, hérnias discais, osteoartrite, osteofitose degenerativa (uma redundância semântica), síndrome facetária, espondiloartrose ou osteocondrose, tais denominações deixam de sê-lo [rótulos], quando se conhecem os valores preditivos de determinado sintoma, sinal ou achado de imagem<sup>(9)</sup>.

Explicando melhor: imagem de hérnia de disco deve corresponder a quadro clínico de hérnia de disco. Para evitar equívocos dessa natureza, o médico precisa ter em mente o conhecimento do valor preditivo de exames complementares e das variáveis da história e do exame físico.

O valor preditivo é a capacidade que têm algumas determinadas variáveis da história, do exame físico e/ou complementar, de predizer quão específicas (especificidade) ou sensíveis (sensibilidade) elas são, e quais são os seus níveis de significância estatística nos estudos comparativos para se chegar ao diagnóstico final<sup>(10)</sup>.

Dessa forma, a caracterização etiológica faz da síndrome dolorosa lombar um processo eminentemente clínico, em que os exames complementares devem ser solicitados e valorizados em conformidade com os seus valores preditivos positivos e/ou negativos. A sua solicitação implica a existência de uma hipótese clínica, anteriormente levantada. Os exames complementares, na maioria das vezes, servem tão-somente para confirmá-la.

Do ponto de vista evolutivo, as lombalgias, lombociatalgias e ciáticas decorrentes de mais de uma centena de causas podem ser caracterizadas como agudas ou lumbagos, subagudas e crônicas<sup>(11)</sup>.

As dores lombares, ciatalgias e ciáticas podem ser primárias da coluna vertebral, das vértebras, de seus ligamentos e articulações, da medula espinhal e raízes nervosas, ou

secundárias e/ou decorrentes de órgãos contíguos a ela ou dela distantes, com ou sem envolvimento neurológico<sup>(12)</sup>. Daí, mais pertinente que a denominação sindrômica de lombalgias e lombociatalgias é a proposta atual de doenças da coluna vertebral lombar.

## DIAGNÓSTICO

Para se chegar ao diagnóstico específico causal, o raciocínio clínico tem como instrumento principal o valor preditivo. Para tal, é preciso conhecer o que é um falso-positivo [pacientes sem doença e resultado do teste positivo (abolição de reflexo e sem hérnia de disco)], verdadeiro-positivo [pacientes com doença + resultado do teste positivo (abolição de reflexo e hérnia de disco)], falso-negativo [pacientes com doença e resultado do teste negativo (reflexo normal e com hérnia de disco)] e verdadeiro-negativo [pacientes sem doença + resultado do teste negativo (reflexo normal e sem hérnia de disco)].

O reconhecimento das variáveis implicadas (sintomas, sinais e achados do exame físico), a sua distribuição nas curvas de frequência e outros aspectos estudados em Epidemiologia, constituem desafio para o especialista. O tratamento das doenças da coluna vertebral depende desses conhecimentos. Para tanto, o seu arsenal de doutrina e prática médicas sobre o tema em questão precisa ser amplo e ele [especialista] deve utilizá-lo corretamente, sem tendenciosidades e com a precisão científica que a medicina baseada em evidências requer.

## ETIOPATOGENIA

### CAUSAS MECÂNICO-DEGENERATIVAS

As doenças mais frequentes da coluna lombar são as de natureza mecânico-degenerativa. Sua produção tem origem em alterações das estruturas anatômicas, desvios biomecânicos e distúrbios vasculares do segmento lombar, ou na interação destes três fatores.

### LOMBALGIA MECÂNICA COMUM

A lombalgia mecânica comum, antes denominada lombalgia inespecífica ou idiopática, é a forma anatomoclínica inicial de apresentação e a mais prevalente das doenças de base mecânico-degenerativa. Nessas causas mecânico-degenerativas, os conhecimentos disponíveis baseiam-se em modelo teórico que é o da *unidade anatomofuncional* (UAF). Essa é considerada a menor unidade de movimento do segmento lombar, composta por um par de vértebras

justapostas, duas articulações sinoviais, as zigapofiseas (ou zigapofisárias), o seu correspondente complexo disco-ligamentar e a sua respectiva inervação. Quando ocorre um desequilíbrio mecânico, decorrente dos mais variados fatores - principalmente aqueles que afetam os postulados da 1ª Lei de Newton, tal desequilíbrio, ao prejudicar a eficiência biomecânica da *unidade anatomofuncional*, dá início às alterações patológicas que levam ao fenômeno doloroso<sup>(8,13,14)</sup>.

### OUTRAS DOENÇAS QUE PODEM CAUSAR

#### UM DESEQUILÍBRIO MECÂNICO

- *Spina bifida occulta*;
- Distensão muscular e/ou ligamentar;
- Anomalias da transição lombossacral;
- Encurtamento de membros (> 1,5 mm);
- Alterações do ângulo lombossacral;
- Atopia da primeira vértebra sacra;
- Escolioses discretas/moderadas;
- Degeneração com espessamento do ligamento amarelo;
- Instabilidade vertebral: ântero-listeses e retrolisteses;
- Espondilólise;
- Espondilolisteses;
- Artrose zigapofisea;
- Pés planos, valgos e cavos;
- Hérnia de disco;
- Discopatia degenerativa crônica;
- Canal estreito artrósico com ou sem claudicação neurogênica intermitente;
- Megapófise transversa (síndrome de Bartoletti);
- Fraturas traumáticas;
- Fraturas patológicas (devido a câncer primário e/ou metastático, mieloma múltiplo);
- Escolioses e cifoses graves<sup>(15)</sup>.

### DOENÇAS SEM A PARTICIPAÇÃO INICIAL DO FATOR MECÂNICO

#### INFLAMATÓRIAS

As espondiloartropatias soronegativas (espondilite anquilosante, sacroiliites indiferenciadas, doença de Reiter, sacroiliites indiferenciadas, artropatia psoriásica, espondiloartropatias associadas à doença inflamatória intestinal) são entidades que comprometem não apenas a coluna vertebral, mas também bacia, enteses e outras estruturas orgânicas. Essas [espondiloartropatias] caracterizam-se por dor lombar matinal, rigidez vertebral, poliartrite assimétrica – mais de membros inferiores

do que superiores – e entesites (inflamação das inserções ligamentares no osso), como a calcaneodinia. Às vezes, como na espondilite anquilosante, a dor lombar é baixa, ou mais localizada nas nádegas, e irradia-se para as coxas, de forma alternada<sup>(16,17)</sup>. Outras vezes, esses sintomas são acompanhados ou precedidos de dor nas articulações do esterno, bilateralmente, e diminuição da expansibilidade torácica, devido ao comprometimento das juntas costovertebrais.

#### INFECCIOSAS

Espondilodiscites, abscesso peridural e intradural. A tríade febre alta, dor com rigidez vertebral e hemossedimentação elevada é o pilar do diagnóstico clínico nas espondilodiscites infecciosas por bactérias comuns. Na tuberculose vertebral, também uma espondilodiscite infecciosa, os sinais e sintomas mais freqüentes são febrícula ou febre, suores noturnos, abscessos frios paravertebrais, velocidade de hemossedimentação alta e cavidades intra-somáticas nos corpos vertebrais. Em pacientes com lombalgia crônica, esses achados devem ser considerados relevantes<sup>(18)</sup>.

#### NEOPLÁSICAS

Linfomas e leucemias, carcinoma metastático, tumores intra-espinhais, tumores primários das vértebras, tumores retroperitoneais, doença de Paget.

#### POR DOENÇAS DAS VÍSCERAS

Prostatite, calculose renal, endometriose, pielonefrite, abscesso perineal, aneurisma de aorta, pancreatite, doenças do estômago e intestinos, doença inflamatória pélvica, colecistite, fibrose retroperitoneal<sup>(15)</sup>.

#### METABÓLICAS

As mais prevalentes são osteoporose, osteomalacia e hiperparatireoidismo, que cursam com baixa massa óssea. Frequentemente apresentam várias formas e graus de fraturas ósseas nos corpos vertebrais, determinando, na maioria das vezes, transtornos biomecânicos nas unidades anatomicofuncionais. O simples fato de se encontrar diminuição de massa óssea, pela densitometria ou por qualquer outro método, não significa que a dor lombar seja proveniente dessa diminuição<sup>(19,20)</sup>.

Para que a osteoporose seja considerada responsável pela lombalgia e/ou dorsalgia, são necessários os seguintes critérios:

- Dor óssea grave, localizada, associada a espasmo muscular.
- Cifose progressiva assintomática.
- Exame físico pobre.
- Ausência de dor radicular e anormalidades neurológicas.

Convém lembrar que se deve sempre investigar as causas secundárias à osteoporose, como mieloma múltiplo, metástases tumorais e outras. A osteoporose, por si só, não dói, e sim as alterações mecânico-posturais dela decorrentes.

#### ASSOCIADAS A TRANSTORNOS PSICOSSOMÁTICOS

Distúrbios emocionais podem levar à dor lombar ou agravar as queixas resultantes de outras causas orgânicas preexistentes. A anamnese é fundamental para identificar o fator psicogênico, comprovadamente importante, nas formas crônicas de dor lombar<sup>(21)</sup>.

#### FIBROMIALGIA E SÍNDROME MIOFASCIAL

A fibromialgia e a síndrome miofascial são causas freqüentes de dor lombar. Ambas não têm um claro substrato anatomopatológico que as confirme, mas existem evidências de contraturas musculares e hipóxia tissular. Uma das características da fibromialgia, entre outros achados, é a presença de pontos dolorosos, alguns deles na região lombar. Nas síndromes miofasciais, a dor é desencadeada pela digitopressão de “pontos-gatilho” e sentida em estruturas distantes deles<sup>(22,23)</sup>. Ultimamente, a existência de fibromialgia tem sido questionada, pelo próprio autor dessa denominação (Frederick Wolf) e outros, como uma entidade nosológica distinta<sup>(24)</sup>.

*A adequada avaliação dos pacientes portadores de lombalgias e lombociatalgias deve pressupor uma interação entre os achados clínicos e aqueles revelados pelos exames complementares (laboratoriais e de imagem), cuja solicitação deve suceder à criteriosa coleta de história e realização de exame físico completo. A avaliação isolada de achados de imagem é, portanto, destituída de valor, conduzindo, muitas vezes, a conclusões errôneas<sup>(25)</sup>.*

#### REFERÊNCIAS

1. Deyo RA, Phillips WR: Low back pain. A primary care challenge. Spine 21: 2826-32, 1996.
2. May C, Rose M, Johnstone FC: Dealing with doubt. How patients account for non-specific chronic low back pain. J Psychosom Res 49: 223-5, 2000.
3. Burton AK, Waddell G, Tillotson K, et al.: Information and advice to patients with back pain can have a positive affect: an RCT of a novel educational booklet in primary care. Spine 24: 2484-91, 1999.
4. Schers H, Wensing M, Huijsmans Z, et al.: Implementation barriers for general practice guidelines on low back pain. Spine 26: E348-53, 2001.

5. Engers AJ, Wensing M, van Tulder MW, et al.: Implementation of the dutch low back pain guideline for general practitioners: a cluster randomized controlled trial. *Spine* 30(6): 559-600, 2005.
6. Abraham I, Jones BK: Lack of evidence-based research for idiopathic low back pain: the importance of a specific diagnosis [Controversies in Internal Medicine]. *Arch Intern Med* 162(13): 1442-4, 2002.
7. Deyo RA, Rainville J, Kent DL: What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 268: 760-5, 1992.
8. Cecin HA: Proposição de uma reserva anatomofuncional, no canal raquidiano, como fator interferente na fisiopatologia das lombalgias e lombociatalgias mecânico-degenerativas. *Rev Assoc Med Bras* 43: 295-310, 1997.
9. Cecin HA: Importância dos “sinais de alerta” nas lombociatalgias específicas. *Rev Bras Reumatol* 469(supl 2): S30, 2006.
10. Jarvik JG, Deyo RA: Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 137(7): 586-97, 2002.
11. Nachemson AL: Newest knowledge of low back pain. A critical look. *Clin Orthop* 279: 8-20, 1992.
12. Sheon RP, Moskowitz RW, Goldberg VM: Soft tissue rheumatic pain. 3rd ed.; 1996. p. 391.
13. Kalichman L, Hunter D: Lumbar facet joint osteoarthritis: a review. *Semin Arthritis Rheum* 37(2): 69-80, 2007.
14. Fardon DF, Milette PC: Nomenclature and classification of lumbar disc pathology: recommendations of the combined task forces of the North American Spine Society, American Society of Spine Radiology, and American Society of Neuroradiology. *Spine* 26(5): E93-E113, 2001.
15. Hicks GS, Duddleston DN, Russell LD, Holman HE, Shepherd JM, Brown CA: Low Back Pain. *Am J Med Sci* 324(4): 207-11, 2002.
16. Mansour M, Cheema GS, Naguwa SM, Greenspan A, Borchers AT, Keen CL, Gershwin ME: Ankylosing spondylitis: a contemporary perspective on diagnosis and treatment. *Semin Arthritis Rheum* 36: 210-223, 2007.
17. McGonagle D, Marzo-Ortega H, Benjamin M, Emery P: Report on the Second International Enthesitis Workshop. *Arthritis & Rheumatism* 48(4): 896-905, 2003.
18. Cecin HA, Araújo LP, Oliveira Filho JJ, et al.: Espondilodiscites infecciosas: um desafio no diagnóstico das lombociatalgias. *Rev Bras Reumatol* 32(4): 171-7, 1992.
19. Cormier C, Souberbielle JC, Kahan A: Primary hyperparathyroidism and osteoporosis in 2004. *Joint Bone Spine* 71: 183-9, 2004.
20. Sambrook P, Cooper C: Osteoporosis. *Lancet* 367: 2010-8, 2006.
21. Kummel BM: Nonorganic signs of significance in low back pain. *Spine* 21: 1077-81, 1996.
22. Provenza JR: Fibromialgia. In: Vieira ES, Hilário MO: Diagnóstico e Tratamento em Reumatologia Pediátrica e Adulto. VCS Editoração, v. 1. p. 371-89, 1998.
23. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L: Management of Fibromyalgia Syndrome. [Clinical Review: Clinician's Corner]. *JAMA* 292(19): 2388-95, 2004.
24. Hadler NM: Fibromyalgia and Other Central Pain Syndromes. *N Eng J Med* 354(9): 983-4, 2006.
25. Cecin HA, Brazil AV, Ximenes AC, et al.: Consenso Brasileiro sobre Lombalgias e Lombociatalgias. São Paulo, Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2000.