



Síndrome radicular lombossacral

Resumo de diretriz NHG M55 (primeira revisão, abril 2005)

Mens JMA, Chavannes AW, Koes BW, Lubbers WJ, Ostelo RWJG, Spinnewijn WEM, Kolnaar BGM

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Conteúdo



- Diagnóstico
 - Sinais de alarme
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Exames complementares
 - Avaliação
- Conduta
 - Orientação
 - Tratamento não medicamentoso
 - Medicação
 - Acompanhamento
- Consulta e encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Síndrome lombossacral radicular (SLR): dor radicular em uma perna, com ou sem outros sinais irritativos e sintomas neurológicos da raiz do nervo na região lombossacral afetada(s). SLR é frequentemente acompanhada de dor lombar, mas a dor nas pernas está no primeiro plano. Típico para a dor radicular é a irradiação em uma das pernas até a região abaixo do

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

joelho, do tipo pontadas/agulhadas na área de abrangência da raiz do nervo afetado (padrão dermatomal). A causa da SLR é a irritação ou compressão sobre a raiz do nervo, geralmente por uma hérnia de disco.

Diagnóstico

Sinais de alarme

- início dos sintomas após a idade de 50 anos, dor contínua, independentemente da postura ou movimento, dor noturna, dor nas duas pernas, extensos sintomas neurológicos, mal-estar geral, história de malignidade, perda de peso inexplicada, o aumento de VHS: *malignidade*;
- idade superior a 60 anos, sexo feminino, baixo peso corporal, o uso de corticosteróides prolongado, redução do comprimento, aumento da cifose torácica: *fratura vertebral osteoporótica*;
- mal-estar, polirradiculopatia, VHS elevada: *radiculite* (diabetes, herpes zoster, a doença de Lyme);
- distúrbios miccionais (incontinência ou retenção), anestesia em sela, dor e sintomas neurológicos em ambas as pernas: *síndrome de cauda equina*.

Anamnese

- localização e intensidade da dor irradiada;
- fraqueza e distúrbios sensoriais;
- tempo de duração, início das queixas e o curso dos sintomas;
- influência de tosse, espirros e pressão ao defecar na dor nas pernas;
- influência de repouso, exercício e postura nas queixas;
- limitações nas atividades diárias; deixar de trabalhar; causas ou efeitos sobre a situação do emprego;
- episódios anteriores de dores de coluna (inferior) e episódios anteriores de SLR, curso e tratamento;
- auto-cuidado e tratamento até o presente.

Exame físico

- localização da dor: de acordo com padrão dermatomal?
- teste de Lasègue; se positivo, o ângulo em que o paciente relata dor.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Em um padrão de dor dermatomal, teste de Lasègue positivo ou (na história clínica) déficits de força ou sensoriais, examinar também:

- reflexos do tendão de Aquiles e patelar;
- a sensibilidade da borda lateral e medial do pé e dedos do pé;
- a força do dedão do pé em extensão, andar na ponta dos pés e calcanhares (diferenças esquerda/direita);
- teste de Lasègue cruzado.

Exames complementares

Exames de imagem e laboratoriais de diagnóstico só são indicados se, devido a sinais de alarme, uma causa grave de SLR é suspeita, mas são em (suspeita de) hérnia de disco sem valor complementar.

Avaliação

Diagnosticar SLR em dor em uma perna irradiando, de acordo com padrão dermatomal, até abaixo do joelho, combinada a um teste de Lasègue positivo ou irritação ou déficits neurológicos (fraqueza, distúrbios sensoriais, ou alterações de reflexo), com base em uma única raiz nervosa espinhal.

Na ausência de sinais de alarme, partir do pressuposto de que a causa de SLR é uma hérnia de disco.

Conduta

Orientação

- A causa das queixas é a irritação de uma raiz nervosa nas costas, geralmente causada por uma projeção da parte central do disco intervertebral (o núcleo pulposo) para além de seus limites normais (hérnia).
- Formigamento e sintomas geralmente desaparecem sem medidas específicas.
- Se possível, manter-se em movimento e continuar com as atividades diárias; pode-se tirar algumas horas de repouso se isso causar alívio, mas o repouso não contribui para uma recuperação mais rápida.

- A dor lombar pode persistir por mais tempo, após os sintomas de irritação desaparecerem.
- Depois de 6 a 8 semanas pode-se considerar o encaminhamento, em melhoria insuficiente, para avaliar se a cirurgia é indicada.

Aconselhar o paciente a entrar em contato imediatamente em:

- dormência na região pubiana e ao redor do ânus;
- incontinência ou a incapacidade de urinar;
- diminuição repentina da força muscular.

Tratamento não medicamentoso

Aconselhar o paciente a movimentar-se tanto quanto as queixas permitirem, se houver necessidade de repouso fazer com que esse seja o mais curto possível e, em seguida, expandir gradualmente a atividade o mais rápido possível. Considerar, após algumas semanas, o encaminhamento ao fisioterapeuta, se houver necessidade de orientação mais intensiva.

Em uma possível causa ou consequência entre queixas e o trabalho do paciente, aconselhar que contate o médico da empresa¹ e se necessário entrar também em contato com o mesmo para estabelecer uma conduta conjunta.

Medicação

Prescrever analgésicos, se necessário, de acordo com os seguintes passos.

- Passo 1 paracetamol 500 mg 3-6 vezes por dia 1 comp. ou 3 vezes por dia 2 comp.
- Passo 2 NSAIDs²: ibuprofeno 400 ou 600 mg 3 vezes por dia 1 comp. ou diclofenaco 25 ou 50 mg, 2-3 vezes por dia 1 comp. ou 75 mg 2 vezes por dia 1 comp., ou naproxeno 250 ou 500 mg 2 vezes por dia 1 comp. Tentar em efeito insuficiente aos NSAIDs acima (primeira opção), outra opção de NSAID.
- Passo 3 paracetamol ou um NSAID, em combinação com codeína 20 mg 3-5 vezes por dia 1-2 comp. (adicionar laxante), ou de tramadol³ 50, 100, 150 ou 200 mg 2-4 vezes por dia 1 comp. (máximo de 400 mg/dia).
- Passo 4 morfina 10 mg 4-6 vezes por dia 1-2 comp, ou comprimido de liberação prolongada de 30 mg 2 vezes por dia 1 comp. (adicionar laxante, de preferência manter paracetamol ou NSAID).

Acompanhamento

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Em dor ou paresia evidente, médico mantém-se informado do curso diariamente durante os primeiros dias, se necessário. Em sintomas menos graves com menor frequência; a frequência dos controles depende da gravidade dos sintomas, mas é de no mínimo 1 vez por semana. Acompanhar a evolução em função da dor, perda motora e o teste de Lasègue. Fazer anotação após último controle, da gravidade do déficit neurológico residual, tendo em vista a recorrência.

Consulta e encaminhamento

Encaminhar em suspeita de uma causa grave de SLR a um neurologista.

Encaminhar com urgência a um neurocirurgião em:

- Síndrome de cauda equina;
- Início agudo de paresia grave ou, no curso de poucos dias, em paresia progressiva.

Encaminhamento a neurologista (de preferência), neurocirurgião ou ortopedista para determinar a indicação cirúrgica:

- em dor radicular incontrolável (se a dor estiver insuficientemente sob controle mesmo com o uso de morfina);
- se a dor e as limitações diminuïrem insuficientemente em 6 a 8 semanas, apesar do tratamento conservador

Notas do tradutor

1. Especialidade médica comum na Holanda. Todo empregador é obrigado a ser vinculado a uma empresa de *Medicina do Trabalho*.
2. NSAIDs: anti-inflamatórios não-esteróides (*nonsteroidal anti-inflammatory drugs*)
3. A tendência atual é a limitação da prescrição de Tramadol para um mínimo possível, partindo muitas vezes para outros grupos de medicamentos opiáceos, principalmente em idosos.