

Avaliação e tratamento de um paciente com dor lombar neurogênica: mobilizando o tecido neural

Sergio Marinzeck, Ft, M.Phty (Manip), MPAA

www.terapiamaneual.com.br

O caso a seguir descreve o processo de avaliação e tratamento de um paciente com dor lombar baixa neurogênica unilateral a direita e referência à coxa direita posterior. É importante ressaltar que a escolha de uma terapêutica deve ser baseada no raciocínio clínico que procura pormenorizar o quadro disfuncional particular do paciente, e não apenas em sua patologia. Para este paciente portanto, a terapêutica aqui descrita foi a adequada, resultado de uma detalhada avaliação subjetiva e física.

O caso é razoavelmente comum e tradicionalmente também reconhecido e denominado como ciática. Os mecanismos fisiopatológicos e sua terapêutica, entretanto, deixam de ser tradicionais, considerando os novos conhecimentos disponíveis sobre o assunto. Estes discutiremos ao final do artigo.

O primeiro contato

O paciente C.B.A., um jovem de 28 anos, procurou este terapeuta com a queixa de dor crônica lombar e posterior a coxa direita. O paciente, ansioso em relação a sua condição, já apresentava a dor há aproximadamente 1 ano e meio e já tinha passado por diversos tratamentos, sem resultado. O paciente descreveu seus sintomas como uma dor aguda lombar intermitente e intensa, próximo ao nível L5 à direita e ocasional referência à região posterior da coxa direita. O paciente não descrevia sua dor como em choques ou pontadas, mas profunda e agonizante. Não havia outros sintomas como formigamento, parestesias ou fraqueza. O paciente também não apresentava dores em outros locais.

A dor, que variava durante o dia, era normalmente agravada por atividades físicas, posturas e movimentos. O paciente também frequentemente tinha dores a noite que atrapalhavam seu sono. A dor era agravada por posturas sustentadas, como sentar por muito tempo, movimentos como abaixar para pegar um objeto ou até durante a tosse. Não era incomum, entretanto, dores espontâneas. Havia pouco que o paciente fazia para obter alívio. Deitar em decúbito ventral com semiflexão de membros inferiores oferecia certa melhora. A condição do paciente foi estabelecida como altamente irritável, já que pouca atividade provocava sintomas intensos que demoravam para se reduzir.

A dor se iniciou progressivamente há 1 ano e meio atrás. O paciente relatou que tinha história antiga de dor lombar central de pequena intensidade, que nunca o levou a procurar tratamento. Ele atribuía o episódio atual ao início de um novo trabalho onde abaixar e levantar objetos era frequente. Ele não se recordava de um evento único. A dor foi se agravando progressivamente o que o levou a procurar apoio médico. O paciente obteve alívio parcial com fisioterapia tradicional e analgésicos. Acupuntura também lhe ofereceu melhora pequena, mas não duradoura. No geral, o quadro progressivamente se agravava com dores mais frequentes. O paciente reduziu o número de horas de trabalho e interrompeu qualquer atividade física. Sua vida social e sexual também foi afetada por conta de sua condição. Recentemente, cirurgia havia sido considerada para seu caso, recusada pelo paciente.

O paciente tinha saúde geral boa e nenhuma indicação de patologia séria. Não tinha tido perda de peso recente, comprometimento da função urinária e intestinal ou alteração da marcha. Não tinha tido fraturas ou cirurgias recentes. O consumo de analgésicos era

freqüente mas nenhuma outra medicação era utilizada. Os exames imaginológicos se mostraram negativos. Não havia alterações significantes no Rx e nenhum sinal de protrusão discal na tomografia. O paciente se encontrava num estado de ansiedade e estresse, mas não apresentava sinais de depressão.

O exame físico

À inspeção o paciente apresentava curvatura no plano sagital normal, sem excesso ou redução da lordose lombar. No plano frontal o paciente tinha leve escoliose. Havia pequena diferença de comprimento dos membros inferiores (tíbia direita maior que esquerda) o que provocava pequeno desnivelamento pélvico possivelmente contribuindo para a escoliose. Uma alteração antálgica, entretanto, não poderia ser descartada. Contornos musculares pareciam iguais em ambos os lados com eretores em possível espasmo.

Durante os movimentos ativos lombares o paciente teve grande limitação em flexão, extensão e inclinação lateral a direita com produção de dor em região lombar baixa a direita sem referência para o membro inferior.

Na avaliação dos movimentos articulares lombares, L5-S1 tinha grande perda de mobilidade em inclinação lateral e rotação para a direita (mov. fisiológicos). A pressão pósterio-anterior central em L5 e L4 se mostrou hipomóvel e com dor (mov. acessórios) e a pressão pósterio-anterior unilateral foi positiva para L5-S1 à direita.

Uma avaliação clínica da condução neural foi realizada considerando a possibilidade de sintomas neurogênicos. Não foi encontrada alterações em força muscular (miótomos), sensibilidade e reflexos. Testes para NMS foram negativos.

Os "testes de tensão neural" se mostraram positivos. No teste de Slump o paciente teve uma limitação de 90 graus em extensão no joelho direito e aumento considerável de sintomas durante a flexão cervical. No teste de elevação da perna estendida (TEPE) o paciente apresentava 30 de flexão de quadril do lado direito com dor intensa atrás da coxa. O paciente também apresentou dor lombar durante o teste de flexão cervical passiva (FCP).

Considerando a área de dor a articulação sacroilíaca não foi descartada como fonte dos sintomas (Fortin et al 1994). Entretanto, os testes de provocação e de mobilidade desta articulação se mostraram negativos.

Os músculos estabilizadores lombares foram avaliados e se mostraram pobres em contração (multífidus e transversos do abdômen).

O paciente não teve piora dos sintomas após essa avaliação.

Hipótese

Com base nesta avaliação, a hipótese aceita foi a que o paciente apresenta sintomas neurogênicos proveniente de irritação de raízes lombosacrais L5 e S1 a direita, provavelmente devido à uma disfunção articular em nível L5-S1.

Tratamento

Considerando a hipótese anterior, uma mobilização do tecido neural foi escolhida como técnica de tratamento inicial. Há inúmeras maneiras de se mobilizar as raízes

lombosacrais, podendo-se variar a posição do paciente, a articulação mobilizadora, a quantidade de "tensão neural" e a velocidade e amplitude oscilante, escolhas que dependem do quadro disfuncional do paciente. Para este paciente, considerando sua irritabilidade, sua perda de mobilidade em inclinação para a direita e a positividade no teste de Slump e flexão cervical passiva, uma técnica em inclinação lombar para a esquerda com o paciente deitado em decúbito lateral esquerdo foi escolhida. A "tensão neural" foi controlada e progressivamente aumentada pela flexão do quadril direito e flexão cervical. Movimentos oscilatórios suaves e indolores foram usados por 3 lotes de 30 segundos. Após a técnica o paciente apresentou melhora significativa nos movimentos ativos, aumento do TEPE a direita para 60 graus e Slump com limitação de 30 graus de extensão do joelho direito. Outra técnica foi usada na sessão seguinte (joelho como articulação mobilizadora) com a finalidade de mobilizar em grau maior as raízes lombosacrais.

Exercícios de estabilização e ergonomia para o dia a dia também foram introduzidos ao paciente. O mesmo foi instruído a respeito de sua condição e assegurado sob o bom prognóstico da mesma com a finalidade de reduzir sua ansiedade. Ele foi estimulado a aumentar progressivamente suas atividades. O paciente não apresentava mais dores após algumas sessões.

Considerações finais

A escolha de uma técnica é resultado de uma avaliação que procura identificar a(s) estrutura(s) comprometida(s), seu estado fisiopatológico, fatores contribuintes e o quadro disfuncional resultante. Estabelecer quais os movimentos estão comprometidos e qual o resultado destes nos sintomas do paciente é imprescindível para a escolha de uma manobra eficaz de tratamento.

É importante notar que as características estruturais e imaginológicas nem sempre se correlacionam com sintomas ou incapacidade (Savage et al 1997; Borestein et al 2001). O paciente não apresentava protrusão discal mas tinha sinais de irritação em raiz nervosa. Isso não é de se espantar quando consideramos que as lesões discais produzem substâncias inflamatórias e nociceptivas que afetam as raízes vizinhas (Lipetz JS 2002), mesmo quando não há uma compressão física. O mecanismo fisiopatológico inicial é químico e não mecânico.

Durante a avaliação o fisioterapeuta deve sempre considerar a possibilidade de patologia séria e deve ser capaz do diagnóstico diferencial destas, principalmente quando se trata de dor crônica de longa data. Não é incomum que durante um ano o fisioterapeuta receba um ou dois casos que escaparam pela "malha" médica.

A escolha da técnica levou em conta a resposta do paciente aos testes de provocação neural e suas características de perda de movimento. Note que ainda que o paciente tivesse dor em inclinação lombar para a direita, a manobra foi realizada em inclinação para a esquerda com a finalidade de abrir o forâmen sobre a raiz comprometida. O terapeuta deve aplicá-la o mais gentilmente possível, sem nunca provocar dor. Não é incomum, principalmente em casos irritáveis como este, que a condição do paciente se exacerbe, resultado de excessos durante a aplicação.

Por último, mas não menos importante, o fisioterapeuta deve sempre considerar os aspectos psicossociais da condição e não apenas os biológicos, principalmente em casos de dores crônicas. Confortar o paciente, instruí-lo sobre meios de adquirir controle sobre sua

situação e estimulá-lo à um comportamento positivo frente a sua vida social e profissional, fazem diferença na busca por sucesso com o tratamento.

Referências

Borenstein DG, O'Mara JW Jr, Boden SD, Lauerman WC, Jacobson A, Platenberg C, Schellinger D, Wiesel SW. The value of magnetic resonance imaging of the lumbar spine to predict low-back pain in asymptomatic subjects : a seven-year follow-up study. *J Bone Joint Surg Am.* 2001 Sep;83-A(9):1306-11

Fortin JD, Aprill CN, Ponthieux B, Pier J. Sacroiliac joint: pain referral maps upon applying a new injection/arthrography technique. Part II: Clinical evaluation. *Spine.* 1994 Jul 1;19(13):1483-9.

Lipetz JS. Pathophysiology of inflammatory, degenerative, and compressive radiculopathies. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2002 Aug;13(3):439-49

Savage RA, Whitehouse GH, Roberts N. The relationship between the magnetic resonance imaging appearance of the lumbar spine and low back pain, age and occupation in males. *Eur Spine J.* 1997;6(2):106-14