

# LOMBALGIA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO

Miguel Tadeu Reis e Silva<sup>1</sup>

## RESUMO

Apresenta-se o caso de uma doente internada no Serviço de Medicina Interna com os diagnósticos principais de Traqueobronquite aguda a descompensar Insuficiência Cardíaca de base. À observação, para além do quadro respiratório/cardiovascular, a doente apresenta queixas algícas lombares referidas a L1-L4, presentes mesmo em repouso, Murphy renal negativo e Lasègue negativo bilateralmente. Após revisão das radiografias lombares realizadas em internamento, é detetada imagem de contornos calcificados, sacular e localizada anteriormente aos discos vertebrais de L3-L4. Pela presença concomitante de abdómen pulsátil e diminuição dos pulsos periféricos dos membros inferiores, é pedida AngioTAC com o intuito de despistar provável Aneurisma da Aorta abdominal. O mesmo exame confirma a presença de volumoso Aneurisma abdominal que condiciona fluxo arterial numa das artérias renais, com consequente atrofia.

**PALAVRAS-CHAVE:** LOMBALGIA, ANEURISMA

## LOW BACK PAIN: A RARE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

## ABSTRACT

We present a case of a patient admitted in an Internal Medicine ward with the main diagnosis of an acute bronchitis and heart failure. At the observation, the patient referred pain to the L1-L4 area, that wasn't relieved by rest, a negative renal Murphy and a negative bilateral Lasègue. During the review of the lumbar radiographs, it was detected a sacular figure of calcified borders, before the L3-L4 vertebrae. By the concomitant presence of a pulsatile abdomen and a decrease of the peripheric pulse in the inferior members, the medical team ordered an AngioCT to despiste a possible Abdominal aortic aneurysm(AAA). The exam confirmed a bulky AAA that impaired the arterial flux to the left renal artery.

**KEY-WORDS:** LOW BACK PAIN, ANEURYSM

DATA DE RECEPÇÃO / RECEPTION DATE: 08-04-2014 - DATA DE APROVAÇÃO / APPROVAL DATE: 18-09-2014

1. DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO, CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

## INTRODUÇÃO

A dor lombar é uma queixa frequente nas consultas de Medicina, estimando-se que 80% da população irá apresentar esta queixa em algum momento da sua vida, dos quais 90% terão um curso benigno<sup>1</sup>. Embora a maioria dos doentes apresentem uma causa neurológica ou osteomuscular para as queixas, cerca de 8% apresentam uma causa não-mecânica, condicionada por patologia visceral<sup>2</sup>, cujo atraso no diagnóstico pode ter consequências graves e potencialmente fatais.

A lista de diagnósticos diferenciais é extensa, apresentando alguns diagnósticos especificidades relevantes.

Devida à extensa lista de diagnósticos diferenciais, foram criadas *red flags* (Tabela 2), cuja presença durante a história clínica e/ou exame objetivo, implica um estudo etiológico mais aprofundado.

Os autores descrevem o seguinte caso clínico para alertar para a necessidade de se proceder à história clínica e exame objetivo cuidadoso em doentes com queixas de lombalgia.

## CASO CLÍNICO

Sexo feminino, 68 anos, previamente autónoma, com antecedentes pessoais de:

- Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) de

**TABELA 1** LISTA DE DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS DE LOMBALGIA E RESPECTIVAS MANIFESTAÇÕES

Diagnóstico Diferencial	Manifestação
Lombalgia inespecífica	Dor exacerbada a palpação dos músculos paravertebrais.
Herniação de disco vertebral	Condicionando compressão radicular. Lasègue positivo.
Fratura vertebral	Associada a história de trauma e/ou osteoporose.
Espondilólise	Encontrada em atletas jovens, agravada com a extensão da coluna.
Patologias do tecido conjuntivo	Associada a febre e aumento dos parâmetros inflamatórios.
Metastização neoplásica	Perda ponderal não explicado por outras causas
Infeção	Febre e aumento de parâmetros inflamatórios
Aneurisma da Aorta Abdominal	Associada a dor não aliviada pelo repouso.
Síndrome da cauda equina	Associada a retenção urinária e incontinência de esfínteres.
Espondilite anquilosante	Mais prevalente em homens jovens, com queixas algícas noturnas.
Nefrolitíase	Dor intensa tipo cólica. Murphy renal positivo.

etiologia tabágica

- Cardiopatia isquêmica com Enfarte agudo do miocárdio submetido a angioplastia 6 meses antes  
- Hipertensão arterial; *Diabetes mellitus* tipo 2  
Internada no Serviço de Medicina Interna por traqueobronquite aguda a descompensar DPOC e Insuficiência cardíaca (IC) de base. Apresentava concomitantemente Hipertensão arterial (HTA) de difícil controlo farmacológico e lombalgia intensa com 3 meses de evolução, não agravada pelo movimento e sem alívio com o repouso.

Ao exame objetivo, a dor lombar não era exacerbada a palpação das apófises espinhosas lombares ou dos músculos paravertebrais. O Lasègue era negativo bilateralmente, bem como o Murphy renal.

Foram pedidos exames imagiológicos que revelaram uma cifose dorsal de 48° e escoliose lombar direita de 5°. Na radiografia de perfil lombar (Figura 1), notava-se esboço de imagem sacular de contornos calcificados anteriormente a L3-L4.

Foi pedida AngioTC abdominal (Figura 2 e 3) que revelou a presença de um AAA com uma extensão longitudinal de 125mm por 50x50mm de diâmetros axiais. Apresentava envolvimento da artéria mesentérica inferior e da emergência da artéria renal esquerda, associada a rim atrófico não funcionante.

À data de alta, encontrava-se estabilizada do ponto de vista respiratório, mantendo ligeiras queixas algicas lombares, e em lista de espera para colocação de endoprótese.

## DISCUSSÃO

Os Aneurismas da Aorta Abdominal (AAA) são definidos por uma dilatação focal da Aorta abdominal >3cm e têm uma prevalência de 7.6% em homens e 1.3% em mulheres entre os 65 e 80 anos<sup>4</sup>. Os antecedentes pessoais de tabagismo, aumentam o risco de vir a desenvolver AAA entre 3 a 5 vezes, bem como todos os seguintes factores: presença de antecedentes familiares com AAA OR 1.94 (95% IC: 1.63-2.32); doença coronária OR 1.52 (95% IC: 1.37-1.68); hipercolesterolemia OR 1.44 (95% IC: 1.27-1.63) e doença cerebrovascular OR 1.28 (95% IC: 1.11-1.47)<sup>5</sup>.

Estima-se que cerca de 50% dos doentes com Aneurismas da Aorta Abdominal apresentem queixas de dor lombar. O mecanismo da dor ainda não se encontra esclarecido, admitindo-se várias hipóteses como a da erosão dos corpos vertebrais, trauma dos tecidos moles adjacentes e pequenas dissecções da íntima. Uma das hipóteses mais debatidas é a de que a aterosclerose e a dissecção da Aorta

**TABELA 2** LISTA DE RED FLAGS<sup>3</sup>

Antecedentes Pessoais	Exame físico
<ul style="list-style-type: none"><li>• Neoplasia</li><li>• Perda ponderal inexplicável</li><li>• Imunossupressão</li><li>• Uso prolongado de esteróides</li><li>• Administração recente de fármacos ev</li><li>• Infecção do trato urinário</li><li>• Ausência de melhoria da dor com o repouso</li><li>• Febre</li><li>• Trauma</li><li>• Incontinência de esfíncteres</li><li>• Retenção urinária</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anestesia da região lombar</li><li>• Ausência de tónus no esfíncter anal</li><li>• Défices motores nos membros inferiores</li><li>• Febre</li><li>• Sensibilidade vertebral ao toque</li><li>• Limitação do movimento</li></ul>



**FIGURA 1** Radiografia de perfil lombar revelando imagem de contornos calcificados sugestiva de AAA.



**FIGURA 2** Angio TC em corte sagital revelando extensão de AAA.



**FIGURA 3** Angio TC em corte transversal revelando extensão de AAA.

abdominal cause alterações do fluxo circulatório local, com consequente hipóxia dos músculos paravertebrais e discos vertebrais.

O principal risco dos AAA é a sua rutura, que se encontra associada a elevadas taxas de mortalidade, morrendo cerca de 62% dos doentes antes da admissão hospitalar. Mesmo a própria intervenção cirúrgica após rutura tem uma taxa de mortalidade de 80%, o que enfatiza a importância do diagnóstico precoce.

O caso apresentado trata-se de um diagnóstico diferencial raro de lombalgia, com uma apresentação inicial com uma única *red flag*: a ausência de melhoria das queixas algicas com o repouso. No entanto, a doente apresentava múltiplos factores de risco como idade superior a 65 anos, ser fumadora, portadora de doença pulmonar obstrutiva crónica e aterosclerótica e de ter sido submetida a procedimento endovascular 6 meses antes.

Apenas após o diagnóstico se obteve uma etiologia para a hipertensão arterial resistente à terapêutica farmacológica, explicada pelo ligeiro compromisso

da origem da artéria renal direita (único rim funcional) e consequente hiperatividade do eixo renina-angiotensina-aldosterona.

A doente não apresentava sinais imagiológicos sugestivos de erosão dos corpos vertebrais (sugerida como causa de dor em alguns estudos), admitindo-se como possível origem das queixas álgicas uma compressão radicular por posterolistese grau I de L4 sobre L5, provavelmente condicionada pela

compressão da dilatação aórtica anterior.

Considerando as dimensões do aneurisma diagnosticado, a doente apresentava um risco de morte por rutura de 25% no primeiro ano e de 50% nos 5 anos seguintes.

O AAA, embora raro, é um diagnóstico diferencial relevante de lombalgia que, pela sua gravidade, deve ser tido em consideração na abordagem destas queixas.

## REFERÊNCIAS

1. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord.* 2000 Jun;13(3):205-17.
2. Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med.* 2002;137:586-597.
3. Bigos SJ, Bowyer OR, Braen GR, Brown K, Deyo R, Haldeman S, et al. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14 (AHCPR publication no. 95-0642). Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, December 1994.
4. Guirguis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, Whitlock EP. Ultrasonography screening for abdominal aortic aneurysms: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* Mar 4 2014;160(5):321-9.
5. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, et al. The aneurysm detection and management study screening program: validation cohort and final results. *Aneurysm Detection and Management Veterans Affairs Cooperative Study Investigators. Arch Intern Med.* 2000;160:1425-1430.

## CORRESPONDÊNCIA:

**MIGUEL TADEU REIS E SILVA**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO,  
CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL  
RUA DE SANTA MARTA, 1169-024 LISBOA  
MIGUEL\_TRS@HOTMAIL.COM