

LOMBALGIA: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO

Miguel Tadeu Reis e Silva¹

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 algicas 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 peripheral pulse in the inferior members, the medical team ordered an AngioCT to despite 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 benigno¹. 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 visceral², 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.
Metastatização 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 esfincteres.
Espondilitite anquilosante	Mais prevalente em homens jovens, com queixas algicas noturnas.
Nefrolitíase	Dor intensa tipo cólica. Murphy renal positivo.

etologia tabágica

- Cardiopatia isquémica 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 funcional.

À data de alta, encontrava-se estabilizada do ponto de vista respiratório, mantendo ligeiras queixas algílicas 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 anos⁴. 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)⁵.

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 FLAGS³

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



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 hipoxia 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 algílicas com o repouso. No entanto, a doente apresentava múltiplos fatores 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. Ultrasound 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