

CIATALGIA E CIATALGIA PSEUDO-RADICULAR

Pedro Matzenbacher Brito
Martin Brandolt Aramburu
Henrique Luiz Staub
Erasmio de Abreu Zardo

UNITERMOS

CIÁTICA; DOR REFERIDA; RADICULOPATIA.

KEYWORDS

SCIATICA; REFERRED PAIN; RADICULOPATHY.

SUMÁRIO

Este trabalho tem por objetivo abordar as queixas de dor irradiada para membros inferiores, procurando diferenciar a ciatalgia típica da pseudo radicular muito frequente na prática médica.

SUMMARY

This study aims to approach the lower limbs irradiated pain, trying to distinguish typical sciatica from pseudoradicular pain, frequently found on medical practice.

INTRODUÇÃO

A queixa de ciatalgia no sentido *lato* da palavra é muito frequente na prática médica. Muitas vezes, o termo é utilizado de maneira inadequada, ao se nomear de ciática qualquer padrão de dor com irradiação para os membros inferiores. Há três tipos de dor referida para membros inferiores: Ciatalgia Típica, Ciatalgia Pseudo-Radicular e Cruralgia.

CONCEITO E ABORDAGEM

Ciatalgia Típica ou Verdadeira

Este termo deveria ser utilizado apenas para quadros de dor irradiada pelo trajeto do nervo ciático, ou seja: região glútea, posterior da coxa e perna

podendo lateralizar ou medializar distalmente até o pé na dependência do dermatomo comprometido (raiz correspondente)¹. (Figura1).

Figura 1. Território de dor referida na cialgia típica.



A fisiopatogenia da cialgia verdadeira ou típica, está relacionada a tração, distorção ou compressão de raiz nervosa, plexo ou nervo ciático. O nervo ciático é formado pelas raízes dos níveis lombares (L4, L5, S1, S2 e S3). A etiologia da cialgia está relacionada aos transtornos degenerativos da coluna vertebral incluindo a hérnia discal, discopatia degenerativa com ruptura do anulo fibroso, artrose facetaria, estenose do canal raquideo ou foraminal e tumores intra ou extra raquideos, em ordem de apresentação/incidência². O nervo ciático é o mais longo nervo do corpo humano. Se origina do plexo lombosacro (L4 a S3) emergindo da pelve através da incisura ciática. Os ramos motores do nervo ciático suprem os músculos da perna. O nervo peroneo comum e os tibiais são os dois ramos terminais do ciático. O nervo ciático pode ser ainda comprimido por tumores dentro da pelve, região glútea ou contra o osso na protuberância esquiatica e proximal do fêmur. Tumores incluindo sarcomas, lipomas entre outros podem provocar dor por compressão ou envolvimento direto pela massa tumoral.

Quadro clínico

A dor ciática é relatada pelos pacientes como “ferroada”, “fisgada” ou “sensação de choque” associada a parestesias e graus variados de déficit motor do(s) membro(s) inferior(es) bem como marcha claudicante. A associação com postura antálgica da coluna lombar em escoliose ou posição em flexo lombar é comum³. A dor tem características mecânicas: piorando aos movimentos e esforços em geral e atenuando em repouso, posição fetal ou decúbito dorsal

com quadris e joelhos fletidos. Há exacerbação da dor também à manobra de valsalva (tosse, espirros e esforços para evacuação).

O exame neurológico é fundamental para o diagnóstico topográfico. O sinal de Lasègue, alterações de reflexos dos membros inferiores, teste de sensibilidade tátil-dolorosa bem como de força muscular devem ser realizados e revelam o nível topográfico e raiz comprometida (Figuras 2 e Tabela 1). O teste de Lasègue e seus sucedâneos são também conhecidos como teste de estiramento do nervo ciático⁴. É um teste provocativo e, portanto exacerba a dor referida pelo paciente previamente. Os estudos por imagens revelam o fator etiológico comprovando também o nível topográfico já suspeitado pelo exame clínico.

Figura 2. Apresenta os principais dermatômos /metâmeros que devem ser analisados durante o exame neurológico.

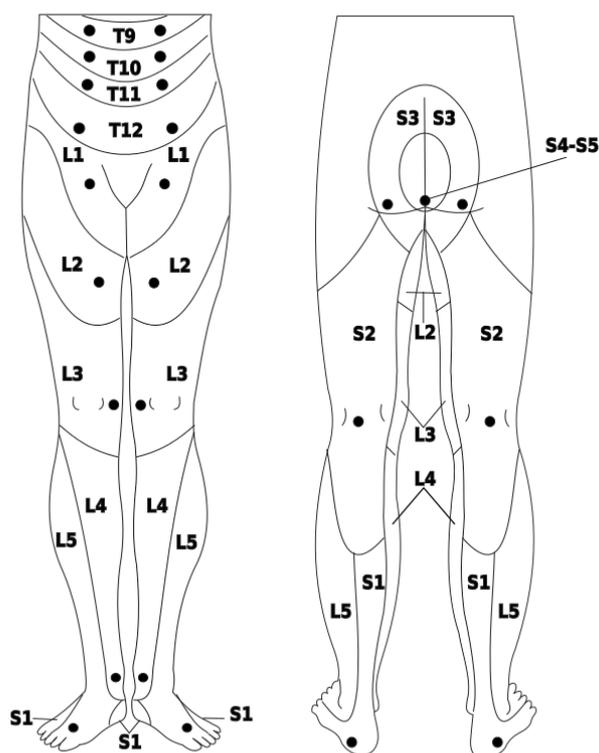


Tabela 1. Ilustra grupos musculares, sensibilidade e reflexos por raiz nervosa.

	Teste Motor	Sensibilidade	Reflexo
L1	Musculatura abdominal	Região inguinal	Nenhum
L2	Flexão do quadril	Região alta da coxa	Nenhum
L3	Extensão da perna	Coxa anterior e medial	Nenhum
L4	Dorsiflexão do tornozelo	Pé (medial) e perna medial	Patelar
L5	Flexão dorsal do hálux	Pé (mediano) e perna lateral	Mm. Isquiotibiais
S1	Flexão plantar do tornozelo	Pé (lateral) e perna posterior	Aquileu

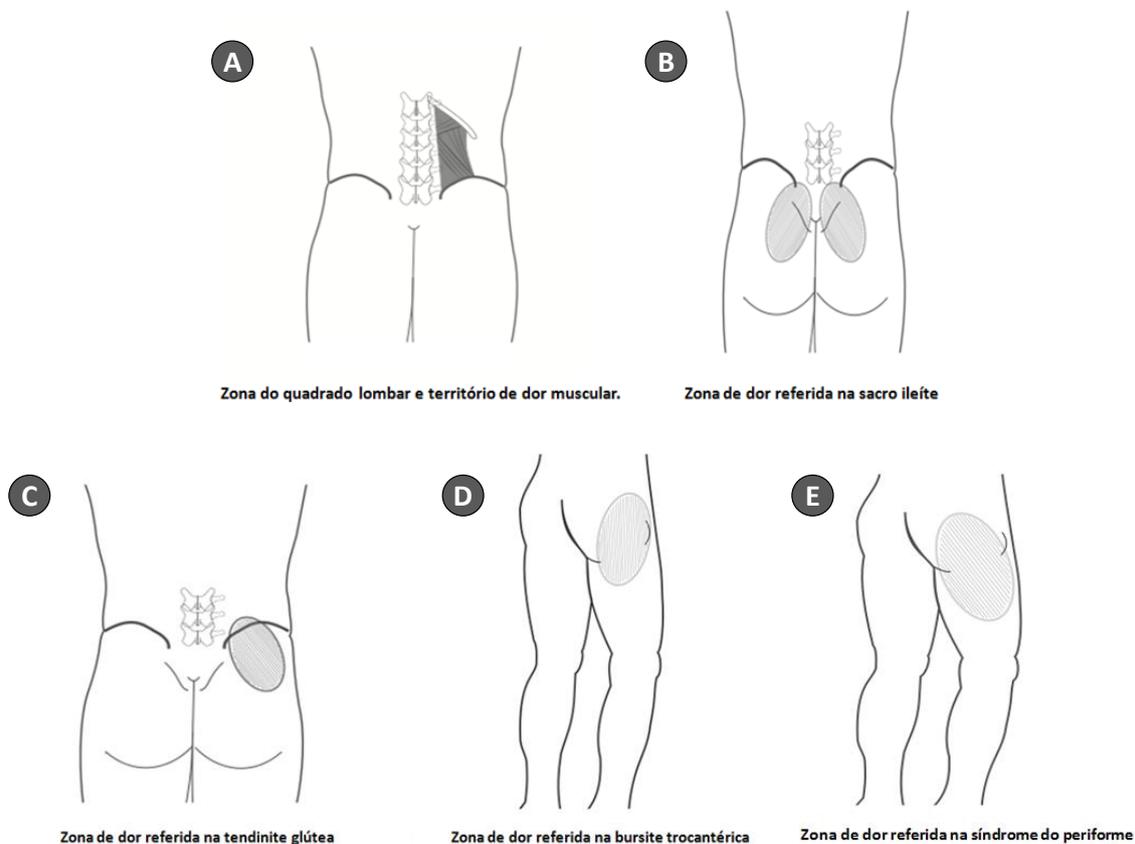
Ciatalgia Pseudo- Radicular

Como o próprio nome sugere ciatalgia pseudo-radicular ou “falsa ciática” se refere a todo quadro de dor referida no quadril e coxa, não relacionada a comprometimento do nervo ciático, plexo lombo-sacro ou raízes nervosas⁵.

Na prática médica há diversas outras causas deste padrão de dor, muito mais simples e freqüentes, tais como: bursite trocantérica, tendinites glúteas, outras miofaciais, músculo esqueléticas e ligamentares estão presentes e responsáveis pela distribuição da dor na região glútea, coxa e podendo estender-se até o joelho⁶. Doenças das articulações sacro ilíacas e quadris degenerativas ou reumáticas também provocam este padrão de dor. Neoplasias ósseas da pelve e dor fêmur podem provocar dor referida no membro inferior na evolução da doença. Portanto a ciatalgia pseudo-radicular é muito mais freqüente do que a provocada por envolvimento neural, ciatalgia típica.

As características da dor e a localização mais precisa a palpação dos pontos gatilhos, desencadeando a mesma dor experimentada pelo paciente facilitam o diagnóstico. A ausência de alterações ao exame físico neurológico de sensibilidade, força muscular, reflexos bem como ausência do sinal de Lasègue sustentam esta hipótese. Os exames subsidiários tais como: ecografia músculo esquelética, cintiografia óssea e RNM (coluna lombo sacra e pelve) podem ser úteis nos casos mais complexos. A Figura 3 (A, B, C, D e E) revela os principais pontos de dor pseudo-radicular, miofacial e ligamento muscular.

Figura 3. Principais pontos de dor pseudo-radicular, miofacial e ligamento muscular



Enquanto a cialgia verdadeira é classicamente uma dor radicular que segue um trajeto de dermatomo (L4, L5, S1), a pseudociatalgia diz respeito, por definição, a quadros álgicos de origem não-radicular que acometem a região lombar, nádegas e membros inferiores⁷. Neste cenário, a pseudociatalgia raramente causa desconforto abaixo da linha do joelho, o que é crucial na diferenciação com compressões radiculares.

Síndrome do piriforme ou piramidal

O músculo é responsável pela rotação externa da coxa. Várias estruturas passam através do forâmen infrapiriforme: nervo ciático, nervo glúteo inferior, nervo fêmuro-cutâneo posterior, nervo pudendo, veias e artérias glúteas. Potencialmente, quaisquer destas estruturas podem estar comprimidas na síndrome do piriforme, sendo a mais frequente o próprio nervo ciático.

O quadro não-complicado de síndrome do piriforme compreende uma dor mecânica de glúteo, particularmente frequente em corredores. A síndrome do piriforme pode ser responsável por até 5% das causas de lombossacralgia crônica recorrente. Se eventualmente uma lesão do piriforme comprimir o nervo ciático contíguo, podemos considerar o quadro como uma ciática

verdadeira atípica. Justificando, seria verdadeira porque os sintomas são de compressão neural; e atípica porque a compressão não se origina no saco dural, e sim a partir da região glútea. A síndrome do piriforme tem causas variadas, sendo mais frequentes as causas adquiridas, como traumas, contraturas, encurtamentos e hipertrofias musculares, hematomas, piomiosite e ganglions.

Devemos suspeitar de síndrome do piriforme complicada por compressão ciática em jovens com atividade física não-controlada, ou em sedentários que apresentam dor glútea com irradiação típica de dermatomo. O quadro é de difícil caracterização em exames de imagem.

A eletroneuromiografia pode ser útil na confirmação de quadro compressivo do ciático abaixo dos forâmens vertebrais. Além disso, o exame eletroneuromiográfico é útil para diferenciar a cialgia de origem glútea das neuropatias periféricas distais, comuns no paciente diabético ou com deficiência de vitamina B12. A síndrome do piriforme com compressão ciática embora rara, pode demandar tratamento cirúrgico, dada a severidade do quadro álgico e risco de dano motor.

Tratamento das pseudocialgias

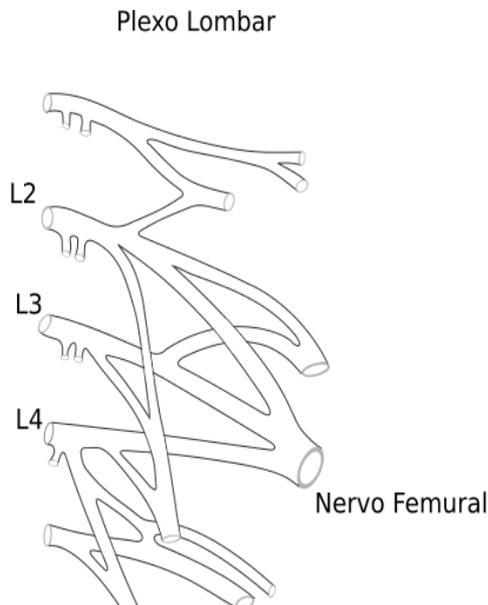
O tratamento das pseudocialgias é diverso, na exata proporção da pluralidade de suas causas. No caso das bursites trocântérica e isquiática, o tratamento se fundamenta em infiltração local com corticoide/anestésico, termoanalgesia e cinesioterapia de manutenção⁷. As dores glúteas miofasciais são altamente responsivas a agulhamentos locais. Nas circunstâncias citadas, antiinflamatórios não-esteróides podem ser utilizados, mas com a devida parcimônia em diabéticos, hipertensos e gastropatas⁸.

Os pacientes com artrose de coluna lombossacra, quadril e joelho devem ser tratados com analgésicos e fisioterapia (termoanalgesia na fase aguda, exercícios de fortalecimento muscular de manutenção). Há pouco nível de evidência para os fármacos ditos estabilizadores de cartilagem (glucosamina/condroitina), especialmente para artrose de quadril e coluna. Infiltrações locais com corticoide/anestésico ou viscosuplementação intraarticular podem ser opções efetivas na artrose de joelhos. Artroplastias de joelho e quadril estão indicadas em casos de dano mais severo⁹. Doenças axiais inflamatórias, como as espondiloartropatias, devem ser tratadas com antiinflamatórios, imunossupressores e fisioterapia. Por sua vez, o mieloma múltiplo demanda tratamento quimioterápico ou transplante de células-tronco, enquanto a doença metastática de bacia requer tratamento específico radio e/ou quimioterápico. Considerando-se suas diversas causas, as pseudocialgias são tratadas de maneira diferente das cialgias típicas, onde antiinflamatórios, fisioterapia ou cirurgia visam o restabelecimento da função radicular.

Cruralgia

O termo cruralgia é utilizado para dor irradiada pela a coxa até o joelho causada por nevralgia do crural (femural). Os fatores etiológicos são semelhantes aos anteriormente descritos no tópico ciatalgia típica, mas as raízes envolvidas são as de L1, L2 e L3 que formam o nervo femural. A distribuição da dor no território da coxa mais proximal, médio ou distal está relacionada ao metâmero envolvido. Ao exame neurológico o sinal de lassegue está ausente, mas o paciente apresenta alterações de déficit de sensibilidade e força dos flexores do quadril na dependência da raiz comprometida. Certo grau de paresia quadriciptal bem como hipo reflexia patelar podem estar presentes uma vez que a raiz de L3 contribui para inervação da coxa. Alterações tróficas musculares da coxa são facilmente percebidas na inspeção, bem como diminuição do tônus muscular a palpação da coxa. A Figura 4 mostra a união dos ramos anteriores das raízes de L1, L2, L3 e L4 formando o nervo femural. O tratamento cirúrgico está reservado para as situações que envolvam compressão das raízes ou do nervo femural.

Figura 4. Plexo lombar e a união das raízes de L1, L2 e L3 formando o nervo femural.



CONCLUSÃO

Gostaríamos de enfatizar a importância do conhecimento, por parte do clínico e do ortopedista, das diversas condições causadoras de pseudociatalgia. Boa parte delas, principalmente as de origem miofascial, mecânica e degenerativa, são comprovadamente mais prevalentes do que a ciatalgia verdadeira.

REFERÊNCIAS

1. Barros-Filho TEP, Basile R, Cristante AF, et al. Coluna toracolombar: síndromes dolorosas. In: Hebert S, Barros-Filho TEP, Xavier R, et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 4ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p.122-35.
2. Inman RD. The spondyarthropaties. In: Goldman L, Schafer AI. Goldman-Cecil Medicine. 25ª.ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p.1762-68.
3. Martins HS, Brandão RA, Velasco IT. Medicina de emergência - abordagem prática. 11ª.ed. Barueri: Manole; 2016.
4. Papadakis MA, Mcphee SJ. Current medical diagnosis and treatment. Nova Iorque: McGraw Hill; 2016.
5. Bennett RM. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and miofascial pain. In: Goldman L, Schafer AI. Goldman-Cecil Medicine. 25ª.ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p.1817-22.
6. Biundo JJ. Bursitis, tendinitis, and other periarticular disorders and sports medicine. In: Goldman L, Schafer AI. Goldman-Cecil Medicine. 25ª.ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p.1749-53.
7. Travell JG, Simons DG. Myofacial pain and dysfunction - the trigger point manual - the lower extremities. Baltimore: Williams and Wilkins, 1992.
8. Block JA, Scanzello C. Osteoarthritis. In: Goldman L, Schafer AI. Goldman-Cecil Medicine. 25ª.ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p.1744-48.
9. Weber TJ. Osteoporosis. In: Goldman L, Schafer AI. Goldman-Cecil Medicine. 25ª.ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p.1637-45.