

MANEJO DA HÉRNIA DE DISCO LOMBAR LUMBAR DISC HERNIATION MANAGEMENT

Erik Vecina¹, João Rozas Barrios²

A lombociatalgia é o principal sintoma na hérnia de disco lombar. Os primeiros textos clássicos de medicina já a mencionavam.

O melhor conhecimento dessa doença - principalmente a sua fisiopatologia - deu-se recentemente a partir do século passado.

O diagnóstico, inicialmente, era feito baseado na sintomatologia clínica. Com o surgimento dos exames subsidiários - mielografia, eletroneuromiografia, tomografia, mielotomografia e, mais recentemente, com a ressonância magnética - ele pode ser feito de uma forma mais precisa.

No início, o conhecimento dessa doença se fez através apenas dos dados clínicos. Decorreu um período sem nenhum arsenal subsidiário que pudesse ter auxiliado o esclarecimento da afecção. Assim, o desconhecimento permitiu que se criasse um conceito desfavorável aos tratamentos, com resultados não convincentes, surgindo o “estigma” de sua incurabilidade.

Atualmente pode-se afirmar que a hérnia discal lombar, em 95% dos casos, pode ser tratada sem a necessidade de uma intervenção cirúrgica. Estudos revelam ainda que 97% dos casos submetidos à cirurgia o são devido à dor e, quase sempre, indicados e solicitados pelo próprio paciente, e que desses 90% evoluem satisfatoriamente.

Há um esforço para modificar o péssimo conceito que revestia essa doença. Isto vem sendo possível pelo esclarecimento do que realmente acontece na hérnia de disco lombar. Assim esse estigma vem sendo afastado.

Sabe-se que a hérnia surge quando se dá o deslocamento do material que constitui o disco - o núcleo pulposo e/ou o anulus -, deslocamento esse que vai além do espaço intervertebral. É mais frequente entre as pessoas com idades entre 30 e 50 anos, e na proporção de duas masculinas para uma feminina.

No quadro clínico prevalece a ciatralgia unilateral com o território do dermatomo e miótomo definidos. A dor ocorre pela pressão mecânica exercida pelo material herniado, associado ao quadro inflamatório local.

Atualmente, para seu diagnóstico conta-se com a ressonância magnética pela sua maior sensibilidade e especificidade e, também, com a mielotomografia, tomografia e mielografia. Em casos especiais, por exemplo, na presença de um paciente portador de um marcapasso cardíaco, é contraindicada a ressonância magnética, e utilizam-se os exames invasivos contrastados.

Para o diagnóstico de certeza é fundamental observar a correlação clínico-imagem e a análise cuidadosa da imagem, pois ela apresenta aspectos diferentes em função da evolução e do estado em que se encontra o organismo na região estudada, como por exemplo, o seu envelhecimento. Esta observação deve estar presente, pois a literatura descreve, em trabalhos de pesquisa, a presença de hérnia do disco lombar em 30% de indivíduos normais submetidos à ressonância magnética e que nunca apresentaram sintomas de lombalgia ou lombociatalgia. É importante, portanto, correlacionar a queixa do paciente com os aspectos encontrados na imagem.

Com o diagnóstico e optando-se pelo tratamento não cirúrgico, ele deve ser tentado por seis a oito semanas. Esse tratamento não deve ser estendido por mais de um ano para se

evitem os efeitos do processo inflamatório crônico. A exceção a esta conduta existe quando se observa a progressão do déficit neurológico e a síndrome da cauda equina.

Quando se considera e se observa o conceito de medicina baseada em evidências, tratando-se conservadoramente a hérnia de disco lombar, não se tem ainda comprovado que o seu êxito seja devido aos medicamentos e à utilização da medicina física em suas múltiplas variáveis. A prática mostra que uso de analgésicos na dose certa e necessária para tal fim, associado aos anti-inflamatórios, auxilia realmente no controle da dor.

Em relação à terapia física através da fisioterapia, esta é usada para se obter um efeito analgésico inicialmente. Obtido este efeito, pode-se indicar o trabalho físico ativo.

A acupuntura, recentemente introduzida no arsenal terapêutico em nosso país, parece auxiliar no controle da dor e ajudar o paciente a ultrapassar a fase crítica inicial da dor.

O repouso prolongado não parece trazer benefício ao paciente, pois alterna a rotina e a condição psicológica do paciente, além de trazer um aumento do peso e hipotrofia muscular.

Em relação ao tratamento funcional da ciatralgia, usado como complemento no manejo da dor lombociática, ele apresenta bom resultado na melhora do quadro algico em 70% dos casos e a diminuição da intensidade da dor em 53%, quando se avalia e se considera pela escala visual analógica da dor (VAS). Esta ferramenta tem permitido, pelo controle da dor, reduzir a necessidade da cirurgia convencional.

Atualmente não se dispõe de nenhum elemento clínico ou um exame subsidiário que possa prever como será a evolução no quadro clínico do paciente em relação ao tratamento conservador ou de uma provável cirurgia.

Em relação ao tratamento cirúrgico da hérnia discal lombar - que ocorre em 5% dos casos -, as técnicas consideradas padrão são a discectomia e a microdiscectomia. Existem também outras técnicas que podem ser utilizadas, como a cirurgia endoscópica, a descompressão percutânea mecânica ou por radiofrequência, a fixação dinâmica, a artroplastia e a artrodese. Estas últimas empregadas no tratamento de quadros complexos, nos quais a hérnia discal é um dos componentes do problema.

Relembrando ainda o “estigma da doença”, no retrospecto sobre esse capítulo - hérnia discal lombar -, inegavelmente o melhor conhecimento de sua história natural, de sua fisiopatologia, de sua associação com outras patologias e o surgimento de muitos exames subsidiários, o aprendizado dos que se dedicaram ao seu estudo e os que hoje se interessam em sua solução, contando desde o século passado ao momento atual, chegou-se a uma maior compreensão do problema, e, embora ainda haja alguns casos com uma solução precária, há a prevalência de resultados positivos e a expectativa ainda de um maior sucesso da medicina nesse capítulo.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 13, n. 1, p. 29, 2011

1. Médico ortopedista. Cirurgia da Coluna

2. Médico ortopedista

Recebido em 7/2/2011. Aceito para publicação em 8/2/2011.

Contato: erikvecina@corts.com.br