



# 2021 GLOBAL YEAR ABOUT **BACK PAIN**



Tradução da Fact Sheet “Pathophysiological Assessment of Non-Specific Back Pain” da *International Association for the Study of Pain (IASP)* de 9 julho 2021 Teresa Rocha Homem, Francisco Vaz Pereira

## **Abordagem Fisiopatológica da Raquialgia Inespecífica**

### **LOMBALGIA PODE TER UMA PATOLOGIA SUBJACENTE BEM DEFINIDA**

Várias patologias bem definidas podem estar associadas a raquialgia, incluindo doenças autoimunes, infeções da coluna vertebral ou fraturas osteoporóticas. Estas patologias têm sinais e sintomas relativamente definidos e abordagens diagnósticas específicas, que idealmente, conduzem a um diagnóstico definitivo e a um tratamento dirigido.

### **A DOENÇA SUBJACENTE NÃO É CLARA EM 90% DOS DOENTES COM RAQUIALGIA**

No entanto, a raquialgia em pelo menos 90% dos doentes, não pode ser atribuída a nenhuma patologia específica [6]. Consequentemente, os diagnósticos são de natureza descritiva, por ex. “Lombalgia, não especificada” (ME.84.2Z no ICD-11). Em vários trabalhos de investigação, a descrição é igualmente vaga (por ex. “Lombalgia inespecífica”).

### **ESTA GRANDE CATEGORIA NÃO É PROVAVELMENTE UM GRUPO HOMOGÉNEO**

É muito pouco provável que esta grande categoria de doentes constitua um grupo uniforme, semelhante à doença autoimune, espondilite anquilosante. As questões importantes são conhecer os mecanismos fisiopatológicos que nesta categoria contribuem para a raquialgia e como identificá-los durante a avaliação individual dos doentes.

### **AVALIAÇÃO DE DOENTES PERMITE UMA AMPLA CATEGORIZAÇÃO FISIOPATOLÓGICA**

Atualmente, nem todos os mecanismos são conhecidos nem podem necessariamente ser avaliados em seres humanos. Contudo, neste momento as amplas categorias fisiopatológicas podem, pelo menos em parte, ser inferidas a partir da avaliação dos doentes.

Como em qualquer parte do corpo, a raquialgia pode ser atribuída a três categorias fisiopatológicas fundamentais: dor nociceptiva, neuropática e nociplástica [4], não sendo estas mutuamente exclusivas.

## **RESUMO DAS AVALIAÇÕES**

### **1) AVALIAÇÃO CLÍNICA DE ROTINA**

- Colheita de história clínica / realização de exame objectivo
- Desenhos de localização da dor

## 2) OPÇÕES ADICIONAIS - para melhor compreender a fisiopatologia (não exaustivos)

- Questionários
- Testes Laboratoriais
- Exames de imagem, incluindo a Ressonância Magnética (RM)
- Testes quantitativos sensoriais (TQS) [8]

### EXEMPLOS DE DOENTES

Consideremos três doentes: *Alex*, *Billy* e *Sam*. Eles têm idades entre os 45 e 55 anos, têm lombalgia há seis meses (ou seja, por definição têm dor crónica [10]) e realizaram recentemente uma

RM da coluna lombar (embora isto possa não estar de acordo com as recomendações [2,5]). Nos três doentes, a RM revela ligeira degeneração do disco e das facetas articulares de L3/L4 e L4/L5, sem compressão da raiz nervosa ou alterações Modic. O médico de família referencia os três doentes para a sua consulta para avaliação adicional. Como poderá descobrir a que categoria fisiopatológica pertence, predominantemente, a dor de cada doente?

#### ALEX

##### *História Clínica e Exame Objetivo*

*Alex* refere dor persistente tipo ardor na região lombar, que se estende para a região paravertebral e glútea num **padrão difuso**. Nega irradiação da dor para os membros inferiores ou agravamento da mesma com o movimento. No entanto, refere sentir algum **prurido** quando usa cintos ou calças apertadas.

##### *Exame Objectivo:*

- Sem défices motores ou sensitivos
- Redução da amplitude de movimento à flexão e extensão lombar
- Sem padrão mecânico claro de agravamento da dor com o movimento
- Sensibilidade local à palpação na linha média ao nível de L4/L5

##### *Avaliação Adicional*

Sem padrão mecânico claro, mas com ardor e prurido... dor neuropática?

Questionário de dor neuropática, por ex. “*Neuropathic Pain Symptom Inventory*” (NPSI) [1]. *Alex* tem uma pontuação de 63 pontos neste questionário.

- TQS: [costas] aumento do limiar de deteção de estímulo mecânico, redução do limiar de dor por pressão, alodinia mecânica e hiperalgesia. Sem alterações nos limiares da sensibilidade térmica em comparação com os dados de referência [7].
- TQS: [na mão] (área de controlo): todos os testes são normais [8].

##### *Evidencia de componente de dor neuropática*

Sinais clássicos de sensibilização central (alodinia mecânica e hiperalgesia numa zona secundária, por ex. a pele) e de lesão nervosas (aumento do limiar de deteção de

estímulo mecânico). No entanto, a dor neuropática não pode ser um diagnóstico definitivo porque não está confirmada uma lesão ou doença do sistema somatossensorial no Alex [3]. Além disso, os sinais e sintomas não podem ser atribuídos a um território nervoso ou dermatomo específico.

## **BILLY**

### *História Clínica e Exame Objetivo*

*Billy* refere dor episódica nas regiões paravertebral e glútea direita, agravadas pelo movimento e pelo ortostatismo prolongado, e aliviadas na posição sentada e ao caminhar. *Billy* nega dor em repouso, mas após atividade física intensa refere rigidez na manhã seguinte, durante 20-30min.

### *Exame Objectivo:*

- Sintomas provocados pela extensão e rotação da coluna lombar
- Sensibilidade local à palpação das facetas articulares de L4/L5 e musculatura adjacente

### *Avaliação Adicional*

Sintomas provocados por movimentos segmentares... dor nociceptiva?

Avaliação clínica detalhada, de acordo com *Vining et al* [11], para confirmar a impressão diagnóstica e identificar a causa mais provável de dor nociceptiva.

- Colheita de história e exame objetivo (3 ou mais: > 50 anos, alívio com a caminhada, alívio na posição sentada, início paravertebral, teste de extensão-rotação positivo [11]) apontam para as facetas articulares como fonte mais provável de dor.

### *Evidência de componente de dor nociceptiva*

Não é necessário mais investigação uma vez que *Billy* provavelmente sofre de dor nociceptiva. É possível que exista um componente inflamatório associado às alterações degenerativas, que resultam em alodinia associada ao movimento. No entanto, não há indícios de suspeita de inflamação sistêmica.

## **SAM**

### *História Clínica e Exame Objetivo*

*Sam* refere dor variável em intensidade e localização, por vezes estendendo-se à região glútea e região posterior da coxa direita ou esquerda. A dor agrava-se com o movimento, mas por vezes também sente dor em repouso, ocasionalmente desencadeando despertar noturno.

### *Exame Objetivo:*

- Sensibilidade difusa nas apófises espinhosas lombares e músculos paravertebrais.

- Movimento da coluna lombar é doloroso em todas as direções e a amplitude de movimento está um pouco limitada
- Sem sinal de déficit sensorial ou motor

#### *Avaliação Adicional*

Dor em repouso, que acorda o doente durante a noite... componente inflamatório?

- Avaliação analítica - marcadores inflamatórios negativos

Dor que irradia para o glúteo e pernas... componente de dor neuropática?

- O resultado do NPSI é de 48, ou seja, inconclusivo [9]
- TQS: [na região da dor] (coluna e membro inferior): diminuição do limiar de dor em todas as modalidades, aumento da sensibilidade à dor e limiares de ativação normais. Sem alodinia mecânica dinâmica [7,8]
- TQS: [mão]: padrão semelhante de hipersensibilidades, mas de menor dimensão [8]

#### *Evidência de componente de dor nociplástica*

Não há uma evidência clara de um componente inflamatório ou neuropático. Um potencial componente nociceptivo mantém-se pouco claro (devido a dor relacionada com o movimento), mas o exame, de acordo com *Vining et al* [11], não permite uma classificação clara. A hipersensibilidade generalizada (evidenciada na mão, além da coluna e membro inferior), a extensão espacial da dor aumentada e o seu caráter variável, apontam para uma dor nociplástica.

#### **CONCLUSÃO FINAL**

*Alex, Billy e Sam* representam exemplos relativamente claros de categorias fisiopatológicas de dor. Na realidade, a dor de um indivíduo poderá, evidentemente, surgir de uma combinação de diferentes fisiopatologias. Além disso, cada categoria deverá compreender diferentes mecanismos que são, por sua vez, produtos de diferentes sub-mecanismos. Atualmente, não é claro que a compreensão pormenorizada da fisiopatologia seja relevante para o tratamento; isto também dependerá do mecanismo-alvo do tratamento. Ainda assim, as contribuições dos diferentes mecanismos fisiopatológicos para a raquialgia “não específica” podem ser identificadas através de métodos de diagnóstico já existentes. O objetivo final será terminar com a utilização do termo diagnóstico de raquialgia “não específica” e, compreendendo melhor os mecanismos fisiopatológicos, desenvolver e promover um tratamento mais dirigido.