



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.