

LOMBALGIA – A IMPORTÂNCIA DE UM SINTOMA!

Ana Morais,* Anabela Barcelos**

Resumo

A lombalgia permanece uma razão *major* de ida ao Médico, sendo que em 56% das situações se recorre ao médico de Medicina Geral e Familiar.

Em mais de 85% dos doentes que se apresentam nos Cuidados de Saúde Primários a lombalgia não pode, com segurança, ser atribuída a nenhuma doença ou condição específica, mas numa minoria destes poderá ser provocada por etiologias graves, como cancro.

Os autores descrevem o caso clínico de uma mulher de 59 anos com quadro de lombalgia de evolução arrastada que revelou ser devido a um osteossarcoma de alto grau do íliaco.

Palavras-chave: Lombalgia; Osteossarcoma; Cuidados de Saúde Primários.

Abstract

Low back pain is one of the main reasons for doctor's appointment, and the motive of consultation of General Practitioners in 56% of cases.

More than 85% of the patients who present to primary care physicians have low back pain that cannot reliably be attributed to a specific cause. In a minority of cases low back pain can be caused by a specific disorder, such as cancer.

The authors describe a case of a 59-year-old woman with prolonged evolution low back pain which turned out to be a high grade osteossarcoma of the iliac bone.

Keywords: Low Back Pain; Osteossarcoma; Primary Care Medicine.

Introdução

A lombalgia é a queixa mais comum, após a constipação¹ sendo, por isso, motivo frequente de consultas médicas e de incapacidade laboral, com elevadas repercussões sócio-económicas. É motivo de consulta em 56% dos casos das consultas de Medicina Geral e Familiar² e num estudo realizado em Portugal verificou-se uma prevalência de 49%.³ Estima-se que até 80% de todos os adultos terão, pelo menos numa ocasião, lombalgia durante a sua vida.⁴

A lombalgia aguda ou «lumbago», caracteriza-se por dor lombar de início abrupto, geralmente após esforço, intensa e que se agrava com a mobilização. A persistência da lombalgia para além de 3 a 6 meses caracteriza a lombalgia crónica. As causas são variadas: lesão de músculos e ligamentos, artrose das articulações interapofisárias posteriores, hérnias discais com ou sem compressão de raízes nervosas, estenose do canal vertebral e anomalias da charneira lombossagrada.

A abordagem diagnóstica enfrenta enormes dificuldades derivadas da complexidade anatómica e funcional das estruturas que compõem o sistema músculo-esquelético axial. Na esmagadora maioria dos casos (cerca de 90%) é encontrada uma razão mecânica para a lombalgia, denominando-se de **lombalgia comum**. Esta ocorre em mais de 85% dos doentes que se apresentam nos Cuidados de Saúde Primários.⁵ Nos restantes 10%, a lombalgia surge como manifestação de uma doença sistémica não esclarecida, constituindo a maior indicação para investigação (cancro, infecção, doença inflamatória, doença óssea metabólica, etc).⁶ Geralmente estes quadros fazem-se acompanhar de sinais de alarme (Tabela I) que são identificados durante a história clínica e/ou exame objectivo minucioso.

O atraso no diagnóstico deste tipo de lombalgia – **lombalgia específica** pode colocar a integridade física e mesmo a vida do doente em risco.

Os autores descrevem este caso clínico para chamar a atenção da importância da história clínica e

*Centro de Saúde de Aveiro

**Serviço de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

Tabela I. Sinais de Alarme a considerar perante um doente com lombalgia

| | |
|-------------------------|--|
| Sinais de Alarme | Dor nocturna |
| | Dor bem localizada |
| | Rigidez matinal prolongada |
| | Manifestações viscerais |
| | Manifestações neurológicas |
| | Manifestações sistémicas (febre, emagrecimento) |

exame físico minucioso em doentes com queixas de lombalgia. A caracterização do ritmo da lombalgia assim como a presença ou não de sinais de alarme são de extrema importância para o diagnóstico precoce condicionando o tempo oportuno para a intervenção terapêutica e consequentemente o prognóstico.

Caso Clínico

Doente do sexo feminino de 59 anos de idade, raça caucasiana, cozinheira, enviada à consulta de Reumatologia por lombalgia crónica. Referia dor lombar de ritmo mecânico há vários anos e desde 2005 lombociatalgia à esquerda por vezes incapacitante. Por agravamento do quadro clínico foi observada pelo médico de família tendo sido solicitado Radiografia (Rx) da coluna lombar que evidenciou alterações degenerativas sendo posteriormente encaminhada para consulta de Ortopedia (2006) onde foi solicitada Tomografia Axial Computorizada (TAC) da coluna lombo-sagrada. Esta revelou *escoliose dextro-convexa, sinais incipientes de artrose inter-apofisária, discreto abaulamento posterior difuso do disco intervertebral em L3-L4 e em L4-L5, admitindo-se discreta lateralização esquerda; proclividade disco-osteofitária posterior em L5-S1, com diminuição degenerativa do canal de conjugação esquerdo.*

Foi medicada com anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) e analgésicos com melhoria parcial, mantendo sempre a actividade laboral. Alguns meses depois (em 2007) as queixas assumem um ritmo inflamatório, com irradiação ocasional para a região inguinal esquerda ou coxa homolateral, condicionando, por vezes, despertares nocturnos por dor. Por manutenção das queixas sob AINEs, analgésicos e relaxantes musculares, a doente é me-

dicada com corticóides «depot», sem qualquer benefício. Por agravamento clínico progressivo e refractário a todas as terapêuticas instituídas, é enviada à consulta de Reumatologia. Negava queixas sistémicas como astenia, anorexia, febre ou perda de peso. Dos antecedentes pessoais e patológicos salientava-se menopausa cirúrgica aos 47 anos por miomas uterinos, ausência de hábitos tabágicos ou alcoólicos, hipertensão arterial medicada com um Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) associado a um diurético tiazídico, apendicectomia e nefrectomia esquerda em 1977 (desconhecia o motivo).

No exame objectivo verificou-se escoliose dorso-lombar, diminuição da força muscular no membro inferior esquerdo, dor e limitação à mobilização da articulação coxofemoral esquerda e marcha dificultada pela dor. Sem sinal de Lasègue. A doente realizou de imediato Rx da bacia AP onde se pôde observar aspecto «esfumado» do íliaco e ramo ísquio-púbico esquerdo e destacamento ósseo da região antero-superior da asa íliaca do mesmo lado (Figura 1). Foram colocadas as hipóteses diagnósticas de doença óssea de Paget e neoplasia óssea primária ou metastática. Solicitaram-se vários exames complementares de diagnóstico para esclarecimento do quadro. Destacam-se os resultados relevantes: VS 84 mm/h, PCR 3.99 mg/dL, Hidroxiprolinúria das 24h de 63 mg/dL (normal); Ca 15,3, CEA, Ca 125 e Ca 19,9 normais; Cintigrafia óssea com aumento intenso da vascularização na região do íliaco esquerdo (Figura 2); Mamografia e TAC tóraco-abdómino-pélvica sem alterações de relevo; TAC da bacia com extensa lesão de tecidos moles e alterações ósseas da hemibacia esquerda (Figuras 3); Ressonância Magnética Nuclear (RMN) da bacia evidenciando volumosa massa tumoral da hemibacia esquerda (Figura 4).

Foi contactada a Unidade de Tumores do Serviço de Ortopedia dos Hospitais da Universidade de Coimbra para onde a doente foi transferida para realização de biopsia óssea que revelou **sarcoma fusocelular de alto grau, do íliaco esquerdo, cujas características histomorfológicas e imagiológicas se enquadram num osteossarcoma.** Pouco tempo depois a doente iniciou quimioterapia (QT), vindo a falecer quatro meses após o diagnóstico.

Discussão

O osteossarcoma é um tumor primário maligno



Figura 1. Rx AP da bacia mostrando aspecto «esfumado» do íliaco e ramo isquio-púbico esquerdo e destacamento ósseo da região antero-superior da asa ilíaca do mesmo lado.

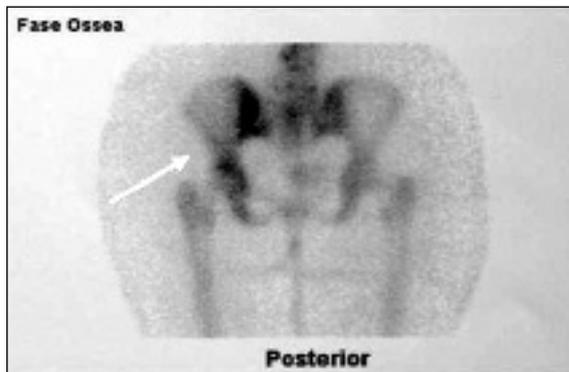


Figura 2. Na cintigrafia óssea há aumento intenso da vascularização na região do íliaco esquerdo; no estudo tardio, observa-se aumento difuso da fixação do rádio-fármaco em todo o íliaco esquerdo.

do esqueleto, também designado por sarcoma osteogénico, caracterizado pela formação de osso imaturo ou tecido osteóide. Os osteossarcomas primários de alto grau representam 90% de todos os casos de osteossarcoma. Raramente, o osteossarcoma pode aparecer em tecidos moles.⁷ É o segundo tumor maligno primário do osso mais frequente e a sua incidência é de aproximadamente 3 casos/milhão por ano, representando 0,2% de todos os tumores malignos.⁷ Localiza-se com maior frequência na metáfise do fémur distal, tibia proximal e úmero proximal, embora possa aparecer em qualquer osso.⁸ Atinge principalmente adolescentes e adultos jovens (10 e 25 anos), tendo um segundo pico por volta dos 60 anos em condições predisponentes, como Doença de Paget, osteogénese *imperfecta*, osteomielite crónica, enfarte ósseo e radiação prévia.⁹ A localização pélvica e o longo tempo de evolução da lombalgia são concor-

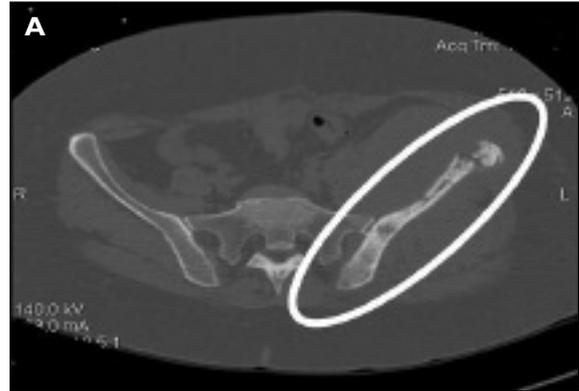


Figura 3. A. TAC da bacia (janela óssea) revela extensas alterações das densidade e mineralização ósseas de toda a hemibacia esquerda (osso íliaco, ísquion e púbis), com áreas líticas alternando com áreas osteocondensantes, fragmentação da vertente anterior e superior da asa ilíaca e reação peri-osteal difusa da asa do íliaco de aspecto «esfumado». **B.** Em janela de tecidos moles a TAC da bacia mostra extensa lesão de tecidos moles relativamente homogênea, quer da vertente anterior, quer posterior do íliaco e que se estende sensivelmente desde o plano superior da asa do íliaco até aos músculos obturadores homolaterais na fossa isquio-rectal; massa exhibe captação do produto de contraste e apresenta contornos relativamente bem definidos, sem plano de clivagem; adenomegalias na cadeia ilíaca interna homolateral.

dantes com uma Doença de Paget complicada com um osteossarcoma de alto grau, no entanto não existem dados na história progressiva ou familiar que confirmem esta hipótese.

O osteossarcoma é um tumor agressivo, de crescimento rápido e que metastiza precocemente. Metástases estão presentes em cerca de 10 a 20% dos pacientes à data do diagnóstico, sendo que 85% delas se localizam nos pulmões, constituindo-se o osso como o segundo local preferencial.⁹



Figura 4. RMN da bacia com volumosa massa tumoral da hemibacia esquerda centrada à região do osso ilíaco onde adquire maiores dimensões infiltrando posteriormente os músculos pequeno e médio nadegueiros e na escavação pélvica os planos profundos do músculo psoas-ilíaco.

Ao diagnóstico os pacientes apresentam-se com dor, no início intermitente e de leve intensidade, tornando-se contínua e intensa.⁹ A segunda queixa mais frequente é a tumefacção local, relacionada com a massa de tecidos moles e, embora 90% dos osteossarcomas apresentem extensão para os tecidos moles, poucos são os doentes que se queixam de edema. Os sintomas sistémicos como perda de peso, palidez, febre e anorexia são muito incomuns.⁷ O diagnóstico é histológico, após realização de biopsia. O Rx simples permite colocar em evidência a presença de áreas onde coexistem lesões escleróticas e líticas; a TAC, a RMN e a Cintigrafia óssea são importantes na avaliação da extensão tumoral.

Esta patologia pode fazer diagnóstico diferencial com a Doença de Paget, Histiocitoma fibroso maligno, o Fibrossarcoma, o Tumor de Células Gigantes e o Linfoma.

Relativamente ao Histiocitoma e ao Fibrossarcoma, a histologia permite distinguir entre estas três entidades. A Doença de Paget cursa com alterações radiológicas que se poderão confundir com o osteossarcoma; no entanto, o atingimento da cortical do osso e a extensão para os tecidos moles é sugestivo de malignidade. Os Tumores de Células Gigantes respondem favoravelmente à corticoterapia. Os Linfomas pélvicos não são frequentes e acompanham-se de adenopatias em várias localizações, particularmente nas cadeias próximas

da massa principal.

Os osteossarcomas podem ser de baixo – I ou alto – II grau, com extensão intraóssea – A ou extraóssea – B. A presença de metástases estadia qualquer tumor em III.⁷ Neste caso clínico o osteossarcoma encontrava-se em estágio IIB.

O tratamento do osteossarcoma de alto grau depende de ser uma lesão localizada ou metastizada. Os programas actuais são multimodais, combinando Cirurgia com QT pré e pós-operatória.⁷ Esta combinação mudou drasticamente a evolução da doença. A sobrevivência após 5 anos é actualmente de 50 a 60%. Com o tratamento cirúrgico, apenas 10 a 20% dos doentes sobreviviam após 5 anos.¹⁰ A ressecção cirúrgica completa é crucial para a cura.⁷ A lesão nesta doente apresentava localização axial (ilíaco), limitando a ressecção cirúrgica e permitindo apenas a realização de QT.

Os factores prognósticos mais importantes são a existência de metástases na altura do diagnóstico, localização anatómica (extremidades ou axial), resposta histológica à QT pré-operatória e os níveis séricos da fosfatase alcalina e da lactato desidrogenase.⁷ A idade também é um factor prognóstico. A maioria dos trabalhos de revisão sobre o tratamento do osteossarcoma aponta para um pior prognóstico, quando diagnosticados em idades abaixo dos 10 anos, assim como após os 40 anos o que provavelmente está relacionado com a incapacidade de tolerar a QT em altas doses e a biologia tumoral ser mais agressiva nesta idade.⁹

Neste caso, a doente apresentava dois factores de mau prognóstico: a idade superior a 40 anos e a localização axial que impediu a ressecção cirúrgica completa, condicionando um prognóstico desfavorável.

Agradecimento

As autoras agradecem a colaboração do colega Dr. Pedro Madaleno, à data da realização interno da Especialidade de Radiologia, na selecção e interpretação das imagens radiológicas.

Correspondência para

Ana Morais
Trav. Cmdt. Rocha e Cunha, 1 J
3800-136 Aveiro
E-mail: assm@portugalmail.com

Referências

1. Kelsey JL, White AA III. Epidemiology and impact of low back pain. *Spine* 1980; 5:133-142
2. Hart LG, Deyo RA, Cherkin DC. Physician Office visits

- for low back pain. Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine* 1995;20:11-19
3. Ponte C. Lombalgia em cuidados de saúde primários. *Rev Port Clin Geral* 2005;21:259-267
 4. Deyo RA. Low Back Pain. *Sci Am* 1998;Aug;28-33
 5. Chou R, Qaseem A, Snow V et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478-491.
 6. Hadler NM. Regional back pain. *N Eng J Med* 1986;315:1090-1092
 7. Picci P. Osteosarcoma (osteogenic sarcoma). *OJRD* 2007;2:6
 8. Wittig JC, Bickels J, Priebe D et al. Osteosarcoma: a Multidisciplinary Approach to Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician* 2002;65:1123-1132
 9. Bastos TMM, Serafini AO, Barrios CHE, Velasco PA. Osteossarcoma: tratamento e fatores prognósticos. *Rev Bras Ortop* 1999;34:59-62
 10. Enneking WF, Spanier SS, Goodman MA. Current concepts review: The surgical staging of musculoskeletal sarcoma. *J Bone Joint Surg Am* 1980;62:1027-1030.

International Workshop on the Molecular Pharmacology and Therapeutics of Bone Disease

**Oxford, Reino Unido
6-8 de Julho de 2009**

International Symposium on Paget's Disease

**Oxford, Reino Unido
8-9 de Julho de 2009**

3rd Latin American Congress on Autoimmunity

**Buenos Aires, Argentina
30 de Julho a 1 de Agosto de 2009**