



ESPONDILOARTROSE

- ARTROSE DA COLUNA VERTEBRAL (ESPONDILOARTROSE): DEGENERAÇÃO DAS ARTICULAÇÕES DA COLUNA, PRINCIPALMENTE DAS FACETAS ARTICULARES E DISCOS INTERVERTEBRAIS.
- O PREFIXO “ESPONDILO-” REFERE-SE À COLUNA VERTEBRAL.
- DOR LOMBAR: UMA DAS PRINCIPAIS QUEIXAS EM CONSULTAS MÉDICAS E CAUSAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

EPIDEMIOLOGIA

A DOR LOMBAR É RESPONSÁVEL POR 16% DOS AFASTAMENTOS POR AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIOS NO BRASIL. ESTIMA-SE QUE 100% DAS PESSOAS COM MAIS DE 50 ANOS APRESENTEM ALGUM GRAU DE DEGENERAÇÃO DISCAL/ARTROSE VERTEBRAL, MESMO QUE ASSINTOMÁTICOS. A ESPONDILOARTROSE TORNA-SE MAIS COMUM COM O ENVELHECIMENTO DEVIDO À DEGENERAÇÃO NATURAL DOS DISCOS INTERVERTEBRAIS E ARTICULAÇÕES FACETÁRIAS.

FISIOPATOLOGIA

O DISCO INTERVERTEBRAL É COMPOSTO POR:

- ANEL FIBROSO: ESTRUTURA PERIFÉRICA RESISTENTE.

- NÚCLEO PULPOSO: CONTEÚDO GELATINOSO COM FUNÇÃO DE AMORTECIMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE CARGAS.
- MECANISMO DE "BOMBA D'ÁGUA": O MOVIMENTO DIÁRIO PROMOVE A NUTRIÇÃO DO DISCO POR DIFUSÃO.

COM O ENVELHECIMENTO, OCORRE:

- PERDA DA ELASTICIDADE.
- ALTERAÇÕES BIOMECÂNICAS → PERDA DE ESTABILIDADE, FUNÇÃO E MOBILIDADE.

QUADRO CLÍNICO

DOR MECÂNICA: INÍCIO SÚBITO APÓS ESFORÇO (EX: ERGUER PESO); MELHORA COM O REPOUSO, PIORA COM A MOVIMENTAÇÃO; DIFICULDADE PARA VOLTAR À POSIÇÃO ERETA APÓS INCLINAR-SE PARA FRENTE (RIGIDEZ PROTOCINÉTICA); POSSÍVEL IRRADIAÇÃO: EM QUEIMAÇÃO/FORMIGAMENTO PARA O MEMBRO INFERIOR → COMPRESSÃO DE RAÍZES NERVOSAS (DOR NEUROPÁTICA); SE FOR BILATERAL E ASSOCIADA A PARESIA E PARESTESIA → SUSPEITA DE SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR.

- CLAUDICAÇÃO NEUROGÊNICA → COMPRESSÃO DAS RAÍZES NERVOSAS DA CAUDA EQUINA, GERALMENTE CAUSADO POR ESTENOSE DO CANAL VERTEBRAL LOMBAR; MELHORA RAPIDAMENTE AO SE SENTAR OU AO INCLINAR O TRONCO PARA FRENTE, POIS ISSO AUMENTA O ESPAÇO NO CANAL VERTEBRAL E ALIVIA A PRESSÃO SOBRE OS NERVOS.

SÍNDROME FACETÁRIA: DOR LOMBAR LOCALIZADA NAS ARTICULAÇÕES INTERFACETÁRIAS.

- DIAGNÓSTICO CLÍNICO, PODE SER CONFIRMADO POR INFILTRAÇÃO ANESTÉSICA.

ESPONDILOLISTESE: DESLIZAMENTO DE UMA VÉRTEBRA SOBRE A OUTRA, PODENDO CAUSAR DOR E INSTABILIDADE.

EXAME FÍSICO

-
- INSPEÇÃO ESTÁTICA E DINÂMICA: AVALIAR POSTURA E PRESENÇA DE ESCOLIOSE.
 - TESTES ESPECIAIS:
 - LASEGUE: DOR IRRADIADA COM ELEVAÇÃO DA PERNA (30–60°).
 - BRAGARD: LASEGUE + DORSIFLEXÃO DO PÉ.
 - CÉCIN: LASEGUE COM ROTAÇÃO INTERNA.
 - FORÇA E REFLEXOS:
 - AVALIAÇÃO DE REFLEXOS PROFUNDOS (EX: REFLEXO AQUILEU COMPROMETIDO INDICA POSSÍVEL LESÃO DE S1).
 - FORÇA MUSCULAR:
 - ELEVAÇÃO DO HÁLUX → RAIZ L5.
 - FLEXÃO DOS DEDOS DO PÉ → RAIZ S1.
 - TESTE DA DOR CERVICAL: DOR AO APROXIMAR OMBRO DA ORELHA → SE A DOR FOR NO LADO DA INCLINAÇÃO, É COMPRESSÃO RADICULAR; SE FOR NO LADO OPOSTO, É DISTENSÃO MUSCULAR.

ACHADOS DE IMAGEM

- RADIOGRAFIA: REDUÇÃO DO ESPAÇO DISCAL, PRESENÇA DE OSTEÓFITOS, ESCLEROSE SUBCONDRAI.
- IMPORTANTE: ACHADOS NÃO SÃO DIAGNÓSTICOS, O QUADRO CLÍNICO PREVALECE.
- RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM): INDICADA APENAS QUANDO HÁ SUSPEITA DE COMPRESSÃO NEUROLÓGICA SIGNIFICATIVA.

TRATAMENTO

- FASE AGUDA:
 - REPOUSO RELATIVO.
 - ANALGÉSICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS.

- CORTICÓIDES EM CASOS SELECIONADOS.
- GABAPENTINA OU PREGABALINA (USO OBRIGATÓRIO EM DOR NEUROPÁTICA POR COMPRESSÃO RADICULAR).
- SE NÃO HOUVER MELHORA:
 - INFILTRAÇÕES (BLOQUEIOS ANESTÉSICOS/GLICOCORTICÓIDES).
 - CIRURGIA EM CASOS REFRACTÁRIOS OU COM SINAIS DE COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO GRAVE.
- APÓS A FASE AGUDA:
 - FISIOTERAPIA: FOCO EM REABILITAÇÃO, POSTURA E FORTALECIMENTO DA MUSCULATURA ABDOMINAL.
 - COLETE DINÂMICO DE ESTABILIZAÇÃO LOMBAR (USO TEMPORÁRIO).

REFERÊNCIAS

1. JAMESON, J. LARRY ET AL. **HARRISON: PRINCÍPIOS DE MEDICINA INTERNA**. 21. ED. RIO DE JANEIRO: MCGRAW-HILL, 2022. 2 V.
2. GOLDMAN, LEE; SHAFFER, ANDREW I. CECIL: **TRATADO DE MEDICINA INTERNA**. 26. ED. RIO DE JANEIRO: ELSEVIER, 2021. 2 V.