LUMBOCIATALGIA POR HERNIA DE DISCO L^5-S^1

Relato de um caso em menina de 12 anos. "Teen age lumbar disk sindrome".

LÉO MÁRIO MABILDE (*)

1. Introdução

A dor lombar com ou sem ciática é no adulto causa freqüente de queixas e de incapacidade. Na criança e no adolescente ela é, no entanto, raramente encontrada. Quando clìnicamente diagnosticada, a radiografia quase sempre confirma tuberculose, neoplasia ou epifisite. A possibilidade que a dor lumbociatálgica possa ser ocasionada por uma protusão discal não tem sido reconhecida por todos os autores. Segundo Key, entre mais de 100 publicações sôbre o verdadeiro síndrome discal lombo sacro, apenas uma, a publicação de Wahren, foi descrita em uma menina de 12 anos de idade. Na realidade, reconhecem os autores que o verdadeiro síndrome discal lombo sacro é raro em crianças e adolescentes.

2. Histórico

V.L.J. menina adolescente de 12 anos de idade, de côr branca e de aspecto franzino relata que há dois meses iniciaram-se os seus padecimentos lombares. Tudo começou quando, com outras amiguinhas, brincavam de "carniça", divertimento infantil que consiste em pular uma sôbre a outra, apoiando-se com as mãos sôbre as costas. Duas ao mesmo tempo caíram sôbre ela. Na ocasião sentiu dores, sem maior intensidade. Nos dias que se seguiram as dores começaram a aumentar, agora com certa irradiação para a raiz da coxa esquerda.

Preocupados os pais, levaram-na a consulta de especialista que, após examiná-la, solicitou exame radiológico da coluna lombo sacra mantendo-a em observação. Informados os pais de que as radiografias simples haviam sido negativas, foram-lhe receitadas aplicações, massagens e exercícios de bicicleta em gabinete de fisioterapeuta. Não havendo obtido melhoras após 15 sessões de fisioterapia e sem haver deixado de freqüentar o colégio apesar das dores, seus pais levaram-na ao nosso consultório a fim de ser examinada.

3. Exame físico

A pequena paciente entrou caminhando de maneira característica: passos lentos com sinais evidentes de sofrimento. A coxa e o joelho esquerdos estão em semi-flexão com certo grau de equinismo do pé. A mão apoiada na região lombar. A posição ereta é difícil com nítida escoliose antálgica e lombar de inclinação para o lado são. Escoliose convexo-dolorosa. A lordose lombar está desaparecida com grande contratura muscular para vertebral. A mobilidade ativa está muito limitada, a flexão não passa de 25 graus. Os movimentos passivos de lateralidade assim como de torção do tronco estão pràticamente bloqueados pela dor. A pressão digital das espinhosas desperta dores mais intensas em L^4-L^5 e S^1. A posição sentada alivia a dor parcialmente, reduzindo consideràvelmente a escoliose antálgica.

Em decúbito supino, os membros inferiores estendem-se completamente. A prova de compressão da jugular (sinal de Naffziger) é intensamente positiva assim como o sinal de Degerine (aumento da dor ao tossir).

O teste de elevação da perna esticada no lado esquerdo, é intensamente positivo ao erguer-se passivamente a perna 10 cm do plano do leito. O sinal de Lasègue também como o anterior é inten-

(*) Livre Docente de Ortopedia e Traumatologia. Professor Adjunto da F.M.P.A., U.F.R.G.S.

samente positivo no lado esquerdo. A manobra de pesquisa do Lasègue no lado oposto, (sinal de Fajersztayn) provoca dores no lado doente.

A mobilidade passiva dos membros inferiores não está modificada em sua amplitude de movimento com especial referência ao quadril.

O reflexo rotuliano está presente em ambos os joelhos. O reflexo aquiliano está presente no lado direito e completamente abolido no lado esquerdo.

Com o diagnóstico clínico de lumbociatalgia por hérnia de disco com sofrimento radicular, foi a paciente internada em nosso serviço na Santa Casa de Misericórdia para exames complementares e tratamento.

4. Exames complementares:

4.1 Exame neurológico (Dr. Dahne)

Hipotonia muscular em todo o membro inferior esquerdo. Atrofia muscular presente mais pronunciada na coxa e panturilha. A zona de irradiação da dor não segue o dermatoma da 1.ª raiz sacra (região postero lateral da perna e 4.º e 5.º pododádilos) pois é mais acentuada até a raiz da coxa na sua região posterolateral. A pesquisa dos reflexos rotulianos é positiva em ambos os lados. A pesquisa do reflexo aquiliano é positiva no lado direito e totalmente negativa no lado esquerdo. O exame foi um tanto prejudicado pelas intensas dores manifestadas pela paciente durante a execução do mesmo. Como conclusão, podemos afirmar tratar-se de uma lumbociatalgia esquerda por compressão radicular na altura do espaço L^5-S^1 (1.ª raiz sacra) por provável hérnia de disco.

4.2 Exame radiológico da coluna lombo sacra

Retificação da lordose lombar. Diminuição do espaço L^5-S^1. Os demais espaços lombares estão conservados. Retrolistese de 1.º grau de L^5 sôbre S^1. Nas demais incidências nada foi constatado de anormal. A radiografia de bacia assim como da coxo femural esquerda não revelaram alterações estruturais.

4.3 Radículografia (Dr. Raupp)

Radiografia contrastada realizada com esmero e técnica perfeita revelaram clichês magníficos de uma protusão discal póstero-lateral L^5-S^1. Ausência de outras alterações patológicas.

4.4 Exames laboratoriais:

A colheita de sangue para hemograma, hemossedimentação, tempo de sangria e coagulação assim como da urina não revelaram, ao serem examinados, alterações dos padrões normais.

5. Diagnóstico

Clínico, neurológico e radículografico de lumbociatalgia esquerda por hérnia de disco L^5-S^1. Em face da persistência dos sintomas dolorosos e sinais clínicos apesar do tratamento conservador realizado no espaço de tempo de quase dois meses, foi indicado o tratamento cirúrgico.

6. Ato Cirúrgico (Dr. Dahne)

Anestesia geral. Decúbito prono. Técnica habitual. Hemilaminectomia parcial. Remoção do ligamento amarelo. Abertura do saco herniário com saída espontânea do núcleo pulposo semi-líquido. Toilete. Raiz completamente liberada. Fechamento por planos.

7. Evolução

O trans e posoperatórios transcorreram sem anormalidades. Ao acordar, a paciente revelava que a dor havia passado. No terceiro dia sentava na cama e no quarto ficava de pé, dando os primeiros passos pelo quarto. Recuperou-se ràpidamente. As dores desapareceram. O exame neurológico repetido foi completamente negativo. Após uma semana recebeu alta caminhando e totalmente asintomática.

8. Comentários

A sintomatologia dolorosa na criança e no adolescente não diferem daquela

do adulto portador de um síndrome lombar discal. Todos os sinais semiológicos pesquisados foram intensamente positivos e em nada diferentes do adulto.

A radiografia simples negativa e a significativa compressão radicular individualizada pela radículografia identificaram perfeitamente a hérnia discal causadora.

A extirpação operatória da hérnia seguida da total regressão de todos os sintomas e sinais que culminaram na cura da paciente nos traz um grande ensinamento: é necessário pensar também na hérnia de disco na menina adolescente quando paciente de dores lombares com ou sem ciática.

Êste fato justifica plenamente a publicação do presente caso.

9. Resumo

O autor relata um caso de lumbociatalgia por protusão discal L^5-S^1 em paciente do sexo feminino e com 12 anos de idade. Sua sintomatologia e achados clínicos foram exatamente iguais àqueles encontrados no adulto. O diagnóstico clínico foi confirmado pela radículografia e pelo achado operatório. A revisão bibliográfica realizada confirmou a raridade do caso e justificou a sua publicação.

10. Revisão bibliográfica

Key, J. Albert — "Intervertebral disc lesions in children and adolescents". Journal of Bone and Joint Surgery Vol. 32 A. January 1950.

Wahren, Herman — "Herniated nucleus pulposus in a child of twelve years . Acta Ortho. Scandina. 16: 40-42, 1945.

Weiss, Sanford R. and Raskind Robert — "The teen age lumbar disk syndrome". International Surgery Vol. 49: 528-533 June 1968.

FIG. 1
Radiografia simples da bacia. Estruturas ósteo-articulares normais.

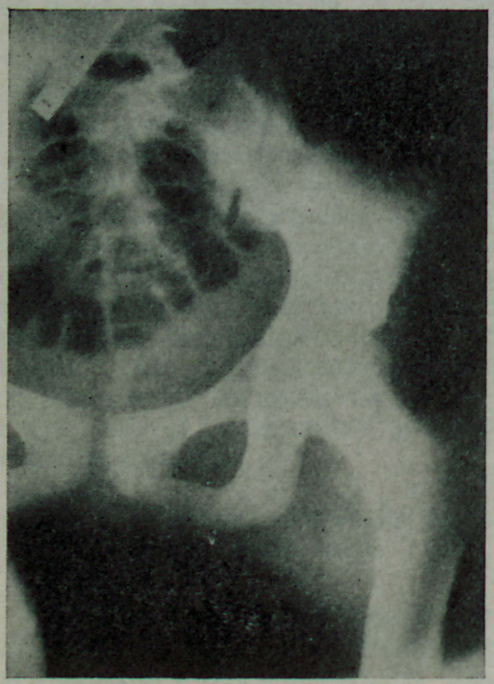

FIG. 2
Radiografia da coxo femural esquerda. Estruturas normais.

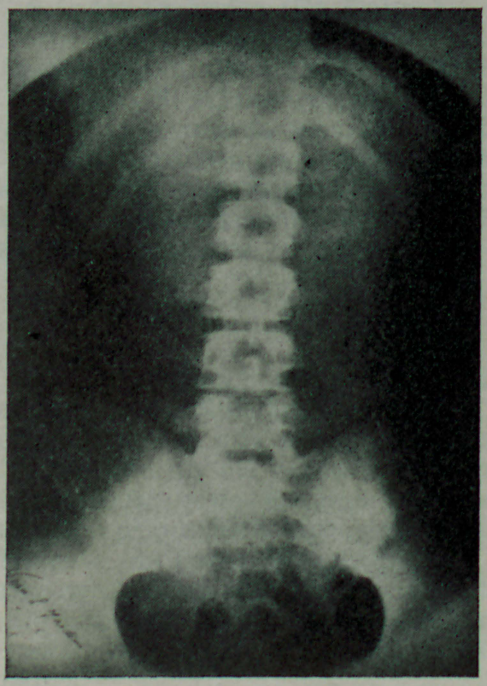

FIG. 3
Radiografia da coluna lombo sacra. Incidência de face. Decúbito supino.

FIG. 4
Radiografia da coluna lombo sacra. Posição deitada. Incidência de perfil. Retificação da lordose lombar.

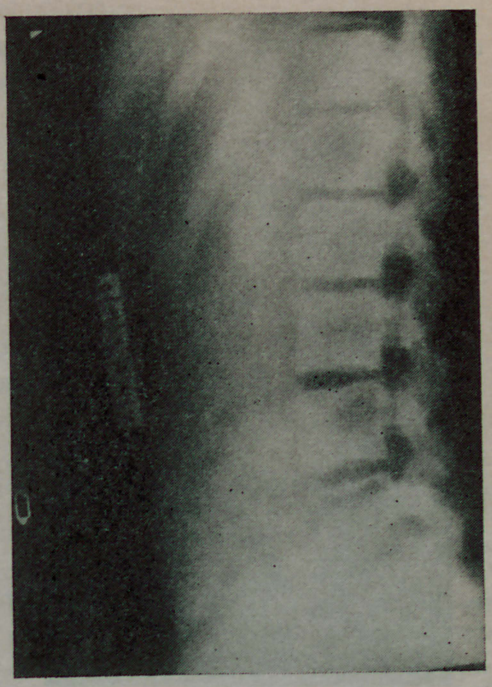

FIG. 5
Radiografia da lombo sacra. Incidência de perfil. Retrolistese de L^5.

FIG. 6
Radiografia da lombo sacra. Incidência de perfil. Foco sôbre retrolistese de L^5.

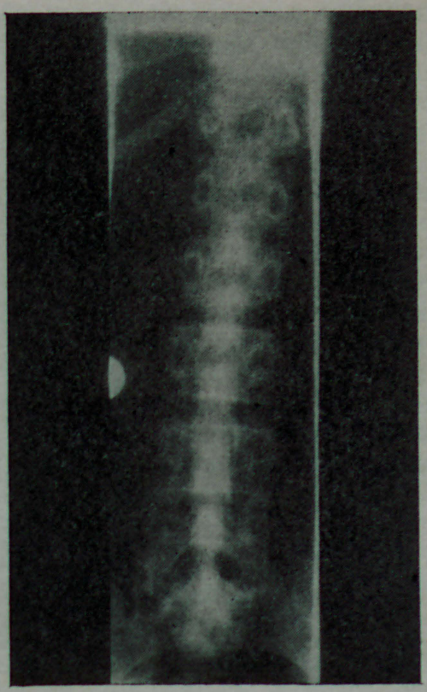

FIG. 7
Radículografia. Incidência de face.

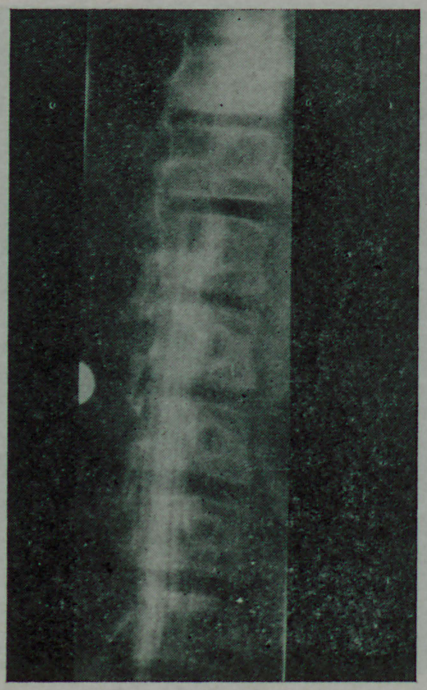

FIG. 8
Radículografia Incidência de perfil oblíquo.

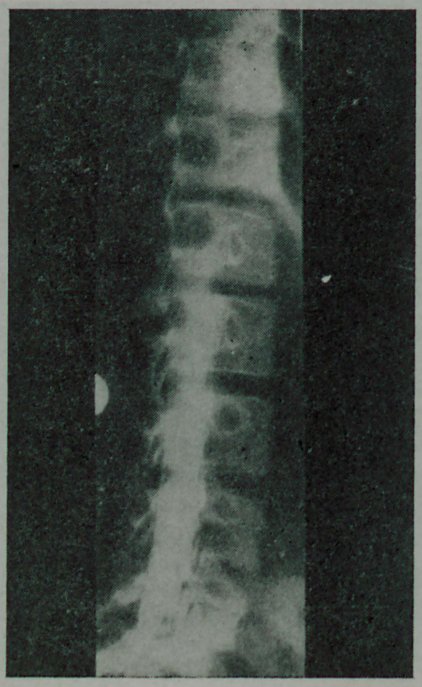

FIG. 9
Radículografia. Incidência de perfil. Protusão discal L^5-S^1.

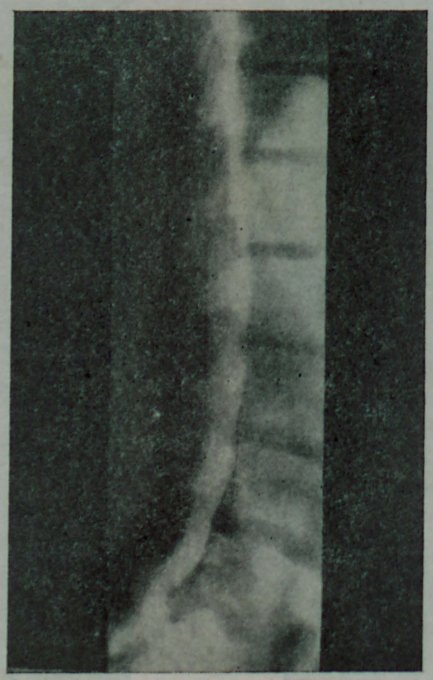

FIG. 10
Radículografia. Incidência de face. Nítida compressão radicular pela hérnia em L^5-S^1.