

Caso Clínico

Estudo de caso – A decisão do utente na escolha de tratamento em situação de radiculopatia lombar

Case study – Patient decision in the choice of treatment in lumbar radiculopathy situation

Jessica Margarido¹, Henrique Relvas^{1,2}, Marco Clemente³, João Casaca-Carreira¹

¹ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Fisioterapia, 1350-125, Lisboa, jessicadmargarido@gmail.com, hrelvas@esscvp.eu, icasaca@esscvp.eu

² Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, 1549-008 Lisboa, hrelvas@esscvp.eu

³ Physioclem, marco.clemente@physioclem.pt

Objetivo: Reportar caso de utente com radiculopatia de S1 por hérnia discal lombar L5-S1, com indicação para cirurgia, tratada com abordagem conservadora por decisão do utente.

Método: Estudo de caso, com *follow-up* de um ano. Os instrumentos de avaliação foram Escala Numérica da Dor (END), *Oswestry Disability Index (ODI)*, *Brief Symptom Inventory (BSI)*, *Patient Global Impression of Change Scale (PGICS)*, teste muscular manual (TMM) e *Straight Leg Raise (SLR)*.

Resultados: Após tratamento de fisioterapia registou-se: diminuição da intensidade da dor lombar e na dor irradiada para membro inferior esquerdo; melhoria no teste muscular dos gastrocnémios e solear à esquerda (grau 4/5); teste SLR à esquerda negativo; o ODI diminuiu para 10%; na BSI melhoria nos domínios da ansiedade e obsessões-compulsões; e na PGICS obteve-se valor máximo de 7. No *follow-up* de um ano obteve-se ausência de dor irradiada com 0/10 na END, recuperação total da força muscular com grau 5/5 no TMM e ODI com valor de 2%.

Conclusão: A decisão do utente sobre a escolha do seu tratamento é relevante e, neste caso em específico, a escolha pelo tratamento conservador resultou numa melhoria dos *outcomes*.

Objective: To report a case of a patient with S1 radiculopathy due to L5-S1 lumbar disc herniation, with indication for surgical treatment, but treated with a conservative approach by patient's decision.

Method: Case-report type, with 1-year follow-up. The instruments used were the Numerical Pain Scale (NPS), *Oswestry Disability Index (ODI)*, *Brief Symptom Inventory (BSI)*, *Patient Global Impression of Change Scale (PGICS)*, manual muscle

testing (MMT) and Straight Leg Raise (SLR) test.

Results: After the physiotherapy treatment: the intensity of lower back pain and the pain radiating to left leg decreased; increased strength in left calf muscles (grade 4/5); SLR test in left leg was negative; ODI decreased to 10%; in BSI, lower values in domains of anxiety and obsessions-compulsions; and in PGICS a maximum value of 7. At 1-year follow-up, there was absence of pain radiating to leg with 0/10 in NPS, total recovery of muscle strength with grade 5/5 in MMT, and ODI with a value of 2%.

Conclusion: The patient decision in treatment choice is relevant and, in this specific case, the choice for conservative treatment had a positive clinical outcome.

PALAVRAS-CHAVE: *Hérnia discal; radiculopatia; fisioterapia; dor; funcionalidade.*

KEY WORDS: *Disc herniation; radiculopathy; physiotherapy; pain; functionality.*

Submetido em 13 março 2019; Aceite em 07 maio 2019; Publicado em 26 julho 2019.

* **Correspondência:** João Casaca-Carreira.

Morada: 1350-125, Lisboa, Av. Ceuta, Edifício Urbiceuta, Piso 6. **Email:** jasaca@esscvp.eu

INTRODUÇÃO

A hérnia discal lombar é uma condição da patologia lombar que frequentemente afeta pessoas jovens e de meia idade, podendo causar uma radiculopatia^{1,2}, nomeadamente uma compressão das raízes espinhais. Os sintomas que aumentam a especificidade de uma radiculopatia por hérnia discal lombar incluem dor mais intensa no membro inferior (MI) que na região lombar; uma distribuição dermatomal de sintomas neurológicos (por ex: dormência, sensação de frio ou ardor); dor que agrava com a manobra de Valsalva (por ex: tosse, espirros, esforço); alterações sensoriais, motoras e/ou nos reflexos tendinosos; limitação da flexão da coluna lombar; alteração na marcha e espasmo unilateral dos músculos paravertebrais^{3,4}.

Cerca de 5 a 10 em cada 1000 habitantes em países ocidentais desenvolvem uma radiculopatia a cada ano, com intensidades variáveis de dor e evolução da doença^{5,6}. A escolha do tratamento, conservador ou cirúrgico, para hérnia discal depende da gravidade dos sintomas. Em alguns casos, existe indicação absoluta para cirurgia como a síndrome de cauda equina, abscesso epidural ou défice neuromotor grave e

progressivo. Nos restantes casos, a escolha pode ser menos clara^{2,4}. No entanto, a maioria das hérnias discais pode inicialmente ser tratada de forma conservadora, com cirurgia reservada para quem sofre deterioração de sintomas neurológicos ou que não melhoram clinicamente após um tratamento conservador apropriado⁷.

Segundo o consenso internacional⁸, a cirurgia deve ser oferecida somente se os sintomas persistirem após um período de tratamento conservador. Contudo, não há consenso sobre quanto tempo a terapia conservadora deve ser testada antes da cirurgia ser considerada, pelo que as preferências socioculturais representam uma grande variação nas taxas de cirurgia. Por exemplo, nos Estados Unidos e na Holanda, as taxas de cirurgia são relativamente altas⁸.

Os dados mais relevantes sobre a comparação entre tratamento cirúrgico versus tratamento conservador surgem do *Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT)*⁹. Este e outros estudos semelhantes, utilizam como principais parâmetros de avaliação a intensidade da dor irradiada para o MI, a funcionalidade, percepção de melhoria e número de

dias de baixa laboral. Os resultados obtidos nesses estudos concluem que a intervenção cirúrgica pode resultar em alívio mais rápido dos sintomas e recuperação da função mais cedo, embora os resultados a longo prazo (1 e 2 anos), não encontrem diferenças significativas independentemente do tipo de tratamento^{1,3,6,8,9}. De igual modo, o estudo realizado por Lurie et al baseado na SPORT, revela que aproximadamente 60% dos utentes com radiculopatia que inicialmente receberam tratamento conservador evitaram cirurgia¹⁰.

Segundo o conceito de Prática Baseada na Evidência (PBE), processo em que o fisioterapeuta integra as melhores evidências de pesquisa com experiência clínica e preferências do utente de forma a efetuar o tratamento mais adequado e eficaz¹¹, relativamente ao caso em estudo, constata-se que em termos de intervenção em situações de radiculopatia, ambas as opções, conservadora e cirúrgica, são eficazes. No entanto, a decisão final sobre o tratamento inicial e definitivo deve ser feita pela pessoa com base nas suas preferências e requisitos individualizados, após discussão com o cirurgião sobre riscos e benefícios dos vários tratamentos e duração dos sintomas¹.

Em linha com tudo o que foi mencionado anteriormente, é importante reportar os casos cuja decisão do utente é tida em conta no processo, assim como a sua evolução clínica. Por esta razão, o objetivo principal deste estudo é reportar um caso de radiculopatia de S1 por hérnia discal L5-S1 com indicação para tratamento cirúrgico, mas tratado com tratamento conservador por decisão do utente, com um *follow-up* de um ano.

METODOLOGIA

Estamos perante um estudo de caso com *follow-up*. A participante foi informada sobre o objetivo do estudo e questionada sobre a sua possível participação, podendo desistir em qualquer momento caso fosse a sua vontade. Foi-lhe fornecido um termo de consentimento informado escrito, garantindo total confidencialidade e anonimato dos seus dados.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Exame subjetivo

Utente do sexo feminino com 42 anos e professora. No dia 14/02/2017, logo após uma “discussão emocionalmente pesada” com a mãe, sentiu uma dor muito forte na região posterior da coxa esquerda ao caminhar para o carro. No dia seguinte, refere não ter mobilidade na coluna lombar, dor intensa na região posterior de todo o MI esquerdo (esq.), que piorava com a tentativa de movimento da lombar, não conseguia apoiar o MI esq. no chão, tinha falta de força na perna e necessitava de ajuda de outra pessoa para caminhar.

Por estes motivos, foi a uma consulta de urgência num hospital privado onde realizou tomografia axial computadorizada (TAC) no dia 15/02/2017 (Anexo I) e obteve diagnóstico médico de radiculopatia de S1 por hérnia discal L5-S1 com indicação para cirurgia, regressando para casa com medicação analgésica (Zaldiar – substância ativa paracetamol e tramadol) e anti-inflamatória injetável (Profenid – substância ativa cetoprofeno) e com baixa médica.

Posteriormente, a utente recorreu a uma consulta de neurocirurgia, para segunda opinião. Na impossibilidade de realizar ressonância magnética por ter um dispositivo intra-uterino, com base no resultado da TAC e sintomatologia clínica, o neurocirurgião recomendou a realização de cirurgia. Apesar desta informação, a utente optou por não realizar cirurgia e preferir tratamento conservador recorrendo à Fisioterapia.

Na primeira sessão de Fisioterapia, aproximadamente duas semanas após início de sintomatologia, a utente mencionou que esporadicamente sentia dor localizada apenas na região lombar após esforços, mas que passavam com descanso, sendo este o primeiro episódio com dor para MI.

Referia dor constante na região lombar (DL) com um valor de 5/10 na END (Escala Numérica da Dor) e dor irradiada (DI) com um valor de 8/10 na END (Tabela 1), constante, tipo queimadura/ardor pela região posterior da coxa, perna e região externa do pé

esquerdo até 5º dedo, sendo esta mais intensa desde a região posterior do joelho até ao 5º dedo (região correspondente ao dermatoma de S1). Tanto DL como DI pioravam com os movimentos do tronco (por ex: passar de sentado para de pé e vice-versa; com a mobilidade no leito, acordando de noite com a dor), com manobra de Valsalva (tosse, espirro), estar em pé ou sentada por mais de 5 min e com a marcha por mais de 5 min. DL e DI aliviavam com repouso deitada em decúbito dorsal com flexão dos membros inferiores e com a medicação prescrita. Utente comentou que vive sempre em “constante ansiedade e preocupada com o dia a dia” (sic) estando medicada com antidepressivos e ansiolíticos desde os 21 anos por episódios de ataques de pânico e ansiedade.

Exame físico

Quando existe suspeita de hérnia discal lombar, o exame físico deve incluir um exame completo da lombar e da pélvis, um exame neurológico para avaliar a sensibilidade, força e reflexos dos membros inferiores, e testes provocativos, como o teste neurodinâmico *Straight Leg Raise* (SLR)⁴.

Por esta razão, foram avaliados os movimentos ativos da lombar com o objetivo de analisar a prontidão, qualidade do arco de movimento e amplitude de movimento. Os movimentos foram realizados com medo, de forma lenta e com grande limitação das amplitudes de movimento, registando 25º de flexão, 0º de extensão, 15º de inclinação lateral direita e 0º de inclinação lateral esquerda. Todos os movimentos estavam limitados pela dor agravando DL e DI, principalmente a tentativa de movimento de extensão e inclinação lateral à esquerda que exacerbavam DI. Não foram pedidos movimentos combinados (extensão + inclinação + rotação) devido ao grande défice de amplitude de movimento disponível, severidade e irritabilidade dos sintomas.

Foi efetuada palpação na região lombosagrada, de forma a localizar possíveis regiões dolorosas devido a pontos de tensão/espasmo muscular e dor ligamentar. A utente apresentava espasmo muscular ao nível dos músculos paravertebrais lombares (mais à esquerda), quadrado lombar e piriforme à esquerda,

psaos-ilíaco à esquerda e dor à palpação dos ligamentos iliolumbares à esquerda. Também foi realizada mobilização acessória na lombar, com mobilização pósterioanterior central e unilateral, com o objetivo de avaliar a qualidade e amplitude do movimento acessório, identificar locais de dor e regiões de hipomobilidade e hipermobilidade. A utente referia dor à palpação das apófises espinhosas no nível L4-L5 com hipomobilidade em L4 e L5 nos movimentos posteroanterior central e unilaterais.

Na avaliação da força muscular do MI afetado, a utente registava diminuição da força muscular dos gastrocnémios e solear (grau 2/5), não conseguindo realizar na posição de pé flexão plantar à esquerda (movimento de bicos de pés) nem andar nesta posição (Tabela 2). Relativamente à avaliação da sensibilidade, apresentava ligeira diminuição na região do bordo externo do pé esquerdo até ao 5º dedo comparativamente com o membro contralateral, região correspondente ao dermatoma de S1. Na aplicação dos testes neurodinâmicos, o SLR à esquerda era positivo, aumentando a dor irradiada do MI aos 45º de flexão da anca.

Funcionalmente, a utente mencionou que desde o início da sintomatologia passava os dias em casa deitada na cama, o que implicava uma restrição da sua participação nas atividades domésticas, familiares, sociais e laborais, estando com baixa médica.

Instrumentos de avaliação

Na avaliação da utente foram utilizadas escalas de avaliação, nomeadamente a Escala Numérica da Dor (END), o *Oswestry Disability Index* (ODI), a *Brief Symptom Inventory* (BSI) e a *Patient Global Impression of Change Scale* (PGICS), o teste muscular manual (TMM) e o teste neurodinâmico *Straight Leg Raise* (SLR).

A END foi utilizada para avaliar a intensidade da dor ao nível da região lombar e da dor irradiada para o MI. Esta escala é utilizada para classificar a dor sentida pelos utentes e mencionada pelos próprios, encontrando-se validada internacionalmente. É

considerado um instrumento sensível, simples e universal, podendo ser compreendido em diferentes situações onde há diferenças culturais ou de linguagem¹².

O ODI foi aplicado para avaliar a funcionalidade, tendo sido publicado em 1980 e tornado-se num dos principais instrumentos de medida utilizados nas alterações patológicas da coluna vertebral. A versão portuguesa (Índice de Oswestry sobre Incapacidade, versão 2.0) foi sujeita a tradução e adaptação linguística¹³, tendo sido confirmada a sua fiabilidade e validade, apresentando Alfa de Cronbach de 0,95¹⁴. Esta escala permite medir e avaliar a incapacidade gerada por dor lombar específica ou não específica em várias atividades funcionais, como também o impacto dos cuidados de saúde prestados por problemas lombares.

A BSI foi utilizada para verificar o estado de saúde psicoemocional. É uma versão abreviada do SCL-90 de Derogatis, construído pelo autor em 1982. A versão portuguesa do BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) foi adaptada por Canavarro, revelando boas qualidades psicométricas e resultados satisfatórios quanto à fidelidade e validade, apresentando um Alfa de Cronbach que varia entre 0,70 e 0,80. O BSI pretende avaliar sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais (avaliações sumárias de perturbação emocional)¹⁵.

Para avaliação da perceção de melhoria utilizou-se a PGICS. A versão portuguesa (Escala de Perceção Global de Mudança) foi sujeita a tradução, adaptação cultural e validação. A PGICS – versão portuguesa é um instrumento compreensível, adequado, de fácil e rápida utilização, capaz de medir a perceção de mudança do estado de saúde e satisfação com o tratamento, apresentando poder de resposta e sensibilidade¹⁶.

Na avaliação da força muscular do MI afetado, utilizou-se o TMM, que permite graduar a força muscular de um músculo ou grupo de músculos, sendo útil no diagnóstico diferencial, no prognóstico e no tratamento de distúrbios neuromusculares e

musculoesqueléticos. Neste caso, permite correlacionar a radiculopatia ao nível da raiz nervosa⁴. No TMM utilizaram-se os critérios de graduação delineados por Montgomery¹⁷.

O teste SLR serve para testar a mobilidade da dura-máter e a mobilidade radicular, sendo o teste mais sensível para a hérnia discal lombar (sensibilidade de 73% a 98% e especificidade de 11% a 61%)⁴. Foi definido como resultado positivo uma dor irradiada para o MI entre 30º a 70º de flexão da anca e um ângulo menor indicando um resultado positivo mais significativo⁴.

Tratamento

Os objetivos principais do plano de tratamento foram centralizar a dor e o controlo da mesma restituindo a funcionalidade, de forma a melhorar a qualidade de vida da utente e permitir o retorno à sua atividade profissional e social o mais rapidamente possível.

O plano de tratamento foi composto por oito sessões de Fisioterapia, com a duração de aproximadamente 60 minutos cada; a periodicidade das sessões foi diminuindo com a melhoria da sintomatologia da utente. Teve por base as *guidelines* de NICE de 2016¹⁸, incluindo uma intervenção multi-modal com aplicação de várias técnicas, sendo adaptado, sessão a sessão, de acordo com a evolução da sintomatologia da utente até ao seu retorno à atividade profissional.

1ª semana

1ª e 2ª sessões: Clarificar a utente acerca da fisiopatologia da sua condição e do seu carácter agudo;

Ensino para a adoção de estratégias de *coping* adequadas, encorajando e promovendo o retorno às suas atividades da vida diária não estando grande parte do dia na cama.

Foram utilizadas as seguintes técnicas de terapia manual:

- Técnicas miofasciais e mobilização dos tecidos moles para libertação miofascial e diminuição do espasmo muscular dos músculos paravertebrais lombares e dorsais, quadrado lombar, piriforme à esquerda;
- Técnicas articulares de mobilização acessória,

segundo Maitland, para mobilização da lombar;

- Realização e ensino de técnicas respiratórias com o objetivo de baixar o tônus muscular, principalmente na região lombopélvica, e consequentemente diminuir a dor lombar.

3ª sessão: Reeducação postural global (RPG) - aplicação de técnicas articulares da lombar nas posturas de rã no chão e bailarina. Posturas efetuadas de forma sequencial para não exacerbar sintomatologia.

2ª semana

4ª sessão: Foram utilizadas as mesmas técnicas de terapia manual da sessão 1 e 2 com acréscimo de:

- Técnicas de mobilização neurodinâmica no MI esq. com SLR;
- Alongamento muscular dos músculos isquiotibiais, piriforme, reto anterior e psoas-ilíaco;
- Realização e ensino de exercícios de reeducação lombopélvica (ativação e contração da musculatura profunda, principalmente músculo transverso).

5ª sessão: RPG com aplicação de técnicas articulares da lombar nas posturas de rã no chão e bailarina.

3ª semana

6ª sessão: Foram utilizadas as seguintes técnicas de terapia manual:

- Técnicas miofasciais e mobilização dos tecidos moles da região dorsal e lombo-pélvica;
- Técnicas articulares de mobilização acessória da lombar, segundo Maitland;
- Técnicas de mobilização neurodinâmica no MI esq. com SLR;
- Alongamento muscular dos músculos isquiotibiais, piriforme, reto anterior e psoas-ilíaco;
- Exercícios de reeducação e estabilidade lombopélvica, mobilidade e fortalecimento da lombar (por ex: básculas da bacia na posição de sentada e gatas).

7ª sessão: RPG com a postura de rã no chão e bailarina.

4ª semana

8ª sessão: RPG com a postura de rã no chão e bailarina;

Ensino de exercícios de auto-alongamento dos músculos isquiotibiais, reto anterior e piriforme para

realizar em casa;

Ensino sobre postura ideal na posição de sentada e sobre o levante/transporte de pesos.

RESULTADOS

Os resultados apresentados correspondem a três momentos de avaliação, nomeadamente: 1º momento corresponde à avaliação inicial aquando da primeira sessão de fisioterapia; 2º momento corresponde à avaliação pós tratamento de fisioterapia, aproximadamente após quatro semanas quando a utente regressa à sua atividade profissional, e 3º momento corresponde à avaliação de *follow-up* de um ano.

Relativamente aos resultados da dor, dor lombar (DL) e dor irradiada para MI esq. (DI) (Tabela 1), verifica-se uma diminuição da sua intensidade pós realização de fisioterapia, sendo que a utente deixou de sentir dor na região lombar (DL – 0/10) e a dor irradiada era esporádica (DI – 2/10). No *follow-up* de um ano, a utente refere não apresentar queixas (DL – 0/10 e DI – 0/10). No entanto, a utente comenta que esporadicamente em momentos de maior ansiedade e stress, sente ligeira dormência ao nível do 5º dedo do pé esquerdo (“pego em pesos de forma errada, faço movimentos bruscos, estou mal sentada e não sinto nada, mas quando me irrita e enervo sinto a dormência na pontinha do dedo pequeno, que desaparece quando me acalmo”). Baseado nos resultados obtidos, verifica-se que entre os dois primeiros momentos de avaliação existe uma diferença clinicamente importante, quer para a intensidade de DL quer para intensidade de DI, uma vez que a diferença entre os resultados (DL=5-0=5; DI=8-2=6) é superior a 2,2 após 4 semanas de tratamento¹⁹.

Em relação aos resultados da força muscular (Tabela 2), a utente no primeiro momento de avaliação registava grau 2/5 ao nível dos músculos gastrocnémio e solear à esquerda. Após a realização de fisioterapia apresentava uma melhoria com grau 4/5 e no *follow-up* após um ano a força muscular encontrava-se restabelecida com grau 5/5.

Quanto ao teste SLR, no primeiro momento de avaliação obteve-se um resultado positivo (aumentava dor irradiada do MI esq. aos 45º de flexão da anca esquerda), mas no segundo momento de avaliação e no *follow-up* de um ano o resultado foi negativo.

Na avaliação da componente de funcionalidade, através da aplicação do ODI (Tabela 3), verificou-se que no primeiro momento de avaliação a utente tinha um valor de 82% que corresponde a utente inválida/acamada (80%-100%). Após realização de fisioterapia, no segundo momento de avaliação, o valor da ODI diminuiu substancialmente para 10%, que corresponde a incapacidade mínima (0%-20%), e após um ano continuou a registar diminuição apresentando 2%.

Baseado nos resultados obtidos verifica-se que entre os dois primeiros momentos de avaliação existe uma diferença clinicamente importante uma vez que a diferença entre os resultados ($82-10 = 68$) é superior a 12,88 (88% sensibilidade e 85% especificidade)²⁰.

Nos resultados do estado de saúde psicoemocional, com a aplicação da BSI (Tabela 4), verifica-se que no primeiro momento de avaliação a utente apresenta valores mais elevados nos domínios de ansiedade¹⁷ e obsessões-compulsões¹². No segundo momento de avaliação e no *follow-up* de um ano, obtiveram-se resultados mais baixos nos nove domínios, sendo esses mais expressivos no domínio da ansiedade e obsessões-compulsões. No Índice Geral de Sintomas, no Total de Sintomas Positivos e no Índice de Sintomas Positivos registou-se uma diminuição progressiva ao longo dos últimos dois momentos de avaliação.

Relativamente à percepção de melhoria, com a aplicação da PGICS após a realização de tratamento de fisioterapia, a utente classificou a sua mudança com o valor máximo de 7, que corresponde a “Muito melhor, e com uma melhoria considerável que fez toda a diferença”. No *follow-up* de um ano a sua resposta manteve-se igual, ou seja, com valor máximo de 7.

DISCUSSÃO

Através da análise dos resultados obtidos constata-se que após quatro semanas de tratamento de Fisioterapia a utente apresentava melhorias clínicas em todos os parâmetros de avaliação, nomeadamente na intensidade da dor lombar e dor irradiada para MI esq., na força muscular à esquerda, no SLR, no seu estado psicoemocional e na funcionalidade.

Apesar desta melhoria, os objetivos principais do plano de tratamento não foram totalmente alcançados, nomeadamente em relação à centralização da dor e cessamento da mesma. Contudo, a presença de dor irradiada do MI esq. passou de um carácter constante para esporádico e de intensidade ligeira (END – 2/10), permitindo à utente a restituição da sua funcionalidade, conseguindo realizar as suas atividades domésticas, familiares, sociais e regressar à sua atividade profissional sem limitações. Por estes motivos, os restantes objetivos do plano de tratamento foram alcançados, como também a própria utente teve a percepção desta melhoria e importância na sua qualidade de vida.

Estes resultados vão ao encontro dos estudos que referem que durante as primeiras seis semanas a dor no membro inferior diminui em 70% dos casos, e que a maioria das *guidelines* recomenda a cirurgia apenas para a restante percentagem de utentes⁶. De igual modo, no estudo de Peul et al⁶, cerca de 56% dos utentes não necessitaram de cirurgia para recuperação, e Lurie et al¹⁰ relatam que aproximadamente 60% dos utentes com radiculopatia, que inicialmente receberam tratamento conservador, não necessitaram de cirurgia.

Por outro lado, a literatura recente destaca o papel dos fatores mentais na patologia e na recuperação da hérnia discal. Referem que a dor severa causada pela hérnia discal pode levar a incapacidades funcionais graves e, conseqüentemente, distúrbios emocionais, depressão e ansiedade²¹. Isto vai ao encontro dos resultados obtidos na BSI, em que na avaliação inicial (momento em que a utente apresentava dor intensa e incapacidade funcional elevada) apresentava

resultados mais elevados em todos os domínios, principalmente na ansiedade e obsessões-compulsões. De igual modo, verificou-se que à medida que o estado físico/sintomatologia clínica e funcionalidade da utente melhoraram os resultados dos nove domínios da BSI também melhoraram (Tabela 4).

Em relação aos resultados obtidos no *follow-up* de um ano, verificou-se que a utente não apresentou nenhuma recidiva e continuou a recuperar o seu estado físico com recuperação total da força muscular ao nível do MI esq., na dor irradiada para o membro inferior, com ausência de dor, e na funcionalidade.

Segundo Engel-Yeger et al²¹, na maioria dos casos, os sintomas de hérnia discal lombar são reduzidos após tratamento conservador em utentes sem défices neurológicos graves, o que é compatível com os resultados obtidos neste estudo de caso. Além disso, os utentes após o tratamento conservador frequentemente mostram resultados de recuperação semelhantes aos que se submetem à cirurgia, após um ano ou dois anos^{1,3,6,8,9}.

Apesar da utente ter avaliado a dor irradiada com intensidade 0, comentou que esporadicamente em momentos de maior ansiedade e stress sentia ligeira dormência ao nível do 5º dedo do pé esquerdo que desaparecia assim que se acalmava. Segundo Engel-Yeger et al²¹, a percepção da dor refere-se a aspetos emocionais e cognitivos de processamento de dor, podendo ser desencadeada como resposta a um estímulo adverso/de perigo mesmo na ausência de estímulo nociceptivo²². De igual modo, perante uma variedade de estímulos como substâncias químicas, luz, som, frio, calor, stress, poderá haver uma resposta alterada (muitas vezes aumentada) do sistema nervoso central reconhecida como dor²³. Esta poderá ser uma justificação para a ocorrência da sintomatologia referia, uma vez que essa apenas se desencadeia em situações de stress e ansiedade, que poderão ser reconhecidas pela utente como estímulo adverso em associação ao episódio de grande stress emocional (discussão familiar “emocionalmente pesada”) aquando do surgimento da radiculopatia.

CONCLUSÃO

Após tudo o que foi mencionado anteriormente pode-se concluir que a decisão da utente sobre a escolha do seu tratamento é relevante e, neste caso em específico, a sua escolha pelo tratamento conservador permitiu uma evolução clínica positiva com restituição da sua funcionalidade, da sua participação social, familiar e profissional. Consequentemente, evitou-se uma intervenção cirúrgica e consequente recuperação.

Assim, é importante reportar os casos cuja decisão do utente é tida em conta no processo, como também a realização de *follow-ups* de modo a averiguar os resultados a longo prazo e o impacto na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.

Por outro lado, as predisposições psicológicas e sua influência nos domínios da qualidade de vida devem receber maior atenção na intervenção clínica em utentes com hérnia discal lombar. Também a identificação de utentes com maior tendência à depressão, ansiedade e percepção de dor alterada, é importante para a escolha do tratamento mais apropriado, a fim de elevar o sucesso do mesmo e prevenir alguma incapacidade.

Como principais limitações do estudo, é de referir o facto de o preenchimento das escalas relativas à funcionalidade (ODI), estado psicoemocional (BSI) e percepção de melhoria (PGICS) ter sido efetuado de forma retrospectiva, nos dois primeiros momentos de avaliação, pelo que os resultados obtidos poderão não corresponder na totalidade à situação em que a utente se encontrava.

REFERÊNCIAS

1. Schoenfeld AJ, Weiner BK. Treatment of lumbar disc herniation: Evidence-based practice. I J Gen Med. 2010; 3:209-214.
2. Ademi Z, Gloy V, Glinz D, et al. Cost-effectiveness of primarily surgical versus primarily conservative treatment of acute and subacute radiculopathies due to intervertebral disc herniation from the Swiss perspective. Swiss Med Wkly. 2016 ;146:w14382.

3. Jacobs WC, van Tulder M, Arts M, et al. Surgery versus conservative management of sciatica due to a lumbar herniated disc: a systematic review. *Eur Spine J*. 2011; 20:513-522.
4. Gregory DS, Seto CK, Wortley GC, Shugart CM. Acute lumbar disk pain: navigating evaluation and treatment choices. *Am Fam Physician*. 2008; 78:835-842.
5. Rihn JA, Hilibrand AS, Radcliff K, et al. Duration of symptoms resulting from lumbar disc herniation: effect on treatment outcomes: analysis of the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). *J Bone Joint Surg Am*. 2011; 93:1906-1914.
6. Peul WC, van den Hout WB, Brand R, Thomeer RT, Koes BW, Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled trial. *BMJ*. 2008; 336:1355-1358.
7. Petr O, Glodny B, Brawanski K, et al. Immediate versus delayed surgical treatment of lumbar disc herniation for acute motor deficits: The impact of surgical timing on functional outcome. *Spine*. 2019; 44:454-463.
8. Peul WC, Van Houwelingen HC, van den Hout WB, et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. *N Engl J Med*. 2007; 356:2245-2256.
9. Ramaswami R, Ghogawala Z, Weinstein JN. Management of Sciatica. *N Engl J Med*. 2017; 376:1175-1177.
10. Lurie JD, Tosteson TD, Tosteson AN, et al. Surgical versus non-operative treatment for lumbar disc herniation: eight-year results for the spine patient outcomes research trial. *Spine*. 2014; 39:3-16.
11. Scurlock-Evans L, Upton P, Upton D. Evidence-based practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy*. 2014; 100:208-219.
12. Direção Geral da Saúde [DGS]. A dor como 5.º sinal vital, Registo sistemático da intensidade da dor. 2003. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dor-5-sinal-vital-folheto-pdf.aspx>
13. Martins N. Adaptação cultural e linguística do Oswestry Low Back Pain Disability Index–ODI 2.0. [Monografia] Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra; 2002.
14. Pereira V. Validação intercultural do Oswestry Disability Questionnaire, versão 2. Coimbra: Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. 2003.
15. Canavarro MC. Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In: M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida, Eds. *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Braga: SHO/APPORT, 1999; vol. II, p. 87-109.
16. Domingues L, Cruz E. Adaptação cultural e contributo para a validação da escala Patient Global Impression of Change. *ifisionline*. 2011; 2.
17. Reese NB. Testes de função muscular e sensorial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
18. Ward S. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline No. 59; 2016.
19. Childs JD, Piva SR, Fritz JM. Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. *Spine*. 2005; 30:1331-1334.
20. Johnsen LG, Hellum C, Nygaard ØP, et al. Comparison of the SF6D, the EQ5D, and the oswestry disability index in patients with chronic low back pain and degenerative disc disease. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013; 14:148.
21. Engel-Yeger B, Keren A, Berkovich Y, Sarfaty E, Merom L. The role of physical status versus mental status in predicting the quality of life of patients with lumbar disk herniation. *Disabil Rehabil* 2018; 40:302-308.
22. Latremoliere A, Woolf CJ. Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *J Pain*. 2009; 10:895-926.
23. Nijs J, Apeldoorn A, Hallegraeff H, et al. Low back pain: guidelines for the clinical classification of predominant neuropathic, nociceptive, or central sensitization pain. *Pain Physician*. 2015; 18:E333-46.

Tabela 1 – Resultados da Escala Numérica da Dor (END).

Localização	Resultados da END		
	Av. Inicial	Av. Pós Ft	Av. Pós 1 ano
Dor lombar (DL)	5	0	0
Dor irradiada MI esq. (DI)	8	2	0

Av. Inicial: Avaliação Inicial; Av. Pós Ft: Avaliação Após Fisioterapia; Av. Pós 1 ano: Avaliação Após 1 ano

Tabela 2 – Resultados do Teste Muscular Manual (TMM).

Músculos	Resultados do TMM do MI esq.		
	Av. Inicial	Av. Pós Ft	Av. Pós 1 ano
Gastrocnémio e solear	2	4	5

Av. Inicial: Avaliação Inicial; Av. Pós Ft: Avaliação Após Fisioterapia; Av. Pós 1 ano: Avaliação Após 1 ano

Tabela 3 – Resultados do Oswestry Disability Index (ODI).

Av. Inicial	Resultados do ODI	
	Av. Pós Ft	Av. Pós 1 ano
82%	10%	2%

Av. Inicial: Avaliação Inicial; Av. Pós Ft: Avaliação Após Fisioterapia; Av. Pós 1 ano: Avaliação Após 1 ano

Tabela 4 – Resultados da Brief Symptom Inventory (BSI).

Dimensões/Índices	Resultados da BSI		
	Av. Inicial	Av. Pós Ft	Av. Pós 1 ano
Somatização	5	3	3
Obsessões - Compulsões	12	7	5
Sensibilidade interpessoal	6	4	3
Depressão	8	6	3
Ansiedade	17	12	7
Hostilidade	7	3	2
Ansiedade fóbica	8	7	4
Ideação paranoide	8	8	6
Psicoticismo	4	3	0
Índice Geral de Sintomas (IGS)	1,5	1,1	0,8
Total de Sintomas Positivos (TSP)	40	33	30
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	2	1,8	1,4

Av. Inicial: Avaliação Inicial; Av. Pós Ft: Avaliação Após Fisioterapia; Av. Pós 1 ano: Avaliação Após 1 ano

ANEXO 1

Exames Complementares de Diagnóstico

Exame: TAC da Coluna Lombar

Data: 15/02/2017

Relatório: Orientados por topogramas obtiveram-se cortes tomográficos axiais com 3mm de espessura dirigido ao estudo da coluna compreendida entre D12 e S1, utilizando-se programa de multicorte.

Curva escoliótica lombar dextro-convexa.

Canal raquidiano e foramina intervertebrais de dimensões aa considerar dentro dos parâmetros normais.

Não se observam protusões posteriores significativas dos discos intersomáticos compreendidos entre D12 e L4.

Estreitamento do espaço intersomático L5-S1, onde se observa fenómeno de vazio, referindo-se significativa protusão posterior do respetivo disco com predomínio paramediano esquerdo, condicionando contacto com as emergências das raízes de S1, principalmente a esquerda, onde se observam aspetos compressivos muito significativos.

Alterações artrósicas interaapofisárias, observando-se fenómeno de vazio interfacetário a nível de L5-S1, à direita.