

Lombociatalgia decorrente de hidrocefalia

Relato de caso

Luciano Ferreira Holanda¹, Rafael Rodrigues Holanda², José da Costa Leão Segundo², Sérgio Henrique Ferraz Felix³, Valber Thadeu do Vale Vitorino³

Serviço de Neurocirurgia do Hospital Antônio Targino de Campina Grande, PB, Brasil

RESUMO

Relata-se o caso de um paciente com quadro de lombociatalgia decorrente de uma causa atípica: hidrocefalia comunicante. Foi, inicialmente, submetido a exame complementar de imagem da região lombar que não demonstrou anormalidades. Submetido ao tratamento conservador, houve persistência da dor. Na reavaliação, relatou episódios de cefaléia, razão pela qual foi realizada tomografia cerebral que revelou dilatação ventricular. A lombociatalgia regrediu completamente após derivação ventriculoperitoneal. Esse relato sugere a hidrocefalia comunicante como possível etiologia de lombociatalgia.

PALAVRAS-CHAVE

Ciática/etiologia. Radiculopatia/etiologia. Hidrocefalia/diagnóstico.

ABSTRACT

Low back and sciatic pain caused by hydrocephalus

The case of a 37 y.o. patient with low back and sciatic pain due to an atypical cause (communicating hydrocephalus) is reported. The patient was initially submitted to the lumbar myelography that did not demonstrate any abnormality. Submitted to the conservative treatment, the pain persisted. In the reevaluation, he reported chronic headache episodes, reason by which a cerebral CT scan was performed which disclosed hydrocephaly. Following ventriculo-peritoneal shunting his pain subsided completely. This report suggests the communicating hydrocephalus as a possible etiology of low back with sciatic pain.

KEY WORDS

Sciatica/etiology. Radiculopathy/etiology. Hydrocephalus/diagnosis.

Introdução

A lombociatalgia em geral decorre do pinçamento de uma raiz nervosa ocasionado, entre outros fatores, por uma herniação discal localizada principalmente nas transições L3/L4, L4/L5 e/ou L5/S1^{3,9}.

Os autores apresentam um caso no qual a hidrocefalia comunicante foi a etiologia da lombociatalgia com características de hérnia discal lombar, representando uma entidade rara.

Relato do caso

ELN, sexo masculino, 37 anos de idade, foi admitido no Hospital Antônio Targino (Campina Grande, Paraíba) com quadro de lombociatalgia típica de L5/S1 à direita e sinal de Lasègue positivo a 30 graus. A mielografia descendente da região lombar (Figura 1) não revelou anormalidades características. Não havia fatores atenuantes ou agravantes da dor e a mielografia não determinou alterações na sintomatologia.

1 Professor Mestre em Medicina do Departamento de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, PB; Neurocirurgião do Hospital Antônio Targino.

2 Neurocirurgião do Hospital Antônio Targino.

3 Acadêmicos de Medicina da UFCG e Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

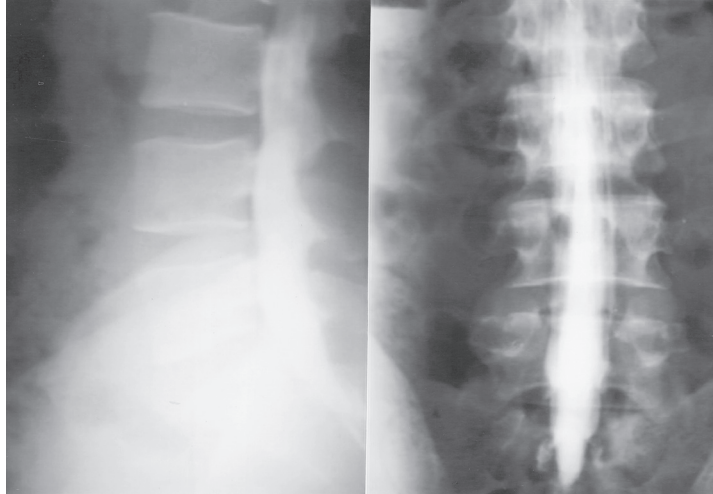


Figura 1 – Perimielografia descendente lombar (perfil e ântero-posterior) sem anormalidades.

Em virtude da dissociação entre as queixas do paciente, o comprometimento neurológico e o resultado da neuroimagem diagnóstica, seguiu-se a tendência atual de se realizar o tratamento clínico por três meses, uma vez que as indicações para cirurgia imediata (compressão da cauda eqüina, hérnia extrusa ou piora progressiva do déficit motor) estavam ausentes. O paciente recebeu alta após oito dias de internação, sendo orientado a permanecer em repouso, o principal elemento desse tipo de tratamento³.

Persistindo com quadro de intensa dor, retornou após 22 dias. Somente sob nova internação e anamnese, o paciente referiu episódios esporádicos de cefaléia, motivo de até 3% dos atendimentos em emergências². Fez-se, então, estudo tomográfico cerebral (Figura 2) que evidenciou dilatação ventricular e edema transependimário.

Realizada a derivação ventriculoperitoneal¹⁰, sem complicações pós-operatórias, inclusive as hemodinâmicas⁶, o paciente evoluiu com cura da dor lombociática e recebeu alta hospitalar, nove dias após a segunda admissão.

Discussão

A lombociatalgia ou síndrome ciática⁹ ocorre, em sua maioria, na faixa etária entre 25 e 60 anos, sendo 80% dos pacientes do sexo masculino⁸. Nos casos de síndrome ciática, deve-se pensar sempre em herniação de algum disco intervertebral lombar, etiologia mais comum da lombociatalgia^{5,9}. Com base na deficiente inervação sensitiva do núcleo pulposo, pressupõe-se que só há dor quando as lamelas superficiais e o ligamento posterior são afetados pelas alterações discais⁹, as quais

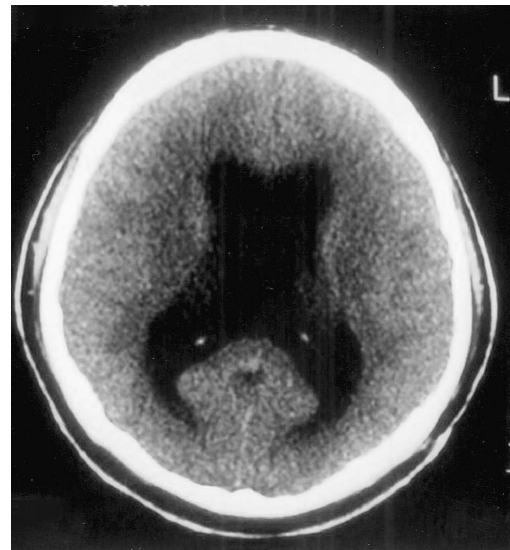


Figura 2 – Tomografia computadorizada demonstrando dilatação ventricular e edema transependimário.

só não são responsáveis pelas síndromes radiculares nos casos de herniações restritas à região central.

As manifestações clínicas da hidrocefalia no adulto incluem: cefaléia progressiva, vômitos, diplopia e papiledema. Podem ocorrer deteriorações de toda a atividade mental, ataxia da marcha e incontinência urinária^{1,5}, decorrentes do comprometimento dos centros facilitadores e inibidores fortes do tronco cerebral, localizados principalmente na ponte, e dos vários centros localizados no córtex cerebral, que são inibitórios, mas que podem se tornar excitatórios⁷, como no caso da síndrome de Hakim-Adams^{1,5}.

Observando tais possibilidades, percebe-se a inexistência de correlação direta entre hidrocefalia

e lombociatalgia. Entretanto, a hidrocefalia comunicante determina aumento da pressão em todo o espaço subaracnóideo. Isso poderia, principalmente se associado a alterações da coluna vertebral (estenose do canal vertebral, por exemplo) ou a alterações histológicas das meninges (meningocele, por exemplo), ocasionar uma injúria neural e uma conseqüente dor irradiada.

Conclusão

Com base nos exames de neuroimagem e no alívio do quadro clínico apresentado pelo paciente, após a realização da derivação ventriculoperitoneal, o presente relato sugere que, embora rara, a hidrocefalia comunicante pode ser causa de lombociatalgia.

Referências

1. ALVARENGA H: Doenças do Sistema Nervoso. In: PORTO CC (ed.): Semiologia médica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. pp. 1273-76.
2. CARVALHO JJJF: Cefaléia na unidade de emergência: diagnóstico diferencial, sinais de alerta e condutas terapêuticas. Rev Simb 3:19-32, 2002.
3. FACURE JJ, FACURE NO, COSTES MCP: Consentimento médico informado em hérnia discal lombar. Arq Bras Neurocir (São Paulo) 22(3-4):76-85, 2003.
4. FROSCH MP, ANTHONY DC, GIROLAMI U: O Sistema Nervoso Central. In KUMAR V, ABBAS AK, FAUSTO N (eds.): Patologia – Bases patológicas das doenças. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2005. pp. 1411-86.
5. GREENBERG DA, AMINOFF MS, SIMON RP: Neurologia Clínica. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. pp. 61-4, 223-24.
6. GUSMÃO S, SILVEIRA RL, CABRAL GF, ARANTES A: Aplicações clínicas da hidrodinâmica na derivação ventriculoperitoneal. Arq Bras Neurocir (São Paulo) 19:179-83, 2000.
7. GUYTON AC, HALL JE: Tratado de Fisiologia Médica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. pp. 344-58.
8. MURADE ECM, NETO JSH, AVANZI O: Estudo da relação e da importância entre a semiologia clínica, tomografia axial computadorizada e eletroneuromiografia nas radiculopatias lombares. Acta Ortop Bras 10:18-25, 2002.
9. PORTO CC: Semiologia Médica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. pp. 1128-30.
10. SANVITO WL: Síndromes neurológicas. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1997. pp. 115-17, 219-20.

Original recebido em abril de 2006

Aceito para publicação em setembro de 2006

Endereço para correspondência

Luciano Ferreira Holanda

Rua Delmiro Gouveia, 442

58107-735 – Campina Grande, PB

E-mail: luholanda@hat.com.br