

Dorsalgia – janelas diagnósticas inesperadas

Joana Sofia Gil, Emília Couto E Santos

Enquadramento

A **dorsalgia** bem como a **lombalgia** são dos principais motivos de consulta nos cuidados de saúde primários. Embora a etiologia seja sobretudo mecânica e benigna, numa minoria de casos podemos estar perante uma causa grave, devendo esta ser activamente investigada se houver suspeição clínica ou resistência à terapêutica. Os **sinais de alerta** incluem défices neurológicos, agravamento da dor com repouso, perda ponderal, febre e antecedentes de neoplasia. As **causas mais frequentes** são **degenerativas** (osteoartrite, discopatia) **musculares** (dor miofascial, contractura muscular), **dor referida** e **fracturas vertebrais** em contexto de **osteoporose**. **Causas mais raras** são **neoplasias**, **infecções** (espondilodiscite, tuberculose), **aneurismas**, **crises de falciformação**, **doenças reumatológicas** (artrite reumatóide, espondilite anquilosante) ou **lesões compressivas da medula ou da cauda equina**. Todas devem ser tidas em conta pelo **Médico de Família** na sua avaliação.

Caso Clínico 1

JAV, sexo masculino, 30 anos, informático, AP: Bócio coloide

Maió 2016: toracalgia direita , que surge durante treino no ginásio
EO: Dor à palpação dos músculos paravertebrais dorsais e trapézio direito.
Tx: paracetamol+tiocolquicosido com alívio parcial

Julho 2016 – Dorsalgia mediana que agrava com tosse. **EO:** AP normal, dor a palpação 3º e 4º arcos costais direitos e dos músculos intercostais
Tx: diclofenac

Agosto 2016 – perda ponderal 3Kg, febre 37,5-38,5 e suores predominio nocturno. Tosse produtiva com vestígios hemáticos **Rx tórax:** “hipotransparência no 1/3 sup do pulmão direito e alterações esclero-fibróticas hilo-apicais direitas. **TAC pulmonar** “pequenas áreas de consolidação dispersas no pulmão direito, no lobo superior e segmento apical do lobo inferior associadas a zonas de cavitação/perda de substância”.Pesquisa de BK e envio a CDP onde iniciou terapêutica (HRZE).

Terminou toma observada directa (TOD) em **Março de 2017**
CDP – Centro Diagnóstico Pneumológico
HRZE – Isoniazida/Rifampicina/Pirazinamida/Etambutol

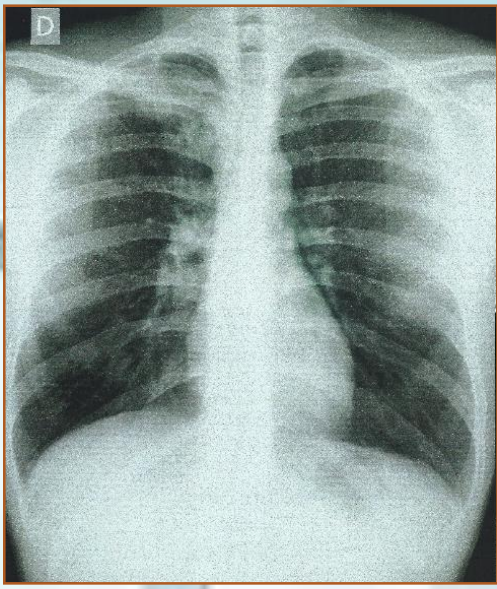


Figura 1 – rx tórax AP
Figura 2 e 3 – TAC pulmonar corte sagital e axial

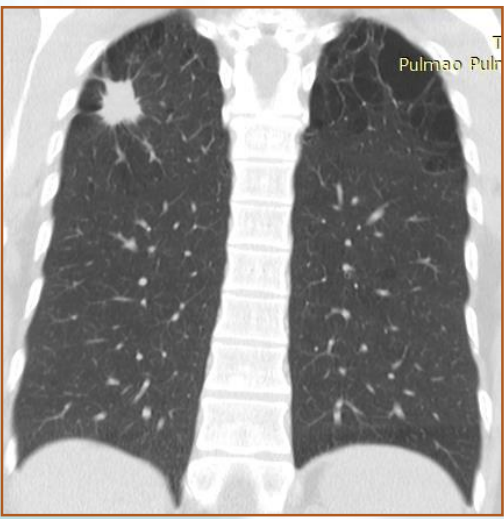
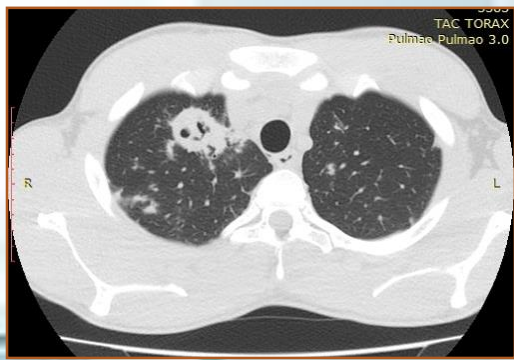
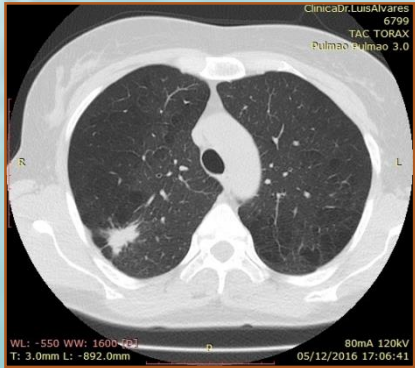


Figura 4 – rx tórax AP
Figura 5 e 6 – TAC pulmonar corte coronal e axial



Discussão

Ainda que o Médico de Família considere no diagnóstico diferencial da dorsalgia as etiologias mais frequentes, deve estar atento aos sinais que possam sugerir uma causa potencialmente grave, no **primeiro caso** a febre e sudorese de predomínio nocturno, a perda ponderal e a tosse hemoptoica, no **segundo caso** o quadro arrastado da dor, os antecedentes de tabagismo da doente e o agravamento da dor em repouso e em decúbito dorsal. Em **ambos os casos** foram sinais de alerta a indolência, a ausência de resposta da dor à terapêutica e a idade relativamente jovem dos utentes. O **rx tórax** continua a ser, apesar da sua simplicidade, um meio de diagnóstico importante. Mais uma vez se comprova a abrangência da MGF e a necessidade do médico de família pensar, raciocinar e actuar em diferentes vectores da medicina .

LIC 42 anos, sexo feminino, padeira, AP de hérnia discal C4-C5 e L4-L5 , tabagismo (15 UMAs)

Novembro 2016: toracalgia bilateral tipo facada que agrava com repouso e em decúbito dorsal **EO:** dor à palpação músculos intercostais bilaterais, AP mv mantido e simétrico sem RA. **Tx:** tramadol + paracetamol (37,5/325) e ciclobenzaprina 10 mg 2id

Dezembro 2016– Dor persiste, AP mantém-se sem alterações.
Rx tórax: “Densificação nodular projectada na vertente anterior 2º arco costal direito, de contornos espiculados”
TAC Pulmonar: “Formação nodular no segmento posterior do lobo superior direito, com cerca de 2,5 cm, contornos irregulares espiculados e pequena ponte pleural, aspectos sugestivos de neoformação. Mediastino livre”

Referenciada de imediato a consulta de Pneumologia no IPO (onde realizou PET Scan e broncofibroscopia) tendo sido operada e encontrando-se actualmente sob quimioterapia adjuvante.

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.
Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. Ann Intern Med 2002; 137:586.
Deyo RA, Diehl AK. Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. J Gen Intern Med 1988; 3:230.
Underwood MR, Dawes P. Inflammatory back pain in primary care. Br J Rheumatol 1995; 34:1074.