

Relatos Casos Clínicos

PO - (UM17-1321) - DORSALGIA - JANELAS DIAGNÓSTICAS INESPERADAS

Joana Sofia Gil¹; Emília Couto E Santos¹

1 - USF Monte de Caparica

A dorsalgia e a lombalgia são das principais causas de disfunção em utentes com menos de 50 anos ao nível dos CSP sendo apenas ultrapassadas pelos sintomas respiratórios superiores como motivo de consulta. As etiologias dividem-se em causa mecânica, sistémica e referida. A causa mecânica é a mais comum e pode ser de origem musculotendinosa ou ligamentar, osteodegenerativa, associada a discopatia ou fracturas vertebrais. As causas sistémicas podem ser tumorais, infecciosas, ou inflamatórias. A dor referida tem origem em patologias intra/retroperitoneais. Apesar da dor de origem musculoesquelética ser a mais frequente nos CSP devemos ter em conta estes diagnósticos diferenciais como veremos seguidamente.

L.C., 42 anos, fumadora (15 UMA), com patologia osteodegenerativa de toda a coluna vertebral e discopatia lombar (L3-L4), trabalha na área da panificação. Apresentava em início de Novembro de 2016 toracalgia posterior tipo facada, bilateral, sem sintomas respiratórios associados, agravada em repouso e em decúbito dorsal. Foi medicada com ciclobenzaprina e tramadol+paracetamol colocando-se a hipótese de dorsalgia mecânica pela sua profissão. Por resistência da dor à terapêutica foram solicitados um rx tórax e da coluna dorsal. A radiografia da coluna dorsal mostrava escoliose dorsal de convexidade esquerda e osteofitose dorsal média. O rx tórax revelava densificação nodular projectada à vertente anterior do 2º arco costal direito, com contornos irregulares espiculados, sugerindo-se realização de TC torácica que foi imediatamente solicitada e mostrou formação nodular no segmento posterior do lobo superior direito, com cerca de 2,5 cm, com contornos irregulares, espiculados, sugestiva de neoformação, estando o mediastino livre. A doente foi de imediato referenciada ao IPO onde já teve consulta de Pneumologia e aguarda realização de broncofibroscopia para diagnóstico histológico da lesão.

J.V., 30 anos, previamente saudável, apresentava em Maio de 2016 dorsalgia direita atribuída a treino no ginásio, com dor à palpação dos músculos da região infraescapular direita, tendo sido medicado com paracetamol+tiocolquicosido. Em Julho regressa com o mesmo padrão algico, agravado com a tosse e estendendo-se à região retro-esternal. Em termos clínicos não havia alterações na auscultação, mas apresentava dor à palpação das apófises espinhosas de D3 e D4 pelo que foi medicado com diclofenac e solicitada radiografia da coluna dorsal e torácica. O doente regressa em Agosto com o relatório do rx dorsal sem alterações e tórax com imagem hipotransparente projectada no 1/3 superior do campo pulmonar direito e alterações esclerofibróticas hiloapicais direitas, já referindo quadro febril, calafrios, tosse com expectoração hemoptoica e sudorese nocturna com início nas duas semanas anteriores. Foi pedida TC torácica (de que ainda se aguarda resultado) e enviado de imediato para o Centro de Diagnóstico de Pneumologia de Almada onde foi diagnosticada tuberculose e iniciada terapêutica com tuberculostáticos.

Assim, como exemplificado por estes casos clínicos devemos ter em conta as várias etiologias da dorsalgia, especialmente em doentes jovens e com dor atípica. Frequentemente os sintomas que ajudam a discriminar a sua etiologia só surgem numa fase mais adiantada da doença, beneficiando o médico de família dos cuidados longitudinais e da proximidade do doente para chegar ao diagnóstico correcto.