

# SÍNDROME PÓS-LAMINECTOMIA E LOMBALGIA CRÔNICA

## CRONIC LUMBAR BACK PAIN IN POST LAMINECTOMY SYNDROM

RENATO SIMIONATTO E SILVA<sup>1</sup>, LINDSON FORTES LOBO<sup>1</sup>, DANIEL RINCÓN<sup>1</sup>, JORLÂNDIO DE MORAIS SANTOS<sup>1</sup>, PAULO HENRIQUE DA COSTA CORÁ<sup>1</sup>, LÚCIO GUSMÃO ROCHA<sup>1</sup>, FABIANO INÁCIO DE SOUZA<sup>1</sup>, FREDERICO BARRA DE MORAES<sup>1</sup>

### RESUMO

*A dor crônica lombar em decorrência de uma sacroileíte unilateral e fibrose pós laminectomia é um desastre na qualidade de vida do paciente que submeteu a cirurgia de coluna lombossacra com suas limitações no diagnóstico e suas opções de tratamento. Relatamos uma paciente do sexo feminino com 56 anos com dor lombar crônica associado a dor ciática pós laminectomia. O alívio da dor ocorreu após realização de bloqueios: bloqueio sacral ou caudal com injeção estereoides e bloqueio com radiofrequência convencional da articulação sacroilíaca.*

*DESCRITORES: SACROILEÍTE; DOR LOMBAR CRÔNICA; SÍNDROME PÓS-LAMINECTOMIA.*

### ABSTRACT

*Chronic back pain due to unilateral sacroilitis and post laminectomy fibrosis is a disaster in quality of life of the patient who underwent lumbosacral spine surgery with its limitations in diagnosis and treatments options. We report a 56 years old female patient with chronic back pain with sciatic after surgery. A pain relief occurred after blocking: sacral or caudal block with steroids injections and conventional radiofrequency blockade of the sacroiliac joint.*

*KEYWORDS: SACROILITIS; CHRONIC BACK PAIN; POST LAMINECTOMY SYNDROME.*

### INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica é uma complicação que pode persistir na mesma localização da dor original após intervenção cirúrgica. A definição exata não deve ser aplicada com rigor, a dor proveniente da síndrome pos laminectomia é complexa e a dor decorre de uma variedade de elementos da coluna vertebral. As causas da dor podem ser mecânicas e não mecânicas: as condições mecânicas incluem pseudoartroses; dor discogênica; infecção; sacroileíte; artrose zigoapofia adjacente ao nível da cirurgia. As condições não mecânicas incluem fibrose peridural, aracnoidite e estenose residual (1,2). O desenvolvimento de dor miofascial é comum (3) e ocorre durante ou depois de um procedimento cirúrgico.

A dor lombar crônica pode ser proveniente de uma sacroileíte pela sobrecarga mecânica. A prevalência tem sido reportada em 15 a 25% dos pacientes (1;2). A fibrose peridural é comum e pode justificar a ocorrência em 20 a 36% dos pacientes acometidos por dor (3). A fibrose é formada por aderências associado a perda ou diminuição do movimento do liquor cefalorraquidiano que diminui a nutrição, ocorre e leva ao sofrimento do

nervo e a saco dural, causando edema e isquemia. A partir deste momento, são desencadeados os sintomas dolorosos.

O diagnóstico é feito através dos métodos de imagem. A avaliação clínica deverá ser criteriosa, observando a história clínica e exames complementares. O tratamento inclui desde a forma conservadora e até uma nova necessidade de cirurgia. O objetivo desse trabalho é relatar um caso de sacroileíte unilateral e fibrose peridural pós-cirurgia de coluna lombar através dos recursos empregados para o diagnóstico e tratamento.

### RELATO DE CASO

Paciente de 56 anos, sexo feminino, procedente de Taguatinga - Distrito Federal, com quadro de lombociatalgia crônica há 9 anos. Foi realizado laminectomia simples com retirada da hérnia disco L5S1. Há 7 anos submeteu a revisão de cirurgia com fixação pedicular e artrodese L4L5S1 (Figura 1). O quadro doloroso continuou com piora e intensidade associada a limitação de movimento, tais como: sentar por curto período e permanecer em pé por período prolongado. Além do acometimento lombar, com presença de irradiação da dor para região glútea e membro inferior direito.

1 - Grupo de Estudo da Dor – Brasília – DF

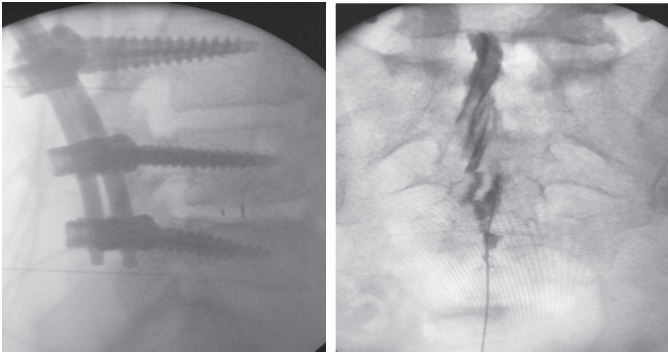


Figura 1 – Radiografia em perfil da coluna com artrodese L4L5S1 e presença de parafusos pediculares (A) e estreitamento e falta de permeabilidade do contraste sem extravasamento foraminal (B).

O exame físico apresentava limitação da flexão e extensão coluna lombar, marcha e postura antálgica, contratura da musculatura dos isquiotibiais e psoas bilateral, dor face lateral posterior da coxa direita, dor palpação trocânter maior, teste LASEGUE e valsava presente e positivo. A articulação sacroilíaca à direita apresentou teste positivo (Patrick-Fabere e Gaenslen). Escala visual da dor (EVA) 10.

Os exames solicitados foram eletroneuromiografia e ressonância magnética. A eletroneuromiografia mostrou alteração da raiz de L5S1. A ressonância magnética (Figura 2) mostra alteração degenerativa intensa articulação sacroilíaca direita, presença de espaçador em espaço discal L4L5 e L5S1, presença de parafuso transpediculares L4L5S1, laminectomia total L4L5S1, alterações fibrociatricias L4L5S1 margeando face posterior da saco dural, atrofia muscular muscular com lipossustituição L4L5S1.

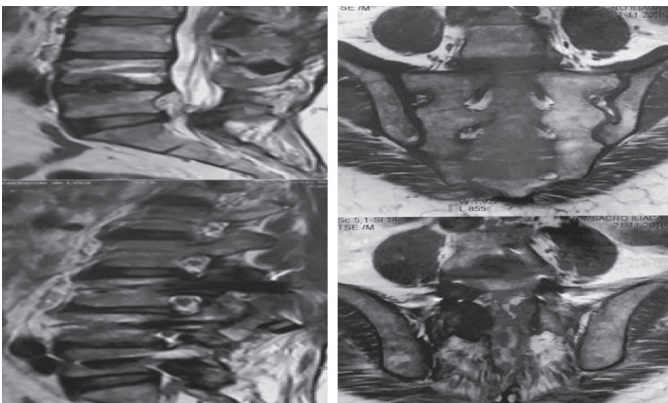


Figura 2 - Imagens da ressonância magnética da coluna lombar e da articulação sacro ilíaca.

Foi prescrito por 3 meses o uso de gabapentina 300 mg 1 cp vo 8/8 horas e arnica montana em complexos 1 cp sublingual 8/8 horas sem melhora. Sem melhora, prescrito tramadol 100 mg 1cp vo 12/12horas , gabapentina 300 mg 1cp 12/12horas, duloxetine 30 mg 1cp vo dia, buprenorfina 10mg aplicação im 1 vez por semana por 3 meses. E a dor

persistindo sem nenhuma possibilidade de melhora. Foi mudada a receita e prescrito duloxetine 60mg 1cp vo após almoço, gabapentina 300 mg 1cp 8/8 horas e oxycodona 10 mg 12/12horas por 3 meses.

Durante todo período do uso de medicação, foram realizadas acupuntura e fisioterapia. A escala visual da dor não apresentou melhora e permaneceu em 10. Foi proposto realizar epidurograma e bloqueio sacral ou caudal com injeção ropivacaína e dexametasona, bloqueio com radiofrequência convencional com uso de symplicit em articulação sacro ilíaca direita (Figura 3). Todo procedimento foi realizado com uso de radioscopia. O quadro pós procedimento apresenta escala visual da dor em 3 com melhora da qualidade de vida da paciente.

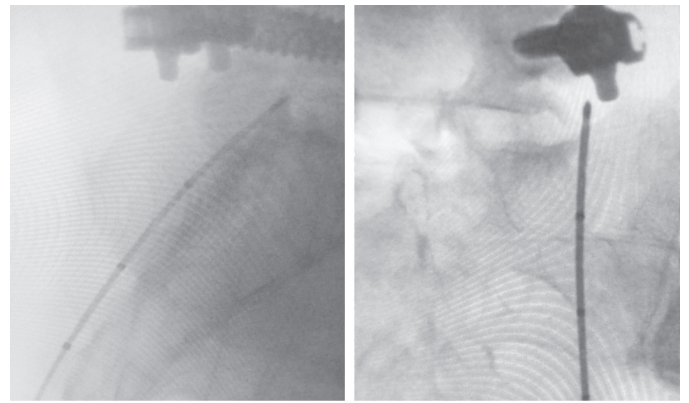


Figura 3 - Ablação por radiofrequência convencional da articulação sacroiliaca direita.

Último retorno em 08/05/2019, a paciente apresentou remissão total da ciatralgia sem dor sacro ilíaca direita com diminuição da dose referente a medicação. Em uso gabapentina 300mg 12/12horas e duloxetine 30mg ao dia. Apresentou escala visual (EVA) da em 2. Referindo muita satisfação com tratamento (Figura 4).



Figura 4 - Paciente sem dor fazendo exercícios.

## DISCUSSÃO

As complicações da cirurgia de coluna ocorrem pelo erro de prevenir complicações durante o ato cirúrgico. A mensuração

deve identificar o risco real do paciente através da avaliação de suas comorbidades e idade, avaliação suficiente e detalhada das imagens, conhecimento patologia espinhal presente, tipo e técnica cirúrgica e experiência do cirurgião.

A fibrose peridural ocorre com frequência após descompressão vertebral. Geralmente, a evolução é benigna no pós-operatório imediato, mas pode estar associado com sintomas de dor ciática e lombar residual. No transcorrer de 3 a 6 meses a dor torna-se insuportável. A fibrose somente é patológica e sintomática, quando ocorrer a compressão com tensão da raiz do nervo e saco dural(4). Pacientes reoperados têm aumentado o risco de desenvolver sintomas de dor crônica.

O diagnóstico da fibrose peridural sintomática é difícil (5). A ambiguidade do diagnóstico é um obstáculo no reconhecimento efetivo para cada modalidade de tratamento (6). A estrutura responsável pela dor é identificada em menos de 20% dos casos (7).

O essencial na avaliação deste paciente, é distinguir e diferenciar o resquício da doença degenerativa da coluna vertebral com a fibrose cicatricial (3). A ressonância magnética (7,8) permite essa diferenciação com sensibilidade de 100%, especificidade de 71% e exatidão de 89%. O exame de ressonância magnética com administração de gadolínio – DTPA (ácido dietileno triamino pentálico) é a técnica mais precisa para distinguir a fibrose.

Outra forma de avaliação é através do epidurograma que consiste na administração de contraste por via sacral. O contraste pode ser realizado por via interlaminar transforaminal e caudal (10,11,13,14). O sucesso da técnica propicia ao cirurgião imenso conforto e rapidez em tempo real na avaliação clínica e sua correlação da fibrose patológica. É possível detecção por este método de fibrose menor 3mm de espessura, enquanto a ressonância magnética reconhece a fibrose maiores de 3 mm.

A articulação sacroilíaca representa um problema claro no diagnóstico capaz de distinguir o que existe de síndrome clínica. Vários testes clínicos são aplicados para avaliar a geração de dor, porém os testes não são confiáveis. O padrão ouro no diagnóstico da sacroileíte é o bloqueio por meio da injeção de anestésico intra-articular da articulação sacroilíaca (2,12). Outros métodos de mensuração é a ressonância magnética e a cintilografia.

O potencial de risco de desenvolver dor lombar após múltiplas fusões dos segmentos lombares com ou sem a fusão do sacro aumenta chances de apresentar sacroileíte associada. A sacroileíte não pode ser esquecida como causa de dor (2).

O tratamento adequado não é a intervenção cirúrgica propriamente dita. Devemos buscar soluções menos invasivas, ou melhor, as minimamente invasivas. A escolha do método dependerá da condição técnica do cirurgião. A utilização de

bloqueio caudal com esteroides tem mostrado alívio e melhora da qualidade de vida do paciente. Essa pratica tem ganhado vários adeptos ao redor do mundo.

O tratamento intervencionista tem como objetivo o alívio dos sintomas e o restabelecimento da qualidade de vida do paciente. São as injeções epidurais, ablação por radiofrequência e neuromodulação (15). Neste relato de caso, a paciente submeteu – se a ablação por radiofrequência convencional da articulação sacroilíaca, injeção epidural caudal. O bloqueio com uso da radiofrequência convencional da articulação sacroilíaca tem sido promissor com alívio dos sintomas referente principalmente na dor lombar.

## REFERÊNCIAS

- 1- DePalma MJ, Ketchum MJ, Saullo TR. Etiology of Chronic Back Pain Having Undergone Lumbar Fusion. *Pain Medicine* 2011;12:732-739.
- 2- Unoki E, Abe E, Murai H, Kobayashi T, Abe T. Fusion of Multiple Segments Can Increase the Incidence of Sacroiliac Joint Pain After Lumbar or Lumbosacral Fusion. *Spine* 2016;41(12): 999-1005.
- 3- Chan CW, Peng P. Failed Back Surgery Syndrome. *Pain Med.* 2011;12:577-606.
- 4- Kuslich SD, Ulstrom CL, Michael CJ, The Tissue Origin of Low Back Pain and Ciatica: Report of pain Response to Tissue Stimulation during Operations on the Lumbar Spine Using Local Anesthesia. *Orthop Clin North Am* 1991; 22 (2): 181-7.
- 5- Waguespack A, Schofferman J, Slosar P, Reynolds J. Etiology of Long Failures of Lumbar Spine Surgery. *Pain Medicine* 2002; 3 (1): 18-22.
- 6- Cho JH, Lee JH, Song KS, Hong JY. Neuropathic Pain after Spine Surgery. *Asian Spine J* 2017; 11 (4): 642-52.
- 7- Teixeira MJ, Yeng LT, Garcia OC, Fonoff ET, Paiva WS, Araujo JO. Síndrome Dolorosa pós laminectomia: Estudo Descritivo da Abordagem Terapêutica em 56 pacientes. *Rev Assoc Med Bras*, 2011; 57 (3): 286-91.
- 8- Bundschuh CV. Imaging of the Postoperative lumbosacral Spine. *Neuroimaging Clin North Am* 1993; 3 (3): 499-516.
- 9- Bundschuh CV, Stein L, Slusser JH, Schinco FP, Ladaga LE, Dillon JD. Distinguishing Between Scar and Recurrent Herniated Disc in Postoperative Patients: Value of Contrast – Enhanced CT and MR Imaging. *Am J Neuroradiol* 1990; 11 (5): 949-58.
- 10- Burton Cv, Kirkaldy-Willis WH, Yong-Hing K, Heilhoff KB. Causes of Failure Spine on the Lumbar spine. *Clin Orthop Rel Res* 1981; 157: 191-9.
- 11- Ross JS, Robert JT, Frederickson RC, Petrie JL, Obuchowski N, Modic MT, diTribolet N. Association Between Peridural Scar and Recurrent Radicular pain after Lumbar Discectomy: Magnetic Resonance Evolution. *Adcon-1 Europe Group. Neurosurgery* 1996; 28 (4): 855–961.
- 12- King W, Ahmed SU, Baisden J, Patel N, Kennedy DJ, MacVicar J, Duszynski B. Diagnosis and Treatment of Posterior Sacroiliac Complex Pain: A Systematic Review with Comprehensive Analysis of the Published data. *Pain Medicine* 2015; 16: 257-65.
- 13- Racz GB, Day MB, Heavner JE, Scott J. Lysis of Epidural Adhesions. The Racz Techniques. In Waldman SD, 2nd Ed. *Pain Management*. Philadelphia,USA: Elsevier Saunders, 2011; 169: 1258-72.
- 14- Khna TH. Epidurography. *Anaesth Pain & Intensive Care*, 2009; 13 (1): 31-44.
- 15- BaberZ, Erdek MA. Failed Back Surgery Syndrome: Current Perspectives. *J Pain Res.* 2016; 9: 979-87.