

Dor Lombar Crônica associado à Doença Reumática: valorização da dor durante o exame periódico

Chronic Low Back Pain associated with Rheumatic Disease: valuation of pain during periodic examination

Edson Pedroza dos Santos Junior, Ricardo Finamore, Elmara Oliveira Barros, Amanda Regina Roewer.¹

RESUMO

Introdução: A dor lombar crônica tem sido uma das doenças que mais afasta brasileiros do trabalho. Pode estar relacionada ao envelhecimento natural, estresse e sobrepeso. A dor por si só pode ser também um sintoma, seja de problemas ginecológicos, renais, intestinais ou patologias reumáticas. A Espondilite Anquilosante é uma das principais doenças dentro do grupo de doenças inflamatórias articulares denominadas espondiloartrites, tem o perfil de doença crônica e progressiva que afeta primariamente as articulações sacroilíacas e o esqueleto axial. As principais perdas funcionais ocorrem durante os primeiros 10 anos da doença.

Objetivo: Relatar caso de trabalhador com dor lombar crônica com diagnóstico de espondilite anquilosante desde a avaliação no exame periódico ao resultado do acompanhamento médico durante dois anos em uso de medicamento imunobiológico.

Discussão: A dor lombar crônica altera a qualidade de vida do paciente, acarretando diferentes níveis de dor e comprometimento articular levando a incapacidade física, social, econômica ou psicológica. As terapias com biológicos tem sido a modalidade mais recente de tratamento de lombalgia associada a doença inflamatória articular de origem reumática. É fundamental o papel do Médico do trabalho na avaliação do trabalhador desde a valorização dos sintomas a correlação ou não com as atividades do trabalho, buscando formas de prevenção de agravos a saúde e certificação do sucesso no tratamento das enfermidades.

Descritores: *Dor lombar crônica, espondilite anquilosante, terapia biológica.*

ABSTRACT

Introduction: *Chronic low back pain has been one of the diseases that most keep brazilians away from work. May be related to natural aging, stress and overweight. Pain itself can also be a symptom, whether of gynecological, kidney, intestinal problems or rheumatic pathologies. Ankylosing Spondylitis is one of the main diseases within the group of inflammatory joint diseases called spondyloarthritis, has the profile of a chronic and progressive disease that primarily affects the sacroiliac joints and the axial skeleton. The main functional losses occur during the first 10 years of the disease.*

¹Centro de Tratamento da Dor - Palmas, TO.

Objective: To report the case of a worker with chronic low back pain diagnosed with ankylosing spondylitis from the evaluation in the periodic examination to the result of the medical follow-up for two years using immunobiological medication.

Discussion: Chronic low back pain alters the patient's quality of life, causing different levels of pain and joint impairment, leading to physical, social, economic or psychological disability. Biological therapies have been the most recent modality of treatment for low back pain associated with inflammatory joint disease of rheumatic origin. The role of the Occupational Physician in the evaluation of the worker is fundamental, from the valuation of symptoms to the correlation or not with work activities, seeking ways to prevent health problems and certification of success in the treatment of diseases.

Keywords: Chronic low back pain, ankylosing spondylitis, biological therapy.a.

INTRODUÇÃO

A lombalgia ou dor lombar crônica (DLC) é uma condição multifatorial, que pode estar relacionada ao trabalho, fatores organizacionais, físicos, psicossociais e sociológicos conforme a Organização Mundial da Saúde¹. A dor lombar é a 2ª causa mais frequente de morbidade e incapacidade, estando associada a importante impacto social e econômico. Tem sido um dos principais motivos de consultas médicas, hospitalizações e intervenções cirúrgicas, acomete comumente homens acima de 40 anos e mulheres entre 50 a 60 anos de idade, estas provavelmente em decorrência da maior prevalência e consequências da osteoporose².

Quanto a caracterização em tempo de dor temos: Fase aguda: presença de dor de início súbito com duração inferior a 6 semanas, autolimitada e dura em média de um a sete dias (cerca de 90% dos pacientes se recuperam espontaneamente, 60% retornam para as suas funções no prazo de um mês); subaguda: Duração de 6 a 12 semanas e o retorno à função habitual ocorre em até três meses; crônica ocorre em somente cerca de 8% dos casos, ultrapassa 12 semanas, compromete a produtividade e tem maior dificuldade de se resolver por completo³.

Dentre as justificativas de incapacidade laboral e de afastamento do trabalho a DLC lidera entre as principais causas. Pelo menos uma terça parte da população já relatou que as dores lombares prejudicaram suas atividades trabalhistas³. Em uma pesquisa realizada no sul do Brasil, 76,7% dos indivíduos com dor DLC referiam quadro algico em intensidade que comprometia a realização das atividades laborais⁴.

Alguns fatores de risco presentes no ambiente de trabalho podem estar ligado a DLC, tendo entre os de maior destaque a postura incorreta, falhas na organização do trabalho, sobrecarga de laboral, mobília e equipamentos impróprios, ambiente inadequado, levantamento de peso, tensão, movimentos repetitivos e cobranças de produtividade⁵.

A DLC é uma condição médica complexa, inclui uma ampla variedade de sintomas. Na prática clínica, os pacientes são categorizados em três grupos: 1- associado a uma doença subjacente específica; 2 - com presença de componente neuropático (associada

à lesão ou doença do sistema nervoso somatossensitivo); 3- inespecífica (que na maioria dos casos é de origem mecânica)⁶.

Dentre as doenças reumáticas a Espondilite Anquilosante (EA) é uma das principais doenças inflamatórias articulares que provocam lombalgia crônica, portanto deve ser lembrada. Apresenta particularidades epidemiológicas, clínicas, anatomopatológicas, radiológicas e imunogenéticas. Geralmente tem início na segunda à terceira década da vida, preferencialmente em indivíduos do gênero masculino, caucasianos e HLA-B27-positivos⁷.

As características fisiopatológicas se traduzem em sintomas clínicos como dor lombar e no quadril crônica, podendo estar acompanhado de artrites de articulações periféricas, entesopatias, fadiga, rigidez articular matinal além de transtorno do sono. Alterações clínicas apresentadas estão associadas à incapacidade funcional, diminuição da capacidade laboral e da qualidade de vida relacionada à saúde física e mental. Em longo prazo as alterações estruturais ósseas podem causar perda significativa da motilidade e deformidades permanentes nos ossos. A uveíte anterior aguda é uma das principais manifestações extra-articulares, mais frequente⁸.

Os anti-inflamatórios não hormonais (AINHs) e a prática de atividades físicas se enquadram como primeira etapa do início de tratamento da EA. Em casos de sintomas refratários aos AINHs, os corticoides são eventualmente usados em situações específicas, assim como várias drogas antirreumáticas, entre elas a sulfasalazina, o metotrexato e, mais recentemente, os biológicos anti-TNF, que parecem ter papel modificador na evolução da doença⁹. O biológico secuquinumabe tem mostrado eficácia e segurança no tratamento da EA⁸.

Têm sido descritos diversos instrumentos para avaliar os diferentes problemas apresentados pelos pacientes com EA desde o início da década de 90, auxiliando a quantificar a atividade da doença, o comprometimento funcional, o grau de lesão estrutural, a evolução do paciente e a qualidade de vida. Dentre eles o teste de Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) e o Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS)¹⁰.

RELATO DE CASO

Paciente, 29 anos, masculino, caucasiano, trabalhador (área administrativa). Possui diagnóstico de ansiedade e depressão controlada. Nega tabagismo e uso de bebida alcoólica nos últimos seis meses. Prática tênis de mesa. Em uso contínuo de Clonazepan 2mg e Sertralina 50mg (uma vez ao dia).

Em uma consulta de exame periódico, relatou uso constante e intercalados de Nimesulida, Meloxicam, Ibuprofeno para tratamento de dores articulares e ainda colírio a base de corticoide para os olhos quando os mesmos se encontram avermelhados e dolorosos. Funções fisiológicas preservadas, nega dor abdominal e quadro de diarreias prolongadas.

Há dois anos iniciou episódios prolongados de vermelhidão e dor ocular (sempre unilateral) que melhoram com uso de colírio a base de corticoide e voltam a apresentar com descontinuação do mesmo. Refere dor lombar baixa há 12 meses, de início insidioso e responsivo ao uso de analgésicos. Nos últimos 6 meses a dores lombares intensificaram, com irradiação para região de quadril esquerdo, com piora ao repouso, acompanhado de fadiga e rigidez matinal maior que uma hora, diminuindo ao decorrer do dia conforme movimentação do corpo. Relata passagem pelo médico ortopedista, onde foi prescrito AINhs que promoveram melhora das dores cerca de 30% a 50% quando usava regularmente, sempre que apresentava dor epigástrica descontinuava as medicações.

No exame físico não foi encontrado manchas de pele, alterações ungueais e sinovites articulares periféricas. Estava presente quadro de vermelhidão ocular a esquerda, o teste de Patrick-Fabre foi positivo, o que sugeria acometimento de articulação sacro ilíaca a esquerda. Apresentava teste BASDAI > 5 (elevado grau de atividade de doença): Indiferente quanto ao quadro de dor após seis meses em uso de analgésicos e AINEs, ou seja, sem resposta ao tratamento inicial.

Avaliação oftalmológica atual confirmou quadro de Uveíte anterior, reintroduzindo colírio a base de corticoide. Exames laboratoriais: Hemograma, função renal e hepática normal; Fator reumatoide não reagente; PCR: 5,5mg/dl; HLA B27 presente.

Com resposta insatisfatória com AINEs e uso de colírio a base corticoide de forma crônica foi prescrito pelo médico Reumatologista medicamento biológico Secuquinumabe 150mg (com dose de ataque conforme padronizado no Brasil). Exames de imagem antes do início do tratamento com biológico (Figura 1 e 2): Ressonância Magnética da sacro-ilíaca evidencia presença de sinovite a esquerda, com edema da medula óssea, realce na interlinha articular – realizado após 6 meses em uso de AINEs.

Avaliação após 4 semanas em uso de Secuquinumabe 150mg foi mensurada o ASDAS: 4,3 e BASDAI: 4,9 mostrando atividade de doença acompanhado de uma tímida melhora clínica. Após 40 semanas de tratamento foi mensurado com ASDAS: 1,2 e BASDAI: 0,6, resultado excelente compatível com inatividade de doença e melhora do quadro clínico geral, sem limitações físicas e alterações oculares. Aos dois anos de acompanhamento os testes de avaliação do tratamento continuaram melhorando, com ASDAS <6 e BASDAI: 0, foi comprovado um efeito sustentado da resposta ao biológico á longo prazo. Exame de imagem de sacro ilíaca compatível com remissão do quadro inflamatório (Figura 3).

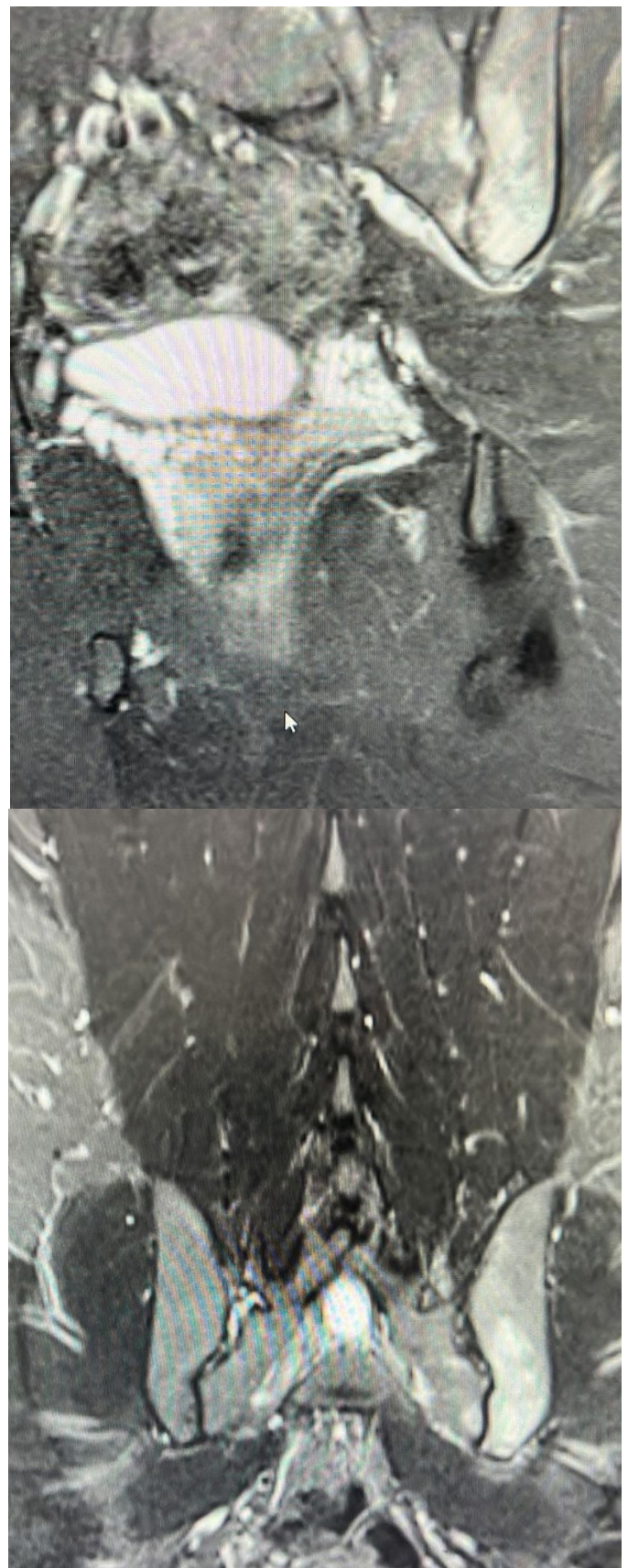


Figura 1. Ressonância Magnética do quadril esquerdo evidencia edema medular em sacro ilíaca a esquerda.



Figura 2. Ressonância Magnética da sacro-ílica evidencia presença de sinovite a esquerda, com edema da medula óssea, realce na interlinha articular – Realizado após 6 meses em uso de AINES.

DISCUSSÃO

A DLC tem sido tema de muita discussão e pesquisas por conta da sua alta prevalência e incidência, demonstrando ter um impacto cada vez mais crescente nos gastos com a saúde. É uma importante causa de incapacidade, do uso dos serviços de saúde, ausência no trabalho e aposentadoria precoce¹¹.

Pesquisas epidemiológicas estimam a prevalência das lombalgias na população em geral entre 50% a 80%. A lombalgia ocupacional, está entre as maiores causas de transtorno de saúde relacionado com o trabalho e de absenteísmo, mais comum causa de incapacidade em trabalhadores adultos jovens e é responsável por aproximadamente 1/4 dos casos de invalidez prematura¹².



Figura 3. Ressonância Magnética da sacro-ílica evidencia a ausência de sinovite a esquerda, sem edema da medula óssea, após o uso do imunobiológico.

Devido acometimento de parte da população economicamente ativa, estar relacionada a casos de incapacidade laborativa, acarretar custos decorrentes da perda de produtividade, dos dias não trabalhados, de encargos médicos e legais, do pagamento de seguros e de indenizações por invalidez, além de trazer sofrimento a pacientes e familiares, a lombalgia ocupacional deve ser analisada também como uma questão socioeconômica².

Em pesquisa realizada no Brasil, percebeu-se que há uma grande associação entre a jornada diária e carga excessiva com a prevalência de dor lombar em trabalhadores, bem como, acometendo diversas profissões. Ressalta que naquelas ocupações em que exigem maior tempo em posições estáticas, numerosos são os relatos de sintomatologia dolorosa na região lombar e prejuízos na qualidade de vida. Também foi observado que

muitos desses profissionais mantêm a realização das suas atividades mesmo na presença de dor¹.

É difícil a forma de abordagem da DLC devido inexistência de uma fidedigna correlação entre os achados clínicos e os de imagem. Justifica-se pela complexidade do segmento lombar (inervado por uma difusa e entrelaçada rede de nervos), onde nem sempre permite estabelecer, com exatidão, o local de procedência da dor. A caracterização etiológica da dor lombar é um processo que exige uma abordagem propedêutica que inclua história clínica, exame físico e exames complementares¹². Descrito em pesquisas, observou-se que em serviço de atendimento primário (não especializado), cerca de 15% das dores lombares estavam relacionadas a uma causa específica (trauma, infecção, inflamação, artrite reumatoide, tumor, hérnia discal, vasculopatia etc.), e em 75% não se encontraram uma causa orgânica evidente⁶.

Estudos estimam que a EA pode ser responsável por até 5% dos casos de lombalgia crônica. A prevalência mundial varia, conforme raça e região, de 0,1 a 1,4% (a média é de 0,5%). Pesquisas apontam uma demora para estabelecer o diagnóstico de EA de 3 a 11 anos¹³. Prevalece a hipótese do envolvimento de mediadores imunes como mecanismo principal na etiologia e patogênese da EA, incluindo várias citocinas como o fator de necrose tumoral (TNF), interação entre a resposta das células T, fatores genéticos, fatores ambientais e antígenos bacterianos. Existe uma forte associação dessa doença com o HLA-B27. Estima-se que aproximadamente 92% dos pacientes caucasianos portadores de EA são HLA-B27-positivos¹⁴.

Na EA, a dor pode ter uma característica de uma pseudociatalgia alternante. Um conjunto de informações colhidas na avaliação do paciente apresentam sensibilidade de 95% e especificidade de 85% para a sua identificação, são elas: lombalgia de caráter insidioso (que piora pela manhã); duração igual ou maior que três meses; início antes dos quarenta anos de idade e, rigidez matinal da coluna lombar, que acorda o paciente durante a segunda parte da noite e melhora da dor com atividade física¹².

Na avaliação diagnóstica, quanto HLA-B27 presente associado a presença de sacroileíte na ressonância magnética, aumenta a especificidade diagnóstica para EA desta última de 62 para 77% em relação à ressonância magnética isolada, sem alterar a sensibilidade. Quanto ao teste HLA-B27 positivo sozinho previu a doença com 48% de probabilidade, quando teste negativo excluiu a doença com 88% de probabilidade¹⁵.

Com a introdução de terapia medicamentosa com biológicos, e devido os altos custos das mesmas a presença de métodos (testes) mais objetivos para mensuração da atividade, como evolução da doença, e diferenciar sequelas de atividade bem como a resposta ao tratamento tornaram obrigatória a demonstração de evidências para melhor direcionarmos os recursos da saúde do país, dentre eles os testes ASDAS E BASDAI¹⁰.

O uso dos instrumentos ASDAS E BASDAI permitiram uma comparação entre fases de tratamento inicial entre 16 a 40 semanas de tratamento demonstrando efeito satisfatório e rápido com uso de Secuquinumabe 150mg, e em dois anos de acompanhamento do paciente onde se constata o efeito sustentado do tratamento.

A importância deste trabalho foi apresentar caso de trabalhador com quadro clínico de uveíte de longa data, que mais tarde apresenta lombalgia insidiosa (que não foi valorizado pelo próprio paciente no primeiro momento), evoluindo para DLC e que em consulta em exame periódico com médico do trabalho, após descartar associação com atividades laborais, e avaliar que não teve resposta a tratamento convencional foi encaminhado ao Reumatologista, onde contrariando o tempo normalmente gasto entre início dos sintomas ao tratamento obteve bons resultados chegando a remissão da doença em tempo satisfatório, sem prejuízos anatômico, funcionais e psicológicos ao paciente.

Com base nos estudos analisados, só reforça que a dor lombar em trabalhadores tem sido muito recorrente. As principais causas têm sido relacionadas ao trabalho e causas externas, porém, a cronificação da lombalgia pode também estar relacionadas a doenças pré-existentes, por isso o médico do trabalho deve se atentar e valorizar os sintomas, mesmo que insidioso. A alta prevalência de dor lombar nessa população pode trazer consequências negativas para a qualidade de vida, funcionalidade e produtividade no trabalho.

Devem ser adotadas medidas preventivas em empresas e instituições, como a preocupação com a ergonomia. É importância a participação do médico do trabalho na realização dos exames periódicos e na realização de avaliações cinético-funcional, buscando formas de prevenção de agravos a saúde e tratamento focalizadas nesse público-alvo. Através dessas medidas as chances de alcançar um prognóstico positivo para a prevalência de dor lombar em profissionais se tornam maiores.

REFERÊNCIAS

1. Silva LL, et al. Análise da prevalência de dor lombar associada à atividades ocupacionais: uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.2, p. 11729-11743 feb. 2021
2. Helfenstein, MJ; Goldenfum, MA; Siena, C. Lombalgia ocupacional. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 56 (5) • 2010 <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000500022>
3. Teixeira, M. J. Epidemiologia clínica da dor. *Rev. Med.*, v. 78, n. 1, p. 36-42, janeiro/março/1999.
4. Silva MC, Fassa AG, Valle NGJ. Dor lombar crônica em uma população adulta no sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:377-85.
5. Souza, A. C.; Coluci, M. Z. O.; Alexandre, N. M. C. Sintomas osteomusculares em trabalhadores da Enfermagem: uma revisão integrativa. *CiencCuid Saúde* v. 8, n. 4, p. 683-90, 2009. Disponível em: < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9707>>.
6. Almeida, DC; Kraychete, DC. Dor lombar

- uma abordagem diagnóstica. *Rev. dor* 18 (02) • Abr-Jun 2017 • <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170034>
7. Khan MA. Spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am* 1992;18(1):1-276.
 8. BRASIL. Ministério de Saúde. Relatório de recomendação de medicamento (Conitec) nº 640. Secuquinumabe como primeira etapa de terapia biológica para o tratamento de espondiloartrite axial em pacientes adultos. Brasília,DF, 2021.
 9. Gouveia EB; Elmann D; Morales, MAS. Espondilite anquilosante e uveíte: revisão. Artigo de Revisão • *Rev. Bras. Reumatol.* 52 (5) • out 2012
 10. Shinjo SK, Gonçalves R, Gonçalves CR. Medidas de avaliação clínica em pacientes com espondilite anquilosante: revisão da literatura. *Rev. Bras. Reumatol.* 46 (5), out 2006.
 11. Yamada, K. A. et al. Escala de Confiança de Baixa Atividade (LoBACS): validade preliminar e confiabilidade. *Phys Ther*, v. 91, n. 11, p. 1592-603, 2011.
 12. Brazil AV, Ximenes AC, Radu AS, Femades AR, Appel C, Maçaneiro CH, et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. *Rev Bras Reumatol.* 2004;44(6):482-504.
 13. Fochesatto Filho L, Barros E. *Medicina Interna na Prática Clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2013.
 14. Khan MA. *The Spondylarthritides*. 4.ed. Oxford: Oxford University Press; 1998.
 15. Bennett AN, McGonagle D, O'Connor P, Hensor EM, Sivera F, Coates LC, et al. Severity of baseline magnetic resonance imaging-evident sacroiliitis and HLA-B27 status in early inflammatory back pain predict radiographically evident ankylosing spondylitis at eight years. *Arthritis Rheum.* 2008;58(11):3413-8.