

REGRESSÃO ESPONTÂNEA DE HÉRNIA
DISCAL LOMBAR SINTOMÁTICA

R. Pimenta Ribeiro*, R. Milheiro Matos*, A. Vieira**, J.M. Dias da Costa***, R. Proença*, R. Pinto*

Resumo

A patologia discal herniária é muito frequente, levando por vezes à incapacidade dos doentes, e em razoável número de casos à cirurgia. Este trabalho reporta um caso clínico de um doente com uma hérnia discal sintomática de grandes dimensões, que sofreu reabsorção espontânea, não sendo necessário recorrer a tratamento cirúrgico. O caso é documentado com base em RM da coluna lombar seriadas, concordantes com a melhoria clínica do doente.

Palavras-Chave: Coluna Vertebral; Hérnia Discal; Regressão Espontânea.

Abstract

Lumbar disc herniation is very common, sometimes leading to disability of the patient, and in a significant number of cases can only be solved with surgery. This paper reports a case with a large symptomatic disc herniation, which suffered spontaneous regression, and no surgery was necessary. The case is documented on serial MRI, consistent with the clinical improvement of the patient.

Keywords: Spine; Disc Herniation; Spontaneous Regression.

Introdução

A hérnia discal lombar, mais frequente em L4-L5 e L5-S1, consiste na herniação do núcleo pulposo

para o canal vertebral, podendo comprimir uma ou mais raízes nervosas provocando dor com irradiação ao membro inferior e alterações sensitivo/motoras. Esta sintomatologia surge, quer pela compressão directa, quer pela irritação química provocada pela substância de degradação do núcleo pulposo sobre as raízes nervosas¹.

Apesar do tratamento cirúrgico na abordagem desta patologia ser prática comum há mais de 60 anos, ainda hoje permanecem algumas dúvidas acerca do melhor tratamento do doente com patologia discal lombar. O tratamento conservador apresenta-se como alternativa à cirurgia, com remissão completa ou parcial da sintomatologia dolorosa e neurológica em alguns doentes, inclusive com redução do tamanho da hérnia².

Em 1985, Teplick e Haskin publicaram pela primeira vez um caso clínico confirmado por imagem (TAC) de regressão espontânea de hérnia discal. Desde essa altura vários casos dispersos têm sido descritos³.

Os autores apresentam um caso acompanhado durante 3 meses e controlado por RM, com resolução espontânea.

Caso Clínico

Homem de 34 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, inicia quadro de instalação súbita de lombociatalgia direita severa, em pontada, com irradiação até ao pé, associado a parestesias no território de S1, “com sensação de choque eléctrico”. O quadro clínico surgiu na sequência de esforço físico intenso durante a actividade profissional (ao levantar um objecto pesado), mantendo-se por cerca de 4 meses. A dor estava presente em repouso, agravando com esforços e com o ortostatismo. Durante esse período o doente manteve-se sempre apirético, com bom estado geral e sem queixas relativas a outros aparelhos e sistemas, tendo sido orientado para consulta de Ortopedia. No exame

* Serviço de Ortopedia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Hospital de São João, Porto, Portugal

** Serviço de Radiologia, Hospital de São João, Porto, Portugal

*** Serviço de Neurorradiologia, Hospital de São João, Porto, Portugal



Figura 1. RM inicial (corte sagital) evidenciando volumosa hérnia discal L5-S1



Figura 2. RM inicial (corte transversal), onde é visível compressão da raiz S1 direita.

neurológico inicial apresentava, a nível do membro inferior direito, sinal de Lasègue positivo, hipostesia táctil do território de S1 e diminuição da força muscular de flexão plantar do hallux (grau IV/V) com dificuldade em caminhar «em pontas» associada. Sem alterações dos reflexos rotulianos e aquilianos bilateralmente.

Suspeitando de se tratar de uma hérnia discal traumática a nível lombar, solicitou-se RM da coluna lombar, que revelou diminuição da altura com desidratação do disco intervertebral, hérnia posterior extrusada centro-lateral direita, migrada caudalmente a ocupar o recesso lateral, causando compressão da raiz S1 direita (Figuras 1 e 2).

Confirmada a suspeita clínica, prescindiu-se da electromiografia tendo-se iniciado de imediato tratamento conservador com analgesia, relaxante muscular e uso de cinta com apoio lombar, com remissão gradual do quadro clínico. Ao fim de 3 meses o doente encontrava-se assintomático, altura em que efectuou nova RM onde era evidente re-

gressão quase completa da hérnia discal migrada (Figuras 3 e 4). Um ano depois, o doente encontra-se sem dor ou défices musculares, apenas com ligeira parestesia ao nível do bordo lateral do pé direito, em franca regressão.

Discussão

As hérnias discais lombares afectam 2% da população. Destes, menos de 10% apresentam sintomatologia após 3 meses que justifiquem intervenção cirúrgica. Em alguns destes casos, a ruptura abrupta do anel fibroso ocorre com extrusão de material do núcleo pulposo, com formação de um sequestro volumoso e clinicamente sintomático¹. No entanto, mesmo nestes casos, a sua regressão espontânea encontra-se descrita na literatura, tendo mesmo vindo a aumentar o número de casos descritos com o aumento disseminado do uso da RM, embora apenas em casos isolados e sem explicação definitiva do mecanismo⁴⁻⁶. Três teorias



Figura 3. RM de controlo, passados 3 meses de tratamento conservador, mostrando regressão quase completa da hérnia discal



Figura 4. RM de controlo (corte transversal), em T2, evidenciando recesso lateral direito livre de hérnia

foram apresentadas tentando explicar este fenómeno. A 1ª envolve a reabsorção de tecidos, na qual vários investigadores defendem que esta acontece por degradação enzimática e fagocitose, durante a reacção inflamatória e da neo-vascularização. A 2ª teoria defende que o fragmento desaparece por progressiva desidratação, degeneração e encolhimento do mesmo, sendo esta teoria suportada pela evidência da diminuição de sinal em RM seriadas. A 3ª teoria refere ser simplesmente uma variação da tensão do ligamento longitudinal posterior como responsável⁴⁻⁶.

As extrusões maciças de material do núcleo pulposo podem ser gravemente sintomáticas. Numa primeira abordagem deve ser privilegiado o tratamento conservador nos casos em que não se verifiquem alterações neurológicas agudas. Desses, segundo The Weber Study, cerca de 25% acaba por ser operado ao fim de 1 ano, devido à não remissão dos sintomas ou progressão dos mesmos^{7,8}. Um outro estudo publicado refere que, dos pacientes tratados inicialmente de forma conservadora, 15% acabam por ser operados ao fim de 3 meses^{7,9}. Saal e Saal demonstraram que o tratamento conservador nos casos de radiculopatia secundária a hérnia discal é eficaz e apresenta resultados bons a excelentes em 90% dos casos^{7,10}. Com o tratamento conservador, estima-se que poderá haver regressão espontânea superior a 50% da massa de disco herniado entre o 3º e o 12º mês¹¹.

Assim sendo, os cirurgiões de coluna devem considerar sempre a possibilidade de regressão da hérnia discal em episódios agudos, antes de optarem pela cirurgia, nos casos que não preenchem critérios de emergência cirúrgica⁴⁻⁶.

Correspondência para

Rui Pimenta Ribeiro
Serviço de Ortopedia
Hospital São João – FMUP
Al. Prof. Hernâni Monteiro
4200 Porto, Portugal
E-mail: rui.pimentaribeiro@gmail.com

Referências

1. Proença A, Jardim C, Lourenço P, Coluna. In: Proença A, ed. Ortopedia e Traumatologia: Noções Essenciais. Coimbra: Imprensa da Universidade, 2006: 352-358.
2. Sabuncuoglu H, Özdogan S, Timurkaynak E. Spontaneous Regression of Extruded Lumbar Disc Herniation: Report of Two Illustrative Case and Review of the Literature. *Turkish Neurosurgery* 2008; 4: 392-396.
3. Teplick JG, Haskin ME. Spontaneous regression of herniated nucleus pulposus. *Am J Roentgenol* 1985;145: 371-375.
4. Gürkanlar D, Aciduman A, Koçak, H, Günaydin H. Spontaneous Regression of Lumbar Disc Herniations at Different Levels and Times in a Patient: A Case Report. *Turkish Neurosurgery* 2005; 15: 1822.
5. Kil JS, Eom KS, Park JT, Moon SK, Kim TY. Spontaneous Regression of Lumbar Herniated Intervertebral Disc. *Kor J Spine* 2010; 7:34-36.
6. Chang CW, Lai PH, Yip CM, Hsu SS. Spontaneous Regression of Lumbar Herniated Disc. *J Chin Med Assoc* 2009; 72: 650-653.
7. Reventovich A, Abdu WA. Multiple independent, sequential, and spontaneously resolving lumbar intervertebral disc herniations: A case report. *Spine* 2002; 27:549-553.
8. Weber H. Lumbar disc herniation. A controlled, prospective study with ten years of observation. *Spine* 1983; 8:131-140.
9. Atlas SJ, Keller RB, Chang Y, Deyo RA, Singer DE. Surgical and nonsurgical management of sciatica secondary to a lumbar disc herniation: five-year outcomes from the Maine Lumbar Spine Study. *Spine* 2001; 26:1179-1187.
10. Saal JA, Saal JS. Nonoperative treatment of herniated lumbar intervertebral disc with radiculopathy. An outcome study. *Spine* 1989; 14:431-417.
11. Borota L, Jonasson P, Agolli A. Spontaneous resorption of intradural lumbar disc fragments. *Spine J* 2008; 2:397-403.