

A IMPORTÂNCIA DO RACIOCÍNIO CLÍNICO E DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: uma abordagem em atenção primária para “dor na perna”.

The relevance of clinical acumen and differential diagnosis. A Primary Care approach to “leg pain”.

José Luiz Pedroso*

*Médico

Endereço:

Rua Santo Antônio nº696/ap301,

Fones: (32)3218-1666 (32)99686025

Juiz de Fora - MG

e-mail: zeluizpedroso@yahoo.com.br

Resumo

Os métodos de ensino empregados em grande parte das Faculdades de Medicina claramente enfatizam as doenças em detrimento dos sintomas. Este fato, certamente, torna o graduando em Medicina distante de uma arte, que é o método clínico. Por esse motivo, uma abordagem baseada no sintoma capaz de explorá-lo de forma coerente através de uma boa entrevista médica se mostra como grande aliada na elaboração e criação de hipóteses diagnósticas. Portanto, a idéia de explorar os temas médicos na forma de diagnósticos diferenciais se torna vital para todos aqueles que lidam com atenção primária à saúde, na tentativa de aumentar a resolutividade de problemas. Este artigo, particularmente, trata da dificuldade diagnóstica da “dor na perna”, relacionando suas mais variadas causas, que independentemente de serem raras ou não, se tornam um desafio clínico.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Prática Profissional; Educação Médica; Diagnóstico Diferencial; Diagnóstico Clínico; Perna. Dor;

Abstract

Teaching methods used in most Medical Schools clearly emphasize disease at the expense of overlooking patients' complaints. This certainly distances Medical School graduates from the clinical method, which is an art. For this reason, a symptom-based approach, capable of coherently examining symptoms during a proper clinical examination, is extremely useful to reach a proper diagnosis. Therefore, the idea of studying medical issues using differential diagnoses becomes vital for those who deal with primary health care, in order to better solve medical problems. This study

examines the difficult diagnosis of “leg pain”, giving its many and varied possible causes, which, regardless of whether they are rare or not, represent a clinical challenge.

Key words: Primary Health Care; Professional Practice; Education, Medical; Diagnosis, Differential; Diagnosis, Clinical; Leg; Pain.

Introdução

Uma reflexão sobre o método de ensino das faculdades médicas seria essencial para entendermos o sistema no qual as mesmas estão enraizadas. A graduação médica engloba, de forma geral, um ensinamento baseado em especialidades médicas. Este método de ensino é basicamente incorporado por aulas, em sua maioria teóricas, que são expostas com ênfase nas principais síndromes ou doenças específicas. Isso se torna um problema ao entendermos que uma doença só pode ser diagnosticada após análise criteriosa de um sintoma apresentado por um paciente, o que só pode ser realizado com entrevista e exame físico. Ao invés de explorar os sintomas e proceder estudos no formato de diagnósticos diferenciais, aprimorando o raciocínio clínico e elaboração de hipóteses diagnósticas, o objetivo básico desenvolvido pela maioria das escolas médicas é cada vez mais distanciar o estudante de medicina da arte do diagnóstico (cerne das tomadas de decisões) e da arte médica. O estudante de medicina se torna um grande conhecedor científico: torna-se especialista em fisiopatologia de cada doença apresentada; é conhecedor dos métodos diagnósticos mais avançados para uma dada doença; é capaz de detalhar os tratamentos mais adequados e recentes para as mais variadas situações clínicas; é capaz de citar com perfeição os sintomas das doenças estudadas. Embora conhecedor de todos esses pontos, que são cruciais para uma prática médica satisfatória, o estudante de medicina se distancia do método clínico ao deixar de dar contexto clínico ao seu conhecimento, tornando-se cada vez menos capaz de entrevistar um paciente, especialmente no que se refere à relação médico paciente, além da inabilidade para realizar um exame físico pertinente para cada caso; ignora a elaboração de diagnósticos diferenciais, corroborando para a pobreza de raciocínio clínico; despreza o uso corriqueiro da referência médica, arte de grande valor, quase nunca ensinada nas escolas médicas. Com frequência, a culpa de um diagnóstico mal feito recai sobre a história clínica, e muitas vezes ouve-se a expressão “o paciente informa mal”, como se a culpa de uma entrevista mal feita fosse do paciente, quando, na

verdade, deveria-se dizer: “a história não está clara, porque eu sou um mau entrevistador”(COULEHAN; BLOCK, 1989).

Como exemplo do que foi exposto, entende-se que, a “cirrose hepática” não vai se consultar, mas, sim, um homem jovem queixando-se de cansaço e inchaço nas pernas; que ao invés de um “adenocarcinoma de pulmão” se consultar, uma senhora apresenta-se para uma consulta médica queixando-se de fraqueza e apresentando uma síndrome de delirium.

Esse pensamento se tornou mais evidente para mim quando, ao cursar o estágio comunitário, percebi que muitos sintomas expressados pelos pacientes eram tão inespecíficos a ponto de serem banalizados e nunca diagnosticados. Algumas queixas parecem deixar o médico em uma situação desconfortável, devido ao fato de serem inespecíficas. Em uma dessas situações, a queixa de um homem jovem era “larvas pelo corpo”, quando, na verdade, a história e exame físico revelaram prurido intenso e micropápulas em tronco e membros, caracterizando um quadro clássico de escabiose. Em outra situação, um homem de 44 anos queixava-se “fico engasgado toda noite”. A investigação posterior mostrou ser esse um caso de refluxo gastro-esofágico atípico, com boa resposta aos bloqueadores de bomba de prótons.

Essa inversão de valores criada pelas escolas médicas se tornou estímulo suficiente para escrever uma abordagem didática e plausível sobre um sintoma freqüentemente observado e pouco descrito em livros de Medicina. Particularmente, achei intrigante atender uma senhora com dores na perna no Posto de Saúde, que, a despeito de entrevista e exame físico de abordagem, não foi possível chegarmos a uma solução diagnóstica. Observei, então, que a dor na perna é um sintoma de extrema prevalência nos postos de atenção primária ou em ambulatorios, perdendo apenas para a cefaléia e a lombalgia (RUBIN et al., 1996), e que quase sempre passa sem definição diagnóstica, mesmo após enormes gastos com exames caros e muitas vezes desnecessários.

Desenvolvimento

A sistematização a seguir é um guia para aqueles médicos ou graduandos em Medicina, que desejam aprimorar a abordagem em atenção primária quanto a um sintoma tão prevalente.

A “dor na perna” pode ser devido a várias síndromes, que aqui distribuiremos por sistemas. Assim, ao considerar-se o diagnóstico diferencial de “dor na perna”, deve-se estar atento para as seguintes possibilidades:

- **Osteoarticulares e Reumatológicas:**

As dores musculoesqueléticas têm as mais variadas causas e aqui daremos ênfase a causas corriqueiras, mas que pela falta de uma abordagem baseada no sintoma, acabam sendo mal interpretadas, e a prescrição de um anti-inflamatório não hormonal é quase sempre a regra, afinal é mais uma “dor na perna”. Os pacientes freqüentemente não nos dão com muita precisão o local exato da dor musculoesquelética; pode ser útil, então, solicitá-los a colocar a mão no local da dor.

A síndrome de dor miofascial envolvendo o músculo quadrado lombar é uma das causas mais comuns de dor lombar irradiada para nádegas e para membros inferiores, sendo muitas vezes confundida com a dor da compressão radicular, resultando em extensas investigações e referências a neurologistas sem muitas vezes chegar-se a um diagnóstico preciso. Essa síndrome resulta de espasmo muscular desencadeado por atividade física não habitual, posições viciosas no ambiente de trabalho, distúrbios do humor, sono não reparador e fadiga. É essencial lembrar que a síndrome de dor miofascial afeta vários pontos do corpo, podendo se apresentar com dor na nuca, cefaléia e dor no ombro e braços (TIERNEY et al., 2004).

As desordens extra articulares são freqüentes e merecem destaque. A fasciíte plantar é uma causa comum de dor no calcanhar que se irradia para a planta do pé, e se apresenta geralmente após atividade física extenuante, especialmente em sedentários. A metatarsalgia é uma condição causada por peso excessivo concentrado na cabeça do metatarso e, curiosamente, os pacientes com esta condição freqüentemente se queixam de “estar andando sobre pedrinhas” (RUBIN et al., 1996, p.93)

Um paciente que se apresenta com dor no quadril pode apontar uma de três áreas: a dor localizada ao nível do ligamento inguinal ou região anterior da coxa, que sugere comprometimento da articulação do quadril; a localizada na região lateral do quadril, que sugere bursite trocântérica; e a localizada na região glútea, que sugere articulação sacroilíaca ou dor ciática.

CASO I:

Uma senhora de 53 anos procura o pronto atendimento queixando-se de intensa dor na perna, acometendo região posterior e lateral da coxa, que vem a incomodando há cerca de dois dias. A dor não irradia e piora com os movimentos da perna, estando presente também ao repouso. Trabalha como doméstica, muitas vezes com exercícios extenuantes, subindo e descendo escadas. O exame físico revelou sinal de Lasegue negativo, manobra do piriforme (rotação interna da coxa) negativa, força muscular e sensibilidade preservadas. A rotação externa era dolorosa assim como a palpação na lateral da coxa. Não havia sinais flogísticos. A hipótese de fasciíte acometendo a fáscia lata foi inevitável.

Quando a dor é articular, faz-se necessário uma importante pergunta: estamos diante de uma artralgia apenas ou se trata de uma artrite? Para isso, devemos atentamente avaliar os sinais flogísticos no exame físico, que infelizmente acabam ficando apenas nos livros, sendo eles além da dor, eritema, calor e edema. Pacientes portadores de osteoartrose, tendinite ou bursite descrevem uma dor focal e matutina que dura alguns minutos e que pioram no fim do dia, após atividade física mais extenuante. A osteoartrose, pela sua frequência, merece destaque, e se caracteriza por dor articular precipitada ou piorada pelo uso da articulação. O exame físico mostra aumento articular, podendo revelar os nódulos de Heberden e de Bouchard nas interfalanganianas das mãos (BECK et al., 1981).

É válido chamar a atenção para a febre reumática, que acomete geralmente crianças e se caracteriza entre outros achados, por artrite migratória e história de amigdalite, a qual pode estar ausente. Os critérios maiores e menores são essenciais para a abordagem diagnóstica da febre reumática em atenção primária. A artrite reumatóide também cursa com artrite simétrica e, juntamente com as colagenoses, especialmente o lúpus eritematoso sistêmico, deve sempre ser suspeitada, principalmente em mulheres em idade reprodutiva. Não devemos nos esquecer que a artrite reumatóide pode se iniciar com um quadro de artralgia ou artrite assimétrica.

Pacientes que se apresentam com oligoartrite ou poliartralgia de grandes articulações, acometendo principalmente membros inferiores, devem ser considerados para a hipótese de espondiloartropatias soronegativas (RICHIE; FRANCIS, 2003), principalmente a artropatia reativa. Esta, freqüentemente apresenta-se associada a infecções do TGI ou a doença inflamatória intestinal, que se manifestam com alterações do ritmo excretor (diarréia ou constipação), ou a doenças sexualmente

transmissíveis, devendo ser diferenciadas da artrite gonocócica, que geralmente afeta também membros superiores. Na vigência de oligoartrite de membros inferiores, o questionamento de secreção uretral e conjuntivite deve ser prioritário, já que esta associação constitui a síndrome de Reiter. A articulação classicamente acometida pelas artropatias reativas é o joelho.

CASO 2:

Uma moça de 24 anos de idade começa com quadro de dor em todos os membros, afetando exclusivamente as articulações: cotovelos, punhos, ombros, joelhos e tornozelos, que já durava uma semana, com um episódio febril de 39,5 °. O exame físico nada revelou a não ser um sopro mesossistólico em 2º EIE. Um quadro de poliartralgia migratória foi caracterizado. Não havia história de amigdalite recente. Negava secreção vaginal e não havia tido intercurso sexual até o momento, além do questionamento sobre diarreia recente ter sido negativo, o que tornava uma artropatia reativa pouco provável. O hemograma era normal. Foram solicitados fator reumatóide, FAN, VHS, VDRL, e a bioquímica usual. Todos os exames foram normais. As dores cessaram espontaneamente em poucos dias. Um quadro viral foi suspeitado. 6 meses depois, ela volta ao HU de Juiz de Fora com episódios intermitentes de dor abdominal difusa em cólica, vômitos e constipação recente. A hipótese de apendicite aguda foi imediatamente suspeitada. Uma laparoscopia teve resultado normal. No terceiro episódio, a ausência de ruídos hidroaéreos e uma radiografia de abdome revelando nível líquido sugeriu obstrução intestinal aguda. A hemoglobina era de 8,5, com VCM de 87,0, além de cálcio de 6,6 e albumina de 2,1. A suspeita de Doença de Crohn era certa. Uma USG abdominal evidenciou espessamento de íleo terminal. A colonoscopia com biópsia corroborou esse diagnóstico. O sopro mostrou ser uma estenose pulmonar congênita leve ao ecocardiograma, o que já era sugerido pela ausculta cardíaca.

Em pacientes que têm uma ou poucas articulações acometidas, devem ser considerados: síndrome pós traumática e as lesões ligamentares, bursite ou tendinite, artrite séptica, inflamação induzida por cristais(gota, principalmente se a primeira articulação metatarso falangeana for a acometida, e pseudogota), ou uma apresentação atípica de uma artrite sistêmica como a artrite reumatóide. Nesse momento, a distinção

entre artralgia e artrite é mister, devido ao risco de subestimarmos uma artrite séptica em evolução.

CASO 3:

*Um homem de 49 anos começou com quadro de paresia súbita em braço direito e perna direita, além de dificuldades para falar, com afasia motora e confusão mental, caracterizando um quadro de delirium, que se tornaram progressivos. Foi hospitalizado para investigação diagnóstica, quando começou com dor intensa em joelho esquerdo, após ter tido uma torção, sendo então tratado com AINES. Ao ser transferido para o HU de Juiz de Fora, notaram-se edema, calor e eritema em joelho esquerdo, tendo tido um episódio febril não aferido. Um processo expansivo parecia certo, e uma artrite de grande articulação sugeriu endocardite bacteriana, que se tornou mais provável após a observação das lesões de Janeway em planta do pé e palma da mão. A punção do joelho revelou *Stafilococos aureus*, sendo então tratado com oxacilina. Um ecocardiograma transtorácico foi realizado tendo resultado negativo, o que nos fez considerar um falso negativo. A TC revelou um abscesso cerebral que foi tratado com sucesso. Um foco infeccioso não pôde ser identificado. O paciente negou por várias vezes uso de drogas endovenosas.*

Aqui, a suspeita de um processo expansivo, associada à febre e monoartrite, sugeriram fortemente uma artrite séptica. Mesmo com um ecocardiograma transtorácico normal, era impossível não considerar endocardite bacteriana.

Sempre que estivermos diante de uma criança com quadro de dor em membros inferiores, devemos estar atentos para suas características. Uma dor acometendo extremidade óssea, de caráter progressivo, deve nos alertar para tumor ósseo, principalmente se houver massa palpável. Os sarcomas ósseos são tumores malignos extremamente agressivos, e uma falha de abordagem diagnóstica inicial pode ser fatal.

CASO 4:

Uma menina de 9 anos começa a notar dor em perna direita acometendo a região de fêmur distal, principalmente quando anda ou corre, de caráter progressivo nos últimos quatro meses. O exame físico revelou uma massa óssea de padrão regular, que já havia sido percebida pela mãe. A massa veio aumentando com o tempo, e a despeito disto, a mãe decidiu não procurar atendimento médico. Uma

radiografia foi solicitada revelando um tumor ósseo acometendo fêmur distal, de padrão regular, em aspecto de cogumelo, mostrando este ser um caso de osteocondroma. Felizmente, um tumor benigno.

Em crianças pequenas, comumente entre os 3 e 11 anos de idade, com dor na região do quadril, devem ser lembradas as displasias congênitas do quadril, como a doença de Legg-Calvé-Perthes, que cursa com osteoartrite (RUBIN et al., 1996).

Uma dor severa e sensação de dor profunda em membros inferiores pode ser causada pela polimialgia reumática, que afeta geralmente a terceira idade, se caracterizando por acometer cintura escapular e cintura pélvica. Uma anemia normocítica pode ser encontrada, mas o grande marcador é um VHS elevado. A resposta dramática com corticóides é a regra (BASTOS; COSTA, 2000). Devemos estar atentos com sua associação com arterite temporal, que pode levar a um quadro isquêmico de artéria oftálmica e consequente cegueira (TIERNEY et al., 2004).

CASO 5:

Uma senhora branca, solteira, de 62 anos, que sempre se consulta na unidade de saúde, começa desta vez a se queixar de intensa dor nas regiões posteriores de ambos os joelhos e ombros. Tudo começou ao retornar de uma longa viagem. Uma investigação inicial revelou um VHS de 120 na primeira hora. Foi impossível não considerar polimialgia reumática. A paciente teve resposta dramática com prednisona.

A dor generalizada, caracterizada por mialgia e artralgia, associada ou não a fadiga e distúrbios do humor, deve levantar a hipótese de fibromialgia, tornando os *tender points* essenciais ao exame físico. A síndrome da fadiga crônica também pode cursar com mialgia e artralgia, e merece avaliação dos critérios diagnósticos (BASTOS; COSTA, 2000).

• **Vascular:**

Devemos, inicialmente, recordar que o sistema vascular não é constituído apenas por veias e artérias, mas também por linfáticos. Em pacientes da terceira idade, é fundamental estarmos atentos para doença arterial periférica, principalmente na

vigência de fatores de risco para doença aterosclerótica, como HAS, diabetes melitus, dislipidemia, tabagismo e história familiar. A expressão claudicação intermitente se refere a uma dor, geralmente assimétrica, que começa inicialmente após algum tempo de atividade física não habitual, cessando ou melhorando ao repouso. A palpação dos pulsos é primordial, assim como o índice tornozelo braço, muitas vezes negligenciado. Não se esqueça que somos forçados a acreditar que doença aterosclerótica é a única causa de claudicação intermitente, mas outras síndromes são capazes de gerar tal sintoma. Entre elas, lembre-se da tromboangiíte obliterante ou Doença de Buerger, que se manifesta de forma aguda, com dor exuberante em um dos membros inferiores, principalmente distal, com acometimento dos pododáctilos, podendo levá-los à necrose e amputação. Essa patologia predomina em homens jovens e tabagistas, embora possa acometer mulheres. A palpação dos pulsos, neste caso, é fundamental para a suspeita diagnóstica. É vital acrescentar que estudos recentes demonstraram estreita relação entre a tromboangiíte obliterante e a hiper-homocisteinemia e, por isso, esse hormônio deve ser sempre dosado após feito o diagnóstico da oclusão arterial aguda (AMATO; OAKLANDER, 2004).

CASO 6:

Uma senhora de 43 anos se apresenta para uma consulta queixando-se de dores em ambas as pernas que surgiam após algum tempo de caminhada e que cessavam ao repouso. Essas dores já a incomodavam há dois meses, sendo que durante este período já havia sido vista por três médicos, sem diagnóstico, até então. Essa descrição nos fez caracterizar um quadro de claudicação intermitente. Os pulsos estavam presentes e o exame físico era normal, a despeito de palidez cutâneo mucosa. A história revelou dispnéia aos médios esforços nas últimas semanas. O hemograma, por sua vez, revelou uma hemoglobina de 6,0 de padrão normocítico com leucograma e plaquetas normais e uma baixa de reticulócitos. Em vista de uma hipótese de aplasia eritróide pura, uma radiografia de tórax foi imediatamente realizada, mostrando um timoma que foi retirado com sucesso.

Esse caso traz uma lição muito grande, ao mostrar que a anemia é uma importante causa de claudicação intermitente.

Os distúrbios venosos, por sua alta prevalência, fazem-se merecedores de atenção especial. É vital suspeitar-se de Trombose Venosa Profunda sempre que um paciente se

apresentar com quadro de dor recente em um dos membros inferiores, principalmente se associada a edema, em vista dos riscos inerentes à propagação do trombo. Os livros sempre fazem menção aos sinais flogísticos, como eritema e calor local, que nem sempre estão presentes, muitas vezes subestimando as manifestações subclínicas da TVP. O sinal de Homans(dor à dorsoflexão do pé), não se mostrou uma manobra de exame físico confiável para o diagnóstico de TVP. Cabe ressaltar que, ao suspeitar-se de TVP, investigações complementares devem ser iniciadas, sendo o teste diagnóstico mais utilizado a ultra-sonografia com Doppler, com um valor preditivo positivo de 95%, apesar de baixa sensibilidade para tromboes mais distais(de 50 a 75%) (ANAND et al., 1999).

CASO 7:

Um rapaz de 31 anos inicia um quadro súbito de dor em MID e edema importante, com grande aumento do diâmetro do membro. TVP é investigada e a ultra-sonografia com Doppler confirma o diagnóstico. Poucos meses depois, desenvolve novo quadro, semelhante ao primeiro, agora em MIE, também confirmada TVP ao ultra-som. Mesmo com anticoagulação, desenvolve vários outros episódios de TVP, sendo que em um destes, começou com dispnéia súbita e dor torácica ventilatório dependente. A cintilografia pulmonar revelou alta probabilidade para TEP. Esse quadro veio a se repetir por mais 3 vezes, até que foi implantado filtro em veia cava inferior, sem novos episódios de TEP. No total, relata ter tido mais de 10 episódios de TVP. Uma coagulopatia foi suspeitada, e foi feito o diagnóstico laboratorial de deficiência de proteína S. Na vigência de anticoagulação, teve um quadro dramático de hematêmese, o que tornou necessária uma endoscopia digestiva alta. Esta incrivelmente revelou uma massa em fundo gástrico de 5 cm de diâmetro.

Esse caso nos ensina que não basta fazer o diagnóstico de TVP, mas que também é fundamental estar atento para suas causas, especialmente quando o diagnóstico é tão obscuro, a ponto de revelar uma neoplasia gástrica, sendo que na verdade tudo começou com “dor na perna”. Sendo assim, na vigência de TVP inexplicável, esteja atento para as trombofilias!

As varizes de membros inferiores também causam dor nas pernas, a qual pode ser relatada como peso, pressão ou dor, piorando após muito tempo em pé, sendo aliviada com a elevação das pernas. Um dado interessante da entrevista é que metade dos

pacientes apresenta história familiar de varizes. O exame visual das pernas com o paciente em pé confirma a presença das mesmas.

Ainda como causa venosa, citamos a Insuficiência Venosa Crônica, cuja queixa mais comum é dor vaga nas pernas, que piora com a posição ereta e melhora com a elevação das pernas. Frequentemente são observados edema e varizes superficiais, sendo a IVC sem dúvida, a causa mais comum de úlcera venosa crônica.

Outra lembrança é o acometimento linfático primário (congenito) ou secundário(adquirido) dos membros inferiores que, ao serem obstruídos, podem provocar dor e edema localizados, em uma situação denominada linfedema. Dentre as causas secundárias, vale ressaltar: as neoplasias malignas, como o câncer de próstata e os linfomas; a filariose (causa mais comum de linfedema no mundo); tuberculose; cirurgias e radioterapia.

O caso a seguir ilustra de forma surpreendente como a Medicina necessita, antes de tecnicismo e superespecialidades, do método clínico.

CASO 8:

Uma mulher de 20 anos começa a queixar-se de uma dor vaga e contínua em seu tornozelo direito, associado a um discreto inchaço local. Um ortopedista é procurado e decide solicitar uma radiografia simples, cujo resultado é normal, prescrevendo, então, analgésicos em caso de dor. A dor continua e se torna mais intensa com o tempo. Três anos depois, procura um angiologista por indicação de um clínico geral que diz ser a dor de origem vascular. O angiologista solicita USG com doppler e diz não haver problema algum. Um outro médico é procurado e não satisfeito com as condutas anteriores, solicita uma RNM do membro, que é normal. Doze anos depois, agora com 32 anos, procura um clínico que suspeita de má formação linfática e solicita uma cintilografia linfática, que mostrou clara alteração na drenagem do membro inferior direito, confirmando o diagnóstico e pondo fim à romaria.

- **Neurológica:**

A dor neuropática é muitas vezes esquecida, mas é situação de extrema frequência nos mais variados ambulatórios. A neuropatia periférica deve sempre ser suspeitada quando um paciente se queixa de dor em membros inferiores com as seguintes características: é geralmente bilateral e simétrica; associa-se a parestesias

(dormência, formigamento); freqüentemente é referida como queimação e começa na região plantar, se distribuindo até os joelhos; está presente mesmo ao repouso, e pode ou não piorar com a atividade física. Esse é exatamente o padrão em bota, típico das neuropatias. O exame físico pode ser normal. Porém, em geral, evidencia alterações da sensibilidade, principalmente a vibratória, a qual é precocemente perdida nas neuropatias. A causa mais comum é a chamada idiopática, pois um fator etiológico ainda não pode ser bem estabelecido. Em segundo lugar, está o diabetes melitus, evidenciando a necessidade da glicemia nestes casos. Outras causas a serem investigadas são: alcoolismo, que cursa com dor intensa e poupa membros superiores; insuficiência renal crônica; drogas, principalmente a quimioterapia; paraneoplasia (como no mieloma múltiplo); infecções (HIV); amiloidose e sarcoidose (AMATO; OAKLANDER, 2004).

CASO 9:

Um rapaz de 24 anos, negro, procura o pronto atendimento com a queixa de dor nas pernas. A história revela uma dor que acomete lateral da coxa, lateral da perna, e lateral do pé, em ambas as pernas, sendo em queimação e constante, a qual já o incomoda há 3 meses. A dor está associada a parestesia. É obeso e hipertenso, com história familiar de hipertensão arterial e diabetes melitus tipo 2, em uso de propranolol, captopril e hidroclorotiazida. O exame físico evidencia acantose nigrans. Uma radiculopatia bilateral foi descartada por não respeitar um dermatomo e o sinal de Lasegue foi negativo. Havia pequeno déficit sensitivo na distribuição da dor. O diagnóstico de síndrome plurimetabólica era claro e uma glicemia foi solicitada, o qual com muita surpresa foi normal em duas ocasiões diferentes. Hemograma, VHS, eletroforese de hemoglobina, dosagem de vitamina B12, anti-HTLV e anti-HIV foram normais. Como as drogas listadas acima não estão associadas a neuropatia periférica, o diagnóstico de neuropatia periférica idiopática de pequenas fibras foi sugerido. O paciente encontra-se em uso de Carbamazepina em baixas doses com total alívio da dor.

Outra causa neurológica de extrema prevalência é a dor indicativa de radiculopatia por compressão, como a dor ciática. É geralmente de forte intensidade e respeita um dermatomo específico. Por esse motivo, é vital o conhecimento da distribuição dos dermatomos nos membros inferiores. Um acometimento sugerindo L5

ou S1 deve sempre despertar a hipótese de lesão discal, tornando o exame físico extremamente útil: Lasegue, testes de sensibilidade, reflexo patelar e aquileu e de força muscular (flexão da coxa L2 e L3; extensão da perna L3 e L4; flexão dorsal do pé L4 e L5; extensão da coxa L4 e L5; flexão da perna L5 e S1; flexão plantar do pé S1 e S2). A raridade da doença discal degenerativa acima de L4 torna imediatamente aparente que a dor na parte anterior da coxa não deve ser tão prontamente atribuída à doença discal, devendo sempre ser suspeitada uma causa mais séria. A raiz mais frequentemente comprometida pela doença discal degenerativa é L5, e a irradiação usual da dor é para a nádega, pela parte posterior e lateral da coxa, pela parte lateral da perna pela articulação do tornozelo até o dorso e a sola do pé. A dor severa no hálux parece ser particularmente típica de uma lesão da raiz L5. Na lesão de L5 o paciente pode se queixar de estar tropeçando muito, caracterizando o pé caído(PATTEN, 2000).

CASO 10:

Um jovem de 17 anos é visto em uma visita domiciliar por “um problema de disco”. Acabara de chegar de um acampamento com uma gripe, com febre e tosse. Já vinha se sentindo mal há três semanas. O quadro começou com dor nas costas severa e progressiva, irradiando-se para coxa esquerda, sendo mais intensa à noite. Havia perdido peso nas últimas semanas. Ao exame, apresentava-se anemiado. Havia paresia e hipotrofia do quadríceps esquerdo, e o reflexo patelar estava ausente. Um diagnóstico clínico de hematoma de pélvico parecia certo. As investigações posteriores revelaram o diagnóstico de Leucemia. (PATTEN, 2000)

A meralgia parestésica provoca sensação de queimação e parestesias nas regiões lateral e média da coxa. Ocorre por compressão do nervo cutâneo lateral da coxa devido à obesidade, uso de calças apertadas e também na fase final da gravidez. Muitas vezes um fator desencadeador não pode ser identificado(PATTEN, 2000).

- **Endócrinas e Metabólicas:**

É necessário lembrar das causas endócrinas ou metabólicas, como o hipotireoidismo, que tem como manifestações a artralgia e mialgia de membros inferiores, além, é claro, das manifestações clássicas que podem estar ausentes no início da doença, como depressão, fadiga, hipercolesterolemia recente e ganho ponderal

(BASTOS; COSTA, 2000). O diabetes melitus, que se manifesta através das neuropatias, e artropatias por deposição de cristais, já foram discutidos acima.

CASO 11:

Uma senhora de 41 anos começa com dor nas pernas que se inicia na região plantar e ascende até os joelhos, sendo em queimação e constante, de forte intensidade. Com a evolução, perde cerca de 25 kgs em 3 meses, com hiporexia importante. Ao exame físico apresentava palidez cutâneo mucosa e nódulos subcutâneos em membros inferiores. É hospitalizada para investigação diagnóstica. O hemograma inicial mostrou Hb:10,8 e VCM:83,54, revelando anemia normocítica. O cálcio sérico era de 12,1. A suspeita de neoplasia maligna era grande. Vários exames foram realizados na tentativa de um diagnóstico salvador: EDA: gastrite erosiva; Colonoscopia: normal; US de abdome, que revelou esplenomegalia leve; TC de abdome e de tórax: normais; USG transvaginal: normal; Mamografia: normal; Eletroneuromiografia: confirmando a neuropatia já evidente na história e exame físico; Anti HIV: normal. A presença de nódulos subcutâneos, na região de coxas e pernas, de consistência amolecida e indolores, anemia normocítica, cálcio de 12,1, esplenomegalia e neuropatia periférica levaram à suspeição de neoplasia hematológica. Um mielograma evidenciou 14 % de células linfoplasmocitárias. A eletroforese de proteínas teve resultado normal, com proteínas totais de 6,9(albumina: 3,9 e globulina:3,0). Uma biópsia de medula foi programada e revelou deposição de substância amilóide. O diagnóstico de amiloidose parecia quase certo, quando a imuno-histoquímica evidenciou células policlonais com predomínio de cadeia kappa, o que nos fez considerar a hipótese de Macroglobulinemia de Waldenström. A imunodifusão selou o diagnóstico.

Você se surpreenderia se lhe fosse dito que em atenção primária este diagnóstico pode ser suspeitado? Ora, basta remeter-se novamente às causas de neuropatia periférica citadas acima. Uma delas são as gamopatias monoclonais. Agora, junte-se à neuropatia: perda de peso, anemia normocítica, hipercalcemia e esplenomegalia. Fica difícil não pensar em paraneoplasia. O grande problema que se forma agora é a habilidade e a astúcia do clínico para reconhecer estes dados, algo cada vez mais raro nos consultórios médicos.

Como pudemos observar, a abordagem de dor na perna pode ser surpreendente. Basta utilizar o método clínico. Veja como este caso só pôde ser solucionado após análise de critérios clínicos, tendo o excesso de exames desnecessários e dispendiosos, prorrogado a elaboração de uma suspeita diagnóstica mais consistente.

Conclusão

Foi frustrante descobrir que, em nenhum livro de Medicina, e tampouco em artigos de periódicos, encontrei um capítulo que versasse sobre “dor na perna” de uma forma suficientemente ampla, diferentemente de “dor precordial”, ou “dor lombar” e até a “dor abdominal”, fato este que ilustra um certo despreparo para a abordagem dessa prevalente queixa. Na realidade, a literatura médica brasileira é escassa em bibliografias que enfatizem o sintoma e a discussão de casos clínicos de forma abrangente, para que, a partir de um raciocínio diagnóstico elaborado, possamos chegar a uma doença específica. Ao contrário disso, o método de aprendizado de grande parte das escolas médicas tem enfatizado com mais frequência a descrição das doenças e das grandes síndromes. Assim, o objetivo dessa discussão é servir de estímulo para aqueles envolvidos com a arte do diagnóstico em atenção primária, revelando que, um sintoma, por mais trivial que possa parecer, sempre deve despertar interesse pela busca de alguma enfermidade, através de entrevista médica e exame físico. Deve-se deixar claro que o médico de ambulatório (também denominado generalista), necessita de ser dono de um repertório de conhecimentos tão respeitável como aquele de um intensivista ou qualquer outro especialista (DUNCAN et al, 2004).

Esse artigo visa mostrar, acima de tudo, que o médico de atenção primária tem em suas mãos o melhor método diagnóstico já desenvolvido e descrito em qualquer livro de Medicina: entrevista médica e exame físico de abordagem. A capacidade de entrevistar bem permite ao médico obter dados mais completos e acurados a respeito da doença, dados que contribuem para melhorar as decisões sobre o diagnóstico e a terapêutica, evitando-se o erro da lógica defeituosa ou erro intelectual, em que os investigadores, preocupados com a tomada de decisões, enfocam uma área específica, pré-julgando um diagnóstico ainda não concluído (PEDROSO, 2005). Além disso, muitos estudos e revisões têm demonstrado uma forte correlação entre uma relação médico paciente efetiva (o que é possível apenas com uma boa técnica de entrevista médica) e uma melhora clínica dos pacientes. Os resultados da eficácia da relação

médico paciente podem assim ser usados no desenvolvimento da educação médica e em programas de educação e reabilitação de pacientes (STEWART, 1995)..

Embora os serviços de saúde de alta qualidade estejam preocupados com o diagnóstico e manejo das doenças em geral (tema central desse artigo), a adequação dos serviços para prevenção de doenças futuras é de extrema relevância para promoção de melhoras na saúde. Além disso, a qualidade da atenção também deve ser usada para refletir a satisfação com os serviços e a qualificação dos integrantes dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002). Isso quer dizer que, apesar do desenvolvimento de um método clínico embasado na arte do diagnóstico ser crucial na qualidade dos serviços de saúde em geral, esta não é a única prerrogativa que um serviço de atenção primária precisa desenvolver. É inegável a necessidade de uma qualificação abrangendo outros pontos da atenção primária, como prevenção de doenças e a satisfação da população com os serviços prestados.

Espero que dessa maneira, possa estar alertando e colaborando para a melhoria nos níveis de atenção primária, tornando a Medicina uma arte mais humanizada, interessante e repleta de desafios, contribuindo, assim, para a maior resolutividade dos problemas médicos.

REFERÊNCIAS

AMATO, A. A.; OAKLANDER, A.L. A 76-year-old woman with numbness and pain in the feet and legs. **N Engl J Med**, v.350, n.21, p.2181-2189, 2004.

ANAND, S. S. et al. Este paciente tem trombose venosa profunda? **JAMA Brasil**, v.3, n.10, p.2540-2551, 1999.

BASTOS, R. R.; COSTA, M. B.; O Usuário freqüente dos serviços de saúde: uma abordagem baseada em evidências. **Rev. APS**, Juiz de Fora, n.5, p.33-37, 2000.

BECK, E. R. et al. **Diagnóstico diferencial**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1981, cap.29, p. 275-287.

COULEHAN, J; BLOCK, M. A **Entrevista médica**. Porto Alegre: Art Med,1989, cap.1, p.25-39.

DAITZ, B. et al. Leg pain. In: DAITZ, B. et al. **Medicine: a primary care approach**. 2^a ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996. cap. 93, p.353-356.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. cap.12, p.132.

PATTEN, J. **Diagnóstico diferencial em neurologia**, Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap.17, p.290-305.

PEDROSO, J. L. Decisões clínicas 3: “Ele não anda mais”. **HU Rev.**, Juiz de Fora, v.31, n.1-2, p.58-62, 2005.

RICHIE, A. M.; FRANCIS, M. L. Diagnostic approach to polyarticular joint pain. **Am. Family Phis.**, v.68, n.6, p.1151-1160, 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. cap. 12, p.419-420.

STEWART, M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **Can. Med. Assoc. J.**, v.152, n.9, p.1423-1433, 1995.

TIERNEY Jr L. M. et al. **Current medical diagnosis and treatment**, New York: Lange McGraw-Hill, 2004. cap.20, p.778-832.

Submissão: junho de 2005 Aprovação: novembro de 2005
