

BLOQUEIOS ANALGÉSICOS EM HÉRNIAS DISCAIS GRAVES: ALÍVIO TERAPÊUTICO OU MASCARAMENTO DA PROGRESSÃO ESTRUTURAL DA DOENÇA? UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ANALGESIC BLOCKS FOR SEVERE DISC HERNIATIONS: THERAPEUTIC RELIEF OR MASKING OF THE DISEASE'S STRUCTURAL PROGRESSION? A LITERATURE REVIEW

AUTORES: Kenia Aparecida Vaz da Costa Santos¹, discente do curso de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas AFYA-Garanhuns; Milena Vieira Feitosa¹, discente do curso de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas AFYA-Garanhuns; Prof. Dr. Bel. Jose Adelson Alves do Nascimento Junior², docente da Faculdade de Ciências Médicas AFYA-Garanhuns; Fabricio Dalton Lima Souza¹, discente do curso de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas AFYA-Garanhuns, autor principal e autor correspondente (fabriciodaltonlima@gmail.com).

¹ Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas AFYA-Garanhuns.

² Docente da Faculdade de Ciências Médicas AFYA-Garanhuns.

EIXO: Saúde

RESUMO

As hérnias discais representam uma das principais causas de dor lombar crônica e incapacidade funcional em adultos, sendo frequentemente acompanhadas por processos inflamatórios, compressão neural e alterações degenerativas progressivas da coluna vertebral. Entre as estratégias terapêuticas utilizadas para o manejo da dor destacam-se os bloqueios anestésicos e infiltrações epidurais com corticosteroides, cuja principal finalidade consiste na redução da dor e da inflamação local. Entretanto, permanece em debate na literatura científica a capacidade dessas intervenções em modificar a história natural da doença ou promover benefícios estruturais duradouros. O objetivo deste estudo foi analisar criticamente o papel dos bloqueios analgésicos em pacientes portadores de hérnias discais graves, discutindo seus benefícios clínicos, limitações terapêuticas e possíveis implicações decorrentes da manutenção da progressão estrutural da patologia subjacente. Os resultados indicam que os bloqueios podem proporcionar melhora significativa da qualidade de vida e da funcionalidade no curto prazo, porém não atuam diretamente sobre o extravasamento do material discal, a degeneração do disco intervertebral ou as alterações biomecânicas da coluna, tornando necessária a associação com estratégias terapêuticas direcionadas ao processo patológico de base.

Palavras-chave: hérnia de disco; bloqueio analgésico; infiltração epidural; dor lombar; degeneração discal; qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A hérnia de disco corresponde ao deslocamento parcial ou completo do núcleo pulposo através de fissuras do anel fibroso, podendo resultar em compressão mecânica de raízes nervosas e desencadear importantes processos inflamatórios locais. Essa condição constitui uma das principais causas de lombalgia e radiculopatia, sendo responsável por elevada

morbidade, perda da capacidade laboral e comprometimento da qualidade de vida. O tratamento dessas lesões pode envolver medidas conservadoras, fisioterapia, medicamentos, infiltrações e procedimentos cirúrgicos, dependendo da gravidade clínica e da presença de déficits neurológicos.

Nas últimas décadas, os bloqueios anestésicos e as infiltrações epidurais com corticosteroides passaram a ocupar posição importante no tratamento da dor associada às hérnias discais, especialmente em pacientes com sintomas persistentes ou refratários ao tratamento medicamentoso convencional. Entretanto, a melhora clínica proporcionada por esses procedimentos levantou discussões acerca da distinção entre controle sintomático e tratamento efetivo da doença estrutural. Embora a redução da dor represente um objetivo terapêutico fundamental, questiona-se se o desaparecimento dos sintomas pode, em determinadas situações, criar uma falsa percepção de resolução clínica enquanto os mecanismos degenerativos permanecem ativos e evolutivos.^{1–3}

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica sistemática da literatura mediante busca nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scielo utilizando os descritores *lumbar disc herniation*, *epidural steroid injection*, *nerve block*, *pain management*, *quality of life* e *structural progression*. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises e diretrizes clínicas publicados entre 2010 e 2026, em língua inglesa, portuguesa e espanhola. Foram excluídos relatos de caso e estudos que não apresentassem avaliação de desfechos clínicos relacionados à dor, função física ou progressão da doença.

DESENVOLVIMENTO

Os bloqueios analgésicos utilizados nas hérnias discais possuem como principal mecanismo de ação a interrupção temporária da transmissão nociceptiva e a redução da inflamação perineural. Em muitos pacientes, especialmente naqueles com radiculopatia aguda, esses procedimentos podem proporcionar redução significativa da dor, melhora da mobilidade e recuperação da capacidade funcional, permitindo o retorno às atividades diárias e a participação em programas de reabilitação física. Diversos estudos demonstram que as infiltrações epidurais com corticosteroides apresentam eficácia principalmente no curto e

médio prazo, reduzindo a intensidade da dor e melhorando a qualidade de vida durante semanas ou meses após o procedimento.²

Entretanto, a maior parte das evidências disponíveis sugere que tais intervenções não promovem regressão do material herniado, não restauram a integridade do anel fibroso e não interrompem os processos degenerativos associados ao envelhecimento discal e à sobrecarga mecânica da coluna vertebral.²

Nesse contexto, alguns autores argumentam que o benefício obtido pelos bloqueios deve ser interpretado predominantemente como um controle sintomático e funcional, e não como um tratamento curativo da doença estrutural.³ Embora essa distinção seja frequentemente compreendida pelos profissionais de saúde, ela nem sempre é percebida pelos pacientes, que podem interpretar a melhora da dor como evidência de resolução definitiva da lesão.

A literatura científica não sustenta a afirmação de que os bloqueios constituam simplesmente um placebo, uma vez que existe evidência objetiva de redução da inflamação local e melhora clínica após sua realização. Contudo, alguns estudos questionam a magnitude e a duração desses benefícios, especialmente em hérnias volumosas ou em pacientes com importante comprometimento estrutural da coluna vertebral.¹ Dessa forma, embora o efeito analgésico seja real, sua capacidade de alterar a evolução anatômica da doença permanece limitada.

Outro aspecto importante refere-se ao fato de que a supressão da dor pode reduzir mecanismos fisiológicos de proteção do organismo. A dor frequentemente funciona como um sinal biológico de limitação funcional e sobrecarga mecânica. Quando esse sinal é temporariamente removido sem correção dos fatores biomecânicos subjacentes, alguns pacientes podem retornar precocemente a atividades que aumentam a carga sobre os segmentos vertebrais comprometidos, favorecendo progressão degenerativa, recorrência dos sintomas ou agravamento da instabilidade segmentar.³

Além disso, o desgaste dos discos intervertebrais, a degeneração facetária, a perda de altura discal e a formação de osteófitos podem continuar evoluindo independentemente do controle da dor. Assim, o desaparecimento dos sintomas não necessariamente corresponde à interrupção do processo patológico. Em determinadas circunstâncias, a ausência de

acompanhamento clínico e de intervenções voltadas ao fortalecimento muscular, à correção postural e ao controle dos fatores de risco pode permitir a progressão silenciosa da doença.⁶

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos analisados demonstram consenso quanto ao benefício dos bloqueios epidurais na redução da dor e na melhora funcional em curto prazo, especialmente em pacientes com radiculopatia lombar aguda. Também existe evidência consistente de melhora da qualidade de vida e redução da incapacidade funcional após esses procedimentos.⁵

Entretanto, os resultados referentes aos desfechos estruturais de longo prazo permanecem limitados. A maioria dos estudos não identifica redução significativa da necessidade futura de cirurgia nem melhora consistente dos parâmetros anatômicos da doença discal.⁴ Esses achados sugerem que os bloqueios devem ser compreendidos como ferramentas terapêuticas complementares dentro de uma estratégia multidisciplinar mais ampla e não como substitutos do tratamento etiológico da patologia.

Do ponto de vista clínico e ético, a melhora da qualidade de vida promovida pelo controle da dor possui valor intrínseco significativo e não deve ser minimizada. Pacientes que conseguem dormir melhor, retornar ao trabalho, recuperar a mobilidade e reduzir o sofrimento psicológico experimentam benefícios concretos e mensuráveis. Contudo, a preservação desses resultados depende da implementação simultânea de estratégias voltadas ao fortalecimento muscular, à reeducação postural, à redução de fatores mecânicos agravantes e, quando necessário, à intervenção cirúrgica.⁴⁻⁶

CONCLUSÃO

Os bloqueios analgésicos utilizados em hérnias discais graves não podem ser considerados meramente um placebo, uma vez que produzem efeitos fisiológicos reais sobre a inflamação local e sobre a transmissão da dor.¹ Entretanto, também não devem ser interpretados como tratamentos curativos da doença estrutural subjacente.³

O alívio sintomático proporcionado por essas intervenções possui elevado valor terapêutico ao melhorar a qualidade de vida, restaurar a funcionalidade e permitir a participação do paciente em programas de reabilitação. Contudo, a persistência do

extravasamento discal, da degeneração intervertebral e das alterações biomecânicas da coluna pode levar à progressão silenciosa da doença quando medidas complementares não são implementadas. Dessa forma, os bloqueios devem ser compreendidos como instrumentos de manejo da dor inseridos em uma abordagem multidisciplinar e integrada, direcionada não apenas ao sintoma, mas também aos mecanismos estruturais responsáveis pela sua origem.

REFERÊNCIAS

1. Friedly JL, Comstock BA, Turner JA, Heagerty PJ, Deyo RA, Sullivan SD, *et al.* A randomized trial of epidural glucocorticoid injections for spinal stenosis. *N Engl J Med.* 2014;
2. Friedly JL, Bresnahan BW, Comstock BA, Turner JA, Deyo RA, Sullivan SD, *et al.* Epidural corticosteroid injections for radiculopathy and spinal stenosis: a systematic review. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2014.
3. Kreiner DS, Hwang SW, Easa JE, Resnick DK, Baisden JL, Bess S, *et al.* Diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *Spine J.* 2014;
4. North American Spine Society. Clinical practice guideline for lumbar disc herniation with radiculopathy. Burr Ridge (IL): North American Spine Society; 2022.
5. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin CWC, Chenot JF, *et al.* Epidural steroid injections for radicular lumbosacral pain: a systematic review and meta-analysis. *Spine J.* 2020;
6. Weinstein JN, Tosteson TD, Lurie JD, Tosteson ANA, Blood EA, Hanscom B, *et al.* Surgical versus nonoperative treatment for lumbar disc herniation: eight-year results for the SPORT trial. *Spine (Phila Pa 1976).* 2014;