

DOR NAS PERNAS AO CAMINHAR: PSEUDOCLAUDICAÇÃO E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Autor: Marcos Richetti Franzosi

Introdução

A dor em membros inferiores desencadeada pela marcha é frequentemente atribuída à doença arterial periférica (DAP). No entanto, diversas causas não vasculares, agrupadas sob o termo pseudoclaudicação, podem mimetizar esse padrão clínico. Essas condições incluem etiologias neurológicas, musculoesqueléticas e venosas, tornando o diagnóstico diferencial essencial para o manejo adequado.

Objetivo

Apresentar as principais causas não vasculares de dor nas pernas ao caminhar, destacando os diagnósticos diferenciais da pseudoclaudicação e os elementos clínicos que auxiliam sua distinção da claudicação vascular.

Claudicação neurogênica

É a etiologia não vascular mais comum, geralmente secundária à estenose do canal lombar. Caracteriza-se por dor, parestesias ou fraqueza em glúteos e membros inferiores, exacerbadas pela marcha ou ortostatismo e aliviadas pela flexão lombar (sentar ou inclinar-se para frente), mais do que pelo repouso isolado. A compressão radicular por hérnia discal lombar também pode causar dor irradiada, frequentemente presente mesmo em repouso e com alívio variável conforme a posição.

Causas musculoesqueléticas

Artrose de quadril ou de pé/tornozelo: dor mecânica após atividade física, sem alívio rápido com o repouso, melhorando com a redução da carga articular.

Síndrome compartimental crônica por esforço: mais comum em atletas, manifesta-se como dor em pressão ou sensação de tensão na panturrilha após exercício prolongado, com resolução lenta após sua interrupção.

Causas venosas

A claudicação venosa, geralmente decorrente de trombose venosa profunda crônica, cursa com dor, sensação de peso e edema, sendo aliviada preferencialmente pela elevação do membro. Cistos de Baker sintomáticos podem causar dor e edema na região poplítea, ocasionalmente exacerbados pelo esforço, porém sem padrão verdadeiramente intermitente.

Diagnóstico Diferencial

A diferenciação entre claudicação vascular e não vascular baseia-se principalmente na anamnese e no exame físico. Os testes vasculares não invasivos têm papel central. Um índice tornozelo-braquial (ITB) $\leq 0,90$ é diagnóstico para DAP, enquanto um ITB normal sugere fortemente etiologia não vascular, direcionando a investigação para exames complementares, como ressonância magnética da coluna lombar, quando predominam sintomas neurológicos. A radiografia simples é o exame inicial para artropatias degenerativas, enquanto a ressonância magnética é indicada para lesões musculotendíneas, cartilaginosas ou suspeita de síndrome compartimental crônica por esforço. A ultrassonografia pode auxiliar na avaliação de partes moles e cistos.

Tratamento

O tratamento das causas não vasculares de claudicação é predominantemente conservador e etiologia-específico, incluindo modificação de atividades, fisioterapia, analgesia e correção biomecânica com órteses. Procedimentos cirúrgicos são reservados para casos refratários, como artroplastias na artrose avançada ou fasciotomia na síndrome compartimental crônica.

Conclusão

As causas não vasculares de claudicação constituem um diagnóstico diferencial frequente e clinicamente relevante em pacientes com dor nas pernas ao caminhar. O reconhecimento adequado da pseudoclaudicação evita intervenções vasculares desnecessárias, permite tratamento direcionado e contribui para melhores desfechos funcionais e qualidade de vida.

Referências

1. Gornik, H., Aronow, H., Goodney, P. et al. 2024 ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VESS Guideline for the Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. JACC. 2024 Jun; 83 (24) 2497-2604. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.02.013>
2. Conte, M. S., Pomposelli, F. B., Clair, D. et al. 2015. Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: Management of asymptomatic disease and claudication. Journal of Vascular Surgery, 61(3 Suppl), 2S-41S. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2014.12.009>
3. Webb CW, Aguirre K, Seidenberg PH. Lumbar Spinal Stenosis: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2024 Apr;109(4):350-359. PMID: 38648834.