

Cervicalgia: Diagnóstico na Atenção Primária à Saúde

*Autoria: Sociedade Brasileira de Medicina de
Família e Comunidade
Associação Brasileira de Medicina
Física e Reabilitação
Sociedade Brasileira de Neurocirurgia
Colégio Brasileiro de Radiologia*

Elaboração Final: 2 de dezembro de 2009

Participantes: Wagner HL, Bareiro AOG, Stein AT, Castro Filho ED,
Pereira CF, Ribeiro R, Mendonça R

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Realizada busca no PubMed, LILACS e SciELO, com a seguinte estratégia de busca: *cervicalgia* ou *neck pain* (*MeSH Terms*) AND diagnóstico ou *diagnosis* (*MeSH Terms*) OR diagnóstico em atenção primária ou *diagnosis* (*MeSH Terms*) *in primary care* (*MeSH Terms*). Com a estratégia de *cervicalgia* ou *neck pain* e diagnóstico ou *diagnosis*, foi realizada busca na base secundária da Cochrane, como *neck pain*, na Dynamed, e como *neck pain diagnosis*, no UpToDate. Foram encontrados 42 artigos que enfocavam o diagnóstico em atenção primária, dos quais 12 foram selecionados com base nos resumos – além de três artigos das bases secundárias – para utilização na confecção desta diretriz. Critérios de inclusão: pacientes adultos ou idosos, com queixa clínica de *cervicalgia* (*neck pain*) avaliados em atenção primária à saúde; artigos com validade interna e com potencial validade externa para a realidade brasileira. Critérios de exclusão: artigos em que os autores trabalham em centros de referência terciários, com pacientes selecionados em função da especialização dos centros; artigos em que a validade intrínseca pode ser questionada também foram rejeitados.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

Responder à questão: Paciente adulto com queixa de dor cervical comparece a consulta em ambulatório de atenção primária. Como proceder à investigação clínica neste nível e quais diagnósticos diferenciais explorar?

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

DEFINIÇÃO

A dor na região cervical é um problema comum, respondendo por 1,4% das consultas a médicos de família e comunidade nos Estados Unidos¹(D). Dados brasileiros sugerem que até 55% da população terá²(D), em algum momento, cervicálgia, e destes 12% das mulheres e 9% dos homens terão dor cervical crônica²(D).

Com quadro clínico muito diversificado, pode manifestar-se como dor cervical, cefaleia, dor em ombros, no tórax, no dorso, ou parestesia e dor em membros superiores¹⁻⁵(D). Sendo assim, é um desafio diagnóstico em uma demanda frequente. Os estudos sobre diagnóstico informam que pacientes sem achados anatômicos podem apresentar dor cervical, e que portadores de lesões anatômicas podem ser completamente assintomáticos^{2,4-6}(D).

Em 95% dos casos avaliados não há sinal de comprometimento neurológico^{1,2,5}(D); nesses pacientes, a avaliação clínica e o manejo baseado na clínica é a conduta mais apropriada para a abordagem inicial^{1,5,6}(D).

A avaliação clínica da cervicálgia inicia com a anamnese e a inspeção do paciente, buscando alterações que indiquem postura viciosa ou antálgica; o passo seguinte consiste em solicitar que o paciente execute movimentos da região cervical – flexão, extensão, lateralização e rotação –, observando-se bloqueios e dificuldade para a execução dos movimentos. A seguir, procede-se à palpação da região, buscando pontos dolorosos ou de gatilho^{2,4}(D). A identificação de irradiação da dor e o trajeto da mesma direcionam o exame na busca de locais onde possa haver comprometimento anatômico ou inflamatório^{1,5}(D).

A dor cervical, por sua variabilidade e complexidade, e pela falta de correlação entre achados e clínica é um desafio à prática médica, estando muitas vezes associada a questões sociais e laborativas⁷(B)^{8,9}(D). Estudos de coorte com 12 anos de evolução demonstram que pacientes com pretensão a aposentadoria ou auxílio doença apresentam quadros de difícil diagnóstico – com mais queixas e impotência funcional do que pessoas autônomas, em que se afastar do trabalho não é desejável⁷(B).

A identificação de comprometimento neurológico, caracterizado por instabilidade da região como bloqueio antálgico e impotência funcional em trajetos de nervos, determina a necessidade de avaliação pelo especialista focal^{10,11}(B)^{1,3,5,12}(D).

A indicação de exames complementares é determinada pela falta de resposta ao tratamento, pela dor provocada por trauma, ou ainda por sinais de comprometimento neurológico^{1,5,6}(D).

A indicação de radiografia simples da região cervical é adequada em pacientes com história de trauma, ou com mais de 50 anos, devendo incluir uma radiografia peroral para melhor avaliar a primeira e segunda vértebras cervicais, acompanhada de uma radiografia frontal e lateral. Quando necessário, para melhor visualização, podem ser feitas incidências oblíquas. Na escala de indicação de exames para cervicalgia do Colégio Americano de Radiologia, a radiografia simples é o mais apropriado exame^{2,5,6}(D). Em casos de doença maligna acompanhada de cervicalgia, este também é o exame mais indicado^{1,5,6}(D).

Pacientes que apresentam sinais neurológicos (impotência funcional – particularmente quando progressiva, parestesias e hiperestesias, contratura antálgica), com radiografia simples normal, devem ser avaliados com ressonância magnética ou tomografia axial computadorizada^{2,5,6,8}(D).

Quando a radiografia simples sugere lesão óssea com diminuição do espaço intervertebral e sintomas neurológicos, também deve ser realizada ressonância magnética ou tomografia axial computadorizada^{2,5,6,8}(D).

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS NO PACIENTE COM CERVICALGIA

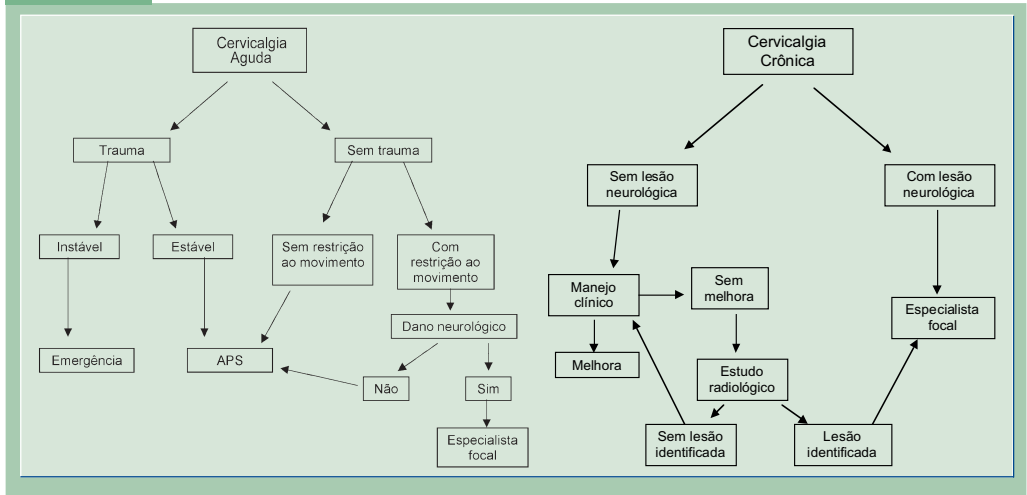
As causas mais comuns de cervicalgia estão associadas a contraturas e distensões musculares. Como é uma região de intensa mobilidade, pela qual passam estruturas nobres, a musculatura da região fornece mobilidade e suporte, mas é vulnerável a lesões. A clínica nestes casos é típica de defesa e rigidez de movimento – sem irradiação com padrão de raiz nervosa. A mobilidade espontânea é reduzida e a mobilidade passiva é bloqueada. A palpação do(s) músculo(s) afetado(s) desencadeia dor^{13,14}(B)^{3,4}(D).

A fibromialgia – síndrome dolorosa que afeta 2% dos pacientes em atenção primária – também pode apresentar-se inicialmente com quadro de cervicalgia, exigindo que a anamnese explore outros sintomas, como a cronicidade, vários pontos de dor, tensão e distúrbios do sono^{1,5}(D).

Artrose das articulações intervertebrais é outro diagnóstico a ser considerado. Clinicamente a dor piora com o movimento, ao acordar pela manhã, e pode perceber-se crepitação à movimentação da região. Estudo radiológico simples da região demonstra o espessamento da superfície articular^{7,11,15}(B)¹(D). Ainda dentro deste processo de desgaste das articulações, outra doença pode causar dor, como a calcificação de tendões e músculos na região cervical, também identificável à radiografia simples^{1,5}(D).

Causa frequente de cervicalgia, particularmente em jovens, é a produzida pelo movimento de chicote, em desacelerações súbitas. O mecanismo pode produzir lesões musculares, ligamentares ou

Algoritmo



mesmo subluxações – pela gravidade possível, estes pacientes devem ser examinados com cautela, sendo geralmente sua consulta realizada em nível de pronto atendimento^{1,4-6}(D).

A compressão de raízes nervosas, conforme a altura, pode desenvolver quadros sindrômicos floridos, que muitas vezes dificultam o diagnóstico. São descritas basicamente duas síndromes:

1. Síndrome cérvico-craniana – as raízes nervosas oriundas de C2-C3 podem unir-se ao X, XI e XII par cranianos, a compressão destas raízes pode levar a sintomas em região cervical, crânio e sintomas digestivos altos^{1,2}(D);

2. Síndrome cérvico-braquial – conforme o nível da compressão, haverá sintomas reflexos^{1,2,8}(D):

- C4 – rombóide, deltóide, bíceps e subespinhoso;
- C5-C6 – ombro, trapézio, face ântero-superior do braço, polegar;
- C6-C7 – escápula, face anterior do tórax, dorso do cotovelo, segundo e terceiro dedos;
- C7-T1 – Dorso do braço, músculos interdigitais, quarto e quinto dedos.

A anamnese e o exame físico são fundamentais para identificar a compressão das raízes nervosas que levam ao desenvolvimento dessas síndromes, exigindo, quando presentes, avaliação do especialista focal pela eventual necessidade de descompressão^{10,11}(B)^{1,3,5,12}(D).

A identificação de hérnia de disco com comprometimento de raiz nervosa é de manejo do especialista¹³(B)^{2,4,9}(D), mas nem toda a hérnia de disco ocasionará compressão de raiz

nervosa⁶(D). Estudos de ressonância em pacientes sem cervicálgia demonstram hérnia de disco em 20% a 57% dos pacientes, conforme a faixa etária¹(D), e muitas vezes a conduta expectante será adequada.

Outras doenças sistêmicas ou localizadas também podem cursar com dor cervical, como tumores, processos inflamatórios localizados, neuropatia diabética e mesmo acidente vascular cerebral – devendo fazer parte do diagnóstico diferencial^{1,2,5}(D).

SINAIS DE ALERTA EM CERVICALGIA

Há alguns sinais de alerta em cervicálgia,

seja pela complexidade do diagnóstico ou pelo potencial de simulação:

- Ansiedade e depressão;
- Interesse em afastamento do trabalho e aposentadoria;
- História anterior de cervicálgia;
- Sintomas gerais.

SINAIS DE RISCO EM CERVICALGIA

Constituem sinais de risco em cervicálgia:

- Instabilidade da região;
- Fraqueza muscular;
- Perda progressiva de função.

REFERÊNCIAS

1. UpToDate. Disponível em: <http://www.utdol.com/utd/content/topic.do?topicKey=spinaldi/561> Acesso em: 18/05/2006
2. Teixeira JM, Barros Filho T, Lin TY, Hamani C, Teixeira WGJ. Cervicalgias. Rev Med 2001;80:307-16.
3. Kriss TC, Kriss VM. Neck pain: primary care work-up of acute and chronic symptoms. Geriatrics 2000;55:47-8.
4. Croft P. Diagnosing regional pain: the view from primary care. Baillière's Clin Rheumatol 1999;13:231-42.
5. Dynamed. Disponível em: <http://dynamed101.eptonet.com/Detail.aspx?id=116368> Acesso em: 15/09/2006
6. National Guideline Clearinghouse (USA). Disponível em: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?view.id=1&doc>
7. Holmberg SA, Thelin AG. Primary care consultation, hospital admission, sick leave and disability pension owing to neck and low back pain: a 12-year prospective cohort study in a rural population. BMC Musculoskelet Disord. 2006;7:66.
8. Krachete DC, Sakata RK, Tanajura D, Guimarães AC, Angelim M. Perfil clínico de pacientes com dor crônica do ambulatório de dor do Hospital Universitário Professor Edgard Santos – UFBA. Rev Baiana Saúde Pública 2003; 27:185-95.
9. Salomão Junior JC, Zardo EA, Serdeira A, Paglioli E. Cervicobraquialgia. Acta Médica 2004;25: 26-37.
10. Bertilson BC, Grunnesjö M, Strender LE. Reliability of clinical tests in the assessment of patients with neck/shoulder problems: impact of history. Spine 2003;28:2222-31.
11. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Scherstén B. Musculoskeletal chronic pain in general practice: studies of health care utilisation in comparison with pain prevalence. Scand J Prim Health Care 1999;17:87-92.
12. Moskovich R. Neck pain in the elderly: common causes and management. Geriatrics 1988;43:65-70.
13. Williams NH, Wilkinson C, Russell IT. Extending the Aberdeen Back Pain Scale to include the whole spine: a set of outcome measures for the neck, upper and lower back. Pain 2001;94:261-74.
14. Sim J, Lacey RJ, Lewis M. The impact of workplace risk factors on the occurrence of neck and upper limb pain: a general population study. BMC Public Health 2006;6:234.
15. Strender LE, Lundin M, Nell K. Interexaminer reliability in physical examination of the neck. J Manipulative Physiol Ther 1997;8:516-20.