

Cervicalgia – Diagnóstico pelo médico de família e comunidade

Autores:

Hamilton Lima Wagner

Adolfo Oscar Gigglerberger Bareiro

Supervisão

Eno Dias de Castro Filho

Airton Tetelbom Stein

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

Problema clínico: paciente adulto com queixa de dor cervical comparece a consulta em ambulatório de atenção primária. Como proceder a investigação clínica neste nível e quais diagnósticos diferenciais explorar.

Estratégia de busca: - Feito busca no Pubmed, Lilacs, 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 buscou-se na base secundária do Cochrane, como neck pain na base secundária do Dynamicmedical (Dynamed) e como neck pain diagnosis no UpToDate.

Foram encontrados 42 artigos que enfocam o diagnóstico em atenção primária, dos quais 12 foram selecionados com base nos resumos – além de 3 artigos das bases secundárias – para utilização na confecção desta linha de conduta.

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 que a validade intrínseca pode ser questionada também foram rejeitados.

Definição

A dor na região cervical é um problema comum, respondendo por 1,4% das consultas a médicos de família e comunidade nos Estados Unidos (15 - D). Dados brasileiros sugerem que até 55% da população terá (1 - D), em algum momento, cervicalgia e destes 12% das mulheres e 9% dos homens terão dor cervical crônica (1 -D).

Com quadro clínico muito diversificado pode manifestar-se como dor cervical, cefaléia, dor em ombros, no tórax, no dorso, ou parestesia e dor em membros superiores (1 - D, 8 - D, 9 - D, 14 - D, 15 - D). Sendo assim, é um desafio diagnóstico em uma demanda freqüente. Os estudos sobre diagnóstico informam que pacientes sem achados anatômicos podem apresentar dor cervical, e que portadores de lesões anatômicas podem ser completamente assintomáticos (1 - D, 9 - D, 13 - D, 14 - D).

Em 95% dos casos avaliados não há sinal de comprometimento neurológico (1 - D, 14 - D, 15 - D); nestes pacientes, a avaliação clínica e o manejo baseado na clínica é a conduta mais apropriada para a abordagem inicial (13 - D, 14 - D, 15 - D).

A avaliação clínica da cervicalgia 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 bloqueios e dificuldade para a execução dos movimentos. A seguir procede-se a palpação da região, buscando pontos dolorosos ou de gatilho (1 - D, 9 - 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 (14 - D, 15 - 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 laborativas (2 - D, 3 - D, 4 - B). Estudos de coorte com 12 anos de evolução mostram 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 desejável (4 - B).

A identificação de comprometimento neurológico, caracterizado por instabilidade da região: bloqueio antálgico, impotência funcional em trajetos de nervos, determina a necessidade de avaliação pelo especialista focal (5 - D, 6 - C, 7 - D, 8 - B, 14 - D, 15 - 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 (13 - D, 14 - D, 15 - D).

A indicação de Rx 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 um Rx frontal e lateral. Quando necessário, para uma melhor visualização, podem ser feitas incidências oblíquas. Na escala de indicação de exames para cervicálgia do Colégio Americano de Radiologia o Rx simples é o mais apropriado exame (1 - D, 13 - D, 14 - D). Em casos de doença maligna acompanhada de cervicálgia este também é o exame mais indicado (13 - D, 14 - D, 15 - D).

Pacientes que apresentam sinais neurológicos (impotência funcional – particularmente quando progressiva, parestesias e hiperestesias, contratura antálgica), com Rx simples normal, devem ser avaliados com Ressonância Magnética ou Tomografia Axial Computadorizada (1 - D, 2 - D, 13 - D, 14 - D).

Quando o Rx simples sugere lesão óssea com diminuição do espaço intervertebral e sintomas neurológicos, também deve ser realizado a Ressonância Magnética ou a Tomografia Axial Computadorizada (1 - D, 2 - D, 13 - D, 14 - D).

Diagnósticos diferenciais no paciente com cervicálgia

As causas mais comuns de cervicálgia 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 (8 - B, 9 - D, 10 - C, 11 - B).

A fibromialgia – síndrome dolorosa que afeta 2% dos pacientes em atenção primária - também pode apresentar-se inicialmente com quadro de cervicálgia, exigindo que a

anamnese explore outros sintomas – como a cronicidade, vários pontos de dor, tensão e distúrbios do sono (14 - D, 15 - D).

Artrose das articulações intervertebrais é um outro diagnóstico a considerar. Clinicamente a dor piora com o movimento, ao acordar pela manhã, e pode perceber-se crepitação a movimentação da região. Estudo radiológico simples da região mostra o espessamento da superfície articular (4 - B, 7 - D, 12 - B, 15 - D). Ainda dentro deste processo de desgaste das articulações, uma outra patologia que pode causar dor é a calcificação de tendões e músculos na região cervical – também identificáveis ao Rx simples (14 - D, 15 - D).

Causa freqüente de cervicalgia, particularmente em jovens é a produzida pelo movimento de chicote, em desacelerações súbitas. O mecanismo pode produzir lesões musculares, ligamentares ou mesmo subluxações – pela gravidade possível estes pacientes devem ser examinados com cautela, sendo geralmente sua consulta realizada em nível de pronto atendimento (9 - D, 13 - D, 14 - D, 15 - D).

A compressão de raízes nervosas, conforme a altura pode desenvolver quadros sindrômicos floridos, que muitas vezes dificultam o diagnóstico, são descritas basicamente 2 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 - D, 15 -D).

2 - Síndrome cervicobraquial – conforme o nível da compressão haverá sintomas reflexos (1 - D, 2 - D, 15 - 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 destas síndromes, exigindo, quando presentes, avaliação do especialista focal pela eventual necessidade de descompressão (5 - D, 6 - C, 7 - D, 8 - B, 14 - D, 15 - D).

A identificação de hérnia de disco, com comprometimento de raiz nervosa é de manejo do especialista focal (1 - D, 3 - D, 9 - D, 10 - C), mas nem toda a hérnia de disco ocasionara compressão de raiz nervosa (13 - D) – estudos de ressonância em pacientes sem cervicalgia mostram hérnia de disco em 20 a 57% dos pacientes conforme a faixa etária (15 - D), e muitas vezes a conduta expectante será adequada.

Outras patologias 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 - D, 14 - D, 15 - D).

Sinais de alerta em cervicalgia – seja pela complexidade do diagnóstico ou pelo potencial de simulação:

- Ansiedade e depressão
- Interesse em afastamento do trabalho e aposentadoria
- História anterior de cervicalgia
- Sintomas gerais

Sinais de risco em cervicalgia

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

Referências

1. Teixeira, J.M.; Barros Filho, T.; Lin, T.Y.; Hamani, C.; Teixeira, W.G.J. *Cervicalgias*. Rev. Med. (São Paulo) 80 (ed esp pt 2) 307-16, 2001.
2. Kraychete, D.C.; Sakata, R.K.; Tanajura, D.; Guimarães, A.C.; Angelim, M. *Perfil clínico de pacientes com dor crônica do ambulatório de dor do hospital universitário Professor Edgar Santos – UFBA*. Rev. Baiana de saúde pública. (Salvador). V27, n2, p 185-195, jul/dez. 2003.
3. Salomão Junior, J.C.; Zardo, E.A.; Serdeira, A.; Paglioli, E. *Cervicobraquialgia*. Acta médica (Porto Alegre). P26-37. 2004.

4. Holmberg, S.A.C.; Thelin, A.G. *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 Musculoskeletal Disorders. (Uppsala). 7:66. 2006.
5. Moskovich, R. *Neck pain in the elderly: common causes and management*. Geriatrics (New York). V43(4), p 65-82. 1988.
6. Bertilson, B.C.; Grunnesjö, M.; Strender, L.E. *Reliability of clinical tests in the assessment of patients with neck/shoulder problems – impact of history*. Spine. (Estocolmo). V 28(19). P. 2222-2231. 2003.
7. Anderson, H.I.; Ejiertsson, G.; Leden, I.; Scherstén, B. *Musculoskeletal chronic pain in general practice, studies of health care utilization in comparison with pain prevalence*. Scand J Prim Health Care. (Bromölia). V 17(2) p. 87-92. 1999.
8. Kriss, T.C.; Kriss, V.M. *Neck pain, primary care work-up of acute and chronic symptoms*. Geriatrics. (Lexington). V55(1) 2000.
9. Croft, P. *Diagnosing regional pain: the view from primary care*. Baillière's Clinical Rheumatology. (Stafforshire). V.13(2). P 231-242. 1999.
10. Williams, N.H.; Wilkinson, C.; Russel, I.T. *Extending the Aberdeen back pain scale to include the whole spine: a set of outcome measures for the neck, upper and lower back*. Pain. (Heslington). V.94(3) P.261-74. 2001.
11. Sim, J.; Lacey, R.J.; Lewis, M. *The impact of workplace risk factors on the occurrence of neck and upper limb pain: a general population study*. BMC Public Health. (Staffordshire). V6. 234. 2006.
12. Strender, L.E.; Lundin, M.; Nell, K. *Interexaminer reliability in physical examination of the neck*. J. Manipulative Physiol Ther. (Estocolmo). V8 p. 516-20
13. National Guideline Clearinghouse (USA) encontrada no endereço: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?view.id=1&doc>
14. Dynamed Atualizado em 15/09/2006 encontrado no endereço: (<http://dynamed101.epnet.com/Detail.aspx?id=116368>)
15. UpToDate Atualizado em 18/05/2006 encontrado no endereço: (<http://www.utdol.com/utd/content/topic.do?topicKey=spinaldi/561>)

Algoritmo



