

# **Cervicalgia – Tratamento pelo médico de família e comunidade**

## **Autores:**

**Hamilton Lima Wagner**

**Adolfo Oscar Giggberger Bareiro**

## **Supervisão:**

**Airton Tetelbom Stein**

**Eno Dias de Castro Filho**

## **Conflito de interesse:**

**Nenhum conflito de interesse declarado**

**Problema clínico:** em pacientes adultos avaliados em atenção primária, com queixa de cervicalgia, qual seria a melhor abordagem terapêutica.

**Estratégia de pesquisa:** - Feito busca no Pubmed, Lilacs, Scielo com a seguinte estratégia de busca: cervicalgia ou neck pain (Mesh terms) AND tratamento ou treatment (Mesh Terms) OR tratamento em atenção primária ou treatment (Mesh Terms) in primary care (Mesh terms). Com a estratégia de cervicalgia ou neck pain e tratamento ou treatment buscou-se a base secundária do Cochrane, para o UpToDate usou-se neck pain treatment e para o Dynamicmedical (Dynamed) neck pain.

Foram encontrados 188 artigos que enfocam o diagnóstico em atenção primária, dos quais 16 foram selecionados com base nos resumos – além de 8 artigos das bases secundárias – para utilização na confecção desta diretriz clínica.

**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 terciário, com pacientes triados em função da especialização dos centros, artigos em que o tratamento é do escopo do especialista focal (cirurgia neuro/ortopédica). Artigos em que a validade interna pode ser questionada também foram rejeitados.

### **Definição**

A abordagem terapêutica da cervicalgia é baseada na avaliação clínica, se há ou não comprometimento neurológico, nos fatores desencadeantes e no tempo de duração do quadro clínico.

Extensa revisão na literatura, tanto em bases primárias como secundárias, mostram que as evidências de efetividade de terapêutica para a cervicalgia são de baixa qualidade científica, e com isto a experiência do clínico e os desejos do paciente devem fazer parte do processo de decisão das escolhas a serem seguidas (1 – C, 16 - A).

### **Cervicalgia aguda**

Em quadros agudos, em que não há evidência de trauma, e se afasta comprometimento neurológico, o conjunto de evidências sugere que o manejo pode ser feito com antiinflamatórios não hormonal ou analgésico (2 - A, 22 - B, 23 - D, 24 - D).

Havendo contratura muscular pode-se lançar mão de relaxantes musculares, mas a evidência para o seu uso são fracas (2 - A, 16 - A); ensaios randomizados mostram que tizanidina, baclofen e diazepam (relaxantes de ação central) tem ação melhor que placebo; ciclobenzaprina, carisoprodol, clorzoxazona e orfenadina (relaxantes de ação periférica) também tem ação superior a placebo.

Nenhuma das drogas estudadas tem comprovação por estudos bem conduzidos, e por isto devem ser avaliadas em função do quadro, das preferências de pacientes e médicos, e dos efeitos adversos (2 - A, 11 - B, 16 - A, 22 - B, 23 - D, 24 - D) .

Em quadros agudos, afastada lesão com comprometimento neurológico ou fratura, pode-se lançar mão de analgésicos opióides em situações que a intensidade da dor justificar (22 - B, 23 - D, 24 - D).

O conjunto de evidências não indica o uso da acupuntura (20 - A, 23 - D), da eletroterapia (18 - A, 23 - D) e da fisioterapia (19 - A, 23 - D) para o manejo da cervicalgia aguda.

O uso de gelo e calor para o tratamento da dor aguda pode promover algum alívio em casos de dor aguda (22 - B, 23 - D, 24 - D).

Em casos de dor aguda produzida pelo mecanismo de chicote o uso de corticosteróides melhora o resultado, diminuindo os casos de dor persistente (22 - B, 23 - D, 24 - D).

Caso não haja bloqueio motor, exercícios leves na região cervical são indicados, melhorando o tempo de recuperação dos pacientes com cervicalgia (5 - B, 6 - B, 12 - D, 22 - B, 23 - D, 24 - D).

O uso de colares cervicais não melhora a dor cervical aguda (22 - B, 23 - D, 24 - D), estando indicados apenas quando há instabilidade da região secundário ao mecanismo do chicote ou por traumas (5 - B, 12 - D, 23 - D, 24 - D).

### **Cervicalgia crônica**

Em torno de 12% das mulheres e 9% dos homens desenvolverão cervicalgia crônica; o manejo destes pacientes é desafiador (7 - D, 9 - D). Situações emocionais e interesse em afastamento para tratamento de saúde e / ou aposentadoria por invalidez podem interferir na evolução do quadro (8 - D), doenças como ansiedade e depressão podem dificultar o manejo e a evolução das situações que levam a cervicalgia crônica (22 - B, 23 - D, 24 - D).

O uso de antiinflamatórios não hormonais não mostrou efetividade clínica em pacientes com cervicalgia crônica (11 - B, 22 - B, 23 - D, 24 - D). Relaxantes musculares não se mostraram eficientes no manejo da cervicalgia crônica (11 - B, 16 - A, 22 - B, 23 - D, 24 - D). O uso de analgésicos é adequado (6 - B, 12 - D, 23 - D, 24 - D). Assim a personalização do manejo dos pacientes que apresentam cervicalgia crônica é essencial para o sucesso.

O uso de acupuntura tem se mostrado efetiva em situações de cervicalgia crônica (8 - D, 20 - A, 23 - D); estudo randomizado mostra que em 1 ano (redução de 36% em relação ao controle –  $p < 0,02$ ) e 3 anos (redução de 33% em relação ao controle –  $p < 0,04$ ) de seguimento há diferença significativa nos pacientes tratados com acupuntura (20 - A).

Porém é importante não perder de vista que pacientes de grupos controle, sem nenhum tratamento para a cervicalgia, apresentam um índice de remissão que oscila entre 30 e 40% - o que torna a interpretação dos dados complexa (14 - B, 22 - B, 23 - D, 24 - D).

A fisioterapia, mobilização, analgesia com ultra-som, TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation – estimulação elétrica do nervo através da pele), corrente interferencial, massagens e manipulação tem evidência muito fraca de melhora (13 - B, 14 - B, 17 - A, 18 - A, 19 - A). Tratamentos de fisioterapia, com manipulação, massagens e analgesia prolongados (por meses ou anos) são apenas discretamente superiores que procedimentos curtos (até 10 sessões) (13 - B).

Exercícios físicos orientados para pacientes com cervicalgia crônica não mostram evidência de melhora, sendo os resultados semelhantes ao de grupos controle (3 - B, 6 - B, 10 - C, 13 - B, 21 - A, 24 - D). Estudo randomizado mostra pequena melhora em grupos muito motivados, com assistência intensiva (10 - C). Aparentemente atividade física continuada produz elevação do limiar de dor, tendo um efeito benéfico para pacientes que conseguem manter um programa regular de exercícios físicos (3 - B, 6 - B, 15 - B).

A abordagem multimodal, em que são associados: analgesia, psicoterapia, fisioterapia com massagens e exercícios orientados, parece ser uma abordagem que oferece resultados duradouros em pacientes com cervicalgia crônica sem comprometimento neurológico (4 - B, 23 - D).

### **Cervicalgia por trauma**

O atendimento a traumas geralmente é de responsabilidade dos serviços de pronto atendimento, mas ocasionalmente são manejados na atenção primária. Nestas situações é fundamental afastar lesão óssea, compressão de raiz nervosa ou de medula. Atendidas estas condições o manejo pode ser feito pelo médico de família e comunidade.

Em fase inicial, pós traumatismo, em que a dor e o bloqueio álgico a movimentação é importante, o uso do colar cervical por poucos dias (5 - B, 22 - B, 23 - D, 24 - D) mais analgésicos e / ou antiinflamatórios (5 - B, 22 - B, 23 - B, 24 - B) é a abordagem apropriada. Após o alívio dos sintomas agudos, o início de exercícios físicos é indicado para a recuperação e prevenção de cervicalgia crônica (5 - B, 12 - D, 22 - B, 23 - D, 24 -

D). Quando o trauma desenvolve edema cervical o uso de corticosteróides via oral por 7 dias auxilia na resolução da situação aguda (22 - B, 23 - D, 24 - D).

#### **Recomendações principais no manejo ao paciente com cervicalgia**

- Primeiro atendimento, situação inicial, sem história de trauma, sem lesão neurológica ao exame clínico: prescrever analgésico, ou antiinflamatório não hormonal e relaxante muscular. Não solicitar exames, orientar retorno para 7 a 10 dias. Ao retorno se sintomas persistirem solicitar Rx simples e manter esquema analgésico. Rx normal e sintomas persistem, encaminhar para fisioterapia e ou acupuntura.
- Primeiro atendimento, situação inicial, história de movimento de chicote, sem sinais neurológicos ao exame clínico: prescrever calor / gelo, corticosteróide oral e analgésico. Em caso de instabilidade pode se recomendar o uso por um breve tempo o colar cervical. Exercícios físicos para recuperação assim que a dor permita. Orientar retorno em 7 a 10 dias, caso ainda persista a dor encaminhar a fisioterapia.
- Primeiro atendimento, situação inicial, sem história de trauma, sem lesão neurológica, dor crônica. Prescrever analgésicos, encaminhar fisioterapia 10 sessões e reavaliar na seqüência. Dor persiste, solicitar Rx simples de controle. Ausência de sinais significativos, encaminhar para acupuntura – com lesão encaminhar ao especialista focal.
- Primeiro atendimento, situação inicial, sem história de trauma, dor crônica com sinais neurológicos. Prescrever analgésicos, corticosteróide oral e encaminhamento ao especialista focal para avaliação.
- Primeiro atendimento, situação inicial, dor cervical secundária a trauma – sem sinais neurológicos. Solicitar Rx simples, prescrever analgésicos e calor / gelo. Exame normal, retorno em 7 a 10 dias. Dor persistir, manter analgésico e antiinflamatório, encaminhar a fisioterapia.
- Primeiro atendimento, situação inicial, dor cervical secundária a trauma – com sinais de instabilidade e / ou neurológicos. Encaminhar para referência especializada em regime de emergência, com imobilização da região.

## Referências:

1. Korthals-de Bos, I.B. *Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomized controlled trial*. BMJ. (Amsterdan) V326. 2003
2. Ojala, T.; Arokoski, J.P.; Partanen, J. *The effect of small doses of botulinum toxin a on neck-shoulder miofacial pain síndrome: a double blind, randomized, and controled crossover trial*. Clin J Pain. (Kuopio) V22(1) p.90-96. 2006.
3. Ylinen, J.; Takaka, E.P.; Kautiainen, H.; Nykknen, A.; Pohjolainen, T.; Karppi, S.L. *Effect of long-term neck muscle training on pressure pain threshold: a randomized controlled trial*. Eur J Pain. (Jyvaskila) V. 9(6) p 673-81. 2005.
4. Linton, S.J.; Boersma, K.; Janson, M.; Svard, L., Botvalde, M. *The effects of cognitive-behavioral and physical therapy preventive interventions on pain-related sick leave: a randomized controlled trial*. Clin J Pain. (Orebro) V21(2) p. 109-19. 2005.
5. Rosenfeld, M.; Seferiadis, A.; Carlsson, J. Gunnarsson, R. *Active intervention in patients with whiplash-associated disorders improves long-term prognosis: a randomized controlled clinical trial*. Spine. (Gotemborg) V.28(22) p.2491-8. 2003.
6. Taimela, S.; Takala, E.P.; Asklof, T.; Seppala, K.; Parviainen, S. *Active treatment of chronic neck pain: a prospective randomized intervention*. Spine. (Helsinki). V25(8) p. 1021-7. 2000.
7. 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.
8. 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.
9. Salomão Junior, J.C.; Zardo, E.A.; Serdeira, A.; Paglioli, E. *Cervicobraquialgia*. Acta médica (Porto Alegre). P26-37. 2004.

10. Tsauo, J.Y.; Lee, H.Y.; Hsu, J.H.; Chen, C.Y.; Chen, C.J. *Physical exercise and health education for neck and shoulder complains among sedentary workers*. J Rehabil Med. (Taipei). V36(6) p. 253-7. 2004.
11. Childers, M.K.; Borenstein, D. Brown, R.L.; Gershon, S.; Hale, M.E.; Petri, M.; Wan, G.J. *Low-dose cyclobenzaprine versus combination therapy with ibuprofen for acute neck or back pain with muscle spasm: a randomized trial*. Curr Med Res Opin. (Columbia). V9 p. 1485-93. 2005.
12. Gonzalez Ramirez, S.; Chaparro Ruiz, E.S.; de la Rosa Alvarado Mdel, R.; Diaz Vega, M.; Guzman Gonzalez, J. M.; Jiménez Alcantara, J.A.; Lopes Roldan, V.M.; Rosas Medina, J. *Clinical guideline for rehabilitation of patients with cervical whiplash at the primary care level*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. (Mexico). V43(1) p. 61-8. 2005.
13. Moffett, J.A.K.; Jackson, D.A.; Richmond, S.; Hahn, S.; Coulton, S.; Farrin, A.; Manca, A.; Torgerson, D. *Randomised trial of a brief physiotherapy intervention compared with usual physiotherapy for neck pain: outcomes and patients' preference*. BMJ. (Hull) V330 p.75-81. 2004.
14. Enthoven, P.; Skargreen, E.; Oberg, B. *Clinical course in patients seeking care for back or neck pain: a prospective 5-year follow-up of outcome and health care consumption with subgroup analysis*. Spine. (Linkoping). V 29(21) p. 2458-65. 2004.
15. Savolainen, A.; Ahlberg, J. Nummila, H; Nissinen, M. *Active or passive treatment for neck-shoulder pain in occupational health care? A randomized control trial*. Occupational Medicine. (Helsinki) V54 p. 422-424. 2004
16. Chou, R.; Peterson, K.; Helfand, M. *Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review*. J Pain Symptom Manage. (Portland). Vol28(2) p 140-75. 2004.
17. Haraldson, B.G.; Gross, A.R.; Myers, C.D.; Morien, A.; Goldsmith, C.; Peloso, P.M.; Bromfort, G. *Massage for mechanical neck disorders*. Cochrane Colaboration. 29/07/2006
18. Kroeling, P.; Gross, A.; Goldsmith, C.H. *Eletrotherapy for neck disorders*. Cochrane Colaboration 20/04/2005.

19. Gross, A.R.; Hiving, J.L.; Haines, T.A.; Goldsmith, C.H.; Kay, T.; Aker, P.; Bronfort, G. *Manipulation and mobilization for mechanical neck disorders*. Cochrane Colaboration. 26/01/2004.
20. Trinh, K.V.; Graham, N; Gross, A.R.; Goldsmith, A.R.; Wang, E.; Cameron, I.D.; Kay, T. *Acupuncture for neck disorders*. Cochrane Colaboration. 19/07/2006.
21. Kay, T.M.; Gross, A.; Goldsmith, C.; Santaguida, P.L.; Hoving, J.; Bronfort, G. *Exercises for mechanical neck disorders*. Cochrane Colaboration. 20/07/2005
22. National Guideline Clearinghouse (USA) encontrada no endereço:  
<http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?view.id=1&doc>
23. Dynamed Atualizado em 15/09/2006 encontrada no endereço:  
<http://dynamed101.epnet.com/Detail.aspx?id=116368>
24. UpToDate Atualizado em 18/05/2006 encontrada no endereço:  
<http://www.utdol.com/utd/content/topic.do?topicKey=spinaldi/676>