

BMJ Best Practice

Avaliação de mononeuropatia dos membros inferiores

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jun 22, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	10
Considerações de urgência	10
Sinais de alarme	10
Diagnóstico	12
Abordagem passo a passo do diagnóstico	12
Visão geral do diagnóstico diferencial	18
Diagnóstico diferencial	20
Diretrizes de diagnóstico	46
Referências	47
Imagens	49
Aviso legal	50

Resumo

- ◊ As mononeuropatias dos membros inferiores são comumente encontradas na prática clínica. Uma mononeuropatia pode ser decorrente de patologias localizadas em qualquer ponto do nervo periférico, dos gânglios da raiz dorsal, passando pelo plexo lombossacral, até os nervos individuais terminais nomeados. A disfunção pode causar fraqueza, dor ou déficits sensitivos. Essas entidades são a principal fonte de encaminhamentos neurológicos.

◊ Causas :

As mononeuropatias podem ser compreendidas como compressivas ou idiopáticas, ou serem uma sequela de doença sistêmica subjacente (por exemplo, diabetes, neoplasia, infecção e condições inflamatórias). As neuropatias compressivas produzem sintomas na distribuição da raiz nervosa, do plexo ou do nervo individual afetados. As infecções virais, como vírus do herpes-zóster, vírus do herpes simples (HSV), vírus Epstein-Barr (EBV) e citomegalovírus (CMV), podem afetar as raízes nervosas, causando uma radiculite dolorosa, ou podem desencadear a síndrome de Guillain-Barré em 1 a 3 semanas após a infecção. São mais comuns em pessoas com a função imune alterada: por exemplo, idosos ou portadores do HIV. A neuropatia vasculítica geralmente ocorre de forma súbita e é dolorosa. O quadro vasculítico típico é o envolvimento gradativo de múltiplos nervos individuais (mononeurite múltipla) em vez de uma mononeuropatia isolada.^{[1] [2]} Como os nervos individuais são afetados, não se observa a distribuição distal e simétrica (por exemplo, em meias e luvas) presente nos déficits típicos de uma polineuropatia generalizada, pelo menos no início da doença. No entanto, em casos avançados, pode surgir um padrão confluinte que mimetiza o da polineuropatia comprimento-dependente. A mononeurite múltipla também pode ser observada com infecção. O câncer pode gerar disfunção nervosa secundária à compressão por tumores sólidos, infiltração por células malignas ou ataque mediado imunologicamente paraneoplásico.

Plexopatias lombossacrais

- É uma neuropatia envolvendo o plexo lombossacral. Ela pode ser causada por etiologias compressivas, infecciosas, malignas e inflamatórias.

Radiculopatias lombossacrais

- Neuropatias envolvendo a raiz nervosa. Ela também pode ser causada por etiologias compressivas, infecciosas, malignas e inflamatórias.

Etiologia

Metabólica

Amiotrofia diabética

- A amiotrofia diabética é relativamente comum.^[1] Embora tecnicamente seja uma radiculoplexopatia, ela é a entidade mais comum envolvendo o plexo lombossacral observada na prática clínica. Os pacientes podem ter diabetes mellitus estabelecido ou estados de intolerância à glicose (por exemplo, pré-diabetes). É mais provável que a condição tenha algum componente de microvasculite mediada imunologicamente e infarto do nervo secundário.^[3]

Compressiva

Plexopatias lombossacrais compressivas

- As neuropatias envolvendo o plexo lombossacral são incomuns, mas podem mimetizar uma mononeuropatia. As causas incluem a compressão causada por tumores sólidos, abscesso, hematoma ou malignidades infiltrantes.

Radiculopatias lombossacrais compressivas

- Embora não seja normalmente considerada uma mononeuropatia, as lesões radiculares podem mimetizar tais distúrbios e precisam ser consideradas no diagnóstico. As raízes nervosas inferiores de L5/S1 e, em seguida, as de L4/5 são mais comumente afetadas. As causas mais comuns são hérnia de disco e alterações degenerativas crônicas. Os tumores metastáticos também podem causar compressão aguda da raiz nervosa e devem ser considerados em pacientes com malignidade primária conhecida.

Neuropatia peroneal

- É a mononeuropatia mais comum que afeta os membros inferiores, geralmente manifestando-se como pé pendente.^{[4] [5]} Mais frequentemente, o nervo é lesionado no colo fibular devido à compressão (por exemplo, posicionamento cirúrgico, cruzamento de pernas ou trauma).
- O nervo peroneal é originado nas raízes nervosas de L4-S1. Essas fibras se estendem pelo plexo lombossacral e finalmente pelo componente dorsal do nervo ciático. No nervo ciático, as fibras do nervo peroneal comum se separam das fibras tibiais. Perto do colo fibular, o nervo peroneal comum se divide em seus ramos terminais, os nervos peroneais superficial e profundo.^[1] As neuropatias peroneais profundas isoladas são menos comuns.

Meralgia parestésica

- Causada pela compressão do nervo cutâneo femoral lateral. Esse nervo é originado nas raízes de L2/L3 e se estende ao redor da borda pélvica, saindo anteriormente à espinha ilíaca, antes de passar sob o ligamento inguinal. O nervo cutâneo femoral lateral é o responsável pela sensibilidade cutânea ao longo da região anterolateral da coxa.
- Frequentemente observada em pessoas com sobre peso, mas os pacientes que usam roupas apertadas e trabalhadores que usam cinto pesado de ferramentas também apresentam risco.

Neuroma de Morton (metatarsalgia)

- É uma fonte de dor no pé relativamente comum, causada por fibrose perineural de um nervo intermetatarsal. A dor geralmente está localizada na base do terceiro e quarto pododáctilos.

Neuropatia do obturador

- As neuropatias do obturador isoladas são mais comumente observadas em mulheres que se submeteram a procedimentos obstétricos/ginecológicos.

Neuropatia ciática

- O nervo ciático se origina das raízes nervosas de L4-S2 e do plexo lombossacral antes de sair da pelve pelo forame ciático maior.^[1]

Neuropatia tibial

- O nervo tibial se origina da divisão ventral do nervo ciático e desce até o nível do maléolo medial, onde se estende sob o retináculo dos flexores. O nervo tibial distal se divide depois em 3 a 4 ramos. Os nervos sensoriais calcâneos medial e lateral são somente sensoriais sendo responsáveis pela sensibilidade do calcanhar. Os nervos plantares medial e lateral contêm fibras motoras e sensoriais que inervam as porções medial e lateral da sola, respectivamente. O nervo tibial raramente está envolvido de forma isolada. Quando há envolvimento, ele geralmente ocorre na porção distal, no nível do tornozelo.^[1]

Síndrome do túnel tarsal (neuropatia tibial distal)

- Compressão do nervo tibial na passagem pelo túnel do tarso (retináculo dos flexores, na face medial do tornozelo). Ela se manifesta mais frequentemente como dor perimaleolar.^[6]

Mononeuropatia femoral

- O nervo femoral é derivado do plexo lombar, que se origina nas divisões posteriores das raízes nervosas de L2, L3 e L4.^[1] Isso pode resultar em fraqueza durante a caminhada e quedas provocadas pela instabilidade do joelho.

Neuropatia hereditária com predisposição a paralisia por pressão (NHPP)

- A NHPP é uma condição incomum, mas predominantemente hereditária, secundária à deleção do PMP 22 no cromossomo 17. Ela produz episódios recorrentes e remitentes de neuropatias por compressão indolores nos locais comuns de encarceramento (por exemplo, neuropatia peroneal na cabeça fibular).

Lesão no nervo periférico

- A lesão de nervos periféricos é uma causa importante de mononeuropatias dos membros inferiores compressivas. A lesão pode ser causada por trauma ou cirurgia.

Infecciosa

Infecções virais, como as originadas pelo vírus herpes-zoster, vírus do herpes simples (HSV), vírus Epstein-Barr (EBV), citomegalovírus (CMV), podem afetar as raízes nervosas, causando uma radiculite dolorosa. Elas são mais comumente observadas em pessoas com a função imune alterada, como em idosos ou com vírus da imunodeficiência humana (HIV). Os pacientes também podem apresentar um padrão da

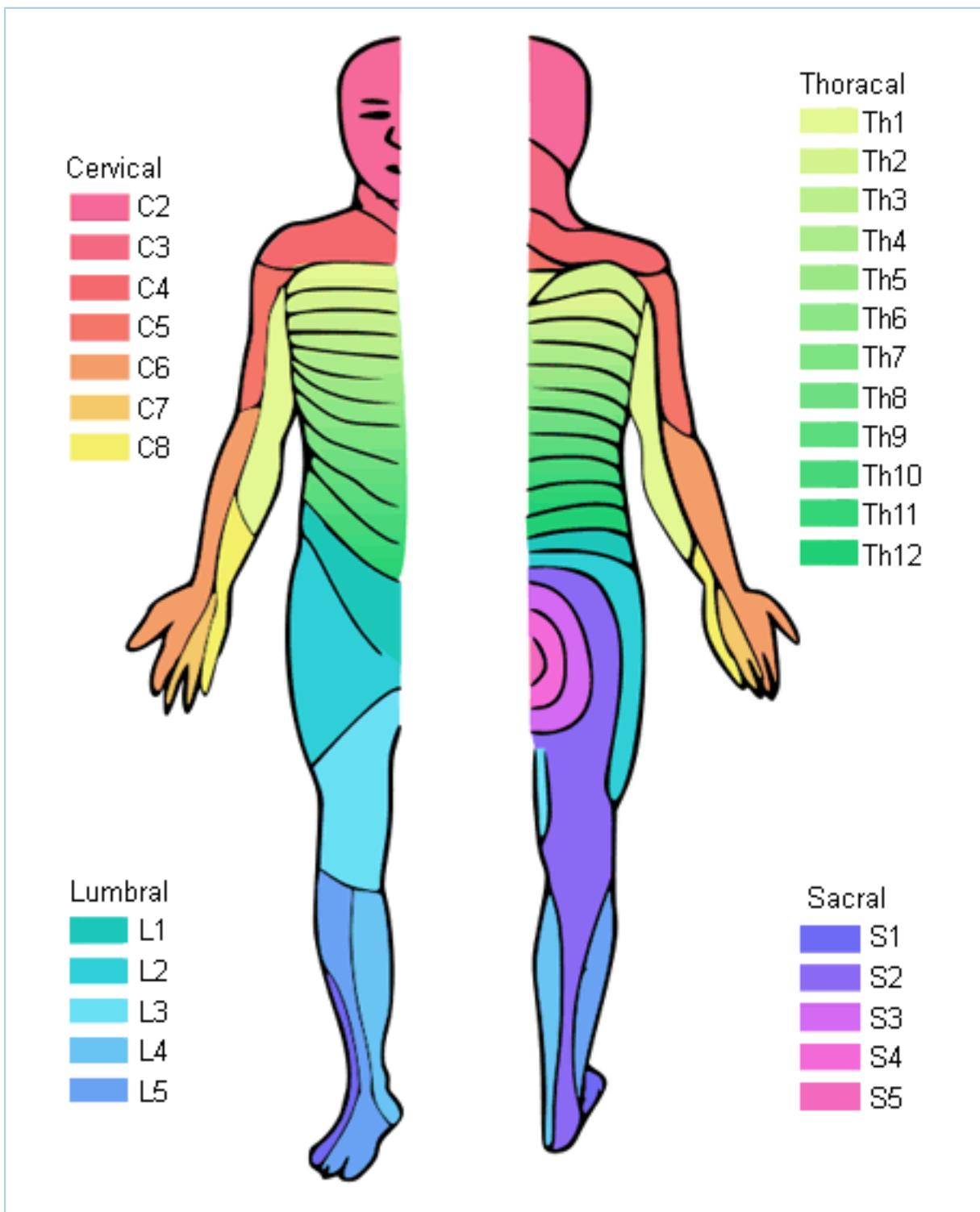
mononeurite múltipla. O HIV também pode se manifestar em um padrão de mononeurite múltipla bem como uma polineuropatia sensório-motora comprimento-dependente.

vírus da imunodeficiência humana (HIV)

- A infecção por HIV é causada por um retrovírus que infecta e se replica nos linfócitos e macrófagos humanos. Ao longo do tempo, ele prejudica a integridade do sistema imunológico humano, culminando em incompetência imunológica e uma suscetibilidade a infecções e malignidade.

Herpes-zóster

- Causada pela reativação de uma infecção viral primária por varicela-zóster (VZV) em virtude de um declínio na imunidade celular vírus-específica. Geralmente apresenta-se com dor do tipo queimação ou punhalada, seguida por erupção cutânea vesicular no dermatomo afetado.

*Mapa do dermatómo**Adaptado pela BMJ de uma imagem de Ralf Stephan*

Herpes simples

- A infecção por HSV-1 ou HSV-2 pode provocar úlceras orais, genitais e oculares. A maioria das pessoas tem a doença não diagnosticada. Os sintomas e sinais altamente variáveis vão desde parestesia e queimação, com erupção das lesões vesiculares, até ulcerações dolorosas.

Vírus Epstein-Barr

- A mononucleose infecciosa é a síndrome clínica causada pelo EBV: caracterizada por febre, faringite, linfadenopatia e linfocitose atípica em crianças mais velhas e adultos jovens; frequentemente subclínica em crianças pequenas.
- O EBV pode causar uma gama de doenças neurológicas com ou sem estígmas de mononucleose infecciosa.^[7]
- A dor e a fraqueza podem indicar a presença de radiculopatia por EBV, especialmente em pacientes imunocomprometidos.

Citomegalovírus

- O CMV é um herpes-vírus beta amplamente presente que infecta a maioria dos seres humanos. Em pessoas com sistemas imunológicos normais, a infecção por citomegalovírus (CMV) frequentemente é assintomática ou se manifesta como uma síndrome do tipo mononucleose infecciosa (febre, linfadenopatia e linfocitose atípica). Em pacientes imunocomprometidos (pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida [AIDS] e receptores de transplante), a doença se manifesta com febre, supressão da medula óssea e doença com invasão de tecido, como pneumonia, hepatite, colite, nefrite e retinite.
- Dor e fraqueza podem indicar a presença de radiculopatia por CMV, especialmente em pacientes com AIDS.

Doença de Lyme

- A doença de Lyme é causada pela infecção por Borrelia. Da mesma forma que nos pacientes infectados por outros agentes, os pacientes podem manifestar uma mononeurite múltipla ou um padrão poliradicular.

Hanseníase (lepra)

- A hanseníase é causada pela Mycobacterium leprae.^[8] Ela é incomum em países desenvolvidos, mas pode ser considerada em pacientes provenientes de uma área endêmica.

Doença inflamatória

Sarcoidose

- A etiologia é desconhecida. Entretanto, vários fatores etiológicos foram sugeridos, inclusive causas genéticas, imunológicas e infecciosas (por exemplo, vírus, Borrelia burgdorferi, Propionibacterium acnes, Mycobacterium tuberculosis e Mycoplasma).^[9]

Síndrome de Sjögren

- É um distúrbio autoimune e inflamatório crônico caracterizado pela diminuição da secreção das glândulas salivares e lacrimais (complexo seco). A etiologia é desconhecida.^[10] Há poucos dados sobre a hereditariedade ou o risco genético relativo. A prevalência maior em mulheres levantou a possibilidade de a deficiência de estrogênio e/ou androgênio influir na etiologia dessa e de outras doenças autoimunes.

Artrite reumatoide

- É a artrite inflamatória mais comum, caracterizada por artrite simétrica das articulações pequenas das mãos e pés. A etiologia é desconhecida, mas várias causas genéticas e infecciosas foram sugeridas.

Polineuropatia sensório-motora desmielinizante adquirida

- Supõe-se que a etiologia seja autoimune. As biópsias de nervo dos pacientes dão suporte à função da imunidade celular. Não existem fatores de risco genéticos ou ambientais claramente definidos.

Relacionada à neoplasia

A malignidade pode afetar o plexo, os nervos individuais e as raízes nervosas de várias maneiras.

Radiculopatia lombossacral compressiva neoplásica

- A radiculopatia lombossacral é causada pela compressão direta por uma malignidade. É geralmente metastática e pode ocorrer agudamente. Deverá ser considerada em qualquer paciente com uma malignidade primária conhecida.

Plexopatia lombossacral compressiva neoplásica

- A plexopatia lombossacral é causada pela compressão direta por uma malignidade. Principalmente em decorrência de extensão intra-abdominal, mas o crescimento de metástases também é uma possibilidade.

Plexopatia induzida por radiação

- A radiação pode provocar isquemia localizada e fibrose por causa de insuficiência microvascular.

Linfoma

- Um grupo heterogêneo de malignidades do sistema linfóide. Está ligado a causas infecciosas por bactérias e vírus, distúrbios autoimunes, estados de imunodeficiência e fatores ambientais.

Amiloidose

- É uma doença de depósito de proteína amiloide que pode ter uma causa primária ou ser secundária a outras doenças. Ela pode ser localizada, sistêmica, hereditária, sistêmica senil ou amiloidose associada à diálise.

Ataques paraneoplásicos mediados imunologicamente

- A autoimunidade induzida pelo tumor contra o sistema nervoso pode causar plexopatia lombossacral.

Tumores da bainha nervosa

- Uma variedade de tumores; o neurofibrossarcoma é provavelmente a complicação letal mais importante da neurofibromatose do tipo 1.

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Vasculite

Pode se manifestar inicialmente como uma mononeuropatia, mas ao longo do tempo outros nervos são afetados, causando um padrão de mononeurite múltipla. Embora seja uma causa incomum de neuropatia, deve ser considerada quando houver outros sintomas ou sinais indicativos de vasculite, como febre, mal-estar, perda de peso e/ou erupção cutânea vasculítica. Normalmente, o início da mononeuropatia é súbito e associado à intensa dor neuropática. Já que a vasculite pode evoluir rapidamente, causando graves complicações neurológicas e sistêmicas, ela requer pronta identificação, diagnóstico e tratamento. Entretanto, na ausência de uma doença subjacente predisponente, como o lúpus eritematoso sistêmico (LES), a vasculite frequentemente não é reconhecida até que o paciente tenha desenvolvido uma segunda mononeuropatia (mononeurite múltipla).

Em raras ocasiões, a vasculite envolve somente o sistema nervoso periférico, caso em que não ocorrem sintomas sistêmicos nem marcadores sorológicos de inflamação. Embora esse diagnóstico seja obviamente desafiador, ele é raro e precisa ser considerado apenas em casos de múltiplas mononeuropatias sem outras explicações.

Para o tratamento, os pacientes recebem um ciclo inicial de corticosteroides associados a um imunossupressor. Os medicamentos usados para tratar a vasculite dependem da gravidade das manifestações clínicas.

Sinais de alarme

- Plexopatia lombossacral (compressiva não neoplásica)
- vírus da imunodeficiência humana (HIV)
- Herpes-zóster
- Herpes simples
- Vírus Epstein-Barr
- Citomegalovírus
- Doença de Lyme
- Hanseníase (lepra)
- Vasculite de nervo periférico
- Sarcoidose
- Artrite reumatoide
- Polineuropatia sensório-motora desmielinizante adquirida

- Plexopatia lombossacral (inflamatória)
- Plexopatia lombossacral (compressiva neoplásica)
- Linfoma
- Ataques paraneoplásicos mediados imunologicamente
- Tumores da bainha nervosa

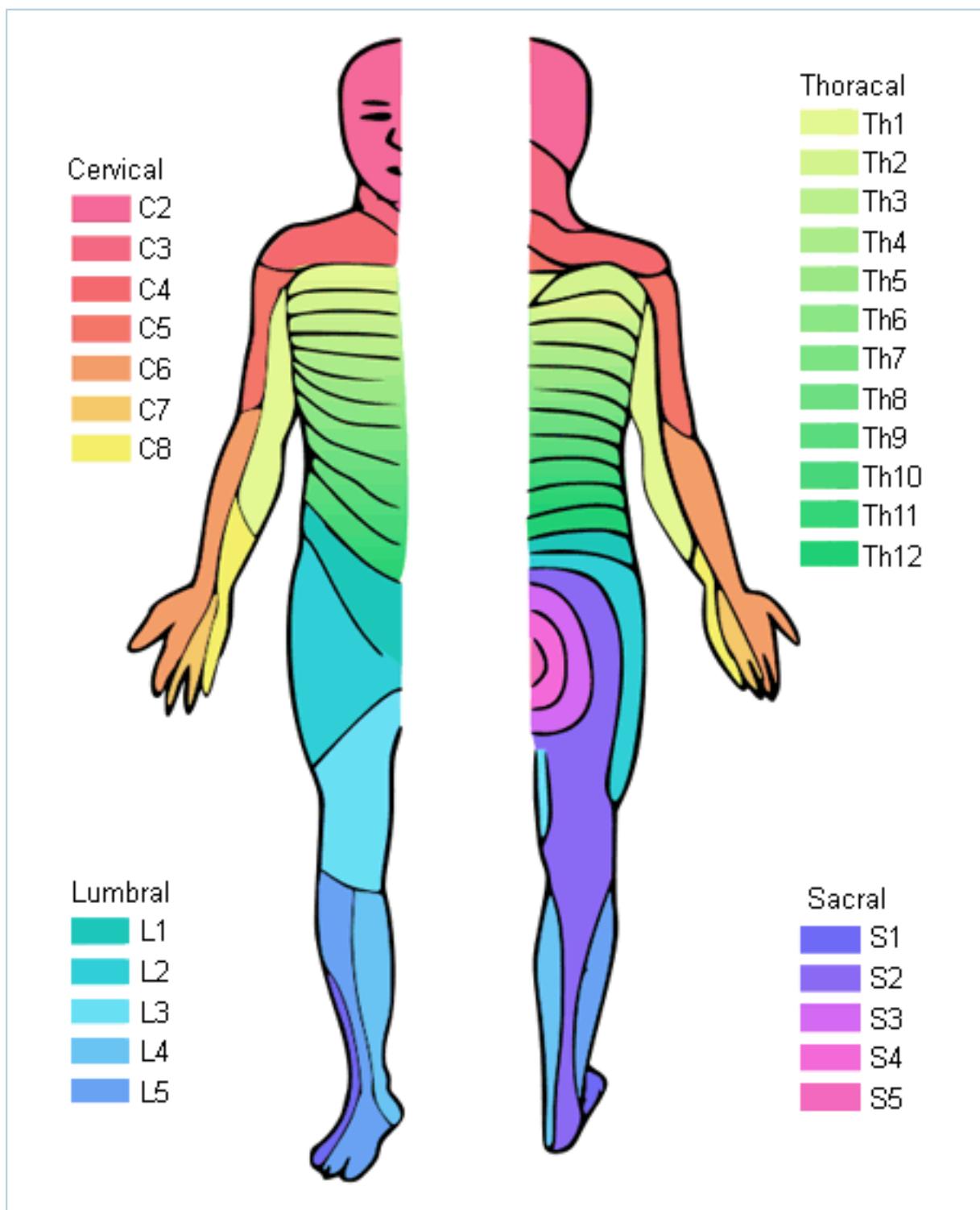
Abordagem passo a passo do diagnóstico

Os pacientes que apresentam disfunção neurológica dos membros inferiores precisam de uma anamnese e exame físico detalhados para localizar a lesão e identificar a causa subjacente. A natureza, localização, duração e intensidade dos sintomas devem ser avaliadas e as pistas relacionadas a uma doença sistêmica subjacente devem ser elucidadas. A função do exame físico é identificar o(s) nervo(s) afetado(s). Sinais de doença sistêmica podem ser detectados. A maioria das neuropatias de compressão pode ser diagnosticada clinicamente. Se forem necessárias investigações adicionais, opta-se geralmente pelos estudos de condução nervosa. Outras investigações podem ser consideradas com base nas características clínicas.

História neurológica

É importante caracterizar os sintomas neurológicos do paciente.

- Sintomas sensitivos: o paciente deve ser estimulado a descrever os sintomas em detalhes com suas próprias palavras. As descrições mais comuns incluem queimação, pontadas, formigamento, dormência, picadas e dores intensas súbitas. É importante estabelecer se há uma perda associada de sensação e se ela está na mesma área que as parestesias.^[11] As parestesias dolorosas sugerem um processo inflamatório ou isquêmico, como vasculite. Dores lancinantes são características de encarceramento do nervo.
- Sintomas motores: sintomas associados de fraqueza motora ou anormalidades da marcha (por exemplo, pé pendente) também devem ser avaliados.
- Localização: a localização dos sintomas fornece pistas sobre o nervo afetado e o local da compressão. A compressão das raízes nervosas produz sintomas na distribuição do dermatomo e do miótomo afetados. As plexopatias produzem sintomas na distribuição dos vários nervos periféricos do plexo. A compressão ou lesão de nervos isolados distais ao plexo produz sintomas na distribuição do nervo individual.



Mapa do dermatómo

Adaptado pela BMJ de uma imagem de Ralf Stephan

- Duração e gravidade: o paciente deve ser questionado se os sintomas são constantes ou recorrentes e remitentes e se houve piora em algum sintoma. Uma história de sintomas similares prévios deve ser investigada.

História médica geral

Sintomas constitucionais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerar responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

- Perda de peso, sudorese noturna e/ou fadiga podem estar presentes em infecção, em doença neoplásica ou em uma variedade de condições inflamatórias. Olhos ou boca seca pode indicar a síndrome de Sjögren.

Alterações cutâneas e articulares

- Úlceras, púrpura, erupção cutânea ou escurecimento da pele pode sugerir doença vascular periférica, infecção, vasculite, produção de proteína monoclonal ou sarcoidose. Artralgias, inchaço ou rigidez nas articulações pode indicar uma condição reumatológica.

Afecções clínicas passadas

- É importante estabelecer se o paciente tem alguma das condições subjacentes a seguir: diabetes mellitus (nível de controle e complicações da retinopatia e nefropatia diabéticas), distúrbios reumatológicos (lúpus eritematoso sistêmico [LES], síndrome de Sjögren, artrite reumatoide, vasculites), câncer ou doença infecciosa (especialmente o vírus da imunodeficiência humana [HIV]). Também é importante determinar qualquer história de radioterapia na pelve.
- Se houver uma história de diabetes mellitus ou estados de intolerância à glicose (por exemplo, pré-diabetes), deve-se suspeitar de diabetes amiotrófica.^[1] Uma história de doença prévia grave ou alterações de peso devem ser investigadas, embora o paciente possa não ter apresentado sintomas adicionais. O paciente pode relatar dor intensa na região pélvica/da coxa que se manifesta de forma intensa e "pungente". A dor pode, às vezes, remitir em 2 a 3 semanas antes de a fraqueza e a atrofia muscular se instalarem.

História familiar

- Uma história na família positiva de parestesias ou deficiência sensitiva pode indicar uma neuropatia hereditária, como um defeito congênito do metabolismo. Uma história familiar de doenças adquiridas, como neuropatias por compressão, doença autoimune, câncer, amiloidose ou diabetes, também pode estar presente.

História social

- Uma história de tabagismo deve levantar suspeita de síndrome paraneoplásica. A presença de fatores de risco em relação à exposição ou infecção por HIV deve despertar a suspeita de neuropatia por HIV.

Exame

Sistemas sensoriais

- O exame neurológico deve se basear detalhadamente nas áreas que correspondem aos sintomas do paciente, mas um exame neurológico geral também deve ser realizado para identificar pistas adicionais. A primeira etapa é examinar as modalidades sensoriais nos membros inferiores, com teste adicional nas áreas em que o paciente relata parestesia.
- A sensibilidade tátil é testada com um chumaço de algodão. A temperatura é testada usando um estímulo frio ou quente. O estímulo doloroso é testado usando uma ferramenta padrão e descartável que causa estímulo, como um palito. A noção de posição segmentar é testada usando as articulações interfalangianas distais do hálux ou dedo médio. A vibração é testada usando um diapasão de 128 Hz colocado na articulação interfalangiana distal do hálux ou dedo médio. O exame físico pode revelar um dos padrões a seguir:

- A perda sensorial na distribuição de um único nervo periférico indica uma mononeuropatia periférica. A palpação de um nervo periférico individual ou o teste provocativo específico pode desencadear as parestesias, indicando uma síndrome de encarceramento do nervo. As causas da compressão, incluindo a malignidade, devem ser consideradas.
- A perda sensorial simétrica em uma distribuição em luva e meia geralmente indica uma polineuropatia periférica (comprimento dependente). Essa distribuição é mais comum no diabetes e em outros distúrbios metabólicos. Ela também pode ser observada em casos avançados de vasculite.
- A perda sensorial na distribuição de vários nervos periféricos indica uma mononeuropatia múltipla ou uma plexopatia. Se for dolorosa, a mononeurite múltipla deve ser considerada e uma causa de vasculite deve ser investigada. A mononeurite múltipla também pode indicar infecção por HIV, citomegalovírus (CMV), vírus do herpes simples (HSV), vírus herpes-zóster, vírus Epstein-Barr (EBV) ou hanseníase.
- A perda sensorial em um padrão de dermatomo indica radiculopatia. O nervo espinhal correspondente também é afetado e a distribuição do nervo espinhal também deve ser testada em relação à perda sensorial. Se os sintomas forem dolorosos, uma radiculite por CMV, HSV, herpes-zóster ou EBV pode estar presente. O teste provocativo pode desencadear sintomas, mas o diagnóstico não deve se basear somente nele.[\[12\]](#) [\[13\]](#) [\[14\]](#)

Sistema motor

- A presença de atrofia muscular deve ser observada. A fraqueza ou atrofia na mesma distribuição que a perda sensorial indica uma neuropatia motora e sensorial periférica mista (se a distribuição do nervo periférico for afetada) ou o envolvimento de uma raiz espinhal (se um dermatomo e miótomo forem afetados). A perda dos reflexos tendinosos profundos também pode ser observada. A marcha deve ser avaliada para determinar se há pé pendente.

Exame físico de rotina

- Febre pode indicar infecção. Linfadenopatia pode indicar infecção (por exemplo, por HIV, HSV, doença de Lyme) ou doença inflamatória sistêmica. O diabetes deve ser considerado se o paciente estiver com sobrepeso ou obeso. A perda de peso pode ser um sinal de neoplasia subjacente. Membranas mucosas orais secas podem indicar a síndrome de Sjögren.
- Púrpura ou erupção cutânea sugere infecção ou vasculite. Bolhas em um padrão de dermatomo indicam herpes-zóster. Alterações na cor ou espessamento da pele podem indicar gamopatia monoclonal ou sarcoidose.
- Deformidades articulares características podem estar presentes associadas a condições reumatológicas subjacentes.
- A fundoscopia pode revelar retinopatia diabética em um paciente diabético.

Exames iniciais

Eletromiografia (EMG)/estudos de condução nervosa

- A EMG e estudos de condução nervosa são os primeiros exames diagnósticos solicitados. A EMG inclui estudos de condução nervosa e exame de agulha de músculos selecionados, devendo ser direcionada aos nervos e músculos, quando há suspeita de envolvimento deles com base em exame clínico. A EMG pode caracterizar o tipo de anormalidade do nervo periférico por meio de suas

características eletrofisiológicas (por exemplo, uma neuropatia axonal ou desmielinizante). Ela pode identificar síndromes de encarceramento do nervo e/ou lesões mais proximais, como radiculopatias ou plexopatias. Ela também é usada para acompanhar a recuperação da neuropraxia (um episódio transitório de paralisia motora sem disfunção sensorial ou autonômica).

Exames laboratoriais

- Se a história clínica, o exame físico ou os estudos de EMG e condução nervosa sugerirem a presença de doença sistêmica ou de envolvimento nervoso mais disseminado (por exemplo, polineuropatia comprimento-dependente), testes, como hemograma completo, ureia e creatinina séricas, testes de função hepática, dosagem da glicose sanguínea com ou sem teste de tolerância à glicose e testes de função tireoidiana devem ser considerados. Se houver suspeita de condições vasculíticas, malignas, infecciosas ou inflamatórias, a velocidade de hemossedimentação, a proteína C-reativa e os níveis de complemento também devem ser solicitados.

Exames por imagem

- Se houver suspeita de malignidade, uma radiografia torácica (especialmente em fumantes) deve ser solicitada como parte da investigação de malignidade, juntamente com exames de imagem adicionais (isto é, tomografia computadorizada [TC] do tórax, abdome e pelve) de acordo com o local e o tipo de malignidade suspeita. Se houver suspeita de luxação articular, trauma ou complicações de cirurgia, radiografias simples da região afetada devem ser solicitadas para descartar emergências ortopédicas.

Exames adicionais

Exames laboratoriais: estudos laboratoriais adicionais são solicitados, dependendo do diagnóstico diferencial, depois de levar em consideração a história, o exame físico e os testes iniciais, e incluem:

- Ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA) sérico para HIV e Western blot em caso de suspeita de infecção por HIV
- Reação em cadeia da polimerase (PCR) para DNA de varicela em caso de suspeita de infecção por herpes-zóster e para DNA de CMV em caso de suspeita de infecção por CMV
- Cultura viral de lesões na suspeita de infecção por HSV
- Anticorpos séricos específicos para o vírus Epstein-Barr (EBV) em caso de infecção por EBV
- ELISA sérico ou ensaio de imunofluorescência para anticorpos para Borrelia na suspeita de doença de Lyme
- Raspado intradérmico para bacilos álcool-ácido resistentes na suspeita de hanseníase
- Fator antinuclear (FAN) sérico, anticorpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA), complemento, fator reumatoide e crioglobulininas em caso de suspeita de vasculite
- Teste de Schirmer e anti-Ro 60 kD (SS-A) e anti-La (SS-B) na suspeita de síndrome de Sjögren
- Punção lombar na suspeita de polineuropatia sensório-motora desmielinizante adquirida ou outras causas inflamatórias, infecciosas ou malignas
- Biópsia do linfonodo na suspeita de linfoma
- Imunofixação de soro e de urina na suspeita de amiloidose
- Anticorpos anti-Hu e anti-CV2: presentes em ataques paraneoplásicos mediados imunologicamente.

Exames por imagem

- Os exames de imagem neurológicos (ressonância nuclear magnética [RNM] ou TC) devem ser considerados em qualquer paciente que não responda conforme o esperado ao tratamento

conservador, que esteja exibindo dor e disfunção desproporcionais ao mecanismo esperado da lesão ou que tenha sinais ou sintomas de doença sistêmica. A TC é útil para a detecção de hemorragias retroperitoneais e avaliação das estruturas ósseas. A RNM pode ser a modalidade preferida para a aquisição de imagens de tecidos moles, locais de compressão, raízes nervosas, plexo ou nervos individuais nomeados.[\[15\]](#)

Técnicas intervencionistas

- Em pacientes com suspeita de radiculopatia mas com EMG, estudos de condução nervosa e de imagens negativos ou duvidosos, o encaminhamento para um intervencionista pode ser útil. As diretrizes da American Society of Interventional Pain Physicians descrevem como "limitadas" as evidências para precisão diagnóstica dos bloqueios seletivos de nervos na coluna lombar; e como "razoáveis" as evidências para discografia lombar provocativa.[\[16\]](#)

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Amiotrofia diabética

Radiculopatia lombossacral

Meralgia parestésica

Neuropatia peroneal

Neuroma de Morton

Incomum

Plexopatia lombossacral (compressiva não neoplásica)

Neuropatia do obturador

Neuropatia ciática

Síndrome do túnel tarsal

Neuropatia tibial

Mononeuropatia femoral

Neuropatia hereditária com predisposição a paralisia por pressão (NHPP)

vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Herpes-zóster

Herpes simples

Vírus Epstein-Barr

Citomegalovírus

Doença de Lyme

Hanseníase (lepra)

Vasculite de nervo periférico

Incomum

Sarcoidose

Síndrome de Sjögren

Artrite reumatoide

Polineuropatia sensório-motora desmielinizante adquirida

Plexopatia lombossacral (inflamatória)

Plexopatia lombossacral (compressiva neoplásica)

Plexopatia induzida por radiação

Linfoma

Amiloidose

Ataques paraneoplásicos mediados imunologicamente

Tumores da bainha nervosa

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Amiotrofia diabética

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de diabetes mellitus, estados de intolerância à glicose (por exemplo, pré-diabetes) ou condição metabólica instável; dor pélvica/da coxa intensa, frequentemente descrita como "pungente"; possível redução da dor em 2-3 semanas, seguida por fraqueza e atrofia muscular	fraqueza na flexão do quadril, adução do quadril e extensão do joelho; perda do reflexo tendinoso patelar profundo no lado afetado; atrofia do quadríceps; possível deficit sensorial na distribuição dos nervos femoral, obturador e safeno	» eletromiografia (EMG) : normal ou denervação » velocidade de condução nervosa : redução na velocidade de condução nervosa sensitiva e diminuição na amplitude » teste de tolerância à glicose : elevado A glicemia de jejum é >6.9 mmol/L (>125 mg/dL) no diabetes mellitus. Também pode mostrar intolerância à glicose no pré-diabetes. Um valor de 2 horas em um teste de tolerância à glicose com ingestão de 75 g >11 mmol/L (>199 mg/dL) é diabetes. Todos os testes de diabetes precisam ser repetidos para se chegar a conclusões.	» glicemia de jejum : elevado O normal é <5.55 mmol/L (<100 mg/dL). O pré-diabetes é 5.55-6.90 mmol/L (100-125 mg/dL). O diabetes é >6.9 mmol/L (>125 mg/dL). Todos os testes de diabetes precisam ser repetidos para se chegar a conclusões.

◊ Radiculopatia lombossacral

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor, fraqueza e/ou dormência na distribuição da(s) raiz(es) nervosa(s) envolvida(s); a dor pode se originar na região inferior das costas e irradiar pela	fraqueza e perda sensorial geralmente leves; reflexos tendinosos profundos reduzidos em relação ao lado assintomático; testes provocativos, como levantar a perna em linha reta, podem provocar sintomas,	» eletromiografia (EMG) : alterações neurogênicas no miotomo afetado A precisão aumenta com a duração dos sintomas; geralmente recomenda-se que o	» ressonância nuclear magnética (RNM) lombar : hérnia de disco, osteófitos, tumor, avulsão da raiz, veias epidurais aumentadas As veias epidurais aumentadas podem

Comum

◊ Radiculopatia lombossacral

História	Exame	1º exame	Outros exames
distribuição da(s) raiz(es) envolvida(s)	mas não devem ser considerados isoladamente	<p>teste eletrodiagnóstico seja realizado não antes de 2-3 semanas após o início dos sintomas.</p> <p>Avalia a gravidade e cronicidade, localiza a(s) raiz(es) afetada(s) e orienta a terapia.^[1]</p> <p>»velocidade de condução nervosa: normal</p> <p>A precisão aumenta com a duração dos sintomas; geralmente recomenda-se que os estudos eletrodiagnósticos (espetroscopia por raios x por energia dispersiva) sejam realizados não antes de 2-3 semanas após o início dos sintomas.</p> <p>Avalia a gravidade e cronicidade, localiza a(s) raiz(es) afetada(s) e orienta a terapia.^[1]</p>	<p>ser interpretadas incorretamente como material do disco herniado.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) lombar: hérnia de disco, osteófitos, tumor, avulsão da raiz</p> <p>»radiografia lombar: fraturas, instabilidade, alterações degenerativas</p>

◊ Meralgia parestésica

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de obesidade, uso de roupas apertadas, uso de cintos pesados de ferramentas; dor, parestesias, dormência na distribuição do nervo cutâneo femoral lateral	dormência e/ou parestesias ao longo da coxa anterolateral	<p>»eletromiografia (EMG): normal</p> <p>Descarta a neuropatia femoral, radiculopatia lombossacral ou plexopatia. As respostas sensoriais são frequentemente</p>	<p>»ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna: negativo</p> <p>Descarta a radiculopatia lombar.</p> <p>Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias</p>

Comum

◊ Meralgia parestésica

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>difícies de obter, mesmo em pessoas normais.</p> <p>»velocidade de condução nervosa: amplitude sensorial cutânea femoral lateral reduzida no lado afetado</p> <p>Descarta a neuropatia femoral, radiculopatia lombossacral ou plexopatia. As respostas sensoriais são frequentemente difíceis de obter, mesmo em pessoas normais.</p>	<p>estruturais ou cirúrgicas.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) da coluna: negativo Descarta a radiculopatia lombar. Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.</p> <p>»RNM da pelve/ região inguinal: negativo Descarta tumor compressivo ou hematoma. Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.</p>

◊ Neuropatia peroneal

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de compressão do nervo no colo fibular (posicionamento cirúrgico, cruzamento das pernas, trauma); pé pendente de modo completo ou parcial se desenvolvendo ao longo de dias ou semanas; principalmente unilateral	fraqueza da eversão do pé e distúrbio sensitivo ao longo do segmento lateral da panturrilha e do dorso do pé; fraqueza da dorsiflexão do tornozelo e pododáctilos; inversão do tornozelo e flexão dos pododáctilos normais	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas envolvendo os miótomas distais inervados pelo nervo peroneal, preservando a cabeça curta do bíceps femoral (exceto se for proximal ao colo fibular) e músculos tibiais</p> <p>Descarta a radiculopatia lombossacral ou</p>	<p>»ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna: negativo Descarta a radiculopatia lombar. Geralmente não é necessária, mas é útil em caso de dor radicular concomitante. Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias</p>

Comum

◊ Neuropatia peroneal

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>plexopatia. Diferencia de polineuropatias ciáticas, tibiais ou comprimento-dependentes. Mede a gravidade e precisão e monitora a progressão.</p> <p>»velocidade de condução nervosa: amplitudes motoras peroneais e sensoriais peroneais superficiais reduzidas; bloqueio de condução ou lentificação da condução ao longo do colo fibular</p> <p>Descarta a radiculopatia lombossacral ou plexopatia. Diferencia de polineuropatias ciáticas, tibiais ou comprimento-dependentes. Mede a gravidade e precisão e monitora a progressão.</p>	<p>estruturais ou cirúrgicas.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) da coluna: negativo Descarta a radiculopatia lombar. Geralmente não é necessária, mas é útil em caso de dor radicular concomitante. Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.</p> <p>»RNM da coxa: negativo Descarta lesão compressiva em direção proximal. Raramente necessária, mas é útil se a lesão se encontra em localização proximal ao colo fibular. Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.</p> <p>»RNM do colo fibular: pode ser positiva para fratura ou tumor Geralmente não é necessária, mas é útil se a recuperação não evoluir como esperado ou a dor for incomum.</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exoneración de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Neuroma de Morton

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor, geralmente na base do terceiro e quarto pododáctilo; exacerbação dos sintomas com suporte de peso e uso repetitivo	sensibilidade palpável ao longo da área afetada; o exame neurológico é normal; ausência de fraqueza	» eletromiografia (EMG) : normal Descarta a radiculopatia lombossacral, a neuropatia tibial distal ou a polineuropatia comprimento-dependente.	» ressonância nuclear magnética (RNM) do pé : positiva, se o neuroma for de tamanho suficiente Descarta outras causas de dor no pé, por exemplo, tendinite, artrite.

Incomum

◊ Plexopatia lombossacral (compressiva não neoplásica)

História	Exame	1º exame	Outros exames
fraqueza assimétrica, dormência e dor que envolve raízes nervosas múltiplas, troncos ou seus ramos terminais	fraqueza, atrofia, dormência e perda dos reflexos tendinosos profundos em um padrão que requer o envolvimento de várias raízes nervosas, troncos ou seus ramos terminais	» eletromiografia (EMG) : alterações neurogênicas nos miótomas afetados Avalia a gravidade e cronicidade, localiza os níveis afetados do plexo e orienta a terapia. ^[1] » estudos da condução nervosa : perda axonal; amplitudes sensoriais diminuídas Difere das radiculopatias pela diminuição nas amplitudes sensoriais. Avalia a gravidade e cronicidade, localiza os níveis afetados do plexo e orienta a terapia. ^[1] » ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve :	

Incomum**◊ Plexopatia lombossacral (compressiva não neoplásica)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>positiva se a etiologia for estrutural (hematoma, abscesso) Orienta a terapia e os testes adicionais.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) da pelve: positiva se a etiologia for estrutural (hematoma, abscesso) Orienta a terapia e os testes adicionais.</p>	

◊ Neuropatia do obturador

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de procedimento obstétrico/ginecológico; dor, dormência, fraqueza na distribuição do nervo obturador	fraqueza da adução da coxa, preservação de outros músculos inervados por L2-L4 (por exemplo, quadríceps); dormência ao longo da região medial proximal da coxa	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas nos adutores da coxa Descarta a neuropatia femoral, radiculopatia lombossacral ou plexopatia. Mede a precisão e gravidade e monitora a progressão e/ou resolução.</p> <p>»velocidade de condução nervosa: normal Descarta a neuropatia femoral, radiculopatia lombossacral ou plexopatia. Mede a precisão e gravidade e monitora a progressão e/ou resolução.</p>	<p>»ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna: negativo Descarta a radiculopatia lombar. Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) da coluna: negativo Descarta a radiculopatia lombar. Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.</p> <p>»RNM da pelve/ região inguinal: negativo</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Neuropatia do obturador

História	Exame	1º exame	Outros exames
			Descarta tumor compressivo ou hematoma. Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.

◊ Neuropatia ciática

História	Exame	1º exame	Outros exames
fraqueza, dormência, dor, parestesia em membro inferior; pé pendente	fraqueza da flexão do joelho, da dorsiflexão/flexão plantar do tornozelo e pododáctilos; perda sensorial ao longo da panturrilha posterior, tornozelo, sola do pé	» eletromiografia (EMG) : alterações neurogênicas envolvendo os músculos isquiotibiais bem como os miótomas distais inervados pelos nervos tibial e peroneal Descarta a radiculopatia lombossacral ou plexopatia. » velocidade de condução nervosa : amplitudes sensoriais peroneal superficial e sural reduzidas; amplitudes motoras tibiais e peroneais reduzidas Descarta a radiculopatia lombossacral ou plexopatia.	» ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna : negativo Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas. » tomografia computadorizada (TC) da coluna : negativo Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas. » RNM do quadril e da coxa : positiva em caso de tumor compressivo ou hematoma Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.

Incomum**◊ Neuropatia ciática**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>»angiografia: positiva em caso de aneurisma da artéria ilíaca</p> <p>Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.[17]</p>

◊ Síndrome do túnel tarsal

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor perimaleolar; dor no tornozelo e na sola descrita como "queimação"; piora da dor com suporte de peso e à noite	<p>fraqueza real ou atrofia do músculo intrínseco do pé incomum; possível sinal de Tinel positivo no tornozelo</p>	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas envolvendo a musculatura intrínseca do pé</p> <p>Descarta a radiculopatia lombossacral ou plexopatia. Diferencia de polineuropatias ciáticas, tibiais ou comprimento-dependentes. Mede a gravidade e precisão e monitora a progressão.</p> <p>»velocidade de condução nervosa: amplitudes sensoriais plantares mistas e/ou motoras tibiais reduzidas</p> <p>Descarta a radiculopatia lombossacral ou plexopatia. Diferencia de polineuropatias ciáticas, tibiais ou comprimento-dependentes. Mede a</p>	<p>»ressonância nuclear magnética (RNM) do pé e do tornozelo: positiva Positiva se houver lesão com efeito de massa. Geralmente não é necessária, mas é útil em caso de trauma ou cirurgia concomitante. Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Síndrome do túnel tarsal

História	Exame	1º exame	Outros exames
		gravidade e precisão e monitora a progressão.	

◊ Neuropatia tibial

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor assimétrica, fraqueza, dormência envolvendo o membro inferior distal; a dormência pode ocorrer ao longo do aspecto lateral do pé e sola	dor assimétrica, fraqueza, dormência envolvendo o membro inferior distal; especialmente com a flexão e inversão plantar; perda dos reflexos tendinosos profundos do tornozelo	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas envolvendo os miótomas distais inervados pelo nervo tibial, preservando os músculos inervados pelo nervo peroneal</p> <p>Descarta a radiculopatia lombossacral ou plexopatia. Diferencia de polineuropatias ciáticas, peroneais ou comprimento-dependentes. Mede a gravidade e precisão e monitora a progressão.</p> <p>»velocidade de condução nervosa: amplitudes motoras tibiais e sensoriais surais reduzidas</p> <p>Descarta a radiculopatia lombossacral ou plexopatia. Diferencia de polineuropatias ciáticas, peroneais ou comprimento-dependentes. Mede a gravidade e precisão e monitora a progressão.</p>	<p>»ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna: negativo</p> <p>Descarta a radiculopatia lombar. Geralmente não é necessária, mas é útil em caso de dor radicular concomitante.</p> <p>Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) da coluna: negativo</p> <p>Descarta a radiculopatia lombar. Geralmente não é necessária, mas é útil em caso de dor radicular concomitante.</p> <p>Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.</p> <p>»RNM da coxa ou da perna: negativo</p> <p>Descarta lesão compressiva em direção proximal.</p>

Incomum**◊ Neuropatia tibial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			Raramente necessária, mas útil se a lesão se encontrar no local de divergência do nervo peroneal profundo ou em localização proximal a ela, ou se houver dor incomum ou recuperação incompleta.

◊ Mononeuropatia femoral

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor e fraqueza na perna ao andar; instabilidade do joelho resultando em quedas; dormência e parestesia podem afetar a região anterior da coxa e/ ou a região medial da panturrilha; história de diabetes mellitus	fraqueza do músculo quadríceps e ausência de reflexo patelar; atrofia possível; adução do quadril normal; dormência na distribuição do nervo safeno	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas nos miótomas afetados A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade, localiza a(s) raiz(es) afetada(s) e orienta a terapia.[1] [18]</p> <p>»velocidade de condução nervosa: amplitude sensorial safena reduzida A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade, localiza a(s) raiz(es) afetada(s) e orienta a terapia.[1] [18]</p>	<p>»ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna: negativo Positiva em caso de radiculopatia lombar concomitante. Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) da coluna: negativo Positiva em caso de radiculopatia lombar concomitante. Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas.</p> <p>»RNM da pelve/ região inguinal: positiva em caso de lesão compressiva</p>

Incomum**◊ Mononeuropatia femoral**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			Orienta a terapia e os testes adicionais ao descartar etiologias estruturais ou cirúrgicas. » testes de tolerância à glicose: elevado A glicemia de jejum é >6.9 mmol/L (>125 mg/dL) no diabetes mellitus. Também pode mostrar intolerância à glicose no pré-diabetes.

◊ Neuropatia hereditária com predisposição a paralisia por pressão (NHPP)

História	Exame	1º exame	Outros exames
mononeuropatias indolores recorrentes em locais de compressão comuns (por exemplo, neuropatia peroneal na cabeça fibular)	fraqueza e dormência na distribuição do nervo afetado; exame físico normal quando assintomática	» eletromiografia (EMG): recrutamento diminuído durante o episódio » velocidade de condução nervosa: velocidade diminuída e/ou bloqueio de condução no local de encarceramento » teste genético: deleção de PMP 22 no cromossomo 17	» biópsia de nervo: espessamento da bainha de mielina Também conhecida como neuropatia tomacular.

◊ vírus da imunodeficiência humana (HIV)

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente assintomática; febre, mialgia, diarreia, fadiga, erupções cutâneas; história de atividade sexual de alto risco (múltiplos parceiros,	linfadenopatia difusa; complicações e infecções oportunistas associadas ao HIV	» eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos	» Western-blot sérico: positiva

Incomum**◊ vírus da imunodeficiência humana (HIV)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
ausência de proteção ou homossexual entre homens) ou uso de medicamentos intravenosos (IV)		<p>sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»sorologia para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) por ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA): positiva Resultados falso-negativos podem ocorrer durante o período janela imediatamente após a infecção antes que os anticorpos para HIV tenham sido produzidos. Um resultado positivo deve ser confirmado com um Western-blot ou um segundo ELISA.</p>	

◊ Herpes-zóster

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor seguida por erupção cutânea;	dor e erupção cutânea localizada no dermatomo afetado	» eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na	» reação em cadeia da polimerase: positiva para o ácido

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerar responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Herpes-zóster**

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido; sintomas constitucionais		<p>distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p>	desoxirribonucleico (DNA) da varicela

◊ Herpes simples

História	Exame	1º exame	Outros exames
linfadenopatia; úlceras orais ou genitais; febre; parestesia no pródromo anterior à lesão; disúria em mulheres	normal, fissuras genitais assintomáticas ou múltiplas ulcerações dolorosas	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p>	

Incomum**◊ Herpes simples**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		» cultura viral de lesões: positiva para HSV	

◊ Vírus Epstein-Barr

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de mononucleose infecciosa; linfadenopatia, faringite, mal-estar, febre; mialgia	pode ser encontrada esplenomegalia	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»anticorpos específicos para o EBV: positivo para IgM (imunoglobulina M) de antígeno do capsídeo viral (ACV), ACV-IgG (imunoglobulina G), antígeno precoce (AP), anticorpo nuclear de Epstein-Barr (EBNA) Na maioria dos pacientes, a ACV-IgM é detectável com o início dos sintomas, atinge a intensidade máxima em 2-3 semanas e se torna</p>	

Incomum**◊ Vírus Epstein-Barr**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>indetectável em torno de 4 meses. A ACV-IgG atinge a intensidade máxima em 2-3 meses e persiste por toda a vida. Os anticorpos para AP aumentam no estágio agudo, deixam de ser detectados em 3-4 meses e podem reaparecer com a reativação da infecção por EBV. Os anticorpos contra AP também são detectáveis em algumas pessoas clinicamente saudáveis. Os anticorpos para EBNA aumentam na fase de resolução e permanecem detectáveis por toda a vida.[19]</p>	

◊ Citomegalovírus

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de transplante ou imunodeficiência; febre, diarreia, náuseas e vômitos; "floaters" visuais, cegueira; dor e fraqueza	presença de hemorragias no exame de fundo de olho	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável</p>	<p>»reação em cadeia da polimerase: positiva para CMV</p>

Incomum**◊ Citomegalovírus**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s). ^[1]	

◊ Doença de Lyme

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de picada de carapato; erupção cutânea de 1-2 semanas após a picada de carapato, com possível clareamento central; sintomas constitucionais	eritema migratório	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas</p> <p>A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável</p> <p>A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»ELISA ou ensaio de imunofluorescência: positiva para anticorpos da Borrelia</p>	

◊ Hanseníase (lepra)

História	Exame	1º exame	Outros exames
lesões de pele com perda de sensibilidade; possível fraqueza	lesões únicas ou múltiplas com menos pigmentação que a	» eletromiografia (EMG) : alterações neurogênicas na	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Hanseníase (lepra)

História	Exame	1º exame	Outros exames
muscular do nervo afetado	pele ao redor; perda da sensibilidade à dor ou tátil nas lesões da pele	distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s). ^[1] » estudos da condução nervosa: variável A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s). ^[1] » raspado intradérmico: positivo para bacilos álcool-ácido resistentes	

◊ Vasculite de nervo periférico

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de doença do tecido conjuntivo, infecções recentes (incluindo vírus da imunodeficiência humana [HIV]) e condições autoimunes; história variada em virtude da amplitude de etiologias subjacentes; perda de peso; fadiga; mialgia, artralgia	conjuntivas secas; parótida aumentada; lesões nasofaríngeas; úlceras orais; sibilância; lesões de pele; esplenomegalia; aquecimento/aumento das articulações; nervos aumentados e palpáveis	» eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s). ^[1] » estudos da condução nervosa: variável A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a	» fator antinuclear (FAN): positiva Cerca de 90% dos pacientes com uma doença do tecido conjuntivo e 20% a 30% dos pacientes com vasculite sistêmica primária ou neuropatia vasculítica não sistêmica são positivos para FAN. ^{[2] [20] [21]} » anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA): positiva

Incomum**◊ Vasculite de nervo periférico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s). ^[1]	Positivo na vasculite. ^[2] Testes de antiproteinase 3 são usados para detectar um padrão citoplasmático (c-ANCA). Testes de antimieloperoxidase são usados para detectar um padrão perinuclear (p-ANCA). » complemento sérico: reduzidos Reduzido na vasculite. ^[2] » crioglobulinas: elevado

◊ Sarcoidose

História	Exame	1º exame	Outros exames
tosse, dispneia, sintomas constitucionais, linfadenopatia	sibilância/roncos; linfadenopatia cervical e submandibular; geralmente, ausência de espessamento sinovial; eritema nodoso, lúpus pérnio	» eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s). ^[1] » estudos da condução nervosa: variável A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s). ^[1]	» Hemograma completo: anemia; leucopenia Anemia observada em 4% a 20%; leucopenia em 40%.

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Sarcoidose

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»radiografia torácica: adenopatia hilar e/ou paratraqueal predominantemente no lobo superior, infiltrados bilaterais; derrames pleurais (raros) e calcificações em casca de ovo (muito raras) foram observados</p>	

◊ Síndrome de Sjögren

História	Exame	1º exame	Outros exames
fadiga, olhos secos, boca seca; artrite, artralgia, mialgia	cáries dentárias, infecções orais, ulceração da córnea, sem acúmulo de saliva, glândulas salivares aumentadas	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p>	<p>»teste de Schirmer: positiva Mede as lágrimas quantitativamente. Um filtro de papel é colocado no saco conjuntival inferior. O teste será positivo se <5 mm de papel estiver molhado após 5 minutos.^{[22] [23]}</p> <p>»anti-Ro 60 kD (SS-A) e anti-La (SS-B): positiva Anticorpos contra as ribonucleoproteínas Ro 60 kD e La são encontrados em cerca de 90% dos pacientes com síndrome de Sjögren.^[24] O anti-Ro 60 kD não é específico para síndrome de Sjögren e é encontrado em outros distúrbios autoimunes, particularmente o lúpus.^[25]</p>

Incomum

◊ Artrite reumatoide

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de artrite simétrica ativa com duração >6 semanas; dor e edema articular	nódulos reumatoideos ao longo das superfícies extensoras dos tendões; pleurite, pericardite, doença ocular inflamatória	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p>	<p>»fator reumatoide: positiva Aproximadamente 30% dos pacientes com artrite reumatoide (AR) apresentam o fator reumatoide negativo.^[26]</p>

◊ Polineuropatia sensório-motora desmielinizante adquirida

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de evolução progressiva ou com exacerbações e remissões; história de doença anterior, como infecção viral, cirurgia ou doença diarréica como a causada por campylobacter; fraqueza (por exemplo, pé pendente) geralmente leva à consulta com um médico	fraqueza muscular de moderada a grave; os grupos musculares proximais podem estar tão fracos quanto os grupos musculares distais, reflexos globalmente reduzidos/ausentes; as perdas sensoriais podem ser similares nos membros superiores e inferiores (não se trata de um padrão claramente distal ou comprimento-dependente)	<p>»eletromiografia (EMG): desmielinização</p> <p>»estudos da condução nervosa: desmielinização</p> <p>»punção lombar (LCR): acelular com aumento de proteínas</p>	

Incomum

◊ **Plexopatia lombossacral (inflamatória)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
fraqueza assimétrica, dormência e dor que envolve raízes nervosas múltiplas, troncos ou seus ramos terminais	fraqueza, atrofia, dormência e perda dos reflexos tendinosos profundos em um padrão que requer o envolvimento de várias raízes nervosas, troncos ou seus ramos terminais	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas nos miótomas afetados Avalia a gravidade e cronicidade, localiza os níveis afetados do plexo e orienta a terapia.^[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: perda axonal; amplitudes sensoriais diminuídas Difere das radiculopatias pela diminuição nas amplitudes sensoriais. Avalia a gravidade e cronicidade, localiza os níveis afetados do plexo e orienta a terapia.^[1]</p> <p>»proteína C-reativa: elevado Sensível, mas não específica em relação à etiologia.^[2]</p> <p>»Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevado Sensível, mas não específica em relação à etiologia.^[2]</p>	<p>»ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve: negativo Orienta a terapia e os testes adicionais.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) da pelve: negativo Orienta a terapia e os testes adicionais.</p>

◊ **Plexopatia lombossacral (compressiva neoplásica)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de malignidade; fraqueza assimétrica, dormência e dor	fraqueza, atrofia, dormência e perda dos reflexos tendinosos	» eletromiografia (EMG) : alterações	

Incomum**◊ Plexopatia lombossacral (compressiva neoplásica)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
que envolve raízes nervosas múltiplas, troncos ou seus ramos terminais; perda de peso, fadiga, dorsalgia	profundos em um padrão que requer o envolvimento de várias raízes nervosas, troncos ou seus ramos terminais	<p>neurogênicas nos miótomas afetados</p> <p>Avalia a gravidade e cronicidade, localiza os níveis afetados do plexo e orienta a terapia.[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: perda axonal; amplitudes sensoriais diminuídas</p> <p>Difere das radiculopatias pela diminuição nas amplitudes sensoriais.</p> <p>Avalia a gravidade e cronicidade, localiza os níveis afetados do plexo e orienta a terapia.[1]</p> <p>»ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve: positiva para tumor</p> <p>Orienta a terapia e os testes adicionais.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) da pelve: positiva para tumor</p> <p>Orienta a terapia e os testes adicionais.</p>	

◊ Plexopatia induzida por radiação

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de malignidade com tratamento por radiação; fraqueza assimétrica, dormência e dor que envolve	fraqueza, atrofia, dormência e perda dos reflexos tendinosos profundos em um padrão que requer	» eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas nos miótomas afetados	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerar responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ **Plexopatia induzida por radiação**

História	Exame	1º exame	Outros exames
raízes nervosas múltiplas, troncos ou seus ramos terminais	o envolvimento de várias raízes nervosas, troncos ou seus ramos terminais	Avalia a gravidade e cronicidade, localiza os níveis afetados do plexo e orienta a terapia. » estudos da condução nervosa: perda axonal; amplitudes sensoriais diminuídas Difere das radiculopatias pela diminuição nas amplitudes sensoriais. Avalia a gravidade e cronicidade, localiza os níveis afetados do plexo e orienta a terapia. » ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve: negativo Orienta a terapia e os testes adicionais. » tomografia computadorizada (TC) da pelve: negativo Orienta a terapia e os testes adicionais.	

◊ **Linfoma**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sudorese noturna; fadiga; mal-estar; febre	linfadenopatia; palidez; púrpura; icterícia; hepatomegalia; esplenomegalia; nódulos na pele; exame neurológico anormal	» eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos	

Incomum**◊ Linfoma**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»biópsia de linfonodos: positiva</p> <p>»Hemograma completo com diferencial: trombocitopenia, pancitopenia Pode apresentar trombocitopenia por envolvimento hepático e da medula óssea; ou pancitopenia por envolvimento da medula óssea.</p>	

◊ Amiloidose

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, fadiga; história de edema que não responde ao tratamento	edema de membro inferior, estase jugular elevada, púrpura amiloide	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade</p>	

Incomum

◊ Amiloidose

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).[1]</p> <p>»imunofixação sérica: presença de proteína monoclonal</p> <p>»imunofixação da urina: presença de proteína monoclonal</p> <p>»técnica de detecção de cadeias leves livres de imunoglobulina: razão kappa para lambda anormal</p>	

◊ Ataques paraneoplásicos mediados imunologicamente

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de malignidade; neuropatia agressiva, dolorosa e comprimento-dependente	fraqueza, atrofia, dormência e perda dos reflexos tendinosos profundos em um padrão que requer o envolvimento de várias raízes nervosas, troncos ou seus ramos terminais	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável</p>	<p>»anticorpos anti-Hu: positiva</p> <p>»anticorpos anti-CV2: positiva</p>

Incomum**◊ Ataques paraneoplásicos mediados imunologicamente**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»ressonância nuclear magnética (RNM) da pelve: positiva para tumor Orienta a terapia e os testes adicionais.</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) da pelve: positiva para tumor Orienta a terapia e os testes adicionais.</p>	

◊ Tumores da bainha nervosa

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de neurofibromatose do tipo 1; disfunção progressiva	sensibilidade à palpação	<p>»eletromiografia (EMG): alterações neurogênicas na distribuição dos nervos ou raízes afetadas</p> <p>A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade e localiza a(s) raiz(es) afetada(s).^[1]</p> <p>»estudos da condução nervosa: variável</p> <p>A precisão aumenta com a duração dos sintomas. Avalia a gravidade e cronicidade</p>	<p>»ressonância nuclear magnética (RNM) do local do tumor: presença de lesão</p> <p>»tomografia computadorizada (TC) do local do tumor: presença de lesão</p>

Incomum**◊ Tumores da bainha nervosa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		e localiza a(s) raiz(es) afetada(s). [1]	

Diretrizes de diagnóstico**Europa****Guidelines on neuropathic pain assessment: revised 2009**

Publicado por: European Federation of Neurological Societies
Última publicação em: 2010

Artigos principais

- Preston DC, Shapiro BE. Electromyography and neuromuscular disorders: clinical-electrophysiologic correlations. Boston, MA: Butterworth-Heinemann; 1998.
- Burns TM, Schaublin GA, Dyck PJ. Vasculitic neuropathies. *Neurol Clin.* 2007;25:89-113. [Resumo](#)

Referências

1. Preston DC, Shapiro BE. Electromyography and neuromuscular disorders: clinical-electrophysiologic correlations. Boston, MA: Butterworth-Heinemann; 1998.
2. Gorson KC. Vasculitic neuropathies: an update. *Neurologist.* 2007;13:12-19. [Resumo](#)
3. Bhanushali MJ, Muley SA. Diabetic and non-diabetic lumbosacral radiculoplexus neuropathy. *Neurol India.* 2008;56:420-425. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. Katirji B. Peroneal neuropathy. *Neurol Clin.* 1999;17:567-591. [Resumo](#)
5. Katirji MB, Wilbourn AJ. Common peroneal mononeuropathy: a clinical and electrophysiologic study of 116 lesions. *Neurology.* 1988;38:1723-1728. [Resumo](#)
6. Oh SJ, Meyer RD. Entrapment neuropathies of the tibial (posterior tibial) nerve. *Neurol Clin.* 1999;17:593-615. [Resumo](#)
7. Connelly KP, DeWitt LD. Neurologic complications of infectious mononucleosis. *Pediatr Neurol.* 1994;10:181-184. [Resumo](#)
8. Van Brakel WH, Khawas IB. Nerve damage in leprosy: an epidemiological and clinical study of 396 patients in west Nepal. *Lepr Rev.* 1994;65:204-221. [Resumo](#)
9. American Thoracic Society. Statement on sarcoidosis: joint statement of the American Thoracic Society (ATS), the European Respiratory Society (ERS) and the World Association of Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG), adopted by the ATS Board of Directors and by the ERS Executive Committee, February 1999. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999;160:736-755. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Nordmark G, Alm GV, Ronnblom L. Mechanisms of disease: primary Sjogren's syndrome and the type I interferon system. *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2006;2:262-269. [Resumo](#)
11. Yuen EC, Olney RK, So YT. Sciatic neuropathy: clinical and prognostic features in 73 patients. *Neurology.* 1994;44:1669-1674. [Resumo](#)
12. van der Windt DA, Simons E, Riphagen II, et al. Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(2):CD007431. [Resumo](#)

13. Rubinstein SM, van Tulder M. A best-evidence review of diagnostic procedures for neck and low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2008;22:471-482. [Resumo](#)
14. Bono CM, Ghiselli G, Gilbert TJ, et al; North American Spine Society. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders. *Spine J.* 2011;11:64-72. [Resumo](#)
15. Endean A, Palmer KT, Coggon D. Potential of magnetic resonance imaging findings to refine case definition for mechanical low back pain in epidemiological studies: a systematic review. *Spine.* 2011;36:160-169. [Resumo](#)
16. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, et al. An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part II: guidance and recommendations. *Pain Physician.* 2013 Apr;16(2 Suppl):S49-283 [Texto completo](#) [Resumo](#)
17. Yuen EC, So YT. Sciatic neuropathy. *Neurol Clin.* 1999;17:617-631. [Resumo](#)
18. Busis NA. Femoral and obturator neuropathies. *Neurol Clin.* 1999;17:633-653. [Resumo](#)
19. Hess RD. Routine Epstein-Barr virus diagnostics from the laboratory perspective: still challenging after 35 years. *J Clin Microbiol.* 2004;42:3381-3387. [Texto completo](#) [Resumo](#)
20. Collins MP, Kissel JT. Neuropathies with systemic vasculitis. In: Dyck PJ, Thomas PK, eds. *Peripheral neuropathy.* 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2005:2335-2404.
21. Burns TM, Schaublin GA, Dyck PJ. Vasculitic neuropathies. *Neurol Clin.* 2007;25:89-113. [Resumo](#)
22. Kassan SS, Moutsopoulos HM. Clinical manifestations and early diagnosis of Sjogren syndrome. *Arch Intern Med.* 2004;164:1275-1284. [Texto completo](#) [Resumo](#)
23. Tucci M, Quatraro C, Silvestris F. Sjogren's syndrome: an autoimmune disorder with otolaryngological involvement. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2005;25:139-144. [Texto completo](#) [Resumo](#)
24. Izumi M, Eguchi K, Nakamura H, et al. Corticosteroid irrigation of parotid gland for treatment of xerostomia in patients with Sjogren's syndrome. *Ann Rheum Dis.* 1998;57:464-469. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. Scheinfeld N. Sjogren syndrome and systemic lupus erythematosus are distinct conditions. *Dermatol Online J.* 2006;12:4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Aho K, Palusuo T, Kurki P. Marker antibodies of rheumatoid arthritis: diagnostic and pathogenetic implications. *Semin Arthritis Rheum.* 1994 Jun;23(6):379-87. [Resumo](#)

Imagens

IMAGES

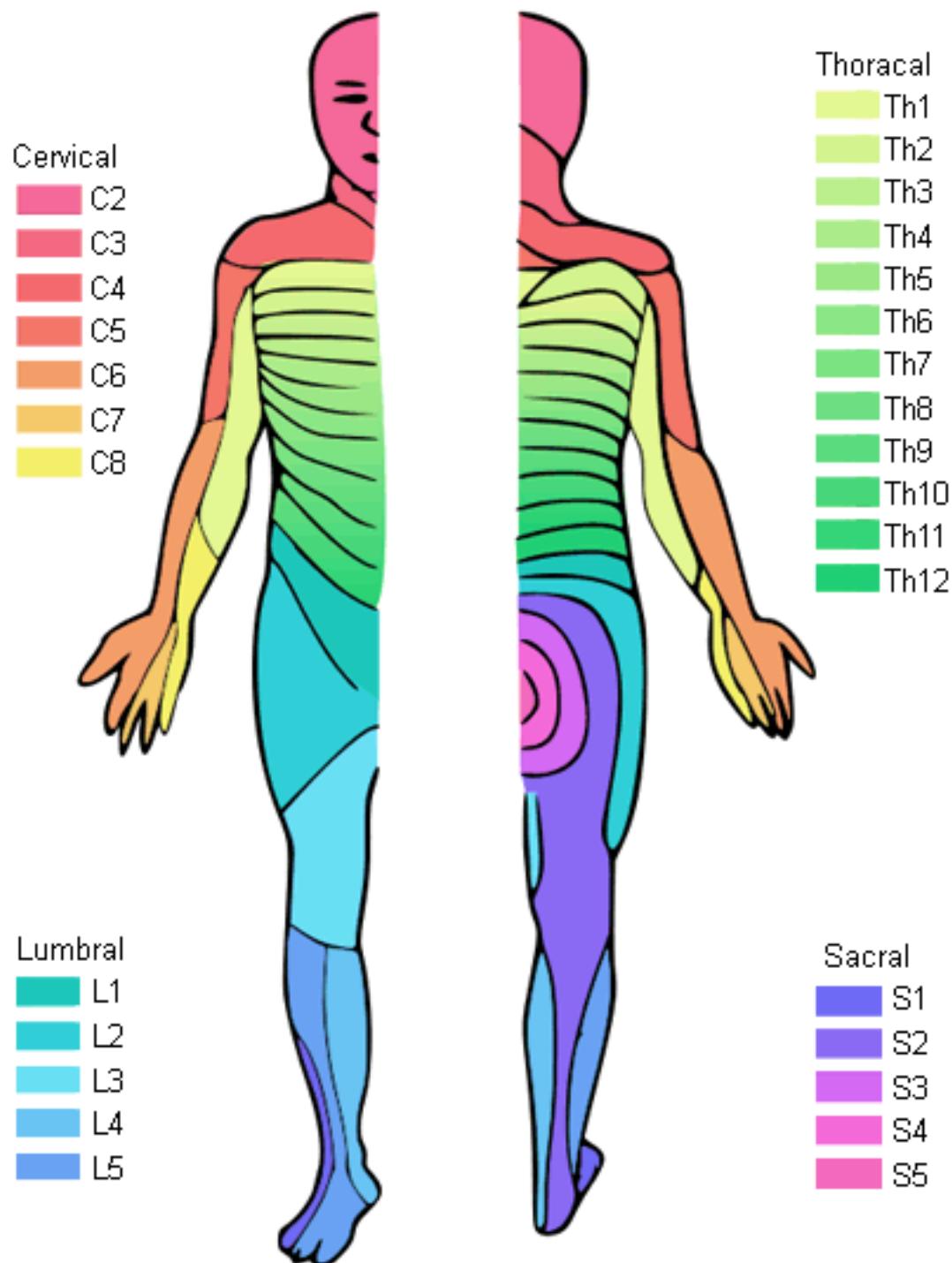


Figura 1: Mapa do dermatomo

Adaptado pela BMJ de uma imagem de Ralf Stephan

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,000
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

DISCLAIMER

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

51

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Colaboradores:

// Autores:

Kevin R. Scott, MD

Clinical Neurologist
Colorado Springs Neurological Associates, Colorado Springs, CO
DIVULGAÇÕES: KRS declares that he has no competing interests.

Milind J. Kothari, DO

Professor of Neurology
Penn State College of Medicine, Hershey, PA
DIVULGAÇÕES: MJK declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Nizar Souayah, MD

Assistant Professor of Neurology
Director of EMG Laboratory & Peripheral Neuropathy Center, Department of Neurology & Neurosciences,
New Jersey Medical School, Newark, NJ
DIVULGAÇÕES: NS declares that he has no competing interests.

Giuseppe Lauria, MD

Senior Consultant
Neuromuscular Diseases Unit, IRCCS Foundation "Carlo Besta" Neurological Institute, Milan, Italy
DIVULGAÇÕES: GL declares that he has no competing interests.