

# BMJ Best Practice

## Avaliação da dorsalgia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>4</b>
Etiologia	4
<b>Emergencies</b>	<b>7</b>
Considerações de urgência	7
Sinais de alarme	7
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Visão geral do diagnóstico diferencial	12
Diagnóstico diferencial	13
Diretrizes de diagnóstico	23
<b>Referências</b>	<b>25</b>
<b>Imagens</b>	<b>30</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>36</b>

## Resumo

- ◊ A dorsalgia é a causa mais comum de incapacidade em pessoas com <50 anos de idade. A incidência anual na população adulta é de 10% a 15%, com uma prevalência pontual de aproximadamente 30% nos países desenvolvidos. A lombalgia ou dor lombar (DL) é a segunda causa de visitas ao médico a cada ano, com uma prevalência de 70% a 85% ao longo da vida, sendo a primeira causa a patologia das vias aéreas superiores. Apesar de sua prevalência disseminada, o prognóstico geral da lombalgia aguda é favorável, pois 90% dos pacientes se recuperam sem sequelas.<sup>[1]</sup> As recorrências são comuns, e a maioria delas não é incapacitante. Um subconjunto menor da população pode estar incapacitado por lombalgia crônica, definida como sintomas persistentes por >6 meses. A presença de depressão, insatisfação no trabalho e/ou questões médico-legais que envolvam compensações financeiras predispõe o paciente a sofrer em longo prazo.<sup>[2] [3] [4] [5]</sup> Vários estudos demonstram que, quanto mais tempo um paciente se ausenta no trabalho, menor a probabilidade de ele voltar a trabalhar.<sup>[6]</sup> Além disso, uma pequena porcentagem dos pacientes desenvolverá lombalgia incapacitante e persistente, resultando em enormes custos para a sociedade. As estimativas são próximas de US\$ 50 bilhões por ano nos EUA.<sup>[7] [8] [9] [10]</sup>  
Foram observados vários fatores que aumentam o risco de desenvolver dor lombar incapacitante. comportamentos mal-adaptativos de enfrentamento da dor; sinais não orgânicos; comprometimento funcional; estado geral de saúde e presença de comorbidades psiquiátricas.<sup>[11]</sup> O médico deve estar ciente desses fatores de risco ao aconselhar e tratar os pacientes.

## Etiologia

Várias estruturas da coluna vertebral, inclusive ligamentos, facetas articulares, musculatura e fáscia paravertebrais, discos intervertebrais e raízes nervosas da coluna vertebral, têm sido apontadas como geradoras de dor.[\[12\]](#) No entanto, mesmo depois de uma investigação, 85% dos pacientes com dorsalgia isolada ainda não possuem uma causa definitiva identificada para os seus sintomas.[\[13\]](#)

As etiologias podem ser subdivididas em 3 grupos: mecânica, sistêmica e referida. De longe, a causa mais comum é a mecânica (97%).[\[12\]](#)

### Mecânica

A dorsalgia mecânica é definida como uma dor ocasionada pelo movimento da coluna e diminui com o repouso.

Distensão/entorse lombar

- A causa mais comum de dorsalgia mecânica.[\[14\]](#)
- Torção: rompimento das fibras musculares em vários locais dentro do feixe muscular ou junção musculotendinosa. Os pacientes sentem uma dor intensa com duração de 24 a 48 horas e, em seguida, expericiam espasmos musculares.
- Estiramento: estiramento subcatastrófico de ≥1 ligamento da coluna vertebral. Algumas fibras ficam lesionadas, mas a continuidade geral do ligamento é mantida.

Degeneração dos discos e/ou facetas

- O fator gerador da dor ainda não foi identificado, mas o disco, os ligamentos e as facetas foram todos envolvidos.[\[15\]](#)
- Presume-se que o disco seja a fonte primária de dor (discogênica).[\[16\]](#) [\[17\]](#)
  - Muitos pacientes apresentam discos degenerativos assintomáticos.
  - A dor discogênica aumenta com a flexão, ao sentar e ao tossir/espirrar devido ao aumento da pressão intradiscal.
- As facetas articulares podem causar dorsalgia que aumenta com a extensão, uma vez que elas recebem maior carga.[\[18\]](#)
- Demonstrou-se anatomicamente que a cápsula da faceta contém fibras nociceptivas.[\[19\]](#) [\[20\]](#) [\[21\]](#)

Núcleo pulposo herniado

- A história natural é de melhora clínica na maioria dos pacientes; apenas 10% necessitam de intervenção cirúrgica.[\[22\]](#) [\[23\]](#)
- A dor na perna é geralmente maior que a dorsalgia, com a dor que se irradia para os membros inferiores em uma distribuição por dermatomos.
- A dorsalgia pode ocorrer como resultado da dor referida de uma ruptura correspondente no anel fibroso.

Estenose da coluna vertebral

[\[Fig-1\]](#)

[\[Fig-2\]](#)

4

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 18, 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](http://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.

- Estenose das dimensões anatômicas do canal vertebral secundário à formação de osteófitos no disco e à hipertrofia das facetas ou do ligamento amarelo.
- Os pacientes podem manifestar dorsalgia, que é muitas vezes referida como neurogênica e secundária à constrição mecânica das raízes do nervo lombar.[\[24\]](#)

#### Espondilólise e/ou espondilolistese

- A população em geral tem uma incidência de defeitos nas “pars interarticularis” de 3% a 6%,[\[25\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#) mas a maioria é assintomática.
- Os pacientes apresentam dor na coluna lombar com irradiação ocasional para região posterior da coxa. A dor é agravada pela extensão.
- Se a espondilolistese é grave, sintomas como lordose exagerada, nádegas em forma de coração ou desvio para fora da linha média do processo espinhoso podem estar presentes.

#### Fratura por compressão

[\[Fig-3\]](#)

- Pode ocorrer sem trauma reconhecido e os pacientes devem fazer uma investigação médica para avaliar a osteoporose, osteomalacia e malignidade, dependendo do mecanismo de fratura.
- Uma investigação para osteoporose é fundamental para a prevenção futura.
- Pode estar associada a uma radiculopatia secundária à invasão neuroforaminal por perda da altura do corpo vertebral.
- Se uma fratura de compressão ocorrer por meio de um mecanismo de baixa energia, o profissional deve encontrar razões metabólicas que justifiquem a fratura, e a osteoporose deve ser tratada de forma agressiva para prevenir fraturas futuras.

#### Sacroileíte

- A articulação sacroilíaca tem sido implicada na lombalgia.[\[28\]](#) Também pode haver dor associada no membro inferior associado.
- Normalmente, a causa primária da sacroileíte é degenerativa, embora possa estar associada à artrite inflamatória. É comum como um problema degenerativo entre a meia-idade e idade avançada, mas é incomum como um problema inflamatório secundário.
- Estima-se que ocorra em 10% a 25% dos pacientes com lombalgia axial persistente sem hérnia de disco, dor discogênica ou radiculite.[\[29\]](#)

## Sistêmica

As etiologias sistêmicas são muito menos comuns (1%) do que a dorsalgia mecânica,[\[12\]](#) mas estas causas geralmente requerem mais investigação e sinalizam um possível encaminhamento urgente para um cirurgião de coluna. Tumor e infecção são as causas mais comuns de etiologias sistêmicas de dorsalgia. O termo "espondiloartropatia inflamatória" engloba várias doenças inflamatórias com características semelhantes (principalmente espondiloartrite axial, incluindo espondilite anquilosante ou artrite psoriática). As articulações axiais e periféricas podem ser afetadas.

As etiologias sistêmicas incluem:

- Infecção

- Discite não tratada, osteomielite ou abscesso epidural pode levar a sepse, deformidade cifótica progressiva e/ou déficit neurológico.
- Neoplasia maligna  
[Fig-4]  
[Fig-5]
- Espondiloartropatia inflamatória (por exemplo, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite enteropática)[30]
- Doença do tecido conjuntivo.

## Referida

Geralmente, as fontes não estão relacionadas com a coluna vertebral e incluem patologias intra/retroperitoneais. Assim como as causas sistêmicas, estas etiologias são menos comuns (2%) que a dorsalgia mecânica.[12]

- Aneurisma aórtico
- Pancreatite aguda
- Pielonefrite aguda
- Cólica renal
- Úlcera péptica.

## Considerações de urgência

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

Pacientes que requerem uma investigação urgente incluem aqueles com dorsalgia associada à infecção ou tumor. Os pacientes com alto risco de uma doença que requer investigação urgente incluem aqueles em terapias imunossupressoras e com história de uso de medicamentos intravenosos. Esses fatores de risco devem levar o médico a realizar estudos de imagem. Outros sinais de alerta da história incluem dor incessante apesar do tratamento, doenças sistêmicas (ou seja, febre, calafrios, mal-estar geral, história de malignidade, perda de peso inexplicável) e déficits neurológicos profundos. Esses recursos garantem estudos de imagem avançados urgentes, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada. A imagem também é indicada em pacientes após trauma, especialmente em pequenos traumas em idosos e naqueles com osteoporose.[\[31\]](#)

### Síndrome da cauda equina

O diagnóstico presuntivo da síndrome da cauda equina necessita de uma investigação urgente. Disfunção intestinal ou vesical, ciática bilateral e anestesia em sela podem ser sintomas de compressão grave da cauda equina. A etiologia é geralmente uma grande hérnia de disco central ou uma fratura patológica ou traumática. A anamnese e exame físico completos devem identificar o comprometimento neurológico iminente e a necessidade de encaminhamento emergente a um cirurgião de coluna vertebral.

### Sinais de alarme

- Núcleo pulposo herniado
- Discite/osteomielite vertebral
- Neoplasia maligna
- Aneurisma da aorta abdominal

# Abordagem passo a passo do diagnóstico

Embora as causas sejam inúmeras, uma história completa e um exame físico ajudam a elucidar o diagnóstico na maioria dos pacientes.

## História

A proposta primária da consulta inicial é avaliar se os sintomas sugerem uma condição subjacente mais grave.[\[32\]](#)

Sinais de alerta e sintomas que justificam o diagnóstico adicional por imagens incluem:[\[33\]](#) [\[34\]](#) [\[31\]](#)

- Doenças sistêmicas, incluindo febre, calafrios, sudorese noturna e/ou perda de peso inexplicada (infecção/malignidade)
- História de neoplasia ou uso de drogas intravenosas
- Déficit neurológico progressivo ou profundo
- Distúrbio esfincteriano (bexiga ou intestino)
- Trauma/lesão a alta velocidade
- Dor refratária a medicamentos/injeções; dor torácica; dor não mecânica ou dor noturna
- idade entre <20 e >50 anos
- Corticosteroides prolongados ou outras terapias imunossupressoras
- Presença de contusão ou abrasões na coluna vertebral.

O uso de drogas intravenosas ou um estado imunocomprometido aumenta o risco de osteomielite da coluna vertebral e a possibilidade de abscesso epidural. A metástase para a coluna precisará ser excluída se um paciente tiver uma história de câncer e dorsalgia.

A idade do paciente pode ajudar na redução do diferencial, pois pacientes idosos têm risco maior de desenvolverem metástases na coluna vertebral e estenose da coluna vertebral. A dorsalgia devido a espondiloartrite inflamatória mais comumente começa antes da idade de 35 anos. Pode haver uma história familiar de psoríase ou espondiloartrite, ou história de infecção geniturinária recente. É importante ficar atento ao fato de que às vezes o diagnóstico de espondiloartrite não é considerado ou ocorre tarde.[\[35\]](#)

## Exame físico

No exame físico, a marcha do paciente e a capacidade de andar devem ser observadas. A coluna vertebral deve ser palpada para localizar qualquer dor e detectar a presença de um "degrau" na linha média dos processos espinhosos que podem indicar espondilolistese.[\[36\]](#) Pacientes com espondilolistese também podem ter lordose exagerada e nádegas em forma de coração. A sensibilidade à palpação sobre a articulação sacroilíaca pode indicar a sacroileite. A amplitude de movimento da coluna vertebral do paciente deve ser examinada.[\[37\]](#)

Um exame neurológico completo deve então ser realizado.

- Deficits neurológicos específicos, como fraqueza, espasticidade ou hiper/hiporreflexia, devem ser observados. Estes sugerem uma compressão neurológica mais profunda; o encaminhamento imediato a um cirurgião de coluna é indicado para avaliação e tratamento.[\[33\]](#)
- A diminuição do tônus retal é um achado de exame importante, uma vez que sugere a invasão da raiz sacral a partir de compressão medular significativa.[\[33\]](#)

O exame vascular é importante na diferenciação entre a claudicação vascular e a claudicação neurogênica. A claudicação vascular geralmente se agrava com a deambulação em qualquer posição e é imediatamente aliviada pelo repouso. A claudicação neurogênica agrava-se com a deambulação e uma postura ereta e melhora com a flexão da coluna lombar para a frente.<sup>[33]</sup> Os pacientes que têm claudicação podem apresentar patologias vasculares e da medula concomitantemente.

Manobras específicas incluem:

- O teste de elevação da perna estendida ou elevação da perna contralateral estendida quando positivo indica uma possível hérnia do núcleo pulposo (HNP). Uma elevação da perna estendida é realizada com o paciente em decúbito dorsal e quadril flexionado gradualmente com o joelho estendido. A dor que é reproduzida abaixo de 60° da flexão do quadril no lado ipsilateral é considerada uma elevação da perna estendida positiva, além de ser mais sensível. A dor reproduzida no lado contralateral indica uma elevação da perna contralateral estendida positiva, além de ser mais específica. A dor que ocorre acima de 60° é geralmente secundária à tensão no tendão.<sup>[38] [39] [40]</sup> A dor associada à HNP geralmente é pior na perna do que nas costas, com a dor que se irradia para os membros inferiores em uma distribuição por dermatomos. No entanto, a ausência de um teste positivo de elevação da perna estendida e dor do tipo dermatomo não exclui a hérnia de disco.<sup>[41]</sup>
- O trecho femoral ou os testes de estiramento femoral contralateral podem ser usados para avaliar a hérnia de disco lombar superior. O teste é geralmente realizado com o paciente em posição pronada. O joelho é flexionado e então a perna é estendida. Se essa ação reproduzir a dor na perna, o teste será considerado positivo.<sup>[42]</sup>
- O teste de Gaenslen, o teste de compressão pélvica (aplicando compressão nas articulações sacroilíacas enquanto o paciente está do lado) e o teste FABER são testes de provação que podem ser positivos com a sacroileite.<sup>[29]</sup> Um único teste tem baixa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de sacroileite. O teste de Gaenslen é realizado pedindo ao paciente para se deitar com a perna sintomática pendurada na borda da mesa de exame. A perna não sintomática é flexionada no quadril e no joelho. Uma força de rotação é então aplicada através da articulação sacroilíaca aplicando pressão no joelho fletido para fora, enquanto simultaneamente aplica pressão para baixo na articulação sacroilíaca afetada com a outra mão. O teste FABER é realizado pedindo ao paciente que dobre o joelho no lado afetado e gire externamente no quadril, apoiando o pé sobre o joelho oposto, criando assim a forma do número 4 com as pernas. A pressão é então aplicada para baixo no joelho no lado afetado, enquanto simultaneamente usa a outra mão para aplicar pressão para baixo na crista ilíaca oposta.

Um exame físico geral pode detectar outras características para auxiliar o diagnóstico. Por exemplo, quando a dor é referida:

- Pacientes com aneurisma da aorta abdominal podem ter massa abdominal pulsátil detectável
- Pacientes com úlcera péptica podem ter sensibilidade epigástrica e melena ao exame retal
- Pacientes com cólica renal ou pielonefrite podem apresentar sensibilidade costovertebral ou nos flancos
- Pacientes com pancreatite podem ter febre e sensibilidade/rigidez abdominal.

A dorsalgia devido à espondiloartrite inflamatória pode estar presente isoladamente ou com sintomas e sinais de entesite, dactilite, uveíte ou psoríase. Pessoas com dorsalgia devido à doença do tecido conjuntivo podem apresentar também evidências de envolvimento de órgãos (por exemplo, erupção cutânea,

linfadenopatia, sibilos, sinais de má absorção, sensibilidade nas articulações, derrame e edema articular, sinais de uveíte e conjuntivite).

## Exames laboratoriais

Estudos laboratoriais de rotina não são necessários para a avaliação da dorsalgia, a menos que o médico esteja preocupado com as possibilidades de malignidade ou infecção (ou seja, dor não mecânica, febre, calafrios, sudorese noturna e/ou perda de peso). Nestes casos, hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, proteína C-reativa e hemoculturas são tipicamente obtidos. Embora inespecíficos em natureza, estes valores não devem ser elevados na dorsalgia mecânica e podem indicar ao médico que um processo infeccioso ou inflamatório pode estar ocorrendo se os resultados forem anormais. Uma urinálise e a cultura da urina devem ser requeridas quando se consideram as possibilidades de pielonefrite ou cólica renal.

## Exames por imagem

A maioria dos pacientes com lombalgia, acompanhada ou não de ciática, não precisa de exames de imagem de forma rotineira quando se apresenta em um contexto não especializado.[\[32\]](#) Se não houver sinais de alerta ou características de alto risco, eles devem ser assegurados de que seus sintomas responderão ao tratamento conservador. Se os sintomas persistirem por mais de 6 a 8 semanas, deve-se obter uma radiografia simples nessa ocasião, pois a maioria dos pacientes com etiologia benigna de lombalgia já deveria ter melhorado.[\[39\]](#) [\[43\]](#) [\[44\]](#) [\[45\]](#) [\[46\]](#)

Pacientes de alto risco que apresentam dorsalgia (ou seja, aqueles que tomam corticosteroides ou outra terapia imunossupressora, e aqueles com história de uso de medicamentos intravenosas) devem ser submetidos a exames de imagem. Pacientes com outros sintomas ou sinais de alerta, por exemplo, dor incessante, doenças sistêmicas (febre, calafrios, mal-estar geral, história de neoplasia, perda de peso inexplicável) e déficits neurológicos profundos, exigem estudos de imagem avançados urgentes, como ressonância nuclear magnética (RNM) ou tomografia computadorizada (TC). A imagem é indicada em pacientes após trauma, especialmente em pequenos traumas em idosos e naqueles com osteoporose.

Imagens mais avançadas, como RNM ou TC, são indicadas se houver presença de comprometimento neurológico, infecção ou tumor, uma vez que as anormalidades discais e degenerativas são encontradas em muitos pacientes assintomáticos, causando um excesso de diagnósticos e ansiedade injustificada do paciente.[\[39\]](#) [\[43\]](#) [\[44\]](#) [\[45\]](#) [\[46\]](#) [\[47\]](#) [\[48\]](#) Os achados degenerativos não equivalem necessariamente a lesões sintomáticas.[\[49\]](#) [\[50\]](#) Além disso, não há correlação entre a gravidade dos sintomas e os achados da RNM.[\[51\]](#)

Esses estudos devem ser solicitados após a discussão com um cirurgião de coluna (ou pelo próprio), na maioria dos casos, para evitar pedidos de testes desnecessários. Mas, em geral, se o paciente apresenta dorsalgia não mecânica ou comprometimento neurológico, uma ressonância nuclear magnética é o estudo de escolha. Se um paciente possui metal em sua coluna ou não pode ser submetido a uma ressonância nuclear magnética, uma mielografia por TC é geralmente justificada. Embora a ressonância nuclear magnética (RNM) das articulações sacroilíacas geralmente não seja necessária, ela é recomendada quando há suspeita de espondilite como a causa da dorsalgia, mas o exame clínico e a radiografia simples não estabeleceram o diagnóstico.[\[52\]](#)

Radiografias simples são realizadas em pessoas com suspeita de sacroileíte para descartar outras causas de dor, mas não há achados patognomônicos específicos para a dor articular sacroilíaca.

Em situações de trauma, radiografias anteroposteriores (AP) padrão da pelve e da coluna cervical devem ser obtidas. Se o paciente apresentar dorsalgia, radiografias laterais e AP da coluna lombar devem ser solicitadas. Além disso, o comprometimento neurológico, as deformidades macroscópicas da coluna vertebral ou o deslocamento manual na palpação da coluna vertebral também requerem uma TC para entender a anatomia óssea. Ressalte-se que devem ser tomadas as devidas precauções com a coluna vertebral ao se deslocar um paciente com trauma, até que o paciente seja avaliado por um cirurgião de coluna ou trauma. Se quaisquer anormalidades forem observadas em imagens, um cirurgião de coluna vertebral também deve ser consultado para tratamento adicional.

## Investigações adicionais

O diagnóstico de sacroileíte como causa de dorsalgia geralmente é feito pelo exame físico. No entanto, investigações adicionais incluem injeção de bloqueio anestésico local de diagnóstico da articulação sacroilíaca sob orientação fluoroscópica de braço C que, quando positiva, fornece alívio da dor como resposta.

Outras investigações, incluindo exames laboratoriais, de imagem e endoscópicos, são usadas quando há suspeita de dor não relacionada à coluna (por exemplo, referenciada por patologias intra/retroperitoneais).

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Torção/entorse muscular lombar

Núcleo pulposo herniado

Estenose da coluna vertebral

Fratura por compressão

Doença degenerativa do disco ou artropatia facetária

Sacroileite

## Incomum

Espondilólise e/ou espondilolistese

Discite/osteomielite vertebral

Neoplasia maligna

Espondiloartropatia inflamatória

Doença do tecido conjuntivo

Aneurisma da aorta abdominal

Pancreatite

Pielonefrite

Cólica renal

Úlcera péptica

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### ◊ Torção/entorse muscular lombar

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor intensa aguda por 1 a 2 dias, espasmo muscular, a maioria dos pacientes se recupera dentro de 3 meses[1]	exame físico benigno, é um diagnóstico de exclusão	» <b>nenhuma:</b> diagnóstico clínico A maioria dos pacientes com lombalgia, acompanhada ou não de ciática, não precisa de exames de imagem de forma rotineira quando se apresenta em um contexto não especializado.[32]	» <b>radiografias simples:</b> geralmente, não é observada nenhuma anormalidade (por exemplo, espondilolistese) ou fratura Se um paciente não responde ao tratamento conservador em um período de 6 a 8 semanas, um raio-X deve ser obtido para descartar outras patologias que não foram consideradas na visita inicial.  » <b>ressonância nuclear magnética (RNM):</b> nenhuma anormalidade observada A ressonância nuclear magnética é indicada se houver comprometimento neurológico ou se uma infecção ou tumor forem considerados.

### ◊ Núcleo pulposo herniado

História	Exame	1º exame	Outros exames
irradiação da dor para os membros inferiores em uma distribuição dermatoma; história de disfunção intestinal ou vesical, dor ciática bilateral e anestesia	elevação da perna estendida ou da perna contralateral estendida positivas para dor (reproduzida abaixo de 60° de flexão do quadril);[38] teste de	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM):</b> héria de disco Se o paciente apresentar sintomas de déficits neurológicos	» <b>radiografias simples:</b> nenhuma anormalidade é normalmente encontrada em radiografias simples

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 18, 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](http://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.

## Comum

## ◊ Núcleo pulposo herniado

História	Exame	1º exame	Outros exames
em sela podem ser sintomas de compressão grave da cauda equina	estiramento femoral positivo pode sugerir hérnia de disco lombar superior[42]	graves ou sintomas consistentes com a síndrome da cauda equina, uma ressonância nuclear magnética deve ser obtida.	Útil para descartar outras patologias, incluindo tumor, infecção ou fratura.

## ◊ Estenose da coluna vertebral

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor intermitente irradiando para a coxa ou pernas, se agrava na postura ortostática, atividade ou extensão lombar prolongada; dor geralmente aliviada na postura sentada, deitada e/ou flexão lombar; paciente pode descrever queimação, dormência, sensação de peso ou fraqueza intermitente em suas pernas, dor unilateral ou bilateral radicular, déficits motores, disfunção intestinal ou vesical e dores nas costas e nádegas na postura ereta e ao deambular	pacientes caminham flexionados para a frente; pacientes com claudicação vascular possuem pulsos diminuídos e alterações cutâneas típicas, como descoloração, brilho e afinamento da pele	» <b>ressonância nuclear magnética:</b> estenose da coluna vertebral, hipertrofia das facetas articulares e/ou ligamento amarelo com correspondente diminuição da dimensão do diâmetro do canal vertebral Os radiologistas geralmente estabelecem a estenose como leve, moderada ou grave. Encaminhamento para o cirurgião de coluna vertebral para análise do manejo cirúrgico. [Fig-2]	» <b>radiografias simples:</b> artrite degenerativa; formação de osteófitos difusos normalmente observada em simultâneo com espondilolistese degenerativa ou escoliose Útil para descartar outras patologias. A estenose da coluna vertebral normalmente é diagnosticada por ressonância nuclear magnética e quadro clínico, não é um achado de radiografia simples.

## ◊ Fratura por compressão

História	Exame	1º exame	Outros exames
normalmente história de trauma, apesar do evento agudo nem sempre recordado, dor em repouso e à noite, história pregressa de fraturas (por exemplo,	sensibilidade à palpação ao longo da linha média, aumento da cifose, exame neurológico normal, a menos que haja retropulsão óssea nos	» <b>radiografias simples:</b> deformidade em cunha dos corpos vertebrais, tipicamente na parte anterior; deformidade cifótica, apenas a metade	» <b>cintilografia óssea ou ressonância nuclear magnética:</b> pode demonstrar se a fratura é aguda ou crônica, para ajudar

## Comum

### ◊ Fratura por compressão

História	Exame	1º exame	Outros exames
rádio distal, quadril ou outras fraturas por compressão vertebral)	elementos neurais, como fraturas em explosão	anterior do corpo vertebral está envolvida em fraturas por compressão Considere o encaminhamento para um cirurgião de coluna vertebral, se a dor for refratária ao tratamento clínico e uso de suportes. [Fig-3]	a orientar sobre o tratamento adequado Fraturas agudas podem ser tratadas com órteses, repouso no leito temporário, calcitonina e/ ou cíoplastia ou vertebroplastia. Fraturas de compressão crônicas devem ser tratadas como uma dorsalgia musculoesquelética.

### ◊ Doença degenerativa do disco ou artropatia facetária

História	Exame	1º exame	Outros exames
os sintomas se agravam com a flexão para a frente, ao tossir/ espirrar ou levantar peso; a dor mediada pela faceta geralmente é agravada com a extensão	diminuição da amplitude de movimento decorrente da dor e leve sensibilidade à palpação; a dor é reproduzida com a flexão na dor discogênica e com a extensão na artropatia facetária	» <b>radiografias simples:</b> artrite degenerativa e formação de osteófitos difusos Se o paciente não responde ao tratamento conservador em um período de 6 a 8 semanas, um raio-X deve ser obtido para descartar outras patologias que não foram consideradas na visita inicial.	» <b>ressonância nuclear magnética (RNM):</b> doença degenerativa do disco: perda da altura do disco, colapso da placa terminal e sinal T2 geralmente diminuído no disco; artropatia facetária: hipertrofia da faceta e possível sinal T2 na articulação Pode sugerir a perda de altura do disco, rupturas anulares, colapso da placa terminal e/ou artropatia facetária.  Rupturas anulares, como a zona de alta intensidade (HIZ) encontrada na ressonância nuclear magnética, têm sido

## Comum

## ◊ Doença degenerativa do disco ou artropatia facetária

História	Exame	1º exame	Outros exames
			apontadas como um marcador para a dorsalgia discogênica, mas outros estudos demonstraram que muitos pacientes assintomáticos também apresentam HIZ em imagens por ressonância magnética. No entanto, um discograma contrastado negativo para HIZ pode descartar a dorsalgia discogênica, mas não é recomendado que todos os pacientes com dorsalgia sejam submetidos a discogramas. <a href="#">[53]</a>

## ◊ Sacroileite

História	Exame	1º exame	Outros exames
dorsalgia, talvez dor nos membros inferiores	sensibilidade à palpação na articulação sacroilíaca; o teste de Gaenslen, o teste de compressão pélvica e o teste FABER podem ser positivos <a href="#">[29]</a>	» <b>nenhuma:</b> diagnóstico clínico	» <b>radiografias simples:</b> em geral, nenhuma outra anormalidade é observada » <b>injeção de bloqueio anestésico local diagnóstico para articulação sacroilíaca com orientação fluoroscópica do braço C:</b> diminuição significativa da dor após injeção da articulação sacroilíaca

## Incomum

## ◊ Espondilólise e/ou espondilolistese

História	Exame	1º exame	Outros exames
a maioria é assintomática; dor na coluna lombar com irradiação ocasional para a região posterior da coxa e agravada pela extensão	lordose exacerbada, nádegas em formato de coração ou degeneração mediana dos processos espinhosos podem estar presentes; dor com teste de hiperextensão unipodal pode estar presente (este teste tem baixa sensibilidade e especificidade; uma combinação de achados é necessária para o diagnóstico). [54] [55]	» <b>radiografias simples:</b> radiolucência linear nos pares interarticulares Se o paciente não responde ao tratamento conservador em um período de 6 a 8 semanas, um raio-X deve ser obtido para descartar outras patologias que não foram consideradas na visita inicial.	» <b>ressonância nuclear magnética:</b> reação de estresse agudo nos pares interarticulares; fratura Tipicamente, confirmativo.

## ◊ Discite/osteomielite vertebral

História	Exame	1º exame	Outros exames
infecção deve ser considerada para pacientes com história de febre, perda de peso e dorsalgia não mecânica (isto é, a dor que ocorre mesmo sem movimento, particularmente em repouso e à noite); história de uso de drogas intravenosas, imunossupressão ou diabetes	aparência generalizada de mal-estar, febre, sensibilidade localizada presente particularmente com percussão; achados neurológicos ausentes	» <b>hemograma completo:</b> elevada contagem leucocitária, particularmente a contagem de neutrófilos Terá que descartar outras fontes de infecção, como sistema urinário e respiratório.  » <b>velocidade de hemossedimentação:</b> elevado Terá que descartar outras fontes de infecção, como sistema urinário e respiratório.  » <b>proteína C-reativa:</b> elevado Terá que descartar outras fontes de infecção, como sistema urinário e respiratório.	» <b>radiografias simples:</b> pode demonstrar a destruição do corpo vertebral/placa terminal com deformidade da coluna vertebral resultante  » <b>ressonância nuclear magnética:</b> revela o aumento da intensidade de sinal T2 que localiza o espaço do disco e corpo vertebral Pode sugerir a presença de uma coleção de fluido como um abscesso epidural que pode ser associada à discite/osteomielite. [Fig-6]

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 18, 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](http://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****◊ Discite/osteomielite vertebral**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»<b>hemoculturas:</b> Staphylococcus aureus ou estreptococos comuns Para identificar uma fonte hematogênica.</p>	

**◊ Neoplasia maligna**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de malignidade (mama, pulmão, próstata, tireoide, rim), idade >50 anos, dorsalgia durante a noite e em repouso, pode ter déficits neurológicos se a destruição do tumor for extensa e provocar compressão neurológica	sintomas sistêmicos generalizados, incluindo febre/ calafrios, perda de peso e mal-estar; sensibilidade focal e/ ou déficits neurológicos podem estar presentes dependendo do tamanho e localização do tumor	<p>»<b>radiografias simples:</b> pode demonstrar a lise do corpo vertebral ou elementos posteriores Metástases ósseas podem causar a destruição do pedículo, resultando no sinal de "coruja piscando".  <a href="#">[Fig-7]</a></p> <p><a href="#">[Fig-8]</a></p> <p>»<b>ressonância nuclear magnética:</b> uma lesão lítica ou blástica com intensidade variável de sinal T2; a lesão normalmente não atravessa a placa terminal, mas a extensão para os tecidos moles pode estar presente Importante para diferenciar os achados daqueles de uma infecção. Normalmente as infecções atravessam o espaço do disco, enquanto que a destruição do tumor</p>	

**Incomum****◊ Neoplasia maligna**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>raramente cruza o disco intervertebral. A extensão da destruição e a compressão neural devem ser observadas. [Fig-5]</p> <p>»<b>tomografia computadorizada:</b> destruição lítica do corpo vertebral com possível extensão para os tecidos moles; lesões blásticas possíveis</p> <p>Extensão da destruição óssea observada.</p>	

**◊ Espondiloartropatia inflamatória**

História	Exame	1º exame	Outros exames
<p>predominância masculina na espondilite anquilosante, rigidez no começo da manhã, dorsalgia noturna, fadiga, perda de peso, dor inespecífica difusa irradiando-se em direção bilateral para as nádegas; a dor melhora após a atividade física; pode apresentar história familiar de artrite ou psoríase; história de doença inflamatória intestinal pode ser sugestiva de artrite enteropática</p>	<p>espondiloartropatia axial ou espondilite anquilosante: rigidez da coluna com cifose, amplitude de movimento limitada da parte inferior da coluna, sensibilidade à palpação; sinais extra-articulares (por exemplo, psoríase, uveíte) podem estar presentes</p>	<p>»<b>radiografia simples das articulações sacroilíacas:</b> erosão da articulação sacroilíaca (quadratura de vértebras lombares) e estenose e fusão posteriormente (coluna em bambu) são sugestivas de espondilite anquilosante</p> <p>Muitas vezes normal na doença em estágio inicial. Exame de imagem de outros locais sintomáticos (por exemplo, mãos e pés com artrite psoriática suspeita) pode ser indicado.[35]</p> <p>[Fig-9]</p>	<p>»<b>ressonância nuclear magnética:</b> espondilite; fraturas</p> <p>Geralmente, não é necessária. Quando indicado, as diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomendam incluir recuperação da inversão com T1 curto, T1 (ambas as visualizações), cervical, torácica e lombar (coluna inteira, vista sagital) e articulações sacroilíacas (incidência oblíqua coronal).[35]</p> <p>[Fig-10]</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 18, 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](http://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

## ◊ Espondiloartropatia inflamatória

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>hemograma completo:</b> a contagem de leucócitos pode estar elevada</li> <li>» <b>proteína C-reativa:</b> pode ser normal ou elevado</li> <li>» <b>velocidade de hemossedimentação:</b> pode ser normal ou elevado</li> <li>» <b>antígeno leucocitário humano B27:</b> podem ser positivos ou negativos Não é diagnóstico, mas pode ser útil na tomada de decisões sobre investigações adicionais ou encaminhamento.[35]</li> </ul>

## ◊ Doença do tecido conjuntivo

História	Exame	1º exame	Outros exames
artralgias, poliartrite, sintomas sistêmicos de febre, perda de peso e fadiga	evidências do envolvimento de órgãos (por exemplo, erupção cutânea, linfadenopatia, sibilância, sinais de má absorção, sensibilidade da articulação, derrame e edema articular, sinais de uveíte, conjuntivite)	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>hemograma completo:</b> leucopenia</li> <li>» <b>anticorpos séricos:</b> elevado Fator antinúcleo (FAN), ácido desoxirribonucleico (DNA) de fita dupla, anticorpos anti-Smith, anticorpos anticardiolipina.</li> <li>» <b>fator reumatoide:</b> elevado na doença reumatoide</li> <li>» <b>velocidade de hemossedimentação:</b> elevado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>radiografia torácica:</b> normal; linfadenopatia mediastinal; doença pulmonar intersticial; derrame pericárdico</li> <li>» <b>radiografia simples da coluna vertebral:</b> pode haver evidência de artrite reumatoide</li> </ul>

**Incomum****◊ Doença do tecido conjuntivo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		Sinal inespecífico de inflamação.	

**◊ Aneurisma da aorta abdominal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
início súbito de dor abdominal intermitente ou contínua, irradiando para as costas; paciente pode entrar em colapso; idade avançada; história de doença cardiovascular	massa pulsátil abdominal, hipotensão ou hipertensão, taquicardia	» <b>ultrassonografia abdominal:</b> extensão e tamanho do aneurisma	» <b>tomografia computadorizada do abdome:</b> define claramente aneurisma e envolvimento das artérias viscerais Sensível e específico.

**◊ Pancreatite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
início súbito de dor epigástrica; irradia para as costas; pode ser aliviada sentando-se para a frente; associada a náuseas e vômitos; história de cálculos biliares ou uso de álcool	taquicardia, febre, icterícia, sensibilidade/sinal de defesa abdominal	» <b>lipase sérica:</b> pode estar elevada se a amilase estiver normal Mais sensível que a amilase.  » <b>ultrassonografia:</b> pode mostrar inflamação pancreática, estriações peripancreáticas, calcificações ou coleções de fluido  » <b>tomografia computadorizada realizada por contraste:</b> coleções de fluido; pseudocistos; abscesso	» <b>colangiopancreatografia retrógrada endoscópica:</b> identifica cálculos, falhas de enchimento dos ductos e estenoses Permite a retirada de cálculos; diagnóstica, bem como terapêutica se houver suspeita de obstrução biliar.

**◊ Pielonefrite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sintomas urinários de disúria, frequência e	sensibilidade no flanco ou costovertebral	» <b>urinálise:</b> piúria, hematúria microscópica	» <b>tomografia computadorizada</b>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Sep 18, 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](http://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****◊ Pielonefrite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
hesitação; a dor no flanco pode irradiar para as costas, febre, calafrios, fadiga		<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>urocultura:</b> positiva</li> <li>»<b>ultrassonografia renal:</b> anomalias estruturais macroscópicas; hidronefrose; cálculos; coleções de fluido perirrenal</li> <li>Acessível e não envolve exposição à radiação ou corantes.</li> </ul>	<b>com contraste:</b> perfusão do parênquima renal alterada; excreção do contraste alterada; fluido perinéfrico; doença não renal Raramente indicado, a menos que o paciente tenha piora clínica e/ou risco de complicações.

**◊ Cólica renal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor aguda, grave no flanco que pode irradiar para a virilha ipsilateral; associada a náuseas e vômitos; história de depleção de volume ou medicamento indutor de cálculos (por exemplo, antiácidos, inibidores da anidrase carbônica, medicamento que contenha sódio e cálcio, vitaminas C e D, indinavir)	sensibilidade do ângulo do flanco ou costovertebral; pode ter hematúria macroscópica	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>urinálise:</b> hematúria microscópica</li> <li>Presente em 90% dos pacientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>tomografia computadorizada sem contraste:</b> calcificação observada no sistema coletor renal ou ureter           </li> </ul>

**◊ Úlcera péptica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor epigástrica em queimação; irradiação para as costas; geralmente ocorre em associação com as refeições; pode ser aliviada por antiácidos; hematêmese ou melena na doença avançada	sensibilidade epigástrica, pode ter melena no exame retal	<ul style="list-style-type: none"> <li>»<b>endoscopia digestiva alta:</b> detecta o local do sangramento e ulceração</li> <li>Teste mais sensível e específico.</li> <li>Permite amostras do Helicobacter pylori e</li> </ul>	

**Incomum****◊ Úlcera péptica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		biópsia para descartar neoplasia.	

**Diretrizes de diagnóstico****Europa****Spondyloarthritis in over 16s: diagnosis and management****Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence**Última publicação em:** 2017**Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management****Publicado por:** National Institute for Health and Care Excellence**Última publicação em:** 2016**EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice****Publicado por:** European League Against Rheumatism**Última publicação em:** 2015**América do Norte****VA/DoD clinical practice guideline for diagnosis and treatment of low back pain****Publicado por:** US Department of Veterans Affairs; Department of Defense**Última publicação em:** 2017**Non-specific back pain guideline****Publicado por:** Kaiser Permanente**Última publicação em:** 2017

## América do Norte

### ACR Appropriateness Criteria: chronic back pain - suspected sacroiliitis/ spondyloarthropathy

**Publicado por:** American College of Radiology  
**Última publicação em:** 2016

### ACR Appropriateness Criteria: low back pain

**Publicado por:** American College of Radiology  
**Última publicação em:** 2015

## Artigos principais

- Rossiter DJ, Haider Z, David B, et al. How not to miss major spinal pathology in patients with back pain. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2017 May 2;78(5):C66-9. [Resumo](#)
- Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. *J Clin Epidemiol*. 2008 Feb;61(2):110-18. [Resumo](#)
- American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: low back pain. 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Chou R, Fu R, Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009 Feb 7;373(9662):463-72. [Resumo](#)
- Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2011 Feb 1;154(3):181-9. [Resumo](#)

## Referências

1. Spitzer WO, LeBlanc FE, Dupuis M, et al. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: a monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine*. 1987 Sep;12(7 Suppl):S1-59. [Resumo](#)
2. Bigos SJ, Battie MC, Spengler DM, et al. A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine*. 1991 Jan;16(1):1-6. [Resumo](#)
3. Burton AK, Tillotson KM, Main CJ, et al. Psychosocial predictors of outcome in acute and subacute low back trouble. *Spine*. 1995 Mar 15;20(6):722-8. [Resumo](#)
4. Carragee EJ, Alamin TF, Miller JL, et al. Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: a prospective study in subjects with benign persistent back pain. *Spine J*. 2005 Jan-Feb;5(1):24-35. [Resumo](#)
5. Boos N, Semmer N, Elfering A, et al. Natural history of individuals with asymptomatic disc abnormalities in magnetic resonance imaging: predictors of low back pain-related medical consultation and work incapacity. *Spine*. 2000 Jun 15;25(12):1484-92. [Resumo](#)
6. Bergquist-Ullman M, Larsson U. Acute low back pain in industry. A controlled prospective study with special reference to therapy and confounding factors. *Acta Orthop Scand*. 1977;(170):1-117. [Resumo](#)
7. Cypress BK. Characteristics of physician visits for back symptoms: a national perspective. *Am J Public Health*. 1983 Apr;73(4):389-95. [Texto completo](#) [Resumo](#)

8. Coste J, Delecoeuillerie G, Cohen de Lara A, et al. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice. *BMJ*. 1994 Feb 26;308(6928):577-80.  
[Texto completo](#) [Resumo](#)
9. Waddell G. Low back pain: a twentieth century health care enigma. *Spine*. 1996 Dec 15;21(24):2820-5. [Resumo](#)
10. Pauza KJ, Howell S, Dreyfuss P, et al. A randomized, placebo-controlled trial of intradiscal electrothermal therapy for the treatment of discogenic low back pain. *Spine J*. 2004 Jan-Feb;4(1):27-35. [Resumo](#)
11. Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA*. 2010 Apr 7;303(13):1295-302. [Resumo](#)
12. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001 Feb 1;344(5):363-70. [Resumo](#)
13. Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *N Engl J Med*. 1988 Feb 4;318(5):291-300. [Resumo](#)
14. Keene JS, Drummond DS. Mechanical back pain in the athlete. *Compr Ther*. 1985 Jan;11(1):7-14. [Resumo](#)
15. Hanley EN Jr, David SM. Lumbar arthrodesis for the treatment of back pain. *J Bone Joint Surg Am*. 1999 May;81(5):716-30. [Resumo](#)
16. Crock HV. Internal disc disruption. A challenge to disc prolapse fifty years on. *Spine*. 1986 Jul-Aug;11(6):650-3. [Resumo](#)
17. Fraser RD. Interbody, posterior, and combined lumbar fusions. *Spine*. 1995 Dec 15;20(24 Suppl):167-77S. [Resumo](#)
18. Ghormley RK. Low back pain. With special reference to the articular facets, with presentation of an operative procedure. *JAMA*. 1933;101(23):1773-77.
19. Carette S, Marcoux S, Truchon R, et al. A controlled trial of corticosteroid injections into facet joints for chronic low back pain. *N Engl J Med*. 1991 Oct 3;325(14):1002-7. [Resumo](#)
20. Giles LG, Harvey AR. Immunohistochemical demonstration of nociceptors in the capsule and synovial folds of human zygapophyseal joints. *Br J Rheumatol*. 1987 Oct;26(5):362-4. [Resumo](#)
21. McLain RF. Mechanoreceptor endings in human cervical facet joints. *Spine*. 1994 Mar 1;19(5):495-501. [Resumo](#)
22. Bozzao A, Gallucci M, Masciocchi C, et al. Lumbar disc herniation: MR imaging assessment of natural history in patients treated without surgery. *Radiology*. 1992 Oct;185(1):135-41. [Resumo](#)
23. Delauche-Cavallier MC, Budet C, Laredo J-D, et al. Lumbar disc herniation: computed tomography scan changes after conservative treatment of nerve root compression. *Spine*. 1992 Aug;17(8):927-33. [Resumo](#)

- Avaliação da dorsalgia
- 
24. Johnsson KE, Rosen I, Uden A. The natural course of lumbar spinal stenosis. *Clin Orthop Relat Res.* 1992 Jun;(279):82-6. [Resumo](#)
25. Roche MB, Rowe GG. The incidence of separate neural arch and coincident bone variations. A survey of 4,200 skeletons. *Anat Rec.* 1951 Feb;109(2):233-52. [Resumo](#)
26. Amato M, Totty WG, Gilula LA. Spondylolysis of the lumbar spine: demonstration of defects and laminal fragmentation. *Radiology.* 1984 Dec;153(3):627-9. [Resumo](#)
27. Fredrickson BE, Baker D, McHolick WJ, et al. The natural history of spondylolysis and spondylolisthesis. *J Bone Joint Surg Am.* 1984 Jun;66(5):699-707. [Resumo](#)
28. Simopoulos TT, Manchikanti L, Singh V, et al. A systematic evaluation of prevalence and diagnostic accuracy of sacroiliac joint interventions. *Pain Physician.* 2012 May-Jun;15(3):E305-44. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Simopoulos TT, Manchikanti L, Gupta S, et al. Systematic review of the diagnostic accuracy and therapeutic effectiveness of sacroiliac joint interventions. *Pain Physician.* 2015 Sep-Oct;18(5):E713-56. [Texto completo](#) [Resumo](#)
30. Kain T, Zochling J, Taylor A, et al. Evidence-based recommendations for the diagnosis of ankylosing spondylitis: results from the Australian 3E initiative in rheumatology. *Med J Aust.* 2008 Feb 18;188(4):235-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Rossiter DJ, Haider Z, David B, et al. How not to miss major spinal pathology in patients with back pain. *Br J Hosp Med (Lond).* 2017 May 2;78(5):C66-9. [Resumo](#)
32. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. November 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
33. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. A systematic review identifies five "red flags" to screen for vertebral fracture in patients with low back pain. *J Clin Epidemiol.* 2008 Feb;61(2):110-18. [Resumo](#)
34. Downie A, Williams CM, Henschke N, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ.* 2013 Dec 11;347:f7095. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. National Institute for Health and Care Excellence. Spondyloarthritis in over 16s: diagnosis and management. February 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
36. Grødahl LH, Fawcett L, Nazareth M, et al. Diagnostic utility of patient history and physical examination data to detect spondylolysis and spondylolisthesis in athletes with low back pain: a systematic review. *Man Ther.* 2016 Aug;24:7-17. [Resumo](#)
37. Alqarni AM, Schneiders AG, Hendrick PA. Clinical tests to diagnose lumbar segmental instability: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2011 Mar;41(3):130-40. [Texto completo](#) [Resumo](#)
38. Deville WL, van der Windt DA, Dzaferagic A, et al. The test of Lasegue: systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. *Spine.* 2000 May 1;25(9):1140-7. [Resumo](#)
-

39. Rubinstein SM, van Tulder M. A best-evidence review of diagnostic procedures for neck and low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2008 Jun;22(3):471-82. [Resumo](#)
40. 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 Feb 17; (2):CD007431. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Al Nezari NH, Schneiders AG, Hendrick PA. Neurological examination of the peripheral nervous system to diagnose lumbar spinal disc herniation with suspected radiculopathy: a systematic review and meta-analysis. *Spine J.* 2013 Jun;13(6):657-74. [Resumo](#)
42. Estridge MN, Rouhe SA, Johnson NG. The femoral stretching test. A valuable sign in diagnosing upper lumbar disc herniations. *J Neurosurg.* 1982 Dec;57(6):813-7. [Resumo](#)
43. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: low back pain. 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
44. Chou R, Fu R, Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009 Feb 7;373(9662):463-72. [Resumo](#)
45. Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011 Feb 1;154(3):181-9. [Resumo](#)
46. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):478-91. [Texto completo](#) [Resumo](#)
47. Weishaupt D, Zanetti M, Hodler J, et al. MR imaging of the lumbar spine: prevalence of intervertebral disk extrusion and sequestration, nerve root compression, end plate abnormalities, and osteoarthritis of the facet joints in asymptomatic volunteers. *Radiology.* 1998 Dec;209(3):661-6. [Resumo](#)
48. Stadnik TW, Lee RR, Coen HL, et al. Annular tears and disk herniation: prevalence and contrast enhancement on MR images in the absence of low back pain or sciatica. *Radiology.* 1998 Jan;206(1):49-55. [Resumo](#)
49. Tonosu J, Oka H, Higashikawa A, et al. The associations between magnetic resonance imaging findings and low back pain: a 10-year longitudinal analysis. *PLoS One.* 2017 Nov 15;12(11):e0188057. [Texto completo](#) [Resumo](#)
50. Boden SD, Davis DO, Dina TS, et al. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am.* 1990 Mar;72(3):403-8. [Resumo](#)
51. Burgstaller JM, Schüffler PJ, Buhmann JM, et al. Is there an association between pain and magnetic resonance imaging parameters in patients with lumbar spinal stenosis? *Spine (Phila Pa 1976).* 2016 Sep;41(17):E1053-62. [Resumo](#)

52. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: chronic back pain - suspected sacroiliitis/spondyloarthropathy. 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
53. Chen ZY, Ma L, Li T. Imaging of low back pain: comparative role of high intensity zone in diagnosing the discogenic low back pain with evidence-based radiology. Chin Med J. 2009 Dec 20;122(24):3062-5. [Resumo](#)
54. Jackson DW, Wiltse LL, Cirincoine RJ. Spondylolysis in the female gymnast. Clin Orthop. 1976 Jun; (117):68-73. [Resumo](#)
55. Masci L, Pike J, Malara F, et al. Use of the one-legged hyperextension test and magnetic resonance imaging in the diagnosis of active spondylolysis. Br J Sports Med. 2006 Nov;40(11):940-6. [Resumo](#)

## Imagens



Figura 1: Ressonância nuclear magnética da estenose da coluna vertebral: (A) demarca o diâmetro sagital normal do canal vertebral. (B) demarca grave estenose do canal vertebral

Cortesia do Dr K. Singh; usado com permissão

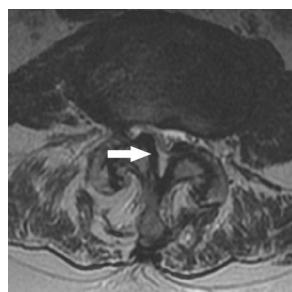


Figura 2: Ressonância nuclear magnética da estenose da coluna vertebral: a seta aponta para o canal vertebral com estenose moderada causada por facetas hipertróficas e ligamento amarelo

Cortesia do Dr K. Singh; usado com permissão



Figura 3: Radiografia de uma fratura de compressão: uma radiografia de perfil de uma fratura de compressão L2 (A). Observa-se um formato em cunha do corpo vertebral

Cortesia do Dr K. Singh; usado com permissão

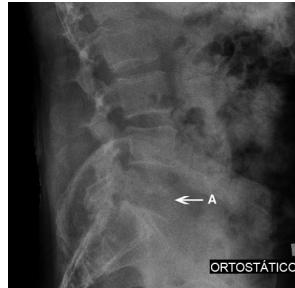


Figura 4: Radiografia do tumor: linfoma (A) destruindo a vértebra L5

Cortesia do Dr K. Singh; usado com permissão



Figura 5: Ressonância nuclear magnética do linfoma: a seta indica uma massa de tecido mole saliente no canal vertebral. A seta aponta para o tumor protuberante anterior ao corpo vertebral L5

Cortesia do Dr K. Singh; usado com permissão



Figura 6: Ressonância nuclear magnética da osteomielite: o espaço do disco T11-T12 é envolvido com discite (A). Existe um comprometimento ósseo de ambas as vértebras indicado pelo sinal T2 elevado dos corpos vertebrais. A seta indica um disco intervertebral normal saudável

Cortesia do Dr K. Singh; usado com permissão

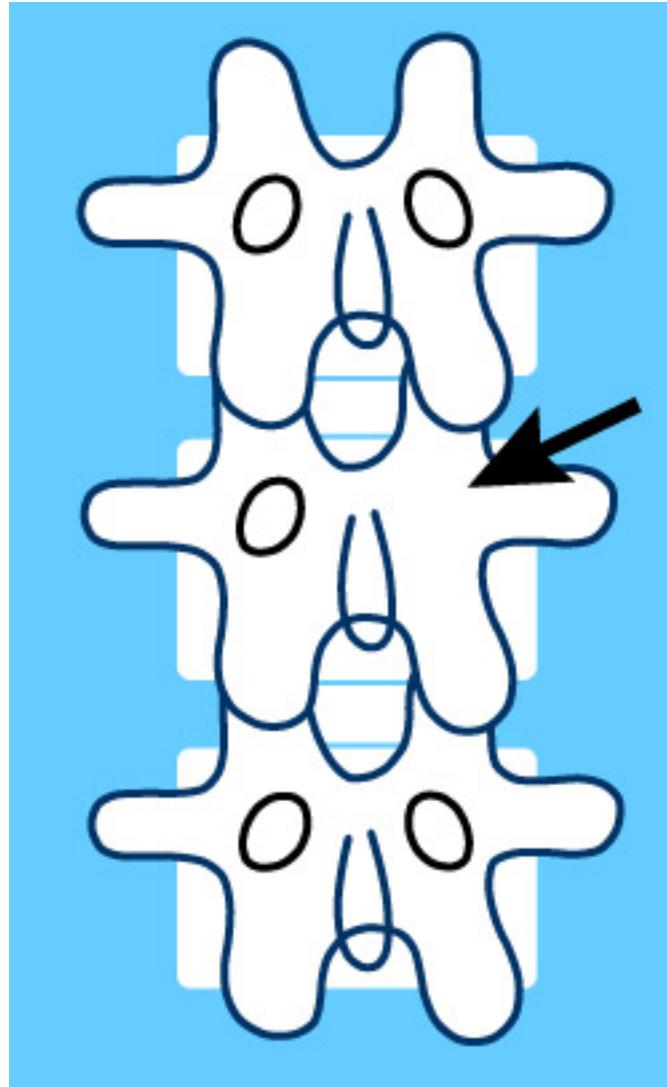


Figura 7: Sinal de "coruja piscando" (seta): aparência assimétrica da coluna cervical na radiografia simples causada pela destruição do pedículo

Criado por BMJ Publishing Group

Aviso: Não voltado para uso diagnóstico



Figura 8: Radiografia da coluna: o sinal de "coruja piscando" (aparência assimétrica causada pela destruição do pedículo)

Cortesia do Dr. D. Park; usado com permissão



Figura 9: Radiografia simples mostrando sacroileite bilateral em um paciente com espondilite anquilosante

BMJ 2006;333;581-585. © BMJ Publishing Group Ltd 2009

IMAGES

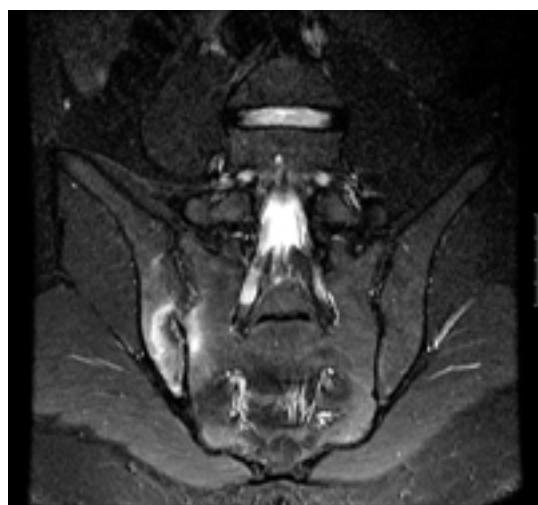


Figura 10: Imagem de ressonância magnética coronal de recuperação de inversão de tau curto STIR (short tau inversion recovery) mostrando sacroileite unilateral (à direita)

BMJ 2006;333;581-585. © BMJ Publishing Group Ltd 2009

## 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](mailto: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: Sep 18, 2018.

37

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](http://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:

#### **Daniel K. Park, MD**

Associate Professor

Department of Orthopedic Surgery, William Beaumont Hospital, Royal Oak, MI

DIVULGAÇÕES: DKP is a paid consultant for Stryker, K2M, and Aegis Spine; and has received royalties from HD LifeSciences.

#### **Kern Singh, MD**

Professor

Department of Orthopedic Surgery, Rush University Medical Center, Chicago, IL

DIVULGAÇÕES: KS has received royalties from Zimmer, Stryker, Pioneer, Lippincott Williams & Wilkins, Thieme, Jaypee Publishing, and Slack Publishing. He holds stock in Avaz Surgical, LLC, and Vital 5, has consulted for Depuy, Zimmer, and Stryker, and is on the board of directors for CSRS, ISASS, AAOS, SRS, Vertebral Column - ISASS. KS has received a CSRS resident grant.

### // Reconhecimentos:

Dr Daniel K. Park and Dr Kern Singh would like to gratefully acknowledge Dr Howard S. An, a previous contributor to this topic. HSA declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **Eric L. Matteson, MD**

Professor of Medicine

Mayo Clinic College of Medicine, Division of Rheumatology, Rochester, MN

DIVULGAÇÕES: ELM declares that he has no competing interests.