

BMJ Best Practice

Avaliação da dor cervical

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	6
Considerações de urgência	6
Sinais de alarme	7
Diagnóstico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Visão geral do diagnóstico diferencial	15
Diagnóstico diferencial	16
Diretrizes de diagnóstico	25
Referências	26
Imagens	30
Aviso legal	37

Resumo

◊ É importante detectar dor cervical oriunda de causas importantes (por exemplo, câncer primário ou metastático) e dor cervical associada a comprometimento neurológico. A abordagem diagnóstica da dor cervical não foi tão bem estudada quanto a da dorsalgia, mas é recomendada uma abordagem semelhante.

◊ **Definições :**

A dor cervical pode ser considerada em 4 categorias como:[\[1\]](#)

- Grau 1: ausência de sinais de patologia importante e pouca interferência com as atividades diárias
- Grau 2: ausência de sinais de patologia importante, mas pode impactar nas atividades diárias
- Grau 3: dor cervical com sintomas ou sinais neurológicos (radiculopatia)
- Grau 4: dor cervical com patologia importante (por exemplo, fratura, mielopatia, neoplasia e infecção espinhal).

◊ **Epidemiologia :**

A prevalência da dor cervical é menor que a dorsalgia; portanto, a dor cervical não é tão bem estudada quanto a dorsalgia.[\[2\]](#) A prevalência estimada ao longo da vida de um episódio significativo de dor cervical é de 40% a 70%.[\[3\]](#) Em uma pesquisa nacional nos EUA, 5.9% dos entrevistados tiveram dor cervical "a maioria dos dias por pelo menos 1 mês", em comparação à 10.5% com dorsalgia.[\[4\]](#) Uma pesquisa finlandesa constatou uma prevalência ao longo da vida de 71%, com 13.5% de mulheres e 9.5% de homens sofrendo de dor cervical por >3 meses.[\[5\]](#) Outra pesquisa norueguesa constatou que 34.4% tiveram dor cervical no último ano e 13.8% tiveram dor cervical por >6 meses.[\[6\]](#) Até 20% a 40% dos casos de dor cervical aguda irão se tornar dor cervical crônica.[\[7\]](#)

A dor cervical aumenta dos 18 aos 30 anos de idade até a meia-idade (50-55 anos). Em alguns estudos, há uma diminuição após os 50 a 55 anos de idade, enquanto outros estudos revelam um leve aumento ou estabilidade.[\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) [\[8\]](#) Todos os estudos epidemiológicos revelam que mulheres apresentam taxas maiores de dor cervical que homens.[\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) [\[8\]](#) [\[9\]](#)

Há um risco elevado de síndrome crônica de dor cervical em "escriturários", trabalhadores de indústrias e da agricultura versus outros profissionais. Essa associação foi observada em adultos de 30 a 65 anos, mas não foi estatisticamente significativa em adultos >65 anos.[\[5\]](#) Em um estudo, foi observada uma incidência de radiculopatia cervical de 83.2 por 100,000.[\[10\]](#)

A lesão é um forte preditor da dor cervical crônica.[\[5\]](#) Isso foi descrito principalmente na lesão por chicote; 20% a 40% dos pacientes com lesão por chicote apresentarão dor cervical crônica.[\[7\]](#)

O estresse mental revelou-se um preditor fraco da dor cervical.[\[5\]](#) Percepção inadequada e nível da lesão também foram preditores da dor cervical.[\[8\]](#)

Etiologia

Categorias

Espondilose cervical (alterações degenerativas radiológicas da coluna cervical) é um achado quase universal com o aumento da idade. Não há associação entre alterações degenerativas e dor cervical.^{[8] [11]} Há algumas evidências de associação entre degeneração do disco cervical e dor cervical.^[9] Na Holanda, essa associação foi observada em homens, mas não em mulheres.^[8] A etiologia da dor cervical sem sintomas neurológicos é mal definida, mas é a principal causa de despesas médicas e incapacidade no trabalho.^[1]

Lesão por chicote

Lesão por chicote (whiplash) comumente ocorre após uma colisão traseira de veículo automotor. A lesão por chicote não está clara, mas acredita-se que esteja relacionada à lesão ligamentar e muscular decorrente da hiperextensão devido à rápida aceleração do pescoço em uma colisão traseira.^{[7] [12] [13]} Lesão por chicote é um mecanismo de lesão que consiste de forças de aceleração e desaceleração no pescoço.

Outras causas da dor cervical

Musculoesquelética (traumática e não traumática)

- Fratura: trauma, osteoporose grave.
- Luxações: trauma.
- Torcicolo: etiologia desconhecida.
- Distensão cervical.
- Osteoartrite: destruição degenerativa articular.
- Artrite reumatoide: doença sistêmica, que pode causar destruição prematura da articulação.
- Síndrome facetária cervical: dor cervical crônica decorrente de qualquer causa. A dor é irradiada para a cabeça, pescoço, ombro e dorso, sem um padrão de dermatomo, mas com padrão reproduzível. Não há uma característica principal de síndrome facetária cervical no exame. O exame deve excluir mielopatia ou radiculopatia cervical ou outras causas de dor cervical crônica.

[Fig-1]

Neurológica

- Radiculopatia cervical: geralmente decorrente de hernia do disco intervertebral e espondilose cervical.
- Mielopatia cervical: a causa mais comum é a combinação de um canal vertebral estreito congênito e espondilose cervical progressiva.

[Fig-2]

[Fig-3]

Neoplásica

- Tumores ósseos primários são raros. Em uma série, eles representaram apenas 0.4% de todos os tumores, e os tumores malignos cervicais primários representaram 6.3% deles (0.025% de todos os tumores). As malignidades mais comuns foram plasmacitoma, cordoma, osteossarcoma, sarcoma de Ewing, condrossarcoma e linfoma não Hodgkin.^[14]

- Doença metastática da coluna cervical é incomum (8% a 20% com metástases reconhecidas) se comparada ao restante da coluna (30% a 70%). Os cânceres primários mais comuns de metástases cervicais são os de mama, pulmão, próstata, rim e tireoide.[14]

Infecciosa

- Osteomielite ou abscesso epidural: a maioria dos pacientes apresenta uma doença subjacente (diabetes, alcoolismo, infecção por vírus da imunodeficiência humana [HIV]), anormalidade na coluna vertebral ou intervenção (trauma, cirurgia, injeção de medicamentos) ou fonte de infecção sistêmica (infecção dos tecidos moles ou da pele, infecção do trato urinário, sepse).[15]
- Meningite e encefalite: a meningite asséptica é uma infecção decorrente de um agente que não é observado nas culturas bacterianas de rotina. Geralmente não oferece risco de vida. Meningite bacteriana apresenta risco de vida, e é essencial fazer um diagnóstico e tratar o paciente com antibióticos intravenosos. A encefalite é evidenciada pela perda da função cerebral em associação com sinais e sintomas da meningite.[16]
- Herpes-zóster: a maioria dos pacientes apresentará dor neuropática localizada no dermatomo afetado. Os sintomas podem preceder a erupção cutânea. A erupção cutânea caracteristicamente apresenta uma base vermelha com vesículas, que posteriormente formam crostas. Neuralgia pós-herpética é mais comum na idade avançada, com 80% a 85% dos casos ocorrendo em pessoas com >50 anos de idade.[17]

[Fig-4]

Considerações de urgência

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

Luxação ou fratura cervical

Essa possibilidade deve ser considerada em qualquer mecanismo com perigo de lesão; por exemplo:

- Queda de uma altura de 90 cm (3 pés) ou mais, ou de 5 degraus
- Carga axial craniana (por exemplo, mergulho)
- Colisão de veículo automotor em alta velocidade (>100 km/h ou >60 mph) ou com capotamento ou ejeção
- Colisão envolvendo um veículo motorizado recreativo
- Colisão de bicicleta.

A imobilização da coluna cervical deve ser feita em todas essas circunstâncias. Além disso, a imobilização da coluna cervical deve ser realizada em uma lesão não relacionada, como uma fratura de fêmur ou se o paciente estiver obnubilado devido à lesão cerebral traumática ou substância tóxica. Deve ser solicitada uma tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical sem contraste com reconstrução sagital e coronal.[\[18\]](#) O paciente deve ser avaliado para qualquer lesão dos tecidos moles, vasculares ou neurológicos no pescoço, enquanto a avaliação da fratura está sendo realizada.

Meningite

A meningite bacteriana é uma doença que oferece risco de vida e que necessita de avaliação urgente. Pacientes geralmente relatam início relativamente rápido de febre, cefaleia, rigidez da nuca e alterações do estado mental. Podem manifestar uma erupção cutânea petequial ou púrpura palpável nos membros inferiores. Os pacientes devem submeter-se à uma punção lombar com avaliação da pressão de abertura e do líquido espinal. Antibióticos devem ser iniciados o mais rápido possível. A antibioticoterapia precoce diminui a morbidade e mortalidade nos pacientes com meningite bacteriana aguda.[\[19\]](#)

Há certos casos em que deve ser realizada uma TC antes da punção lombar.[\[20\]](#) São eles: estados imunocomprometidos; com história de doença do sistema nervoso central (SNC) (massa, acidente vascular cerebral [AVC] ou infecção focal); novos episódios de convulsão, papiledema, nível de consciência alterado ou deficit neurológico focal.

Abscesso epidural

Pacientes com abscesso epidural geralmente apresentam febre e dor na coluna. Alguns pacientes podem apresentar-se sem febre, especialmente os diabéticos ou imunocomprometidos, ou os usuários de drogas intravenosas.

Para todos os pacientes, o tratamento inclui antibioticoterapia empírica e, subsequentemente, antibioticoterapia definitiva orientada pela cultura. A cirurgia descompressiva é essencial para pacientes com déficits neurológicos. Nesses pacientes, o preditor mais importante do desfecho neurológico final é o estado neurológico do paciente imediatamente antes da cirurgia de descompressão. O prognóstico está fortemente relacionado ao estado neurológico do paciente à consulta.

Radiculopatia cervical

A abordagem de tratamento para pacientes com radiculopatia cervical começa com terapia conservadora. No entanto, as indicações para cirurgia incluem:

1. Sinais e sintomas de radiculopatia cervical, E
2. Radiculopatia cervical com dor radicular incessante apesar das 6 a 12 semanas de tratamento conservador ou perda de força progressiva, E
3. Ressonância nuclear magnética (RNM) que mostra compressão da raiz nervosa.

Se os pacientes se submeterem à cirurgia, eles devem continuar a fazer os exercícios de fortalecimento e alongamento após a operação conforme orientado para recuperar a função.

Lesão aguda em chicote

Tratada da mesma forma que outras formas de dor cervical aguda. A terapia mais importante para melhorar o desfecho em longo prazo nos pacientes com lesão aguda em chicote são a mobilização e o retorno precoces à atividade normal.^[21] Colares de espuma não são recomendados.^[22] Tratamento analgésico com ou sem relaxantes musculares pode ser útil para permitir que o paciente inicie a mobilização precoce. Um vez que a dor seja tolerável, os pacientes podem iniciar os exercícios de fortalecimento e alongamento, que podem ser feitos com um terapeuta ou em casa.

Subluxação atlanto-axial associada à artrite reumatoide

Pacientes idosos e aqueles com a forma mais grave de artrite reumatoide possuem um risco maior de desenvolver doença na coluna cervical. Destrução osteocondral da C1 e C2 pode ocorrer e levar à subluxação atlanto-axial e à instabilidade. O desenvolvimento de sinais ou sintomas de compressão da medula espinhal é preocupante, e os pacientes geralmente necessitam de cirurgia com urgência. Sem cirurgia o paciente provavelmente desenvolverá deterioração neurológica progressiva e há um risco de óbito.^[23]

Sinais de alarme

- Artrite reumatoide
- Fratura cervical
- Luxação da coluna cervical
- Radiculopatia cervical
- Mielopatia cervical
- Câncer: metastático
- Câncer: primário
- Meningite
- Osteomielite vertebral

- Abscesso epidural

Abordagem passo a passo do diagnóstico

É importante detectar dor cervical oriunda de causas importantes (por exemplo, câncer primário ou metastático) e dor cervical associada a comprometimento neurológico. A abordagem diagnóstica da dor cervical não foi tão bem estudada quanto a da dorsalgia, mas é recomendada uma abordagem semelhante.

Dor cervical traumática: avaliação inicial e exames de imagem

O risco de lesão da coluna cervical precisa ser avaliado em pacientes que apresentam dor cervical agudamente após trauma. Os elementos clínicos presentes e mecanismos da lesão devem ser considerados ao avaliar o risco de lesão da coluna cervical. Critérios de alto risco incluem:[\[18\]](#) [\[24\]](#) [\[25\]](#)

- Idade >65 anos
- Parestesias nos membros
- Estado mental alterado
- Fraturas múltiplas
- Afogamento ou acidente de mergulho
- Lesão craniana ou facial significativa
- Doença espinhal rígida (por exemplo, espondilite anquilosante)
- O "mecanismo perigoso" é definido como: uma queda de uma altura de 90 cm (3 pés) ou mais, ou de 5 degraus; uma carga axial craniana (por exemplo, mergulho); uma colisão de veículo automotor em alta velocidade (>100 km/h ou >60 mph) ou com capotamento ou ejeção; uma colisão envolvendo um veículo motorizado recreativo ou uma colisão de bicicleta.

Imobilização da coluna cervical deve ser mantida em todos os pacientes com suspeita de lesão na coluna cervical. Em pacientes vítimas de trauma que tiveram seus pescoços estabilizados com um colar cervical, hipotensão, taquicardia e hipóxia são sinais de trauma significativo e devem ser cuidadosamente avaliados. Exame de imagem de rastreamento deve ser realizado antes de qualquer exame de movimento do pescoço (por exemplo, amplitude de movimento). Tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical é o estudo de escolha para suspeita de lesão da coluna cervical no cenário de trauma multissistêmico ou com mecanismo de alto risco.[\[18\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#) Ressonância nuclear magnética (RNM) cervical deve ser solicitada em associação com uma TC cervical quando há suspeita de lesão ligamentar.[\[18\]](#) [\[28\]](#) [\[27\]](#) Há alguns dados que sugerem que a TC da coluna cervical isolada pode ser usada para descartar lesões da coluna cervical em pacientes intubados ou obnubilados.[\[29\]](#) [\[30\]](#)

Raio-X da coluna cervical pode ser realizado, em vez da TC, em pacientes que sofreram trauma quando a lesão é menos grave, quando os critérios de alto risco não forem satisfeitos e quando não há outras características que tornem os achados do exame menos confiáveis (por exemplo, intoxicação por álcool e lesões dolorosas concomitantes). Nenhum exame de imagem adicional é necessário nos seguintes casos:[\[26\]](#)

- Pacientes com raio-X normal e sem sintomas ou sinais neurológicos
- Pacientes com evidências radiológicas de espondilose cervical ou trauma prévio sem sinais e sintomas neurológicos.

As regras de decisão clínica foram propostas para ajudar os médicos que trabalham no atendimento ambulatorial e de emergência a serem mais seletivos a respeito de quando utilizar a radiografia da coluna cervical na avaliação de pacientes conscientes e estáveis com trauma. A Canadian C-spine rule pode ser aplicada em pacientes com lesão menos grave e pode eliminar a necessidade de uma radiografia. A regra

deve ser aplicada adequadamente e não é pertinente em pacientes com mais de 65 anos de idade.[\[31\]](#) Não há evidência suficiente para determinar se pode ser usada em crianças de maneira segura.[\[32\]](#) Ela é dividida em 3 séries de questões, da seguinte forma:

- Em primeiro lugar, os pacientes considerados de alto risco devido à idade, que têm mecanismo de perigo na lesão ou que apresentam parestesias devem submeter-se à radiografia.
- Em segundo lugar, pacientes com qualquer uma das 5 características de baixo risco podem submeter-se à avaliação de amplitude de movimento ativa. Essas 5 características são:
 - Colisão traseira simples de veículo automotor
 - Posição sentada no pronto-socorro
 - Ambulatorial a qualquer momento
 - Início tardio da dor cervical (início não imediato da dor cervical)
 - Ausência de sensibilidade da linha mediana da coluna cervical.
- Em terceiro lugar, se as 5 características acima forem preenchidas, os pacientes que conseguirem girarativamente o pescoço 45° para a esquerda e para a direita, independentemente da dor, não necessitam de radiografia da coluna cervical de acordo com a regra.

A ferramenta de decisão clínica NEXUS foi estudada para ajudar os médicos a identificar quais os pacientes que necessitam de radiografia da coluna cervical após traumatismo contuso. Cinco critérios devem ser cumpridos para que o paciente seja classificado com lesão de baixo risco da coluna cervical, conforme a seguir:[\[33\]](#)

- Ausência de sensibilidade da linha média posterior da coluna cervical
- Ausência de deficit neurológico focal
- Nível normal do estado de alerta
- Ausência de evidências de intoxicação
- Ausência de lesão dolorosa clinicamente aparente que possa distrair o paciente da dor de uma lesão da coluna cervical.

Evidências sugerem que existe a possibilidade de resultados falso-negativos ao usar os critérios da NEXUS para crianças, resultando na possibilidade de não se detectar a lesão da coluna cervical ao usar essa ferramenta isolada em crianças.[\[32\]](#) São necessárias evidências adicionais para determinar se ela é uma ferramenta apropriada para descartar a coluna cervical no cuidado do trauma pediátrico após traumatismo contuso.

Dor cervical não traumática: características clínicas relevantes

A apresentação de um paciente com dor cervical sem história de trauma pode ser muito variável, e a dor pode ser aguda ou crônica quanto à natureza. É importante estar ciente das características que aumentam o risco de uma causa mais grave, incluindo:

- Febre em um paciente com dor cervical recente:
 - Nesses pacientes, a dor cervical deve ser considerada secundária a uma infecção até prova contrária.
 - Pacientes com uma causa infecciosa podem estar hipotensos ou taquicárdicos.
 - Deve haver uma história de infecção recente (sobretudo de pele ou do trato urinário), ou uma história de uso de droga intravenosa ou comprometimento imunológico.

- Osteomielite cervical e abscessos epidurais cervicais surgem da disseminação hematogênica na maioria dos casos. Cerca de um terço dos casos de abscessos epidurais cervicais surgem da disseminação contígua da pele.[\[15\]](#) Os sintomas mais comuns são dor, febre e, por último, comprometimento neurológico.
- Pacientes com meningite também podem apresentar rigidez de nuca.
- História de câncer:

- Em um paciente com história de câncer, a etiologia da dor cervical deve ser considerada como decorrente do câncer até que essa possibilidade seja descartada.
- Dor cervical relacionada a tumor comumente é uma dor mais persistente, que em geral piora à noite (esse sintoma não é comum na maioria das outras causas de dor cervical).[\[14\]](#)

Dor que se irradia do pescoço para o braço, dormência nos braços, fraqueza, perda da coordenação, alterações na marcha e alteração da função intestinal ou vesical são todos indicativos de um possível comprometimento neurológico, e as investigações devem ser realizadas.

Dor cervical não traumática: história adicional

Deve ser considerada a história ocupacional. Escriturários, trabalhadores de indústrias e agricultura apresentam um risco mais elevado de síndromes crônicas do pescoço que outros profissionais. Essa associação foi observada em adultos de 30 a 65 anos, mas não foi estatisticamente significativa em adultos acima de 65 anos de idade.[\[5\]](#)

Uma história de estresse mental, impressão inadequada e lesão prévia está associada à dor cervical. Fatores psicológicos podem ser mais importantes para prever aqueles que irão desenvolver dor cervical crônica. Esses fatores também podem causar menor adesão terapêutica com exercício secundário em relação à lesão ou ao agravamento da lesão.[\[8\]](#) [\[5\]](#) Uma história pregressa de lesão, como lesão por chicote (whiplash), pode predispor à síndrome facetária cervical.

Pacientes com dor cervical secundária à artrite reumatoide frequentemente têm o diagnóstico de artrite reumatoide há vários anos no momento em que ocorre o comprometimento da coluna cervical.[\[34\]](#) A dor cervical tipicamente irradia para cima em direção à cabeça.

Dor cervical não traumática: exame físico

Exame do pescoço:

- Inclui avaliação da aparência externa,
[\[Fig-1\]](#)
- palpação para sensibilidade e avaliação da amplitude de movimentos (ADM).
- Em geral, a aparência anormal, ADM anormal e coluna cervical sensível são sinais muito inespecíficos e indicam que há doença da coluna cervical, mas não indicam uma causa específica.
- Além de outros sinais sistêmicos, pacientes com meningite podem apresentar rigidez de nuca. Isso é demonstrado pela impossibilidade do paciente tocar seu queixo no tórax com flexão ativa ou passiva do pescoço. O sinal de Kernig (extensão dolorosa/resistente da perna flexionada no quadril e joelho) e o sinal de Brudzinski (flexão reflexiva dos joelhos quando o paciente está em posição supina e o pescoço é flexionado para frente) são testes usados para demonstrar rigidez de nuca.[\[19\]](#)

Exame dos membros superiores:

- A aparência externa geralmente é normal, embora possa haver perda de massa muscular em pacientes com mielopatia.

Exame neurológico:

- Inclui avaliação cuidadosa em busca de evidências de qualquer diminuição de sensibilidade ou força, ou reflexos anormais nos membros superiores, e uma breve avaliação para evidências de aumento de tônus ou espasticidade e reflexos anormais, como hiper-reflexia ou sinal de Babinski positivo (dorsiflexão do hálux com afastamento dos outros dedos) nos membros inferiores.
- As manifestações clínicas características das radiculopatias cervicais são dor, perda sensorial e fraqueza motora na distribuição da raiz nervosa afetada.^[35] As raízes nervosas mais comumente afetadas são C7 (50% a 70%), C6 (>20%), C8 (10%) e C5 (2% a 10%).^[35]
- Pacientes com artrite reumatoide podem apresentar dor cervical não complicada, que pode evoluir para mielopatia decorrente de subluxação da coluna cervical. Podem apresentar perda sensorial indolor nas mãos e pés. Com subluxação cervical, pode haver fraqueza ou espasticidade dos membros. Os reflexos tendinosos profundos também são intensificados.

Inspeção cutânea:

- Infecções do sistema nervoso central (SNC) (por exemplo, decorrentes de *Neisseria meningitidis*) podem causar manifestações cutâneas, como petequias e púrpura palpável.
- Uma erupção cutânea papulovesicular em uma distribuição dermatomal indica infecção por herpes-zóster.

[Fig-4]

Teste de Spurling:

- Pode ser realizado para testar a radiculopatia cervical.^[36] Esse teste não deve ser realizado em pacientes com artrite reumatoide, câncer, infecção ou possível lesão no pescoço.
- Enquanto está sentado, o pescoço do paciente é levemente flexionado para o lado da dor e é aplicada pressão para baixo no topo da cabeça. O teste é positivo se a dor irradiar para o membro do lado que a cabeça foi girada. Um teste positivo é altamente sugestivo de radiculopatia cervical.^[37] O teste apresenta baixa sensibilidade (30%) usando estudos eletrodiagnósticos como referência, mas alta especificidade (93%), significando que um teste negativo não exclui a radiculopatia cervical, mas um teste positivo torna muito provável a radiculopatia cervical.^[37]

Dor cervical não traumática: investigações laboratoriais

Não há evidências de que exames laboratoriais sejam úteis na avaliação da dor cervical, a menos que haja suspeita de etiologia grave, como infecção, malignidade ou artrite inflamatória. Nesses casos, é indicado um exame de velocidade de hemossedimentação (VHS) e de proteína C-reativa. Um hemograma completo também deve ser realizado em pacientes que apresentam suspeita de infecção. Caso exista alguma suspeita de artrite reumatoide não diagnosticada, pode ser solicitado um exame de fator reumatoide.

Caso exista suspeita de meningite ou encefalite, deve ser realizada uma punção lombar e o exame deve incluir a coloração de Gram, culturas com sensibilidade, celularidade com diferencial e níveis de proteína e glicose. Culturas fúngicas e virais também podem ser solicitadas se o paciente estiver imunocomprometido e houver suspeita dessas infecções. Coloração de bacilos álcool-ácido resistentes e esfregaço também podem ser solicitados se houver qualquer história de exposição à tuberculose (TB) ou se o paciente apresentar derivado proteico purificado (PPD) positivo.^[19] Hemoculturas devem ser coletadas à consulta

se um paciente estiver febril ou houver suspeita de infecção na coluna cervical. Caso haja suspeita de osteomielite vertebral, uma biópsia da(s) vértebra(s) que apresentam suspeita de infecção deve ser enviada para coloração de Gram e culturas com sensibilidade.

Dor cervical não traumática: exames de imagem

- Radiografia da coluna cervical

[Fig-5]

[Fig-6]

[Fig-7]

- Indicado para pacientes >50 anos de idade com dor cervical ou sintomas constitucionais como sinais de infecção. Em casos de infecção como discite, pode ser observada a destruição da placa terminal no nível da infecção.^[1] No entanto, um raio-X da coluna cervical negativo em um paciente com febre não é sensível o suficiente para descartar infecção, e uma RNM deve ser considerada nesses pacientes.
 - O exame de imagem recomendado da coluna cervical é um raio-X com incidências anteroposterior, lateral e boca aberta. As visualizações oblíquas podem ser solicitadas se houver suspeita de radiculopatia.^[38]
 - Espondilose cervical (alterações degenerativas radiológicas da coluna cervical) é um achado quase universal com o aumento da idade e há poucas evidências de que esteja associada à dor cervical.^{[8] [11]}
 - Diagnóstico de imagem, começando com raio-X simples da coluna cervical, deve ser realizado em um paciente com história de câncer.
 - Exame de imagem por TC de crânio
 - Indicado para pacientes com suspeita de meningite bacteriana quando associada a um ou mais dos seguintes aspectos: estado imunocomprometido, história de doença do sistema nervoso central (SNC), novos episódios de convulsão, papiledema, nível alterado de consciência ou deficit neurológico focal.^[38]
 - RNM da coluna cervical
 - Exame definitivo para avaliar pacientes com radiculopatia cervical ou mielopatia cervical.
 - Deve ser solicitada se o paciente com dor cervical apresentar sinais neurológicos e sintomas de compressão da medula (mielopatia cervical), disfunção neurológica progressiva (principalmente fraqueza) e ausência de resposta à terapia conservadora.^[39] Se o exame neurológico estiver normal, a RNM cervical não é indicada.^[38]
 - O estudo de eleição com suspeita de infecção local é a RNM. Este é o exame recomendado quando há evidências de destruição da margem do disco ou do osso. Se houver suspeita de abscesso epidural, o exame deve ser realizado com contraste intravenoso.
 - A RNM cervical deve documentar a invasão da(s) raiz(es) cervical(ais), suspeitada pela história e pelo exame físico.
 - Anormalidades anatômicas, como protrusão ou extrusão de disco são observadas em até 30% dos pacientes assintomáticos e em 57% dos pacientes com idade >64 anos de idade.^[40]
- [Fig-3]

[Fig-2]

- TC da coluna cervical e mielografia por TC
 - Exame de TC pode ser indicado se a RNM não puder ser realizada.[38]
 - Mielografia por TC é usada para visualizar a invasão neurológica, como a RNM. É necessária a colocação invasiva do contraste radiológico no espaço epidural e o uso da radiação e, portanto, só é recomendada quando a RNM cervical for contraindicada (marca-passos cardíacos ou metal reativo no corpo).
- Cintilografia óssea
 - Pacientes com novo episódio de dor cervical e história de câncer, não importa o quanto remota, devem ser avaliados em relação à recorrência de seu câncer com uma cintilografia óssea em busca de doença metastática.[41]
 - Uma cintilografia óssea detectará lesões metastáticas tão pequenas quanto 2 mm.
- Injeção na faceta cervical e artrografia
 - A Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders concluiu que não há evidência que dê suporte ao uso de bloqueios do nervo da faceta cervical para identificar a origem da dor do paciente. Os bloqueios do nervo do ramo medial guiados por imagem devem ser a forma mais eficaz de isolar uma faceta articular específica como a origem da dor.[38] [42]
- Discografia cervical
 - Não é recomendada para avaliação da dor cervical crônica ou aguda, porque não foi comprovado que ela confirma de modo confiável o local de origem da dor.[38]

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Osteoartrite

Distensão cervical

Lesão aguda em chicote

Incomum

Artrite reumatoide

Síndrome facetária cervical

Torcicolo espasmódico

Fratura cervical

Luxação da coluna cervical

Radiculopatia cervical

Mielopatia cervical

Câncer: metastático

Câncer: primário

Meningite

Osteomielite vertebral

Abscesso epidural

Herpes-zóster

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Osteoartrite

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor cervical crônica ou aguda com ou sem sintomas neurológicos; pacientes podem ser assintomáticos	sensibilidade do pescoço, amplitude de movimento diminuída, evidência de espasmo muscular	» raio-X da coluna cervical: espondilose cervical pode estar presente Espondilose cervical é um achado universal com o aumento da idade, e há poucas evidências de que ela esteja associada à dor cervical. [8] [11]	

◊ Distensão cervical

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de trauma; ausência de sintomas radiculares	sensibilidade localizada da coluna cervical; amplitude de movimento diminuída da coluna cervical; ausência de sinais de comprometimento neurológico	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

◊ Lesão aguda em chicote

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor cervical associada com história de envolvimento em colisão traseira de veículo automotor ou com forças de aceleração e desaceleração do pescoço	sensibilidade localizada da coluna cervical; amplitude de movimento diminuída da coluna cervical; ausência de sinais de comprometimento neurológico	» raio-X da coluna cervical: ausência de anormalidades, fratura ou luxação A responsabilidade principal é determinar se o mecanismo da lesão foi grave o suficiente para justificar um exame de imagem para descartar luxação ou fratura	

Comum**◊ Lesão aguda em chicote**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		cervical. Tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical é o estudo de escolha para suspeita de lesão da coluna cervical no cenário de trauma multissistêmico ou com mecanismo de alto risco. [18] [26] Raio-X da coluna cervical pode ser realizado, em vez da TC, em pacientes que sofreram trauma quando a lesão é menos grave, quando os critérios de alto risco não forem satisfeitos e quando não há outras características que tornem os achados do exame menos confiáveis (por exemplo, intoxicação por álcool e lesões dolorosas por distração).	

Incomum**◊ Artrite reumatoide**

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode ter diagnóstico conhecido de artrite reumatoide, frequentemente por muitos anos, no momento do comprometimento da coluna cervical; [34] dor cervical tipicamente	Doença em estágio inicial: sensibilidade da coluna cervical; subluxação cervical: pode haver fraqueza ou espasticidade dos membros, além de reflexos tendinosos profundos	» raio-X da coluna cervical: demonstra destruição osteocondral » RNM cervical: pode demonstrar evidências de subluxação da articulação atlanto-axial	» fator reumatoide: pode ser positivo (70% dos pacientes) Geralmente já terá sido realizado.

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 exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Artrite reumatoide**

História	Exame	1º exame	Outros exames
irradiando para cima em direção à cabeça, perda sensorial indolor nas mãos e pés pode estar presente	intensificados; evidências de inflamação e/ou deformidades em outras articulações, particularmente nas mãos, punhos e cotovelos; pode haver nódulos reumatoídes sobre as superfícies extensoras dos tendões	Pacientes podem apresentar dor cervical não complicada, que pode evoluir para mielopatia decorrente de subluxação da coluna cervical. Se houver sinais de mielopatia, uma RNM deve ser solicitada à procura de subluxação da articulação atlanto-axial.	

◊ Síndrome facetária cervical

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor irradiada em direção à cabeça, pescoço, ombro e dorso sem um padrão de dermatomo, mas com padrão reproduzível; possível história de lesão por chicote	não possui características próprias	» raio-X da coluna cervical: normal versus espondilose cervical incidental Obtido pelo exame inicial.	» bloqueios do nervo do ramo medial guiados por imagem: identificação da origem da dor cervical

◊ Torcicolo espasmódico

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode haver história de trauma pequeno	contração unilateral dos músculos do pescoço fazendo a cabeça ser tombada para baixo e para o lado da contração; sensibilidade no local da contratura; ausência de sinais de comprometimento neurológico	» nenhuma: o diagnóstico é clínico	

Incomum**◊ Fratura cervical**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de trauma, queda de lugares altos, carga axial craniana (por exemplo, mergulho), colisão de veículo automotor em alta velocidade, colisão de bicicleta; dormência, fraqueza e paralisia	sinais de trauma; a coluna cervical do paciente deve ser imobilizada imediatamente se houver suspeita de fratura cervical	<p>»tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical: fratura Indicada se houver um alto risco de lesão da coluna cervical de acordo com os critérios de alto risco.[18] [24] [25]</p> <p>»raio-X da coluna cervical: fratura</p>	» RNM cervical: fratura

◊ Luxação da coluna cervical

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de trauma, queda de lugares altos, carga axial craniana (por exemplo, mergulho), colisão de veículo automotor em alta velocidade, colisão de bicicleta; dormência, fraqueza e paralisia	sinais de trauma; a coluna cervical do paciente deve ser imobilizada imediatamente se houver suspeita de luxação cervical	<p>»tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical: incongruência das vértebras Indicada se houver um alto risco de lesão da coluna cervical de acordo com os critérios de alto risco.[18] [24] [25]</p> <p>»raio-X da coluna cervical: incongruência das vértebras Luxação observada no raio-X. [Fig-7]</p>	

Incomum

◊ Radiculopatia cervical

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor irradiando do pescoço para o braço; dormência e/ou fraqueza nos membros superiores[36]	sinais de envolvimento da raiz nervosa ou do nervo; dormência seguida por um padrão do dermatomo; fraqueza seguida por um padrão miotomal; teste de Spurling positivo (dor irradiando para o membro do lado que a cabeça for girada)[36]	» RNM cervical: invasão da(s) raiz(es) do nervo cervical; pode mostrar compressão da raiz nervosa; informações adicionais sobre a etiologia da destruição do disco ou do osso A RNM cervical é um exame definitivo para avaliar pacientes com radiculopatia cervical. Deve ser solicitada se o paciente com dor cervical apresentar sintomas e sinais neurológicos. Se o exame neurológico estiver normal, a RNM cervical não é indicada.[38]	» raio-X da coluna cervical: espondilose cervical » TC/mielografia por TC: invasão da(s) raiz(es) do nervo cervical; pode mostrar compressão da raiz nervosa; informações adicionais sobre a etiologia da destruição do disco ou do osso Exame de TC é indicado apenas se a RNM não puder ser realizada.[38] Mielografia por TC é usada para visualizar a invasão neurológica, como a RNM. É necessária a colocação invasiva do contraste radiológico no espaço epidural e o uso da radiação; portanto, só é recomendada quando a RNM cervical for contraindicada (marcapassos cardíacos ou metal reativo no corpo).

◊ Mielopatia cervical

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de sintomas progressivos lentos; falta de coordenação das mãos e pés, leve anormalidade da marcha, parestesias dos membros inferiores e posteriores; sintomas tardios de perda de coordenação,	sutil anormalidade da marcha, fraqueza mínima e aumento do tônus muscular, hiper-reflexia dos membros inferiores, clônus, sinal de Babinski positivo (reflexo cutâneo-plantar em extensão)	» RNM cervical: invasão da medula espinhal decorrente da espondilose; herniação central; informações adicionais sobre a etiologia da destruição do disco ou do osso	» raio-X da coluna cervical: espondilose cervical O raio-X da coluna cervical seria apenas um exame inicial. » TC/mielografia por TC: invasão da medula

Incomum

◊ Mielopatia cervical

História	Exame	1º exame	Outros exames
alterações na marcha e rigidez, alteração na função intestinal ou vesical		RNM cervical é um exame definitivo para avaliar pacientes com mielopatia cervical. Deve ser solicitada se o paciente com dor cervical apresentar sintomas e sinais neurológicos. Se o exame neurológico estiver normal, a RNM cervical não é indicada.[38]	espinhal; informações adicionais sobre a etiologia da destruição do disco ou do osso Exame de TC é indicado apenas se a RNM não puder ser realizada.[38] Mielografia por TC é usada para visualizar a invasão neurológica, como a RNM. É necessária a colocação invasiva do contraste radiológico no espaço epidural e o uso da radiação; portanto, só é recomendada quando a RNM cervical for contraindicada (marcapassos cardíacos ou metal reativo no corpo).

◊ Câncer: metastático

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor cervical localizada com história de câncer primário (mama, pulmão, próstata, rim, tireoide), fadiga, história de perda de peso; pode haver dor no osso, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia; achados mais específicos relacionados ao tipo de câncer	sensibilidade localizada com ou sem comprometimento neurológico; achados mais específicos relacionados ao tipo de câncer	» raio-X da coluna cervical: lesões múltiplas ou única com destruição óssea O raio-X padrão pode não identificar uma lesão metastática. Em um paciente com história de câncer, a etiologia da dor cervical deve ser considerada como decorrente do câncer até que essa possibilidade seja descartada, começando com	» cintilografia óssea: área anormal de captação elevada na presença de metástases ósseas A radiografia de ossos detectará lesões metastáticas tão pequenas quanto 2 mm. Os pacientes com novo episódio de dor cervical e uma história de câncer, não importa o quão remota, devem ser avaliados em relação à recorrência

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 exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Câncer: metastático**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		exames de raios-X cervicais simples.	de seu câncer com uma cintilografia óssea em busca de doença metastática. [41] » RNM da coluna cervical: lesões múltiplas ou única com destruição óssea

◊ Câncer: primário

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor cervical localizada, fadiga, história de perda de peso	sensibilidade localizada com ou sem comprometimento neurológico	» raio-X da coluna cervical: lesões múltiplas ou única com destruição óssea	» RNM da coluna cervical: lesões múltiplas ou única com destruição óssea

◊ Meningite

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia, rigidez do pescoço, febre, alteração no estado mental; início rápido dos sintomas	paciente febril com rigidez de nuca; sinal de Kernig e sinal de Brudzinsk geralmente presentes; estado mental alterado	<p>»pressão de abertura do líquido cefalorraquidiano (LCR): elevado Pressão de abertura elevada é maior que 200 mm H2O.</p> <p>»coloração de Gram e cultura: positivos ou negativos Positiva em 74% dos casos de meningite bacteriana.[19] Negativa para meningite asséptica.</p> <p>»celularidade com diferencial: leucócitos >1000 na meningite bacteriana</p> <p>»nível de proteína no LCR: elevado</p>	

Incomum**◊ Meningite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Proteína >25 g/L (>250 mg/dL).</p> <p>»glicose no LCR: baixa Glicose <2.5 mmol/L (<45 mg/dL).</p> <p>»TC de crânio: o resultado pode ser anormal Indicado para pacientes com suspeita de meningite bacteriana antes de punção lombar quando um ou mais dos seguintes aspectos estiverem presentes: estado imunocomprometido, história de doença do sistema nervoso central (SNC), novos episódios de convulsão, papiledema, nível alterado de consciência ou deficit neurológico focal.[38]</p>	

◊ Osteomielite vertebral

História	Exame	1º exame	Outros exames
agravamento da dor vertebral ao longo de semanas a meses; piora da dor à noite; pode haver febre baixa	possível febre, pontos de sensibilidade na coluna vertebral no local da infecção; sintomas neurológicos se a infecção disseminar para o espaço epidural	<p>»RNM: as áreas afetadas tipicamente aparecem com diminuição na intensidade de sinal em imagens ponderadas em T1 e aumento da intensidade de sinal em imagens ponderadas em T2</p> <p>RNM detecta alterações consistentes</p>	<p>»raio-X da coluna cervical: alterações destrutivas Podem ser observadas no estágio tardio da doença.</p> <p>[Fig-6]</p> <p>»hemoculturas: pode ser positiva</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**◊ Osteomielite vertebral**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		com osteomielite em 91% dos pacientes com sintomas com duração <2 semanas e em 96% dos pacientes com sintomas com duração >2 semanas.[43]	» Velocidade de hemossedimentação (VHS) : aumentada » proteína C-reativa : aumentada » biópsia da coluna vertebral para microscopia, cultura e sensibilidade : identificação da bactéria causadora

◊ Abscesso epidural

História	Exame	1º exame	Outros exames
dorsalgia focal e febre baixa (embora esses sintomas possam estar ausentes em alguns pacientes, especialmente em pacientes imunocomprometidos e diabéticos, ou em usuários de drogas intravenosas); pode haver história de cirurgia vertebral recente ou colocação de cateter epidural; pode haver história de infecção sistêmica recente	febre e sensibilidade localizada no dorso; possíveis sintomas neurológicos se a infecção tiver invadido a medula espinhal	» RNM : discite com abscesso ou somente um abscesso intraespinhal Cerca de dois terços dos casos são causados por <i>Staphylococcus aureus</i> e outros 16% são causados por bacilos gram-negativos.[15] » hemoculturas : identificação das bactérias causadoras	» cultura e sensibilidade microscópica do aspirado direto do abscesso : identificação das bactérias causadoras » Hemograma completo : leucocitose » Velocidade de hemossedimentação (VHS) : aumentada » proteína C-reativa : aumentada

◊ Herpes-zóster

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor, frequentemente intensa, erupção cutânea alguns dias ou semanas antes; dor localizada em um único dermatomo unilateral; exantema maculopapular inicial	erupção cutânea na distribuição do dermatomo	» nenhuma : geralmente o diagnóstico é clínico	» imuno-histoquímica : coloração positiva para o vírus da varicela Teste de anticorpo fluorescente direto para varicela a partir da raspagem da pele da

Incomum**◊ Herpes-zóster**

História	Exame	1º exame	Outros exames
e, posteriormente, pustular			vesícula. Raramente necessário, mas útil na distinção entre varicela-zóster e herpes simples.

Diretrizes de diagnóstico**América do Norte****ACR appropriateness criteria: chronic neck pain**

Publicado por: American College of Radiology
Última publicação em: 2013

ACR appropriateness criteria: suspected spine trauma

Publicado por: American College of Radiology
Última publicação em: 2012

Pre-hospital care management of a potential spinal cord injured patient: a systematic review of the literature and evidence-based guidelines

Publicado por: Journal of Neurotrauma
Última publicação em: 2011

Artigos principais

- Guzman J, Haldeman S, Carroll LJ, et al. Clinical practice implications of the bone and joint decade 2000-2010 task force on neck pain and its associated disorders: from concepts and findings to recommendations. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(suppl 4):S199-S213. [Resumo](#)
- Devereux MW. Neck pain. *Prim Care*. 2004;31:19-31. [Resumo](#)
- Makela M, Heilovaara M, Sievers K, et al. Prevalence, determinants, and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol*. 1991;134:1356-1367. [Resumo](#)
- Carroll LJ, Holm LW, Hogg-Johnson S, et al. Course and prognostic factors for neck pain in whiplash-associated disorders (WAD): results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(suppl 4):S83-S92. [Resumo](#)
- Abdu WA, Provencher M. Primary bone and metastatic tumors of the cervical spine. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1998;23:2767-2777. [Resumo](#)
- Connolly KJ, Hammer SM. The acute aseptic meningitis syndrome. *Infect Dis Clin North Am*. 1990;4:599-622. [Resumo](#)
- American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: suspected spine trauma. 2012. <http://www.acr.org> (last accessed 25 October 2016). [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Durand ML, Calderwood SB, Weber DJ, et al. Acute bacterial meningitis in adults: a review of 493 episodes. *N Engl J Med*. 1993;328:21-28. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Tong HC, Haig AJ, Yamakawa K. The Spurling test and cervical radiculopathy. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27:156. [Resumo](#)

Referências

1. Guzman J, Haldeman S, Carroll LJ, et al. Clinical practice implications of the bone and joint decade 2000-2010 task force on neck pain and its associated disorders: from concepts and findings to recommendations. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(suppl 4):S199-S213. [Resumo](#)
2. Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurol Clin*. 2007;25:353-371. [Resumo](#)
3. Devereux MW. Neck pain. *Prim Care*. 2004;31:19-31. [Resumo](#)
4. Maurer K; U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Basic data on arthritis knee, hip and sacroiliac joints in adults ages 25-74 years: United States, 1971-1975. *Vital Health Stat 11*. 1979;213:1-31. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. Makela M, Heilovaara M, Sievers K, et al. Prevalence, determinants, and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol*. 1991;134:1356-1367. [Resumo](#)

- Avaliação da dor cervical
-
6. Bovim G, Schrader H, Sand T. Neck pain in the general population. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1994;19:1307-1309. [Resumo](#)
 7. Carette S. Whiplash injury and chronic neck pain. *N Engl J Med.* 1994;330:1083-1084. [Resumo](#)
 8. van der Donk J, Schouten JS, Passchier J, et al. The associations of neck pain with radiological abnormalities of the cervical spine and personality traits in a general population. *J Rheumatol.* 1991;18:1884-1889. [Resumo](#)
 9. Lawrence JS. Disc degeneration: its frequency and relationship to symptoms. *Ann Rheum Dis.* 1969;28:121-138. [Texto completo](#) [Resumo](#)
 10. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O'Fallon WM. Epidemiology of cervical radiculopathy: a population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. *Brain.* 1994;117:325-335. [Resumo](#)
 11. Gore DR, Sepic SB, Gardner GM, et al. Neck pain: a long-term follow-up of 205 patients. *Spine (Phila Pa 1976).* 1987;12:1-5. [Resumo](#)
 12. Carroll LJ, Hogg-Johnson S, van der Velde G, et al. Course and prognostic factors for neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008;33(suppl 4):S75-S82. [Resumo](#)
 13. Carroll LJ, Holm LW, Hogg-Johnson S, et al. Course and prognostic factors for neck pain in whiplash-associated disorders (WAD): results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and its Associated Disorders. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008;33(suppl 4):S83-S92. [Resumo](#)
 14. Abdu WA, Provencher M. Primary bone and metastatic tumors of the cervical spine. *Spine (Phila Pa 1976).* 1998;23:2767-2777. [Resumo](#)
 15. Darouiche RO. Spinal epidural abscess. *N Engl J Med.* 2006;355:2012-2020. [Resumo](#)
 16. Connolly KJ, Hammer SM. The acute aseptic meningitis syndrome. *Infect Dis Clin North Am.* 1990;4:599-622. [Resumo](#)
 17. Yawn BP, Saddier P, Wollan PC, et al. A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction. *Mayo Clin Proc.* 2007;82:1341-1349. [Resumo](#)
 18. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: suspected spine trauma. 2012. <http://www.acr.org> (last accessed 25 October 2016). [Texto completo](#)
 19. Durand ML, Calderwood SB, Weber DJ, et al. Acute bacterial meningitis in adults: a review of 493 episodes. *N Engl J Med.* 1993;328:21-28. [Texto completo](#) [Resumo](#)
 20. Hasbun R, Abrahams J, Jekel J, et al. Computed tomography of the head before lumbar puncture in adults with suspected meningitis. *N Engl J Med.* 2001;345:1727-1733. [Texto completo](#) [Resumo](#)
 21. Mealy K, Brennan H, Fenelon GC. Early mobilisation of acute whiplash injuries. *BMJ.* 1986;292:656-657. [Resumo](#)

22. Bonk AD, Ferrari R, Giebel GD. Prospective randomized, controlled study of activity versus collar, and the natural history of whiplash injury, in Germany. *J Musculoskel Pain*. 2000;8:123-132.
23. Pellicci PM, Ranawat CS, Tsairis P, et al. A prospective study of the progression of rheumatoid arthritis of the cervical spine. *J Bone Joint Surg Am*. 1981;63:342-350. [Resumo](#)
24. Stiell IG, Clement CM, McKnight RD, et al. The Canadian C-spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. *N Engl J Med*. 2003;349:2510-2518. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. Vandemark RM. Radiology of the cervical spine in trauma patients: practice pitfalls and recommendations for improving efficiency and communication. *AJR Am J Roentgenol*. 1990;155:465-472. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Cain GS, Shepherdson J, Elliott V, et al. Imaging suspected cervical spine injury: Plain radiography or computed tomography? Systematic review. *Radiography*. 2010;16:68-77.
27. National Institute for Health and Care Excellence. Head injury: assessment and early management. January 2014. <http://www.nice.org.uk/> (last accessed 25 October 2016). [Texto completo](#)
28. Schoenfeld AJ, Bono CM, McGuire KJ, et al. Computed tomography alone versus computed tomography and magnetic resonance imaging in the identification of occult injuries to the cervical spine: a meta-analysis. *J Trauma*. 2010;68:109-113. [Resumo](#)
29. Plumb JOM. Clinical review: Spinal imaging for the adult obtunded blunt trauma patient: update from 2004. *Intensive Care Med*. 2012;38:752-771. [Resumo](#)
30. Panczykowski DM, Tomycz ND, Okonkwo DO, et al. Comparative effectiveness of using computed tomography alone to exclude cervical spine injuries in obtunded or intubated patients: meta-analysis of 14,327 patients with blunt trauma. *J Neurosurg*. 2011;115:541-549. [Resumo](#)
31. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen KL, et al. The Canadian C-spine rule for radiography in alert and stable trauma patients. *JAMA*. 2001;286:1841-1848. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. Slaar A, Fockens MM, Wang J, et al. Triage tools for detecting cervical spine injury in pediatric trauma patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Dec 7;12:CD011686. [Resumo](#)
33. Hoffman JR, Mower WR, Wolfson AB, et al. Validity of a set of clinical criteria to rule out injury to the cervical spine in patients with blunt trauma. National Emergency X-Radiography Utilization Study Group. *N Engl J Med*. 2000;343:94-99 [Resumo](#)
34. van Eijk IC, Nielen MM, van Soesbergen RM, et al. Cervical spine involvement is rare in early arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:973-974. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Polston DW. Cervical radiculopathy. *Neurol Clin*. 2007;25:373-385. [Resumo](#)
36. 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](#)

37. Tong HC, Haig AJ, Yamakawa K. The Spurling test and cervical radiculopathy. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27:156. [Resumo](#)
38. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: chronic neck pain. 2013. <http://www.acr.org> (last accessed 25 October 2016). [Texto completo](#)
39. Carette S, Fehlings MG. Clinical practice. Cervical radiculopathy. *N Engl J Med.* 2005;353:392-399. [Resumo](#)
40. Teresi LM, Lufkin RB, Reicher MA, et al. Asymptomatic degenerative disk disease and spondylosis of the cervical spine: MR imaging. *Radiology.* 1987;164:83-88. [Resumo](#)
41. Canale ST, Beaty JH, eds. *Campbell's operative orthopaedics*. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2007.
42. Nordin M, Carragee EJ, Hogg-Johnson S, et al. Assessment of neck pain and its associated disorders: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(suppl 4):101-122. [Resumo](#)
43. Carragee EJ, Kim DH. A prospective analysis of magnetic resonance imaging findings in patients with sciatica and lumbar disc herniation: correlation of outcomes with disc fragment and canal morphology. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1997;22:1650-1660. [Resumo](#)

Imagens



Figura 1: Paciente com torcicolo intenso à esquerda (observe a hipertrofia do músculo esternocleidomastoideo direito)

Do acervo pessoal de David B. Sommer, MD, MPH



Figura 2: Ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna cervical. Encefalopatia espongiforme (EE) sagital em T1, com um disco central em C5/C6 endentando o saco tecal

BMJ Case Reports 2009; doi:10.1136/bcr.07.2008.0573. Copyright © 2011 by the BMJ Publishing Group Ltd

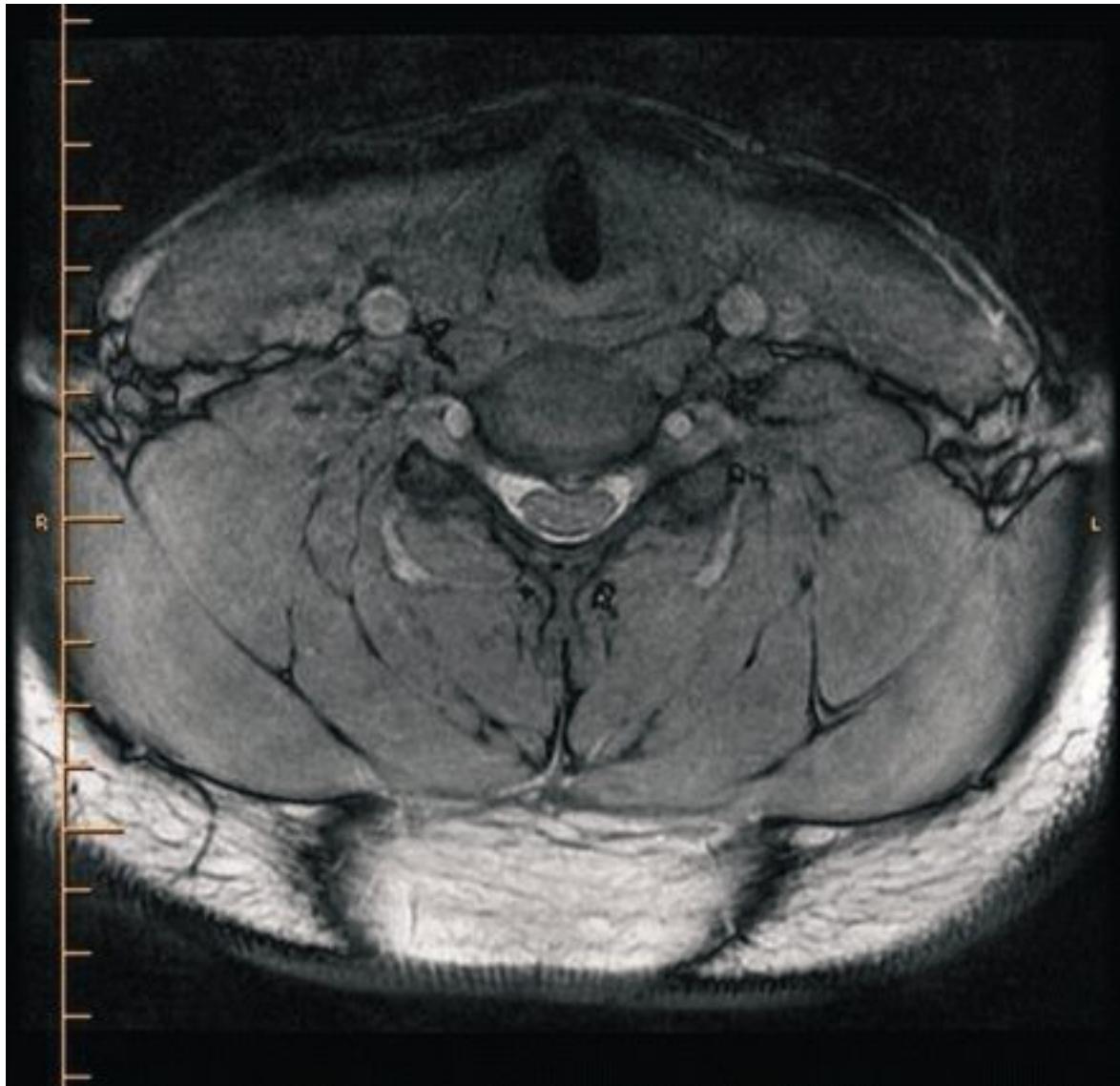


Figura 3: Ressonância nuclear magnética (RNM) da coluna cervical. Imagem por COSMIC-3D axial em C5/C6 com endentação anterior do saco tecal

BMJ Case Reports 2009; doi:10.1136/bcr.07.2008.0573. Copyright © 2011 by the BMJ Publishing Group Ltd



Figura 4: Erupção vesicular zosteriforme dentro do dermatomo D8 à esquerda

BMJ Case Reports 2009; doi:10.1136/bcr.2006.114116. Copyright © 2011 by the BMJ Publishing Group Ltd



Figura 5: Raio-X da coluna cervical lateral normal

Com permissão do Departamento de Radiologia da Universidade do Colorado



Figura 6: Discite da C3-4 com destruição da placa terminal

Com permissão do Departamento de Radiologia da Universidade do Colorado



Figura 7: Luxação da faceta bilateral

Com permissão do Departamento de Radiologia da Universidade do Colorado

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	10,00
	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

Colaboradores:

// Autores:

Richard S. Penaloza, MD

Associate Professor of Medicine

University of Colorado Health Sciences Center, Denver, CO

DIVULGAÇÕES: RSP declares that he has no competing interests.

David J. Tanaka, MD

Associate Professor of Medicine

University of Colorado Health Sciences Center, Denver, CO

DIVULGAÇÕES: DJT declares that he has no competing interests.

Jeffrey Druck, MD

Associate Professor

Department of Emergency Medicine, University of Colorado, Denver, CO

DIVULGAÇÕES: JD declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Allan Binder, MD

Consultant Rheumatologist

Lister Hospital, East and North Hertfordshire NHS Trust, Stevenage, UK

DIVULGAÇÕES: AB declares that he has no competing interests.

Margot Putukian, MD

Director of Athletic Medicine

Princeton University, Princeton, NJ

DIVULGAÇÕES: MP is an author of a reference cited in this monograph.

Robert McNamara, MD, FAAEM

Chairman

Department of Emergency Medicine, Temple University School of Medicine, Philadelphia, PA

DIVULGAÇÕES: RM declares that he has no competing interests.