



Dor no doente com patologia músculo-esquelética

ABORDAGEM E TRATAMENTO

Editor: *Raul Marques Pereira*

Autores: *Hugo Cordeiro, Mariana Carvalho, Rita Mendes*

Especialistas em Medicina Geral e Familiar

Cervicalgia

Anatomia, etiologia e fisiopatologia

A dor cervical (cervicalgia) pode ter origem em articulações, músculos, ligamentos e discos intervertebrais. Esta dor está frequentemente associada a uma postura inadequada, muitas vezes em atividades de contexto profissional, a lesões ocupacionais, a lesões desportivas, e a fatores psicológicos como a ansiedade. Alterações dos discos vertebrais na sequência de traumatismo podem também estar na origem de dor cervical. O Quadro 1 apresenta diversas situações clínicas que podem estar na origem de dor cervical e que devem ser investigadas.

Existem ainda várias classificações para a dor cervical, sendo a sua classificação em dor neuropática, nociceptiva ou mista, de elevada relevância para o seu diagnóstico e tratamento.

Epidemiologia

A cervicalgia afeta cerca de 70% dos adultos, na sua maioria mulheres, e está associada a profissões de níveis socioeconómicos mais altos, a uso excessivo de telemóvel e computador (nomeadamente portáteis), a sedentarismo, a tabagismo e a alcoolismo.

Quadro 1. Etiologia da dor cervical.

Espandilose	<ul style="list-style-type: none">• Sintomatologia com início entre os 30 e 40 anos de idade, associada a incapacidade laboral;• Fatores de Risco: tabagismo, cargas excessivas, condução e genética;• Mais frequentemente sintomática em mulheres, mas identificada com maior frequência em radiografias de homens;• Causa de dor axial isolada, cervicalgia, ou radiculopatia e mielopatia.
Hérnia Discal	<ul style="list-style-type: none">• Tabagismo; dor por compressão nervosa (porção posterolateral dos discos, mais comuns) e inflamação;• É uma extrusão, diferente de protusão (disco degenerado).
Estenose e Mielopatia	<ul style="list-style-type: none">• Dor por compressão nervosa;• Perturbações da marcha e do equilíbrio por compressão da espinal medula.
Outros	<ul style="list-style-type: none">• Origem na coluna vertebral (infecção/trauma, doenças inflamatórias, tumores, doenças do Sistema Nervoso Central (SNC));• Outras origens (patologia degenerativa do membro superior e temporomandibular, lesões da coifa, conflito subacromial, doença coronária).

Apresentação clínica



História Clínica

A avaliação da cervicalgia deve incluir:

1. Caracterização da Dor

- Localização;
- Início - súbito (trauma, desporto) ou insidioso (associado à atividade profissional);
- Duração - aguda vs crónica;
- Tipo - nociceptiva, neuropática, mista;
- Intensidade (segundo a Escala Visual Analógica, EVA);
- Ritmo - mecânico, inflamatório, misto;
- Irradiação - existência de cefaleia de tensão ou dor nos membros superiores;
- Repercussão Funcional (com recurso a SF36, ODI, EQ-5D,...);
- Questões laborais, familiares e psicológicas;
- Identificação dos focos (geralmente concomitância de dor discogénica, facetária, óssea, muscular e ligamentar).

2. Identificação de sinais de alarme (red flags);

3. Identificação dos Fatores de Risco para cronificação da dor (Quadro 2)

Quadro 2. Fatores de risco para cronificação da dor. Adaptado de Neves, N. et al.

Fatores demográficos	<ul style="list-style-type: none">• Idade (sobretudo entre a 3ª e 6ª décadas de vida);• Sexo feminino, sobretudo em idades mais avançadas;• Nível socioeconómico e de instrução mais baixos.
Fatores de Saúde Geral	<ul style="list-style-type: none">• Índice de massa corporal aumentado, particularmente > 25 kg/m² (excesso de peso e obesidade);• Tabagismo;• Mau estado geral de saúde.
Fatores Ocupacionais	<ul style="list-style-type: none">• Atividade laboral fisicamente violenta (nomeadamente atividades repetitivas e exposição a vibrações de baixa frequência);• Sedentarismo laboral;• Insatisfação com o trabalho.
Fatores Psicológicos	<ul style="list-style-type: none">• Stresse, depressão e/ou ansiedade.
Fatores Anatómicos	<ul style="list-style-type: none">• Alterações congénitas (por exemplo, escoliose);• Alterações degenerativas (por exemplo, osteoporose ou hérnias discais).

Apresentação clínica



Exame físico

- **Inspeção (desvios, assimetrias)**
- **Palpação (contratura dos trapézios e paravertebral, pontos dolorosos, trigger points)**
- **Mobilidades (passiva e ativa)**
 - Flexão anterior (30°) e Extensão (30°)
 - Inclinação lateral (fixando os ombros) (40°)
 - Rotações (fixando os ombros) (30°)
- **Testes de tensão nervosa (avaliação das raízes cervicais)**
 - Manobra de Spurling e sinal de abdução/rotação externa
- **Exame Neurológico**
 - Sensitivo
 - C5 - Face lateral ombro e braço
 - C6 - Face lateral antebraço e mão
 - C7 - Dedo médio
 - C8 - Face cubital da mão e punho
 - T1 - Face medial do antebraço
 - T2 - Face medial do braço

- Motor
 - C5 - Abdutores do ombro
 - C5/C6 - Flexão cotovelo
 - C6 - Extensores do punho
 - C7 - Extensores do cotovelo
 - C8 - Abdução do polegar ou flexão dos dedos
 - T1 - Abdução dos dedos
- Reflexos
 - C5 - Bicipital
 - C6 - Estilo-radial
 - C7 - Tricipital
- Sinais de Espasticidade
 - Sinal de Hoffman e Tromner





Meios Complementares de Diagnóstico (MCDTs)

A solicitar estudo radiográfico se:

- A idade de início dos sintomas se situar abaixo dos 20 anos ou acima dos 55 anos;
- Existir história recente de traumatismo significativo (ou de traumatismo menor com idade > 55 anos);
- Fator de Risco para fraturas osteoporóticas (idade > 55 anos, uso prolongado de glucocorticoides sistêmicos);
- Existir dor constante progressiva, não mecânica (que não alivia com o repouso);
- Presença de red flags;
- Não forem identificadas hérnias discais.

A solicitar Tomografia Axial Computorizada (TAC) se:

- Necessário estudo da anatomia óssea e articular e de hérnias discais;
- Na impossibilidade de se efetuar estudo de Ressonância Magnética Nuclear (RMN).

A solicitar RMN se:

- Existir suspeita de compromisso medular ou radicular.

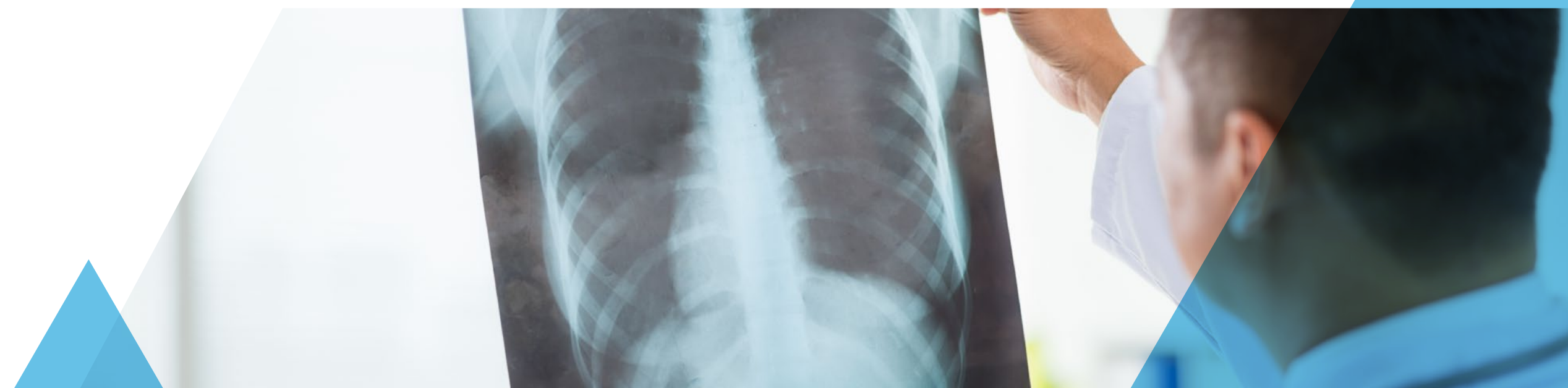
A solicitar Eletromiografia (EMG) se:

- Existir diagnóstico não confirmado de compressão radicular (clínica discordante do exame de imagem);
- Na presença concomitante de neuropatia periférica, ex. diabética, para identificar a sua origem.



Red flags

- Febre;
- Emagrecimento;
- Suores;
- Cefaleias;
- Dor noturna.



Tratamento

O tratamento da dor na cervicalgia é **multimodal**, dirigido à causa e com grande ênfase no componente não farmacológico, seguindo as boas práticas de tratamento da dor, com preferência pela via oral, quando disponível. Este tratamento envolve:

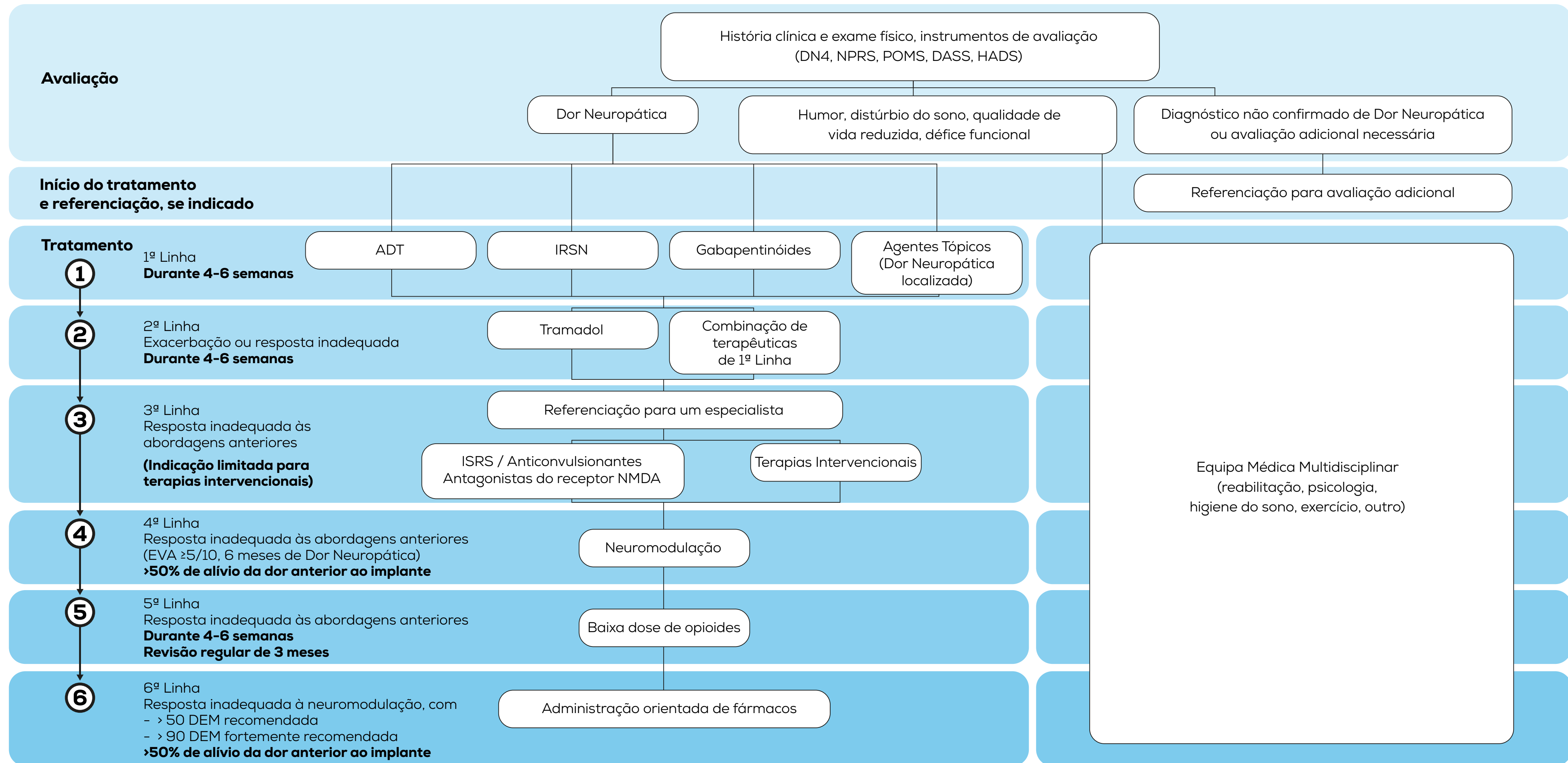
- Correção dos fatores de risco identificados
 - Tratamento farmacológico com abordagem da dor neuropática (Anexo 1)
- Tratamento da dor aguda: eliminar a causa e promover uma analgesia rápida – analgésicos, anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) e relaxantes musculares;
- Tratamento da dor crónica: atender sempre também ao componente neuropático, diminuir a dor, reduzir comprometimento funcional, manter ou melhorar mobilidade.
- 1ª Linha: Tratamento conservador
- Analgésicos, AINEs e relaxantes musculares;
 - Exercício físico com reforço postural, treino cardiovascular e controlo de peso;
 - Fisioterapia – aplicação de calor, frio, massagem, ultrassons ou electroestimulação;

- Colares cervicais – para alívio sintomático de curta duração e não para uso sistemático.
- 2ª linha: Intervenções minimamente invasivas (sintomatologia neurológica importante).
- 3ª linha: Cirurgia
- Urgente na mielopatia cervical pós-traumática;
 - Em última linha na presença de alterações neurológicas refratárias.

Quando referenciar a consulta hospitalar ou ao serviço de urgência

- **Ao serviço de urgência** – quando compromisso neurológico grave ou dor excruciante incontrolável.
- **A consulta externa** – na suspeita ou após estudo célere de causa maligna e para tratamento minimamente invasivo ou cirúrgico.

ANEXO I – Algoritmo para abordagem da Dor Neuropática. Adaptado de Bates et al.



LEGENDA:

ADT **Antidepressivos Tricíclicos**
 DASS **Depression Anxiety Stress Scales**
 DEM **Dose Equivalente de Morfina**

DN4 **Douleur Neuropathique 4**
 HADS **Hospital Anxiety and Depression Scale**
 IRSN **Inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina**

ISRS **Inibidores selectivos da recaptação de serotonina**
 NPRS **Numeric Pain Rating Scale**
 POMS **Profile Mood States**

Omalgia

Anatomia, etiologia e fisiopatologia

A omalgia ou dor no ombro manifesta sintomas nos músculos, articulações, tendões e bursa que estão envolvidos no movimento do ombro. A dor pode estar associada a traumas, mas também à execução de movimentos repetitivos. Várias das condições clínicas passíveis de originarem um ombro doloroso encontram-se descritas no Quadro 3.

Epidemiologia

A incidência reportada para a dor no ombro varia entre 0,9% (para adultos com idades compreendidas entre os 31 e 35 anos) e 2,5% (para adultos entre os 24 e 46 anos). A sua prevalência varia entre 6,9-26%, observando-se uma prevalência por um mês entre 18,6% e 31%, uma prevalência ao longo de um ano entre 4,7% e 46,7 % e uma prevalência ao longo da vida entre 6,7% e 66,7%.



Quadro 3. Etiologia da omalgia.

Tendinopatia calcificante	<ul style="list-style-type: none">• Afeta adultos de meia-idade e na sua maioria mulheres;• Envolve com maior incidência o tendão supra espinhoso;• Causa dor violenta e noturna (acompanhada de inflamação), muitas vezes súbita, bilateral e inconstante.
Rotura da coifa	<ul style="list-style-type: none">• Afeta maioritariamente o tendão supra espinhoso em adultos com idade superior a 50 anos. Muitas vezes a rotura é bilateral;• A dor é progressiva e tende a cronificar. A incapacidade funcional resultante é também progressiva, mas nem sempre incapacitante.
Capsulite adesiva/ombro congelado	<ul style="list-style-type: none">• A dor associada é de causa inflamatória, tipicamente noturna e apresenta-se com restrição do arco de mobilidade ativa e passiva.
Instabilidade gleno-umeral	<ul style="list-style-type: none">• A dor surge associada a mobilidade completa e a episódios prévios de luxação. As luxações de repetição requerem estudo imagiológico para identificar patologia estrutural subjacente;• A subluxação é um conceito subjetivo relatado pelo doente, iminentemente clínico, e que não requer estudo imagiológico.
Tendinopatia da coifa	<ul style="list-style-type: none">• A dor surge associada a limitação da mobilidade.
Outras causas	<ul style="list-style-type: none">• Omartrose, trauma, necrose avascular da cabeça do úmero, artropatias inflamatórias, lesões nervosas, síndrome do desfiladeiro torácico, etc.

Apresentação clínica



História Clínica

A dor no ombro deverá ser avaliada quanto a:

- Localização predominante; a dor poderá localizar-se em quatro áreas distintas:
 - Postero-superior – com maior sobrecarga do trapézio superior por disfunção do ombro;
 - Lateral – de predomínio noturno e resultante de patologia estrutural (maioritariamente dos tendões) da coifa dos rotadores;
 - Interior – maioritariamente com inflamação sub-acromial e/ou da longa porção do bicípite;
 - Dor cervical com irradiação para o ombro.
- Características/predomínio noturno, duração dos sintomas, fatores de agravamento e alívio;
- Lesão aguda ou crónica, mecanismo da lesão, modalidade desportiva e profissão;
- Sensação de instabilidade, braquialgia associada, défice de força muscular, presença de crepitação (dolorosa/não dolorosa), diminuição da amplitude articular, hipostesias;
- Antecedentes pessoais de patologia do ombro, cirurgia/infiltrações do ombro e diabetes mellitus.





Exame físico

- Realizado com o tronco despido, de forma comparativa e, se exequível, de todo o ombro;
- Deve incluir: inspeção, palpação, arco de mobilidade, força, exame neuro-vascular e testes específicos do ombro.

1. Inspeção:

- Identificar presença de dismorfias/dismetrias (cabeça umeral, clavícula, articulação acrómio-clavicular (AC) e esterno-clavicular (EC));
- Avaliar massas musculares – atrofia muscular (lesão neurológica/desuso);
- Avaliar a pele – edema, equimose, eritema, distensão venosa;
- Mobilidade da articulação escapulo-torácica e presença de discinésias/ omoplata alada.

2. Palpação:

Estruturas ósseas e partes moles.

3. Avaliação do arco de mobilidade (elevação anterior, rotação externa e interna):

a mobilidade esperada é de 180° elevação anterior e até 90° rotação externa e interna. Contudo, a mobilidade é muito variável entre pessoas, e geralmente menor em homens, pelo que requer sempre a comparação entre o lado afetado e o saudável.

4. Testes (Anexo II)

- Supra-espinhoso: “Jobe”/“Empty Can Test”;
- Subescapular (rotação interna): “Lift-off test” (ou “Belly press test”) e “Lag sign” Sagrado;
- Rotadores Externos (infra-espinhoso e pequeno redondo): “Patte” e “Dropping/Lag Sign”;
- Longa Porção do Bicipite: “Yergason” e “Palm-up”, “Biceps Load” e “O’Briens”;
- Estabilidade: Teste da gaveta (translação gleno-umeral) e “apreensão”;
- Conflito sub-acromial: “Cross Arm”. Estes testes são pouco específicos devido a omalgia positiva na maioria dos testes, excetuando-se lesões sem atingimento da coifa. Implícitos quando se solicita elevação do membro.
- Avaliação do músculo trapézio: avaliação muito importante pois este músculo é frequentemente afetado por sobrecarga na patologia disfuncional do ombro. Pode ser causa de dor póstero-superior e de perpetuação das queixas algicas.



Meios Complementares de Diagnóstico (MCDTs)

Regras Gerais para o uso de MCDTs:

Um estudo imagiológico mais completo requer geralmente:

- **Radiografia 4 incidências** (2x2 incidências): 3 faces e um perfil associada a ecografia articular;
- **Ecografia articular** de ambos os ombros (deve ser realizada por comparação) (em "Outros" no SClínico® ou, alternativamente, partes moles). Alternativamente, quando exequível, solicitar radiografia associada a Ressonância Magnética Nuclear (RMN)
- **RMN do ombro** – ideal, exceto para estudo de calcificações. Permite avaliação complementar do labrum e estruturas profundas ou situações neoplásicas. Artro-RMN pode ser realizada, para diagnóstico de lesões "SLAP" no jovem fisicamente ativo.
- **Tomografia Axial Computorizada** (TAC) – justifica-se essencialmente para estudo de lesões traumáticas.

Uso de MCDTs em situações específicas:

- **Trauma** (incidências que não justifiquem mobilização significativa)
 - Estudo da face do ombro em dupla obliquidade com perfil Lamy ou (axial trans)-axilar e, se justificado, incidências específicas para luxação acrómio-clavicular.
 - TAC, se necessário (apenas se justifica na patologia traumática).

- **Omalgia**

- Estudo de 3 faces: neutra, rotação externa, rotação interna, perfil Lamy e ecografia articular (ou, alternativamente, de partes moles);
- RMN.

- **Omartrose**

- Estudo da face do ombro com dupla obliquidade, perfil Lamy e (axial trans)-axilar. A Incidência (axial trans)-axilar é particularmente útil na presença de artrose e particularmente no idoso.

- **Conflito acrómio-clavicular**

- Incidências de zanca, em carga e rotação interna.

- **Instabilidade Articular**

- Artro-TAC contrastado como exame adicional, em contextos adequados. Este MCDT é tão ou mais útil do que a RMN no estudo da instabilidade do ombro.



Red flags

- História de doença oncológica ou existência de tumor;
- História de trauma;
- Sinais e sintomas sistêmicos;
- Dor aguda e incapacitante;
- Alterações sensoriais ou motoras.

Tratamento

O tratamento da omalgia deverá ser feito de acordo com o tipo e intensidade da dor, prevendo cobertura de 24h e reavaliação a curto prazo. O uso crónico de AINEs deverá ser interrompido, tratando o problema de base e não apenas a crise.

Farmacológico

- Dor aguda ligeira a moderada: analgesia não opioide (preferencialmente AINE durante um máximo de 8 dias);
- Dor aguda moderada a intensa: analgesia não opioide (preferencialmente AINE durante um máximo de 8 dias) e opioide;
- Dor crónica: considerar concomitância de dor neuropática e tratar em conformidade.

Relaxantes musculares têm indicação ocasional, de curta duração, quando se objetivam contraturas musculares ou como adjuvantes de repouso, quando indicado.

Uma infiltração com corticóide tem lugar em:

- Tendinite Calcificante;
- Capsulite Adesiva.

Não Farmacológico

- Fisioterapia – controlo da dor, mobilização, reforço muscular.



Tratamento

Tratamento em situações específicas:

- **Tendinopatia Calcificante**

1. Controlo algico com infiltração intra-articular de corticóide e AINE sistémico. Discutível: corticoterapia oral e ondas de choque;
2. Tratamento e prevenção: fisioterapia (privilegiar reforço muscular e mobilização);
3. Cirurgia em casos refratários.

- **Rotura da Coifa**

1. Controlo algico farmacológico;
2. Fisioterapia: controlo da dor, mobilização, reforço dos músculos periescapulares;
3. Cirurgia: na falência do tratamento conservador, mesmo em situações evoluídas.

- **Capsulite Adesiva/Ombro Congelado**

1. Controlo algico farmacológico e infiltração intra-articular de corticóide;
2. Fisioterapia: reabilitação importante e longa;
3. Raramente: cirurgia

- **Instabilidade Gleno-umeral**

1. Em casos de luxação: imobilização com suspensão braquial 2 a 3 semanas (jovens) com repouso e AINE. Nas luxações recidivantes o repouso é controverso;
2. Fisioterapia: principalmente na presença de instabilidade com luxações escassas ou ausentes, para prevenção das mesmas. A reabilitação física após as 3 semanas visa essencialmente reforço muscular dos rotadores internos e externos da coifa (estabilizadores secundários da articulação umeral) e não tanto o controlo algico;
3. Cirurgia.

- **Tendinopatia da Coifa**

1. Controlo algico farmacológico;
2. Fisioterapia: controlo algico com mobilização e reforço dos músculos periescapulares;
3. Infiltração: incomum (plasma rico em plaquetas, colagénio...);
4. Cirúrgico: incomum, para descompressão subacromial/acromioplastia.

Quando referenciar a consulta hospitalar

- Dor e incapacidade significativa que se mantém por mais de 6 meses apesar de tratamento em curso;
- Dor aguda após trauma acrómio-clavicular (AC);
- Diagnóstico incerto.



Anexo II – testes para avaliação do ombro

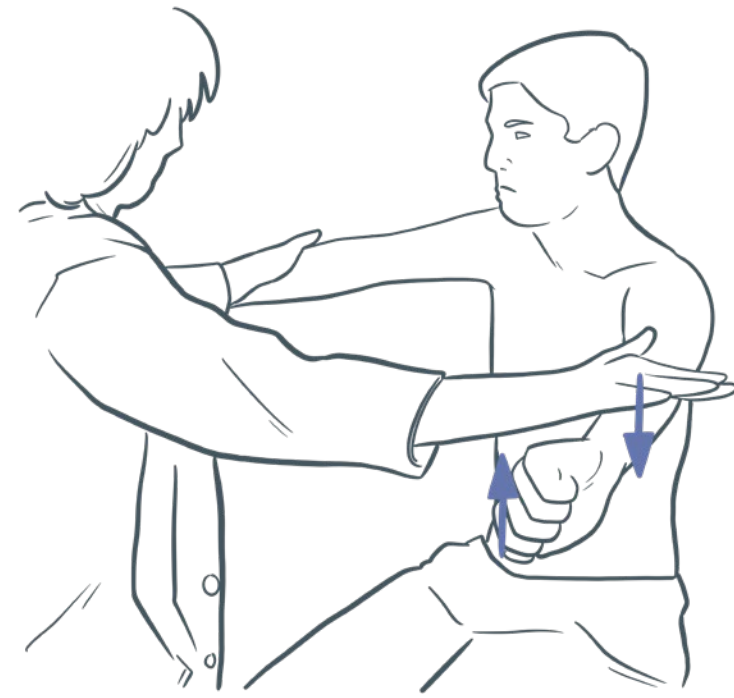


Figura 1. Teste “Jobe”/“Empty can test” para avaliação do músculo supra-espinhoso.

Músculo supra-espinhoso

“Jobe”/“Empty can test”

- Com os polegares para baixo, 90° de abdução e 30° elevação anterior fazer elevação resistida;
- Se doer, testar resistência com palmas das mãos para cima;
- Teste positivo se mais doloroso com polegar para baixo.

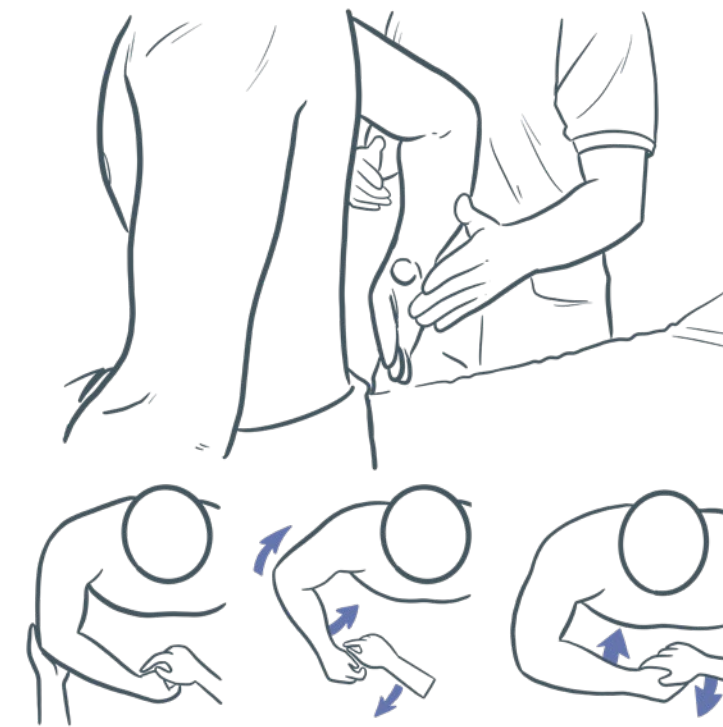


Figura 2. “Lift-off test” e respectiva modificação “Belly press test” para avaliação do músculo subescapular.

Músculo subescapular (rotação interna)

“Lift-off test”

- Afastar a mão da região lombar do doente.
- Modificação: **“Belly press test”**.

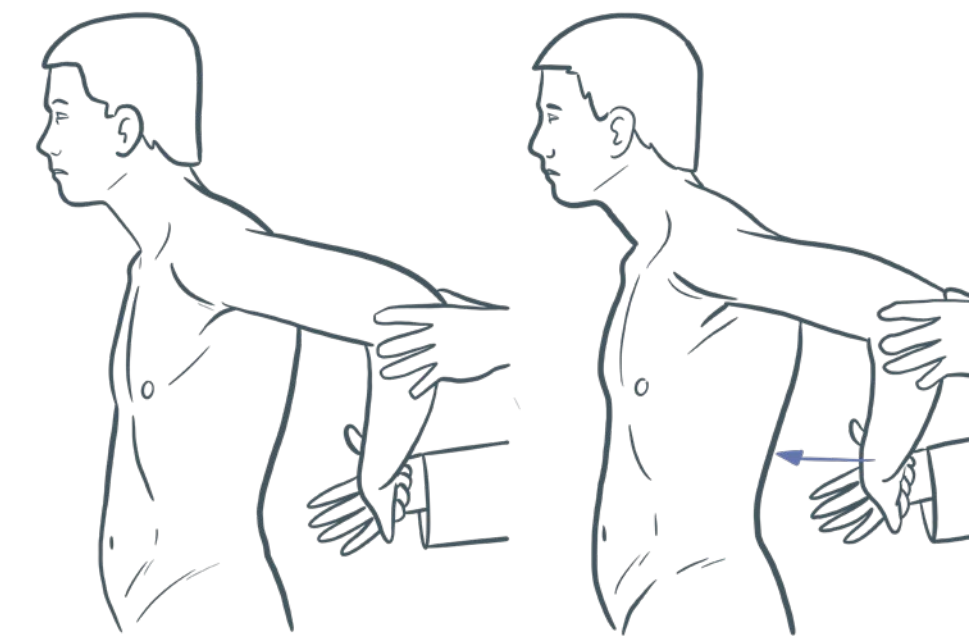


Figura 3. Teste “Lag Sign” sagrado para avaliação do músculo subescapular.

Músculo subescapular (rotação interna)

“Lag sign” sagrado

- Rotação interna e afastar a mão do doente;
- Alterado se doente incapaz de manter a mão afastada da região lombar.

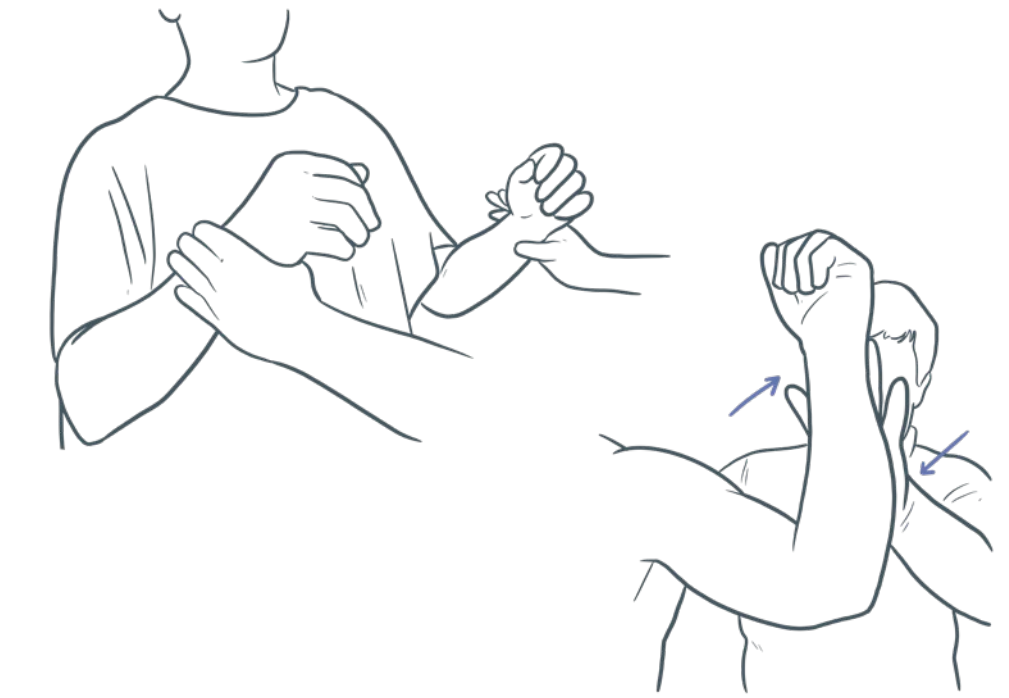


Figura 4. “Teste de Patte” para avaliação dos rotadores externos.

Rotadores externos

(infra-espinhoso e pequeno redondo)

“Teste de patte”

- Flexão dos cotovelos;
- 90° rotação externa resistida;
- Pode ser efetuado a 90° abdução.

Anexo II – testes para avaliação do ombro

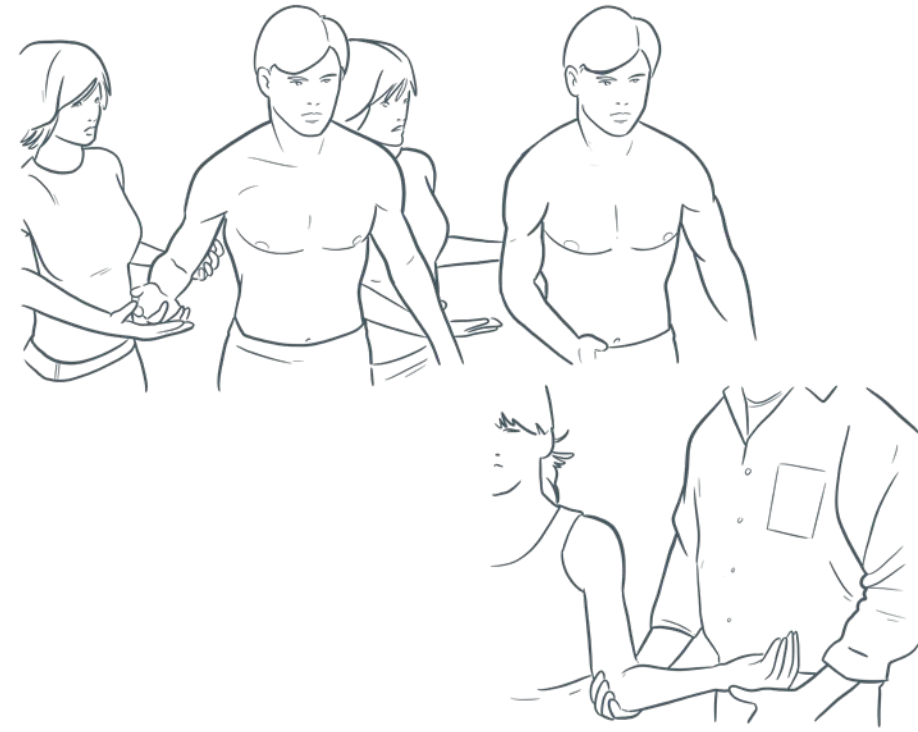


Figura 5. Teste "Dropping/Lag Sign" para avaliação dos rotadores externos.

Rotadores externos (infra-espinhoso e pequeno redondo)

"Dropping/Lag Sign"

- Rotação externa a 45° com cotovelo fletido a 90°;
- Alterado se incapacidade do doente em manter a posição, por norma em roturas maciças da coifa.

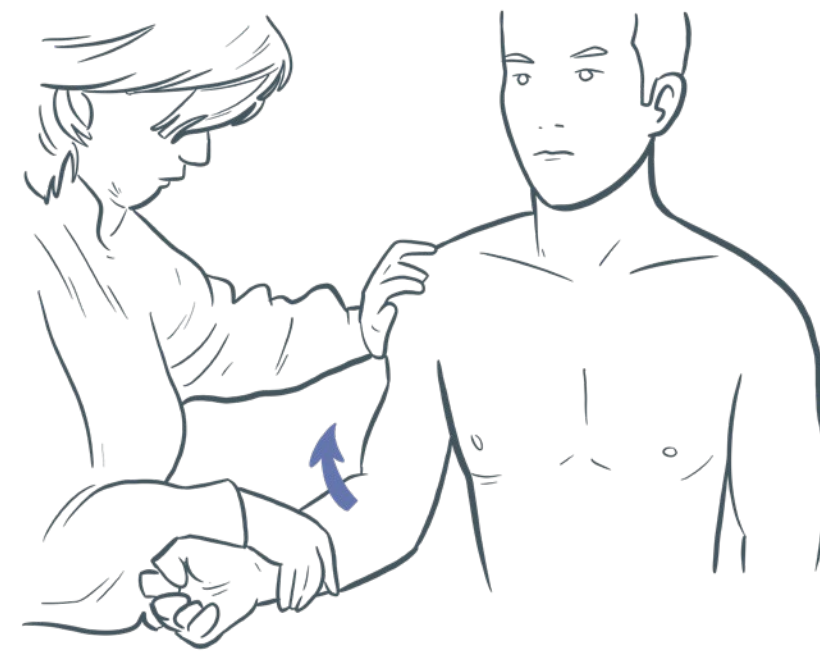


Figura 6. Teste de "Yergason" para avaliação da longa porção do bicipite.

Longa porção do bicipite

Teste de "Yergason"

- Flexão cotovelo 90° e supinação antebraço contra resistência enquanto palpa goteira bicipital.

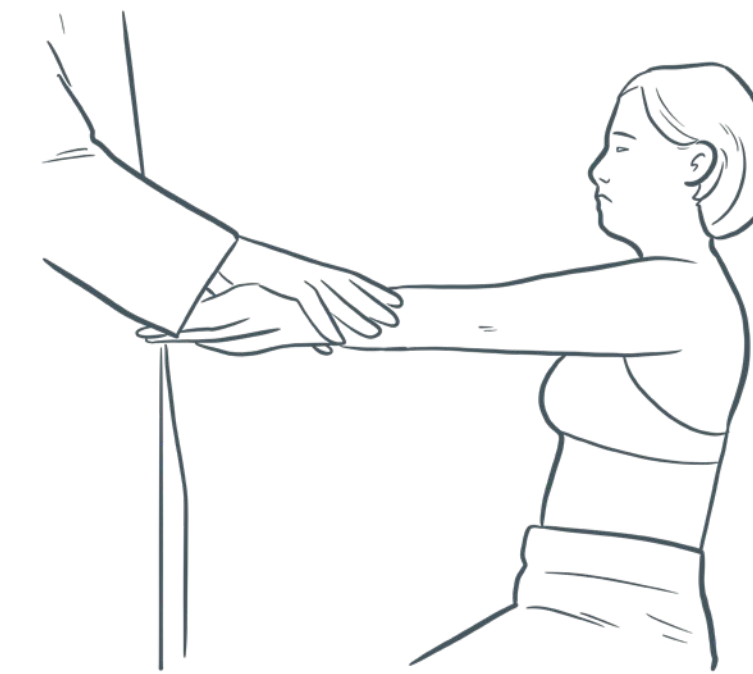


Figura 7. Teste de "Palm-up" para avaliação da longa porção do bicipite.

Longa porção do bicipite

Teste de "Palm-up"

- Cotovelo estendido em supinação;
- Elevação anterior entre os 60° e os 90° contra resistência.

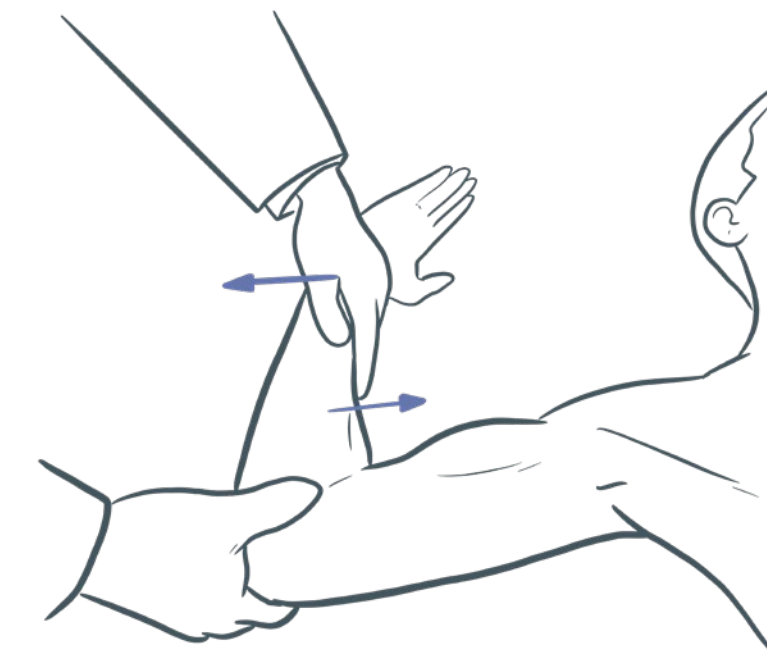


Figura 8. Teste de "Biceps Load" para avaliação da longa porção do bicipite.

Longa porção do bicipite

Teste "biceps load"

(testa a contração bicipital)

- Doente deitado, abdução a 90°;
- Rotação externa, flexão do cotovelo e supinação.

Anexo II – testes para avaliação do ombro

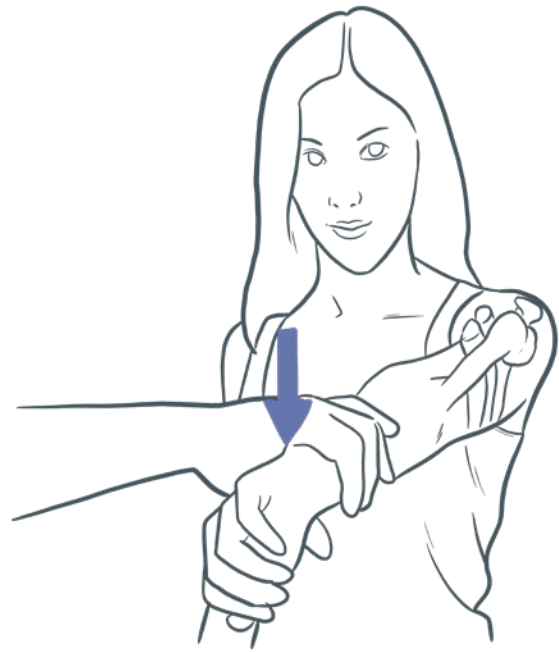


Figura 9. Teste de "O'Briens" para avaliação da longa porção do bicipite.

Longa porção do bicipite

Teste de "O'briens"

- Elevação anterior a 90°, adução 10° e polegar para baixo e testar a resistência;
- Muito bom para testar a LBP e a sua inserção no labrum, a "âncora bicipital", que no jovem que faz ginásio é muitas vezes sede de patologia.

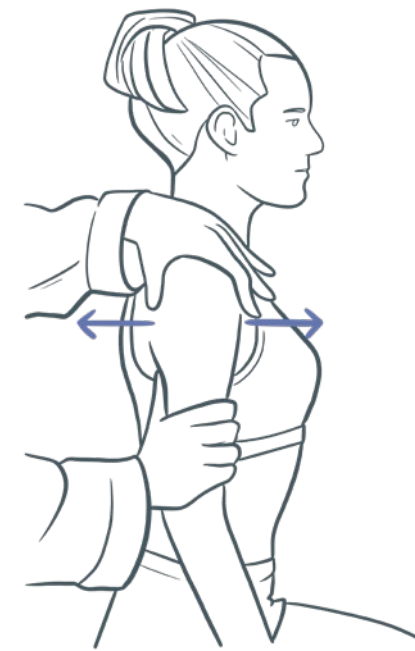


Figura 10. Teste da gaveta para avaliação da estabilidade gleno-umeral.

Estabilidade

Teste da gaveta

(translação gleno-umeral)

- Ombro em repouso;
- Estabilizar escápula e empurrar a cabeça do úmero anterior" e posteriormente.



Figura 11. Teste de "apreensão" para avaliação da estabilidade gleno-umeral.

Estabilidade

Teste de "apreensão"

- Abdução a 90° e cotovelo a 90°;
- Forçar a rotação externa.

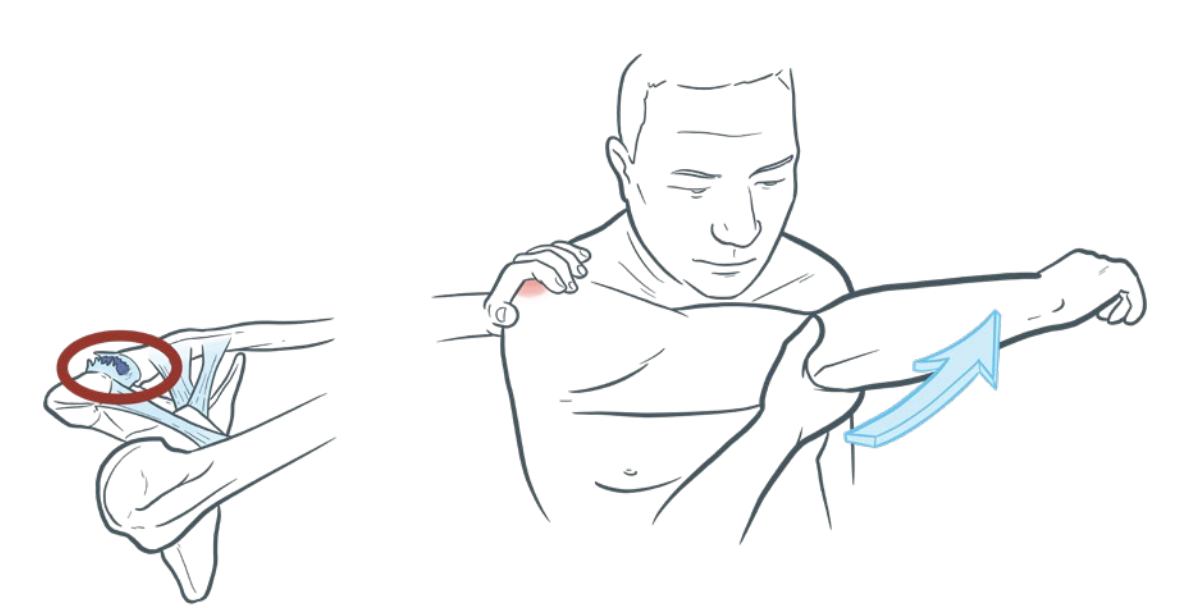


Figura 12. "Cross arm-test" para avaliação de conflito sub-acromial.

Testes de conflito sub-acromial*

"Cross arm-test"

- Pedir ao doente que toque com a mão no ombro contralateral e forçar a adução.

*Estes testes são pouco específicos porque a omalgia é positiva na maioria dos testes, excetuando-se em lesões sem atingimento da coifa. Implícitos quando se solicita elevação do membro.

Dor músculo-esquelética do cotovelo

Anatomia, etiologia e fisiopatologia

A dor no cotovelo pode ter origem nas estruturas ósseas, articulações, tendões, bolsas sinoviais, nervos periféricos, raízes nervosas, estruturas vasculares ou, ainda, ser referida da coluna cervical, ombro, punho ou mão. A extensão repetida do pulso contra resistência ou o desenvolvimento de lesões na sequência de traumatismos são causas comuns desta dor. O Quadro 4 apresenta diversas etiologias da dor no cotovelo e respectivas manifestações sugestivas.

Epidemiologia

A dor na região exterior do cotovelo é a mais comum, apresentando uma prevalência na população geral entre 1% a 3% e uma incidência anual de 4-7 em cada 1000 adultos. Esta dor pode melhorar de forma espontânea e no decurso de 1 a 2 anos em cerca de 80% a 90% dos adultos afetados.

Quadro 4. Etiologia da dor no cotovelo e manifestações sugestivas associadas. Adaptado de Vaz R.

Epicondilite	<ul style="list-style-type: none">• Dor no bordo externo do cotovelo e antebraço.• Agravamento com extensão do punho;• Dor à palpação local.
Epitrocleíte	<ul style="list-style-type: none">• Dor no bordo interno do cotovelo e antebraço;• Agravamento com flexão do punho;• Dor à palpação local.
Bursite olecraniana	<ul style="list-style-type: none">• Dor no vértice do cotovelo;• Tumefação e sensibilidade local.
Traumatismo	<ul style="list-style-type: none">• História de trauma.
Artrite	<ul style="list-style-type: none">• Dor de ritmo inflamatório;• Limitação dolorosa de movimentos ativos e passivos;• Tumefação póstero-interna.
Dor referida	<ul style="list-style-type: none">• Patologia do ombro, cervical, punho, mão e cardíaca;• Exame local sem alterações.



Apresentação clínica



História Clínica

A avaliação da dor num doente com patologia músculo-esquelética do cotovelo deve incluir a identificação de Red Flags e ainda a caracterização da dor:

- Localização;
- Início - súbito (trauma, desporto), insidioso (profissão);
- Duração - aguda vs crónica;
- Tipo - nociceptiva, neuropática, mista;
- Intensidade - avaliação por Escala Numérica da Dor;
- Ritmo - mecânico, inflamatório, misto;
- Irradiação;
- Repercussão Funcional (avaliação por SF36, ODI, EQ-5D);
- Questões laborais, familiares e psicológicas.

SF-36: 36-item short form survey; ODI: Oswestry Disability Index; EQ-5D: EuroQoL - 5 Dimension.



Exame físico

O exame físico deverá incluir a inspeção, palpação e mobilização do cotovelo (Quadro 5).

Quadro 5. Exame físico do cotovelo. Adaptado de Kane SF, et al.

	Localização	Alteração	Patologia Associada
1. Inspeção	Face posterior	Tumefação	Bursite
		Lesões Psoriáticas	Psoríase
		Nódulos reumatóides	Artrite Reumatóide
		Tofos gotosos	Artrite Gotosa
	Toda a articulação	Sinais inflamatórios	Artrite
2. Palpação	Imediatamente abaixo do epicôndilo	Dor à palpação	Epicondilite
	Imediatamente abaixo da epitroclea	Dor à palpação	Epitrocleite
	Face posterior	Bolsa serosa, nódulos reumatóides e tofos gotosos	Bursite, Artrite Reumatóide e Gota
	Toda a articulação	Tumefação e dor	Sinovite, Artrite
3. Mobilização	Movimentos ativos e passivos	Limitadas nas artropatias, especialmente a extensão	Não afetados na epicondilite e epitrocleite
	Extensão resistida do punho	Dolorosa na epicondilite	
	Flexão resistida do punho	Dolorosa na epitrocleite	



Meios Complementares de Diagnóstico (MCDTs)

Raramente são necessários na patologia isolada do cotovelo:

- Se trauma ou sinais de artropatia - radiografia do cotovelo em duas projeções;
- Se suspeita de compressão nervosa periférica - estudo eletromiográfico;
- Se suspeita de artrite ou bursite aguda de causa não esclarecida - colheita de líquido por artrocentese para pesquisa de cristais e bactérias.



Red flags

- História de trauma;
- Tumoração;
- Sinais e sintomas sistêmicos;
- Edema e rubor articular.



Tratamento

O tratamento da dor no cotovelo é multimodal sendo a componente não farmacológica privilegiada. O tratamento tem como objetivos o controlo da dor, a preservação da mobilidade e o restabelecimento da atividade funcional do membro afetado,

Tratamento Farmacológico

- AINEs;
- Corticóides (injectáveis).

Tratamento Não Farmacológico

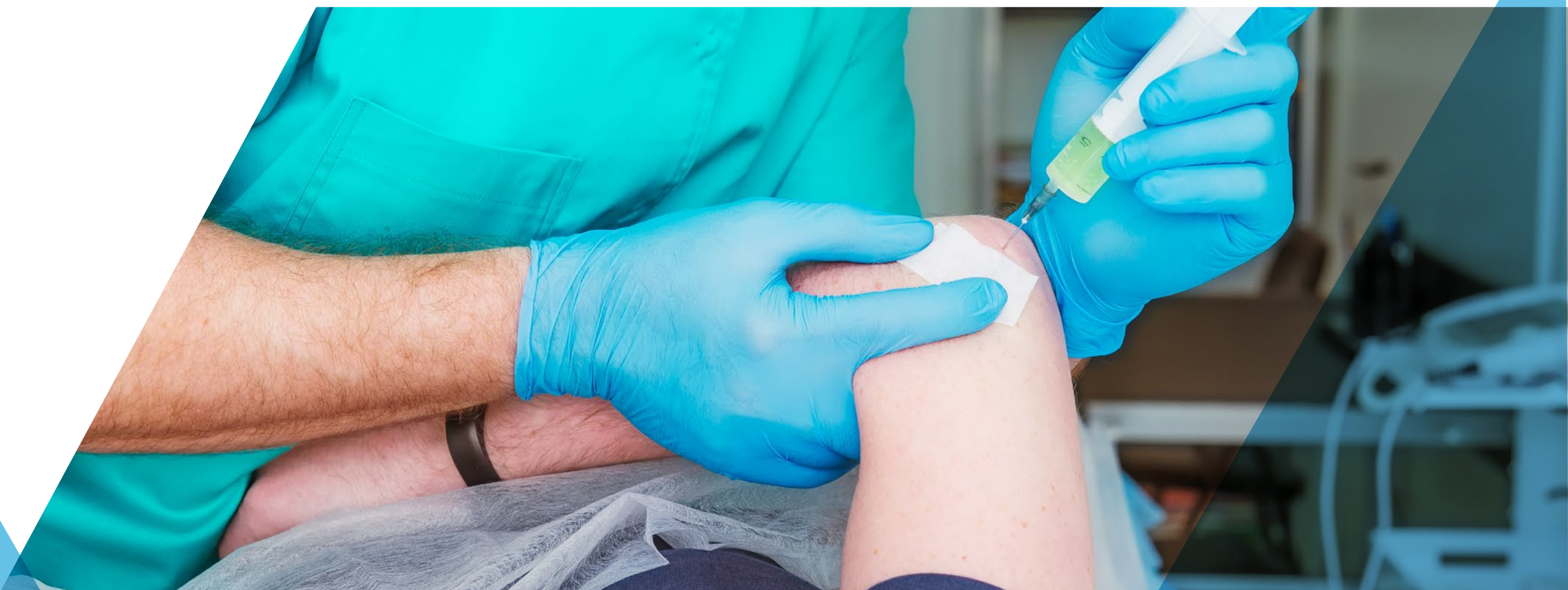
- Repouso do membro afetado;
- Fisioterapia – ultrassons, aplicação de frio;
- Exercício físico com alongamento e fortalecimento muscular;
- Utilização de ortóteses.

O recurso a cirurgia é feito quando não há melhorias da dor após um período de tratamento prolongado.

Quando referenciar a consulta hospitalar

Encaminhar à consulta externa:

- Na presença de sinais clínicos e/ou imagiológicos de artropatia, mecânica ou inflamatória, de causa não esclarecida;
- Na presença de artrite;
- Na presença de tendinite ou bursite clinicamente importante e resistente às medidas acessíveis em ambulatório geral;
- Se dor persistente e incapacitante de causa não esclarecida.



Dor do punho e mão

Anatomia, etiologia e fisiopatologia

O punho e a mão constituem uma unidade estrutural complexa e são sede frequente de patologias loco-regionais, mas também são acometidas por doenças reumáticas sistêmicas.

São várias as situações clínicas que podem originar dor no punho e na mão e que devem ser diferenciadas. O Quadro 6 apresenta uma descrição de manifestações sugestivas associadas a distintas etiologias desta dor.

Epidemiologia

A dor não específica no pulso e na mão afeta cerca de 10% da população geral. A execução de tarefas que incluem movimentos repetitivos, como a utilização de computadores, está frequentemente associada a dor no pulso e na mão. Esta dor também se encontra associada a fatores psicológicos.

Quadro 6. Etiologia da dor no cotovelo e manifestações sugestivas associadas. Adaptado de Vaz, R.

Síndrome do túnel cárpico	<ul style="list-style-type: none">• Parestesias na mão limitadas à área do nervo mediano;• Predomínio noturno e matinal;• Sinais de Tinel e Phalen positivos;
Síndrome do nervo cubital	<ul style="list-style-type: none">• Parestesias no bordo ulnar do antebraço e mão;• Sinais de Tinel positivo no cotovelo ou canal de Guyon.
Tenosinovite de Quervain	<ul style="list-style-type: none">• Dor no bordo externo do punho e polegar;• Ritmo mecânico;• Palpação local dolorosa;• Manobra de Finkelstein positiva.
Tenosinovite dos flexores	<ul style="list-style-type: none">• Dor inflamatória ou mecânica;• Limitação da flexão ativa dos dedos;• Ressalto do dedo (dedo em gatilho).
Contratura de Dupuytren	<ul style="list-style-type: none">• Retração da fáscia palmar sobre os flexores do 3º, 4º ou 5º dedos.
Rizartrose (articulação trapezo-metacárpica)	<ul style="list-style-type: none">• Dor mecânica na base do polegar e bordo radial do punho.
Artrose nodal	<ul style="list-style-type: none">• Dor com ritmo misto;• Interfalângicas proximais e distais;• Nódulos articulares firmes.
Artrites	<ul style="list-style-type: none">• Dor de ritmo inflamatório;• Tumefação duro-elástica.
Radiculopatias	<ul style="list-style-type: none">• Exame local normal;• Manifestações associadas.



Apresentação clínica



História Clínica

A avaliação da dor num doente com dor no punho e mão deve incluir a caracterização da dor:

- Localização;
- Início - súbito (trauma, desporto), insidioso (profissão);
- Duração - aguda vs crónica;
- Tipo - nociceptiva, neuropática, mista;
- Intensidade - avaliação por Escala Numérica da Dor;
- Ritmo - mecânico, inflamatório, misto;
- Irradiação;
- Fatores de alívio;
- Repercussão Funcional (avaliação por SF36, ODI, EQ-5D);
- Questões laborais, familiares e psicológicas;
- Outros sinais ou sintomas associados.



Exame físico

O exame físico deverá incluir a inspeção, palpação e mobilização do punho e da mão (Quadro 7).

Quadro 7. Exame físico do punho e da mão. Adaptado de Vaz, R.

	Alteração	Patologia Associada	
1. Inspeção	Lesões eritematosas dispostas na face dorsal dos dedos entre as articulações	Lúpus Eritematoso Sistémico (LES)	
	Pápulas nacaradas no dorso das articulações dos dedos (Pápulas de Gottron) e lesões eritematosas e descamativas no bordo periungueal	Dermatomiosite	
	Aspeto tipo cera, dura e dificilmente pregueável	Esclerose Sistémica Progressiva	
	Pequenas perdas de substância na polpa dos dedos	Doença do Tecido conjuntivo (LES e Esclerose Sistémica)	
	Lesões escuras, punctiformes, na periferia das unhas	Vasculite dos pequenos vasos	
	Distrofia ungueal ou ponteado no dorso das unhas	Psoríase	
	Atrofia da eminência tenar	Síndrome do túnel cárpico	
	Atrofia da eminência hipotenar	Síndrome do cúbito	
	Atrofia generalizada dos interósseos	Artrite crónica	
	Tumefação do dorso do punho (imagem em ampolheta)	Tenossinovite dos extensores comum dos dedos	
	Tumefação das articulações interfalângicas proximais	Artrite	
Tumefação localizada mole	Quistos sinoviais do punho		
2. Palpação	Nodularidades Articulações do punho Tabaqueira anatómica - Tenossinovite de Quervain Articulações metacarpo-falângicas (MCF) 1ª MCF e Interfalângicas Proximais (IFP) Articulações interfalângicas distais (IFD) Tendões dos flexores		
3. Mobilização		Alteração	Patologia Associada
	Movimentos passivos e ativos	Limitação dos movimentos ativos e passivos	Lesão articular ou fibrose da cápsula
	Movimentos ativos	Limitação apenas da mobilidade passiva	Lesão periarticular (tendões músculos e nervos)
	Manobra de Filkelstein	Dor à extensão e Abdução do polegar.	Tenossinovite de Quervain
	Contratura em flexão das articulações MCF e IFP do 4º e 5º dedos	Limitação da extensão	Contratura de Dupuytren



Meios Complementares de Diagnóstico (MCDTs)

O diagnóstico é clínico em várias patologias do punho e da mão, sem necessidade de exames complementares de diagnóstico (Tenosinovite de Quervain, artrose nodal, rizartrose, contratura de Dupuytren, queiroartropatia diabética).

No entanto, podem ser usados MCDTs:

- Se suspeita de artrite - reagentes de fase aguda, hemograma e bioquímica básica;
- Na presença de poliartrite - fator reumatóide e anticorpos antinucleares;
- Se suspeita de artropatia - radiografia das mãos e punhos (em incidência antero-posterior e oblíqua).



Red flags

- Presença de infecção;
- Inflamação;
- Sintomas sistêmicos.

Tratamento

Farmacológico

- AINEs orais;
- Infiltração local de corticoides.

Não farmacológico

- Repouso;
- Aplicação de frio;
- Ortóteses.

A intervenção cirúrgica poderá ser necessária em casos sem melhoria com tratamento conservador.

Quando referenciar a consulta hospitalar

- Clínica sugestiva de artrite;
- Sempre que haja indícios sustentáveis de doença do tecido conjuntivo;
- Sempre que a radiologia mostrar perda de espaço articular ou erosões, mesmo que a clínica seja pouco sugestiva;
- Sempre que as lesões dos tecidos moles se mostrem renitentes ao tratamento conservador.

Dor músculo-esquelética do membro inferior

Anatomia, etiologia e fisiopatologia

A dor no membro inferior pode ter origem em estruturas ósseas, tecidos, articulações, tendões ou bolsas sinoviais. O Quadro 8 apresenta possíveis etiologias para esta dor.

Quadro 8. Etiologia da dor do membro inferior.

Bursite trocantérica /síndrome da dor trocantérica	<ul style="list-style-type: none">• Inflamação dolorosa da bolsa localizada superficialmente ao trocânter maior do fêmur.
Fasceíte plantar/espório calcâneo	<ul style="list-style-type: none">• Processo degenerativo crônico das fibras da fáscia plantar provocado por microtraumatismo repetitivo com ou sem inflamação.
Bursite anserina/tendinopatia pata de ganso	<ul style="list-style-type: none">• Patologia inflamatória da bursa serosa anserina localizada entre os tendões da pata de ganso (sartório, grácil e semi-tendinoso) e o prato tibial interno;• Patologia peri-articular mais frequente do joelho.
Tendinopatia do tendão de aquiles/rotura	<ul style="list-style-type: none">• Uma das principais causas de dor posterior do pé;• Causado por microtrauma por dinâmica anormal de corrida, calçado inadequado ou aumento da intensidade de treino.

Epidemiologia

- **Bursite trocantérica/síndrome da dor trocantérica**
 - Prevalência de 10 a 15% entre a população geral, afetando sobretudo mulheres.
- **Fasceíte Plantar/espório calcâneo**
 - Frequente em pessoas que praticam corrida (representa 10% das lesões de corredores);
 - Afeta até 10% da população em geral e um pico de incidência ente 40-60 anos;
 - Afeta duas vezes mais as mulheres.
- **Bursite Anserina/Tendinopatia Pata de Ganso**
 - Frequente em mulheres obesas de meia-idade e em portadores de artrose/artrite do joelho;
 - Complicação frequente de pós-operatório de artroscopia e cirurgia para colocação de prótese do joelho.
- **Tendinopatia do Tendão de Aquiles/Rotura**
 - Apresenta uma incidência 7/100000 habitantes e ocorre na sua maioria em praticantes de desportos recreativos;
 - Em cerca de 10% dos afetados verifica-se história de uma lesão prévia.

Apresentação clínica



História Clínica

Bursite trocantérica/síndrome da dor trocantérica

- O sintoma clássico da bursite trocantérica é a dor na região trocantérica maior. A dor pode irradiar para baixo na face lateral da coxa ipsilateral, no entanto, não irradia até ao pé;
- O início da dor pode ser insidioso ou agudo;
- Os sintomas são agravados pelo decúbito lateral para o lado da bursa afetada.

Fasceíte Plantar/espório calcâneo

- Dor intensa da face anterior do calcâneo nos primeiros passos da manhã ou após outros longos períodos de repouso que pode irradiar proximalmente;
- Inicialmente, a dor diminui com a deambulação ou com o aquecimento atlético, mas depois aumenta ao longo do dia;
- Associada ou não a rigidez e edema localizado;
- São fatores precipitantes do quadro o aumento da quantidade ou da intensidade da atividade, corrida ou caminhada, exercício num piso/superfície diferente e mudança recente de calçado de desporto ou traumatismos anteriores (quedas, acidentes de automóvel, lesões relacionadas ao trabalho).

Bursite Anserina/Tendinopatia Pata de Ganso:

- Dor com ritmo misto, com predomínio mecânico na face medial do joelho;
- Sensibilidade na porção infero-medial agravada pela marcha, por vezes com agravamento noturno, especialmente em decúbito lateral pelo contacto dos dois joelhos.

Tendinopatia do Tendão de Aquiles/Rotura:

- Dor com ritmo inflamatório;
- Edema, rubor e calor local;
- Dor exacerbada por corrida, subir escadas e exercício (surge no início da atividade, desaparece durante a atividade e recorre mais intensa após cessação da mesma).





Exame físico

Bursite trocantérica/síndrome da dor trocantérica

- O achado físico mais clássico é a sensibilidade sobre o trocânter maior;
- A palpação também pode reproduzir dor que irradia para baixo da coxa lateral;
- A dor pode ser agravada pela rotação externa passiva da coxa, sem dor com a rotação interna. Além disso, a rotação externa pode ser combinada com abdução passiva do quadril;
- A dor lateral do quadril pode ser reproduzida com flexão do quadril seguida de abdução resistida do quadril.

Fasceíte Plantar/espório calcâneo

- Dor à palpação ao longo da tuberosidade medial do calcâneo é característica, que pode ser mais intensa com o pé e dedos em dorsiflexão ou se o doente andar em “bicos de pés”;
- Com ou sem edema e rubor.

Bursite Anserina/Tendinopatia Pata de Ganso

- Tumefação local; raros outros sinais inflamatórios;
- Dor à palpação da face antero-interna da tibia até ao terço inferior da face postero-interna da coxa – palpação é a chave para o diagnóstico.

Tendinopatia do Tendão de Aquiles/Rotura

- Doloroso no ponto 4-6 cm acima da inserção do tendão no calcâneo e com sinais inflamatórios;
- Dor à dorsiflexão do tornozelo;
- Testes a realizar:
 - **Thompson:**
 - doente em decúbito ventral e flexão do joelho a 90°;
 - compressão dos músculos posteriores da perna pelo examinador;
 - o lado afetado apresenta defeito na flexão plantar.
 - **De Matles:**
 - doente em decúbito ventral;
 - flexão ativa do joelho do doente a 90°;
 - o lado afetado cai para posição neutra ou dorsifletida.





Meios Complementares de Diagnóstico (MCDTs)

Bursite trocantérica/síndrome da dor trocantérica

- Radiografia da anca pode evidenciar calcificação peritrocantérica;
- Ecografia de partes moles.

Fasceíte Plantar/espório calcâneo

- Não é necessário recorrer a MCDTs para o diagnóstico, apenas para diagnóstico diferencial de outras causas de dor no calcanhar.

Bursite Anserina/Tendinopatia Pata de Ganso:

- O diagnóstico é clínico, não sendo necessário recorrer a MCDTs;
- Radiografia pode mostrar calcificação da inserção dos tendões (exostose óssea).

Tendinopatia do Tendão de Aquiles/Rotura

- O diagnóstico é clínico, não sendo necessário recorrer a MCDTs.



Red flags

- Parestesias associadas, dor noturna ou sintomas sistêmicos devem levantar suspeitas de outras causas de dor no calcanhar (ou seja, causas neoplásicas, infecciosas e neurológicas).



Tratamento

Bursite trocantérica/síndrome da dor trocantérica

- **Farmacológico**
 - AINEs orais;
 - Aplicação de adesivos anestésicos locais tópicos de libertação sustentada.
- **Não farmacológico**
 - Medicina Física e Reabilitação (TENS, ondas de choque, exercícios de alongamento);
 - Repouso, aplicação de frio.

Fasceíte Plantar/espório calcâneo

- **Farmacológico**
 - AINEs orais.
- **Não farmacológico**
 - Aplicação diária de frio durante 6 semanas;
 - Alongamento, cintas e fitas adesivas e ortóteses/palmilhas de venda livre;
 - Aconselhamento quanto à modificação da atividade, bem como a escolha de calçado adequado;
 - Após 6 semanas, em casos refratários: uso de tala noturna e tratamento com possivelmente, injeção de corticoides, juntamente com o regime inicial por mais 6 semanas.

Bursite Anserina/Tendinopatia Pata de Ganso

- **Farmacológico**
 - AINE oral e tópico em dose máxima, 2-3 semanas;
 - Infiltração local de corticoides.
- **Não farmacológico**
 - Repouso;
 - Aplicação de frio;
 - Utilização de almofada entre as coxas;
 - Medicina Física e Reabilitação (tratamento com melhores resultados).

Tendinopatia do Tendão de Aquiles/Rotura

- **Farmacológico**
 - AINEs orais durante 7 a 10 dias.
- **Não farmacológico**
 - Repouso;
 - Aplicação de frio;
 - Utilização de bandas elásticas;
 - Se crónica (>3 meses): Medicina Física e Reabilitação e uso de ortótese.

Quando referenciar a consulta hospitalar ou ao serviço de urgência

Bursite trocantérica / síndrome da dor trocantérica

- **Referenciação para Consulta de Ortopedia:**
 - injeção de corticosteroides e anestésicos locais;
 - intervenções cirúrgicas podem ser úteis em casos refratários.

Fasceíte Plantar / esporão calcâneo

- **Referenciação para Consulta de Ortopedia e Medicina Física e Reabilitação:**
 - persistência da dor;
 - terapia de injeção;
 - imobilização em uma bota de gesso ou andador e uso de ortóteses personalizadas;
 - casos graves sem melhoria com tratamento conservador onde intervenção cirúrgica pode ser necessária.

Bursite Anserina / Tendinopatia Pata de Ganso

- **Referenciação para Consulta de Ortopedia:**
 - persistência da dor;
 - terapia de injeção;
 - casos graves sem melhoria com tratamento conservador onde a intervenção cirúrgica pode ser necessária.

Tendinopatia do Tendão de Aquiles/Rotura

- Referenciação para Consulta de Ortopedia para tratamento cirúrgico se rotura total.



BIBLIOGRAFIA

1. Allbrook V. 'The side of my wrist hurts': De Quervain's tenosynovitis. *Australian Journal of General Practice*. 2019;48(11):753-6.
2. Bates D, Schultheis BC, Hanes MC, Jolly SM, Chakravarthy KV, Deer TR, et al. A Comprehensive Algorithm for Management of Neuropathic Pain. *Pain Med*. 2019;20(Suppl 1):S2-S12.
3. Canale ST, Beatty JH. *Campbell's Operative Orthopaedics*. 11th Edition ed: Mosby, an Imprint of Elsevier, Philadelphia; 2008.
4. Cartucho A, Espregueira-Mendes J. *O Ombro*. Ed Lidel. 2009.
5. Coggon D, Ntani G, Walker-Bone K, Felli VE, Harari F, Barrero LH, et al. Determinants of international variation in the prevalence of disabling wrist and hand pain. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20(1):436.
6. Cohen SP, Hooten WM. Advances in the diagnosis and management of neck pain. *BMJ*. 2017;358:j3221.
7. Cutts S, Gangoo S, Modi N, Pasapula C. Tennis elbow: A clinical review article. *J Orthop*. 2020;17:203-7.
8. Descatha A, Despreaux T, Calfee RP, Evanoff B, Saint-Lary O. Progressive elbow pain. *BMJ*. 2016;353:i1391.
9. Harryman DT, Lazarus MD. The stiff shoulder. In: Rockwood CA, Matsen FA III, eds *The Shoulder* Philadelphia; WB Saunders 2004:1121-72.
10. Kane SF, Lynch JH, Taylor JC. Evaluation of elbow pain in adults. *Am Fam Physician*. 2014;89(8):649-57.
11. Luime JJ, Koes BW, Hendriksen IJ, Burdorf A, Verhagen AP, Miedema HS, et al. Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population; a systematic review. *Scand J Rheumatol*. 2004;33(2):73-81.
12. Magee DJ. *Orthopedic Physical Assessment*. Ed W.B. Saunders Company. 2002.
13. Marshall M, Watt FE, Vincent TL, Dziedzic K. Hand osteoarthritis: clinical phenotypes, molecular mechanisms and disease management. *Nat Rev Rheumatol*. 2018;14(11):641-56.
14. Matsen FA, Harryman DT, Sidles JA. Mechanics of glenohumeral instability. *Clin Sports Med*. 1991;10(4):783-8.
15. Merskey H, Bogduk N. Pain Terms: A Current List with Definitions and Notes on Usage. In: *Classification of Chronic Pain, Second Edition*, IASP Task Force on Taxonomy 1994:209-14.
16. Mitchell C, Adebajo A, Hay E, Carr A. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *BMJ*. 2005;331(7525):1124-8.
17. Neves N, Maia e Costa C. *Guia de Diagnóstico e Terapêutica: Dor nas Costas*. Springer Healthcare Communications. 2017.
18. Neviasser JS. Adhesive capsulitis of the shoulder: A Study of the Pathological Findings in Periarthritis of the Shoulder. *JBJS*. 1945;27(2):211-22.
19. Prasad G, Bhalli MJ. Assessing wrist pain: a simple guide. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020;81(5):1-7.
20. Rao RD, Currier BL, Albert TJ, B. CM, Marawar SV, Poelstra KA, et al. Degenerative cervical spondylosis: clinical syndromes, pathogenesis, and management. *J Bone Joint Surg Am*. 2007;89(6):1360-78.
21. Vaz R. *Patologia músculo-esquelética para Médicos de Família*. Ed Heartbrain - Consultores em Comunicação Lda. 2021.
22. Walker-Bone K, Palmer KT, Reading I, Coggon D, Cooper C. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. *Arthritis Rheum*. 2004;51(4):642-51.
23. Young CC. Plantar Fasciitis. in: <https://emedicine.medscape.com/article/86143-overview>. Updated: Jan 22, 2019.



Esta é uma publicação da APMGF-Grupo de Estudos de Dor com o patrocínio da Grünenthal S.A., sendo que esta última não teve qualquer influência nos conteúdos da mesma.