

Quando
Movimento
Dói



Avalie
Compreenda
Aja

ANO MUNDIAL CONTRA DOR MUSCULOESQUELÉTICA OUTUBRO 2009 - OUTUBRO 2010

Cervicalgia

Introdução

Cervicalgia é um problema comum em todo o mundo, pelo menos no mundo industrializado, e constitui causa importante de incapacidade. O pescoço controla os movimentos da cabeça em relação ao resto do corpo. Uma vez que os olhos e os órgãos vestibulares são localizados na cabeça, informações vindas dos mecanorreceptores das estruturas do pescoço são cruciais para interpretar os dados vestibulares e para controlar as funções motoras que dependem das informações visuais. A cervicalgia pode, assim sendo, ter profundas conseqüências.

Epidemiologia e economia

- Anualmente, a cervicalgia afeta entre 30 a 50% da população geral.
- 15% da população geral experimentarão cervicalgia crônica (>3 meses) em algum momento de suas vidas.
- Anualmente, entre 11 e 14% da população economicamente ativa experimentarão limitação devida a cervicalgia.
- A maior prevalência ocorre em doentes de meia idade, e as mulheres são mais afetadas que os homens.
- Os fatores de risco incluem o trabalho repetitivo, longos períodos de flexão cervical, estresse aumentado no trabalho, fumo, e traumatismos prévios do pescoço e ombros.

Fisiopatologia

A fisiopatologia da maioria das condições de cervicalgia não é esclarecida. Existem evidências de distúrbios do metabolismo oxidativo e níveis elevados de substâncias que provocam dor muscular na região cervical, que sugerem que a circulação ou o metabolismo deteriorado do músculo local podem fazer parte da fisiopatologia.

A dor cervical ou cervicalgia se associa também com a alteração da coordenação dos músculos cervicais e a deterioração da propriocepção do pescoço e dos ombros. As evidências sugerem que estes fenômenos são ocasionados pela dor, mas também podem agravar a condição.

Para a cervicalgia de ocorrência pós-traumática, a lesão de tecidos moles pode dificultar a informação a partir dos mecano-receptores nos tecidos acometidos, e provocar disfunções sensitivas e motoras.

Características clínicas

- As condições de cervicalgia se desenvolvem de forma gradual ou tem aparecimento pós-traumático.
- Os episódios recorrentes são comuns.
- Os sintomas clínicos associados com a dor cervical são: dor e rigidez do pescoço, dor de cabeça, tonturas e dor que se propaga aos ombros e as extremidades superiores.

- A dor cervical pós-traumática se associa com uma variedade mais ampla de sintomas que incluem sintomas temporomandibulares, distúrbios visuais e auditivos, distúrbios do sono, da cognição e da emoção.
- Comorbidades como ansiedade, depressão e lumbago podem indicar condições mais preocupantes.

Critérios diagnósticos

- Não existem critérios de diagnóstico objetivos para a maioria das condições de dor cervical. Assim sendo, os diagnósticos se baseiam nos sintomas.
- As imagens obtidas através de ressonância magnética são úteis nos transtornos específicos como a mielopatia e em doentes intensamente comprometidos, no entanto, possuem valor limitado para a maioria dos casos de cervicalgia.
- Manobras provocativas são úteis na determinação do envolvimento compressivo de raízes nervosas.
- A força-tarefa de Quebec (“FTQ”) propôs um sistema para classificação da cervicalgia pós-traumática associada ao mecanismo de chicote. O sistema estabelece cinco níveis que correspondem à intensidade de comprometimento desta afecção.

Diagnóstico e tratamento

Devido ao limitado conhecimento sobre a fisiopatologia da maioria das cervicalgias, o tratamento etiológico, em geral, não é possível. Assim sendo, as intervenções terapêuticas e de reabilitação são preponderantemente voltadas a redução dos sintomas e a melhora da função.

- Há provas contundentes a favor da afirmação de que os programas multimodais de reabilitação que incluem o exercício físico, a mobilização, a manipulação, e as intervenções psicológicas, melhoram a função e a participação em atividades.
- Para o tratamento imediato ou a curto prazo, existem provas de que a acupuntura, a terapia de aplicação do laser de baixa potência e da aplicação de campos de pulsos eletromagnéticos podem ser efetivos.
- Não existem evidências de que nenhum tratamento farmacológico seja efetivo, exceto o alívio da dor de curto prazo mediante injeções intramusculares de lidocaína.

Tradução Dr. José Oswaldo de Oliveira Júnior

Referências:

1. Cote P, van der Velde G, Cassidy JD, Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Holm LW, Carragee EJ, Haldeman S, Nordin M, Hurwitz EL, Guzman J, Peloso PM. The burden and determinants of neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 2008;33(4 Suppl):S60–74.
2. Falla D. Neuromuscular control of the cervical spine in neck pain disorders. In: Graven-Nielsen T, Arendt-Nielsen L, Mense S, editors. *Fundamentals of musculoskeletal pain*. Seattle: IASP Press; 2008. p. 417–30.
3. Gross AR, Goldsmith C, Hoving JL, Haines T, Peloso P, Aker P, Santaguida P, Myers C. Conservative management of mechanical neck disorders: a systematic review. *J Rheumatol* 2007;34:1083–102.
4. Hogg-Johnson S, van der Velde G, Carroll LJ, Holm LW, Cassidy JD, Guzman J, Cote P, Haldeman S, Ammendolia C, Carragee E, Hurwitz E, Nordin M, Peloso P. The burden and determinants of 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* 2008;33(4 Suppl):S39–51.
5. Jensen I, Harms-Ringdahl K. Neck pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21:93–108.
6. Nordin M, Carragee EJ, Hogg-Johnson S, Weiner SS, Hurwitz EL, Peloso PM, Guzman J, van der Velde G, Carroll LJ, Holm LW, Cote P, Cassidy JD, Haldeman S. 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* 2008;33(4 Suppl):S101–22.
7. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E. Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash- Associated Disorders: redefining “whiplash” and its management. *Spine* 1995;20(8 Suppl):1S–73S.
8. Sterner Y, Gerdle B. Acute and chronic whiplash disorders: a review. *J Rehabil Med* 2004;36:193–209.

