

Manual Prático de Exame Físico em Dor

Manual Prático de Exame Físico em Dor

Raul Marques Pereira
Ana Barbosa
Mafalda Cerqueira

parsifal

WWW.PARSIFAL.PT
WWW.FACEBOOK.COM/EDICOESPARSIFAL

© 2021, Raul Marques Pereira, Ana Sofia Vieira Barbosa,
Mafalda Cerqueira e Edições Parsifal, Lda.

EDIÇÕES PARSIFAL
Av. Elias Garcia, n.º 76, 1.º F
1050-100 Lisboa
Telefone: 211 985 674
info@parsifal.pt

Autores: Raul Marques Pereira, Ana Sofia Vieira Barbosa
e Mafalda Cerqueira

Título: *Manual Prático de Exame Físico em Dor*

Capa e paginação: Augusto Nunes

Revisão: Edições Parsifal

Impressão: Lousanense, Lda.

1.ª edição: Maio de 2021

ISBN: 978-989-8760-84-5

Depósito Legal n.º 483 473/21

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	9
PREFÁCIO	11
1. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DA COLUNA CERVICAL	13
2. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DA COLUNA LOMBAR	19
3. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DO JOELHO	23
4. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DA ANCA	29
5. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DO OMBRO	39
6. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA POR NEUROPATIA	45
7. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DO DOENTE COM DOR GENERALIZADA	53
8. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DO DOENTE ONCOLÓGICO	59
9. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DO DOENTE EM FIM DE VIDA	63
BIBLIOGRAFIA	67
BIOGRAFIA DOS AUTORES	71

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem à Angelini todo o apoio, desde o momento em que a ideia para escrever este livro surgiu, e que tornou esta obra possível.

PREFÁCIO

A dificuldade de tornar simples aquilo que é complexo é um dos grandes desafios da Medicina moderna.

Sendo a história clínica e o exame físico as grandes armas de qualquer médico, estas tornam-se ainda mais relevantes no contexto clínico dos Cuidados de Saúde Primários, em que se impõem decisões rápidas e sem acesso imediato a meios complementares de diagnóstico.

Por isso, encaramos a tarefa de resumir num livro “de bolso” uma parte significativa do exame físico da patologia dolorosa como um contributo para o dia a dia de todos os médicos que dão resposta a uma enorme variedade de quadros clínicos e que precisam de meios simples e eficazes para avaliar as pessoas com dor.

Nesta primeira edição, optou-se por fazer um resumo dos pontos fundamentais de cada área clínica abordada. Tentou-se, por um lado, refletir a evidência disponível e, por outro, apresentá-la de uma forma que permita uma fácil consulta e o esclarecimento de dúvidas que surjam na gestão diária de consulta.

Haverá, seguramente, muito para melhorar, mas este é apenas um ponto de partida. Para a sistematização do exame físico em dor e para um novo olhar sobre as ferramentas de que precisamos para fazer mais e melhor pelos nossos doentes, todos os dias.

Esperamos que, com o contributo dos leitores, edições futuras sejam ainda mais práticas e úteis para todos os médicos que avaliam e tratam patologia dolorosa.

Até breve,

A handwritten signature in black ink, reading "Raul Marques Pereira". The signature is fluid and cursive, with the first name "Raul" being the most prominent.

Raul Marques Pereira
Especialista em Medicina Geral e Familiar
Coordenador do Grupo de Estudos de Dor da APMGF

1. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DA COLUNA CERVICAL

Ana Sofia Vieira Barbosa (Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

INTRODUÇÃO

A patologia cervical é um problema frequente que pode atingir 22% a 70% da população em algum momento da sua vida. A sua prevalência aumenta com a idade e é mais frequente nas mulheres na quinta década de vida. A anamnese deve ter em conta, além do género, outros fatores de risco importantes como a história prévia de cervicalgia, idade avançada, história laboral, tabagismo, sedentarismo e escassa rede de suporte social e laboral. Antecedentes de lombalgia devem ainda ser tidos em conta. É fundamental para averiguar possíveis etiologias e diferenciar cervicalgia primária de omalgia, dor no membro superior, plexopatia braquial, patologia vascular, síndrome do desfiladeiro torácico ou dor referida de vísceras torácicas.

ANATOMIA

A coluna cervical exerce funções de sustentação, proteção e movimento. É constituída por sete vértebras, cinco discos intervertebrais e um amplo conjunto de ligamentos. Pode ser dividida em duas unidades funcionais: superior (unidade occipito-atlanto-axial) e inferior (C3-C4-C5-C6-C7). O segmento superior é fundamental para a mobilidade cervical, tanto de flexão e extensão (articulação atlanto-occipital), como de rotação (atlantoaxial). A unidade funcional inferior possibilita flexão, extensão e movimentação lateral da coluna.

Ligamentos

Destacam-se o ligamento longitudinal anterior, que se adere à porção anterior dos corpos vertebrais e previne lesões por hiperextensão, o ligamento longitudinal posterior, que se adere na face posterior dos corpos vertebrais, o ligamento amarelo, localizado sob as lâminas vertebrais, e os ligamentos interespinhosos e intertransversos. A medula cervical é fixa à dura-máter pelos ligamentos denteados e apresenta um diâmetro máximo que ocupa cerca de 3/5 do canal raquidiano.

Irrigação

A irrigação da coluna cervical ocorre através da artéria vertebral e seus ramos colaterais – as artérias vertebromedulares.

Músculos

A musculatura do pescoço é extensa e pode ser agrupada de acordo com a sua localização:

Triângulo anterior do pescoço: é constituído pelos músculos supra-hióideos (estilo-hióideo, digástrico, milo-hióideo e gênio-hióideo), cuja função é elevar o osso hioide e facilitar a deglutição, e músculos infra-hióideos (omo-hióideo, esterno-hióideo, tiro-hióideo e esternotiróideo), que deprimem o osso hioide e favorecem a sua união às estruturas subjacentes.

Triângulo posterior: músculo esternocleidomastóideo (responsável pela inclinação ipsilateral do pescoço até ao ombro e rotação cervical contralateral), músculo trapézio (apoia a rotação da omoplata nos movimentos de abdução do ombro) e esplénio da cabeça (extensão cervical e rotação cervical ipsilateral); músculo elevador da omoplata; escalenos posterior, médio e anterior (levantam a 1.^a e 2.^a costelas) e músculo omo-hióideo (deprime o osso hioide).

Existem ainda os músculos pré-vertebrais e vertebrais laterais, inervados pelo plexo braquial: músculo reto anterior da cabeça (flexão anterior da cabeça) e reto lateral da cabeça (flexão ipsilateral da cabeça), músculo longo do pescoço (flexão anterior e lateral do pescoço e ligeira rotação contralateral) e músculo longo da cabeça (flexão da cabeça).

Inervação

Cruzam o triângulo anterior os nervos cranianos VII-facial, IX-glosssofaríngeo, X-vago, XI-acessório e XII-hipoglosso e nervos periféricos do plexo braquial. Ao nível do triângulo posterior, cruzam o nervo acessório (XI), ramos do plexo cervical, componentes e ramos do plexo braquial.

EXAME FÍSICO

Inspeção

Permite avaliar deformidades, sinais traumáticos, desvios laterais (escoliose) e ântero-posteriores (cifose-lordose), que podem ser causa ou consequência da dor (postura antálgica adotada).

Palpação

É importante avaliar pontos dolorosos, que podem indicar acometimento da vértebra correspondente, contraturas musculares, adenomegalias ou massas.

Avaliação da amplitude de movimento articular ativa e passiva

Permite avaliar a mobilidade e rigidez locais e a reprodução de sintomas nos doentes com cervicalgia.

Exame neurológico

Força muscular: colocar o segmento a avaliar em posição anti-gravidade e aplicar resistência ao seu movimento ativo. É avaliada através da escala Medical Research Council (0 a 5).

Sensibilidade: testar a sensibilidade nas regiões dos diferentes dermatômos.

Reflexos osteotendinosos: prestar especial atenção à existência de assimetrias em relação aos reflexos ipsi e contralaterais, que permitem muitas vezes identificar o nível da lesão.

- Reflexo bicipital: percussão do tendão do músculo bicípite braquial ao nível da fossa cubital. Avalia as raízes C5-C6;
- Reflexo tricipital: percussão sobre o tendão do músculo tricipital ao nível da região posterior do cotovelo, com o cotovelo fletido a 90 graus. Avalia as raízes C6-C7-C8;
- Reflexo estilo radial: percussão do tendão do músculo braquiorradial ao nível da apófise estilóide do rádio. Desencadeia flexão e supinação do antebraço. Avalia as raízes C5-C6.

Manobras provocativas

Manobra de Spurling: com o paciente em inclinação cervical ligeira para o lado afetado, é aplicada uma pressão no topo da cabeça, com direção de cima para baixo. O teste é positivo se desencadear dor no membro ipsilateral. Apesar da sua baixa sensibilidade (50%), a sua maior especificidade (86%) faz com que um teste positivo oriente a uma provável radiculopatia.

Teste de distração cervical: com o paciente em decúbito supino, o examinador coloca as mãos na região das apófises mastóides do paciente ou uma mão na testa e a outra na região occipital. De seguida, flexiona ligeiramente o pescoço do paciente e traciona a cabeça superiormente, aplicando uma força de distração. Um teste positivo é quando os sintomas do paciente são aliviados com

a tração. O seu objetivo é avaliar se a radiculopatia cervical está a contribuir para os sintomas do paciente (especificidade 90%; sensibilidade 44%).

Teste de Lhermitte: flexão cervical passiva provoca a sensação de choque ao longo da coluna cervical e dorsal e, por vezes, nos membros inferiores e superiores. Trata-se de um sinal inespecífico que pode ser encontrado em doentes com atingimento medular, espondilartrose cervical ou esclerose múltipla, entre outros.

Manobra de Adson: com o cotovelo estendido, faz-se a abdução, extensão e rotação externa do membro superior. Em seguida, pede-se ao doente para realizar uma inspiração profunda com rotação ipsilateral do pescoço e palpa-se o pulso radial. A diminuição/ausência do pulso caracteriza um teste positivo e é sugestivo de síndrome do desfiladeiro torácico.

2. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DA COLUNA LOMBAR

Mafalda Cerqueira (Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

INTRODUÇÃO

Em Portugal, a lombalgia é um dos principais motivos de consulta de Medicina Geral e Familiar, estimando-se que 60 a 80% da população seja afetada por uma crise durante a vida. Cada vez mais, é considerada na literatura como um problema de saúde pública. Trata-se de um motivo frequente de absentismo laboral com variadas implicações ao nível da qualidade de vida do doente, mas também pelos elevados valores de gastos, diretos e indiretos, que lhe estão inerentes.

Para a sua abordagem e resolução, é essencial a colheita de uma anamnese direcionada, seguida da realização de um exame físico completo.

ANATOMIA

A coluna lombar é constituída por cinco vértebras lombares. Entre si articulam-se através das articulações interfacetárias e separam-se por discos intervertebrais. A parte óssea envolve as estruturas nervosas e é revestida por músculos que, ao envolvê-la, são importantes para manter a postura e ajudar na movimentação.

EXAME FÍSICO

Inspeção

A inspeção inicia-se com a entrada do paciente na consulta, avaliando a marcha. É fundamental observar o paciente em ortostatismo na face anterior, posterior e lateral direita/esquerda.

Durante a observação, devem ser avaliadas deformidades, sinais de trauma anterior, desvios laterais (escoliose) e ântero-posteriores (cifose-lordose).

Palpação

A palpação é realizada identificando possíveis pontos dolorosos, deformidades ósseas, o tônus e o trofismo da musculatura paravertebral.

São importantes pontos de referência: corpos vertebrais e discos intervertebrais desta região anatómica.

Mobilidade articular

Para a avaliação da mobilidade articular, o examinador deve usar um goniômetro.

Começando pela flexão da coluna lombar, deve pedir-se ao paciente que esta ocorra no plano sagital. Não consensual entre autores, a amplitude articular varia entre 0 e 60 graus. O examinador deve impedir que ocorra flexão dos joelhos (fig. 1).

A flexão lateral é avaliada no plano frontal. A amplitude articular varia entre 0 e 40 graus (fig. 2).

A extensão é avaliada no plano sagital. A amplitude articular varia entre 0 e 35 graus (fig. 3).

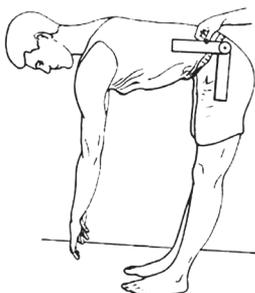


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

TESTES ESPECIAIS

Sinal de Lasègue: o paciente, colocado em posição supina, eleva a perna acometida com o joelho estendido, realizando flexão da coxa sobre a anca. O examinador pode ajudar no apoio do tornozelo durante a realização do movimento. Normalmente, ocorre dor na região posterior da coxa, entre 30 e 70 graus. Importante realçar a ausência de valor diagnóstico abaixo de 30 e acima de 70 graus (aqui a dor é comum e não tem significado clínico). É indicativo de radiculopatia em L4-L5 ou L5-S1.

Sinal de Fajersztajn: trata-se da reprodução de dor na região posterior da coxa na perna acometida ao pesquisar-se o sinal de Lasègue na perna contralateral.

Manobra de Patrick: com o paciente em decúbito dorsal, coloca-se o pé do lado acometido sobre o joelho oposto, de forma a deixar a articulação coxofemoral fletida, abduzida e em rotação externa. O examinador, com uma das mãos, estabiliza o quadril, e com a outra aplica força sobre o joelho. No caso de haver aumento ou reprodução da dor lombar, é sugestivo de patologia da articulação sacroilíaca.

Teste de Volkman: com o paciente em decúbito dorsal, o examinador aplica força sobre as cristas ilíacas ântero-superiores, onde promove sobrecarga sobre as articulações sacroilíacas. O aumento ou reprodução da dor lombar é sugestivo de comprometimento da articulação sacroilíaca.

Exame neurológico

O exame neurológico é crucial no exame físico da coluna lombar. Deve ser organizado e sequencial.

L2

Avaliação motora: flexão da coxa

Avaliação sensitiva: terço médio da face anterior da coxa

L3

Avaliação motora: extensão joelho

Avaliação sensitiva: terço inferior da face anterior da coxa

L4

Avaliação motora: extensão do pé

Avaliação sensitiva: face medial da perna (L4)

Reflexos: reflexo rotuliano

L5

Avaliação motora: extensão hálux

Avaliação sensitiva: dorso do pé (L5)

Para cada grupo muscular, a força é então classificada, de acordo com o sistema proposto pela ASIA (American Spinal Injury Association):

- Grau 0: não há contração visível ou palpável;
- Grau 1: contração visível e/ou palpável, mas que não produz movimento;
- Grau 2: movimentação completa do membro, desde que eliminada a força contrária da gravidade;
- Grau 3: movimentação completa do membro contra a força da gravidade;
- Grau 4: movimentação completa contra a força da gravidade e uma pequena resistência imposta pelo examinador;
- Grau 5: movimentação completa contra a força da gravidade e uma grande resistência imposta pelo examinador.

3. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DO JOELHO

Mafalda Cerqueira (UCSP Barroselas – Extensão Alvarães | ULSAM)

INTRODUÇÃO

O exame físico do joelho permite o diagnóstico da grande maioria das patologias de origem traumática e não traumática da articulação. É fundamental que seja realizado de forma organizada e sistemática e que o observador domine a realização dos testes na execução do exame físico.

Os meios auxiliares de diagnóstico, tal como o próprio nome indica, devem auxiliar o exame físico e devem ser escolhidos de acordo com as estruturas que queremos explorar.

ANATOMIA

A articulação do joelho é formada pela extremidade distal do fémur e proximal da tíbia (formando a articulação femorotibial) e do fémur com a rótula (formando a articulação patelofemoral). Possui também vários ligamentos que estabilizam a articulação e meniscos, que estabilizam o joelho e amortecem o impacto sobre as cartilagens.

EXAME FÍSICO

Inspeção

Na inspeção, observa-se o alinhamento, a presença de derrame, edema, equimoses, atrofia muscular, deformidades e alterações dinâmicas. Na observação anterior, alterações no alinhamento definem o genu varum (afastamento de joelho) e o valgum (aproximação

de joelho). Importante referir, antes de avançar, que alterações do alinhamento podem ser consideradas fisiológicas, como genu varum até aos 18-24 meses e o genu valgum entre os 3-4 anos. As deformidades, quando observadas, podem ser agravadas na fase de apoio durante a marcha, tratando-se de alterações dinâmicas. O alinhamento da rótula é avaliado observando o ângulo Q , que é o ângulo formado entre uma linha que passa longitudinalmente pelo tendão rotuliano e outra traçada da espinha ilíaca ântero-superior passando pelo centro da rótula. Este ângulo superior a 20 graus pode ter relação com as disfunções da articulação patelofemoral. Na visão posterior do joelho, um aumento de volume na fossa poplíteia pode indicar quisto de Baker.

Palpação

A palpação é realizada identificando possíveis pontos dolorosos, massas, deformidades ósseas, o tónus e o trofismo da musculatura, alterações da temperatura, derrame e crepitações.

Alguns pontos dolorosos são característicos de algumas situações patológicas. A rótula deve ser sempre palpada (síndrome rotuliana dolorosa), tal como o tendão rotuliano (tendinite rotuliana), a inserção da “pata de ganso” (tendinite anserina), o trato iliotibial (síndrome da fásia iliotibial), as interlinhas articulares (lesão meniscal ou osteartrose) e a tuberosidade anterior da tíbia (doença de Osgood-Schlatter).

O aumento do volume articular também pode ser sentido à palpação. As massas no joelho devem ser palpadas avaliando as suas características. A consistência dura é característica dos tumores ósseos e a consistência quística na região poplíteia é típica do cisto de Baker. O aumento da temperatura, principalmente associado ao aumento do volume, é sugestivo de processos infecciosos e inflamatórios.

Na palpação pode ser percebida a crepitação, que pode ser um achado normal ou secundário – a osteoartrose.

Mobilidade articular

Os movimentos do joelho são a flexão, a extensão e as rotações medial e lateral. Durante os movimentos ativos, deve-se observar o movimento da rótula, que deve ser livre e suave; a amplitude dos movimentos; e a presença e a localização de dor. A mobilização passiva laterolateral da rótula deve ser testada com o joelho a 45 graus de flexão, que é uma posição mais funcional e fornece uma melhor indicação da instabilidade funcional da rótula. Além da amplitude dos movimentos, deve ser registada a qualidade do movimento. Um corpo livre intra-articular no joelho pode produzir limitação variável da amplitude, podendo ocorrer em flexão ou em extensão. Quando se trata de uma lesão meniscal, a limitação é fixa para determinado movimento.

Durante a avaliação passiva dos movimentos do joelho, devem ser avaliados os grupos musculares da coxa, nomeadamente a presença de eventuais encurtamentos musculares. Por exemplo, os músculos isquiotibiais encurtados podem contribuir para a dor da articulação patelofemoral devido ao aumento da flexão do joelho durante o apoio do calcanhar na marcha. A fásia iliotibial tensa também pode estar relacionada com a dor patelofemoral e com a dor lateral do joelho.

TESTES ESPECIAIS

Teste de apreensão: o teste de apreensão consiste no deslocamento lateral da rótula com o joelho em extensão observando as reações do paciente. Na luxação recidivante, o paciente sente que esta manobra luxará a rótula, demonstrando grande apreensão, que caracteriza o teste positivo.

Teste de McMurray: este teste permite avaliar a integridade dos meniscos. O teste é realizado com o paciente em decúbito dorsal. O mesmo consiste na realização passiva dos movimentos alternados de rotação medial e lateral da perna com a anca fletida a 90 graus e o joelho em flexão máxima. Durante a manobra, devem ser palpadas as interlinhas medial e lateral. Dor na interlinha medial no final da rotação lateral pode sugerir lesão do menisco medial. Dor na interlinha lateral ao final da rotação medial sugere lesão do menisco lateral.

Teste de Appley: este teste permite, igualmente, avaliar a integridade dos meniscos. Com o paciente em decúbito ventral, a manobra consiste na aplicação de carga axial associada aos movimentos alterados de rotação medial e lateral da perna com o joelho fletido a 90 graus. A interpretação é semelhante ao teste de McMurray – dor na interlinha medial com a rotação lateral sugere lesão do menisco medial; dor na interlinha lateral associada ao movimento de rotação medial da perna sugere lesão do menisco lateral.

Se os sintomas desaparecem ou diminuem com a aplicação do teste com tração axial (teste de distração de Appley), a suspeita de lesão do menisco é reforçada.

Teste da gaveta: avalia a integridade dos ligamentos cruzados. A manobra consiste na realização de um movimento passivo no sentido anterior e posterior da tíbia em relação ao fémur com o joelho a 90 graus. O deslocamento anormal anterior da tíbia caracteriza o sinal da gaveta anterior, que pode estar presente na lesão do ligamento cruzado anterior. O teste da gaveta anterior deve ser realizado na posição neutra, com rotação medial e lateral da perna. A gaveta posterior é caracterizada pelo deslocamento posterior da tíbia em relação ao fémur, que aparece com o movimento passivo do sentido posterior. Este sinal caracteriza a lesão do ligamento cruzado posterior.

Teste de Lachman: o teste de Lachman permite avaliar a integridade do ligamento cruzado anterior. É pesquisado pelo examinador com o paciente em decúbito dorsal, estando com o joelho fletido a 30 graus. O examinador deve colocar uma mão atrás da tibia e outra na coxa do paciente. É importante que o polegar do examinador esteja na tuberosidade tibial. Puxando anteriormente a tibia, caso o ligamento cruzado anterior esteja intacto deve impedir movimento de deslocação anterior da tibia sob o fêmur. A deslocação anterior da tibia sem resistência indica um teste positivo.

Teste de stress em valgo: este teste permite avaliar a integridade do ligamento colateral medial. A manobra é realizada com o paciente em decúbito dorsal e com o membro inferior relaxado. O examinador deve passivamente fletir o joelho a 30 graus. Enquanto palpa a linha medial da articulação, o examinador deverá aplicar uma força em valgo ao joelho do paciente. Um teste positivo ocorre quando se observa dor ou movimento excessivo da articulação (algum deslizamento é normal a 30 graus de flexão do joelho). Em seguida, o examinador deve repetir o teste com o joelho na posição neutra (0 graus de flexão). O teste é positivo quando se observa dor ou deslizamento (na extensão do joelho nenhum deslizamento é considerado normal).

Teste do stress em varo: este teste permite avaliar a integridade do ligamento colateral lateral. A manobra é realizada com o paciente em decúbito dorsal e com o membro inferior relaxado. O examinador deve passivamente fletir o joelho a 30 graus. Enquanto palpa a linha lateral da articulação, o examinador deverá aplicar uma força em varo ao joelho do paciente. Um teste positivo ocorre quando se observa dor ou movimento excessivo da articulação. Em seguida, o examinador deve repetir o teste com o joelho na posição neutra (0 graus de flexão). O teste é positivo quando se observa dor ou deslizamento lateral.

Teste choque da rótula: a manobra consiste em fazer pressão na rótula com o paciente relaxado e com o joelho em extensão. Na presença de grande derrame, o examinador sente um movimento de flutuação da rótula.

4. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DA ANCA

Raul Marques Pereira (Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

INTRODUÇÃO

O exame físico da anca pode ser confuso e desafiador. No entanto, com uma abordagem sistemática, a miríade de possíveis diagnósticos pode ser reduzida. As conclusões alcançadas através deste exame devem ser usadas juntamente com a idade, o estilo de vida e as aspirações do paciente para fazer recomendações de tratamento.

É importante manter a mente aberta em relação à ocorrência de patologia simultânea de outras áreas (por ex., coluna lombar), que contribuem para a dor associada à anca. Nestas situações, o plano de avaliação e terapêutica deve ser feito em conjunto.

A investigação radiográfica supérflua deve ser evitada. Após uma boa história e exame físico, apenas 16% das queixas da anca requerem um estudo radiográfico adicional.

ANATOMIA

A articulação da anca é uma articulação esférica que é o ponto de articulação entre a cabeça do fémur e o acetábulo da pelve.

É uma articulação diartrodial com a sua estabilidade inerentemente ditada principalmente pelos componentes ósseos, musculares e ligamentares.

Cápsula da articulação da anca e ligamentos capsulares

Em geral, a cápsula da articulação da anca é rígida em extensão e mais relaxada em flexão. Os ligamentos capsulares incluem

o ligamento iliofemoral (ligamento Y de Bigelow) e os ligamentos pubofemoral e isquiofemoral. O ligamento iliofemoral é o ligamento mais forte do corpo e conecta a espinha íliaca anterior inferior à crista intertrocântica do fêmur. O ligamento pubofemoral evita o excesso de abdução e extensão, o isquiofemoral evita o excesso de extensão e o iliofemoral evita a hiperextensão.

O ligamento redondo (ligamento da cabeça do fêmur) está localizado intracapsularmente e serve de suporte à artéria foveal (divisão posterior da artéria obturadora), que supre a cabeça do fêmur na população infantil. Lesões do ligamento redondo podem ocorrer em luxações, que podem causar lesões da artéria foveal, resultando em osteonecrose da cabeça femoral.

Músculos

Os músculos da articulação da anca podem ser agrupados com base nas suas funções em relação aos movimentos da anca.

Flexão: principalmente realizada por meio do psoas maior e do íliaco, com alguma ajuda do pectíneo, reto femoral e sartório.

Extensão: principalmente realizada por meio do glúteo máximo, bem como dos músculos isquiotibiais.

Rotação medial: realizada principalmente pelo tensor da fáscia lata e fibras do glúteo médio e mínimo.

Rotação lateral: principalmente realizada pelos músculos obturadores, o quadrado femoral e os gemelli com auxílio do glúteo máximo, sartório e piriforme.

Adução: principalmente realizada pelo adutor longus, brevis e magnus com assistência do grácil e pectíneo.

Abdução: principalmente realizada pelo glúteo médio e mínimo com auxílio do tensor da fáscia lata e do sartório.

EXAME FÍSICO

Inspeção

A inspeção inicia-se quando o paciente entra na sala de exame, devendo a marcha ser observada com atenção. A área a ser examinada deverá estar a descoberto, para que se observem possíveis cicatrizes, hipotrofias musculares, assimetrias e alterações posturais. Se durante a inspeção houver suspeita de encurtamento de um membro em relação a outro, deveremos realizar a medida do comprimento dos membros.

Palpação

A palpação é realizada identificando possíveis pontos dolorosos, tumorações, deformidades ósseas, o tónus e o trofismo da musculatura.

São importantes pontos de referência: a espinha ílaca ântero-superior, a crista ílaca, a espinha ílaca pósterio-superior, o trocânter maior e a tuberosidade isquiática. O nervo ciático encontra-se a meio caminho entre estas duas últimas estruturas, na nádega.

O pulso da artéria femoral pode ser palpado imediatamente abaixo do ligamento inguinal, a meia distância entre a espinha ílaca ântero-superior e a sínfise púbica. A musculatura periarticular é bastante potente e pode ser palpada em grupos flexores..

Mobilidade articular

A anca é uma articulação sinovial do tipo esferóide e, portanto, capaz de realizar movimentos em todos os planos. Para pesquisa dos movimentos, o indivíduo é colocado em decúbito dorsal, mantendo-se a pelve e o tronco em posição simétrica. É comum a bacia movimentar-se quando testamos a anca, o que pode levar um examinador desatento a interpretar erroneamente o grau de amplitude

de movimentos. Por isso, a pelve deve ser estabilizada, segurando com uma das mãos.

A mobilidade deve ser testada de forma ativa e passiva. Tanto os testes ativos como os passivos servem para determinar a existência de limitação de movimentos da articulação; nos testes ativos, o paciente utiliza seus próprios músculos para atingir o alcance necessário de movimentação, enquanto nos testes passivos é o examinador quem movimenta a articulação do paciente.

O paciente pode ser incapaz de completar os testes ativos por fraqueza muscular, contratura dos tecidos moles periarticulares (cápsula articular, ligamentos, músculos) ou por bloqueios ósseos (alterações na conformação das superfícies articulares, fusões, saliências ósseas).

Os testes passivos eliminam o fator muscular, visto que neste caso a força passa a ser exercida pelo examinador. Se nos testes ativos o paciente foi incapaz de completar a amplitude normal de movimentos, porém nos testes passivos não houve limitações, podemos inferir que a fraqueza muscular é a causa da restrição.

Caso a restrição permaneça mesmo durante os testes passivos, a fraqueza muscular deve ser eliminada como sendo a causa direta, sendo mais provável a presença de obstáculos ósseos ou de tecidos moles, se bem que associadamente possa existir hipotrofia muscular como resultado da não utilização da articulação.

A amplitude média de movimentos da anca é a seguinte:

- Flexão (0-120 graus): consiste em levar a coxa em direção anterior, de encontro ao abdômen;
- Abdução (0-45 graus): consiste em afastar o membro inferior da linha média;
- Adução (0-30 graus): consiste em cruzar a linha média com o membro inferior;
- Rotação interna (0-30 graus);

- Rotação externa (0-45 graus): utilizamos a perna como referência para as medidas, rodando-se o membro inferior interna e externamente;
- Extensão (0-30 graus): é feita com o paciente em decúbito ventral, elevando-se a coxa da superfície da mesa de exame, mantendo-se o joelho levemente fletido.

TESTES ESPECIAIS

Teste de Trendelenburg

Em 1895, Friedrich Trendelenburg descreveu um sinal clínico empregado para determinar a integridade da função dos músculos abdutores do quadril.

Cada membro inferior sustenta metade do peso do corpo; quando um membro inferior é levantado, o outro suporta todo o peso, resultando numa inclinação do tronco para o lado do membro apoiado.

A inclinação do tronco é realizada pelos músculos abdutores do quadril, uma vez que as suas inserções estão fixadas no membro apoiado e a força de contração é exercida nas suas origens na pélvis.

Consequentemente, a pélvis inclina, levantando do lado que não suporta peso.

A falha deste mecanismo é diagnosticada pela positividade do sinal de Trendelenburg, ocorrendo a queda da pélvis ao invés da sua elevação no lado não apoiado. O sinal é positivo quando ocorrem alterações a nível da pelve, como por exemplo na displasia do desenvolvimento do quadril, em que não existe fulcro para apoiar o braço de alavanca da musculatura abduutora, ou ainda por perda do braço de alavanca, como por exemplo na fratura do colo femoral, ou também por perda da força muscular, como por exemplo na poliomielite ou distrofia muscular.

A positividade do sinal é suprapélvica em pacientes portadores de escoliose, nos quais ocorre colisão entre a pélvis e as costelas, e infrapélvica quando existe desvio medial do eixo mecânico do membro inferior que provoca diminuição da força gerada pelos músculos abdutores do quadril.

Nos pacientes cuja origem do sinal é pélvica, a coxa orienta-se para medial, ou seja, aduzida. Nos pacientes cuja positividade do sinal é de origem infrapélvica, a porção da coxa proximal à deformidade em varo está orientada obliquamente para lateral, ou seja, abduzida no quadril, enquanto a parte do membro distal à deformidade se orienta obliquamente para medial.

Teste de Thomas

Este teste destina-se a avaliar a presença de contratura em flexão da anca.

Neste momento, é importante diferenciarmos contração muscular de contratura muscular. O termo “contração” refere-se ao fenómeno fisiológico básico do tecido muscular, seja para promover movimento, seja para aumentar o seu tónus; já o termo “contratura” refere-se sempre a um fenómeno patológico onde este músculo está em estado de encurtamento, invadido por tecido fibroso.

O paciente é colocado em decúbito dorsal e realiza-se a flexão máxima da anca; com isto, desfaz-se a inclinação pélvica e a lordose lombar que normalmente acabam por mascarar estas contraturas em flexão. Em seguida, mantemos a anca fletida e estendemos aquele que desejamos testar: quando há contratura em flexão, a anca não estende completamente e o ângulo formado entre a face posterior da coxa e a mesa de exame corresponde à contratura em flexão existente (teste de Thomas positivo). São exemplos de patologias que podem levar à contratura em flexão do quadril a psóite, a artrose e a artrite séptica.

Teste de Patrick

Este teste destina-se a detetar tanto as patologias da anca, como as da articulação sacroilíaca. Com o paciente em decúbito dorsal, colocamos o calcanhar do membro inferior em questão sobre o joelho do lado oposto. O examinador aplica então uma força sobre o joelho fletido e outra sobre a espinha ilíaca ântero-superior oposta, como se estivesse abrindo um livro.

Se a dor for referida na região inguinal, pode haver patologia na articulação da anca; caso a dor seja referida na região posterior, pode haver patologia na articulação sacroilíaca. Este teste também é chamado de Fabere, em virtude da posição que o membro assume durante sua realização (flexão, abdução e rotação externa).

Teste de Ober

Este teste destina-se a detetar a presença de contratura em abdução da anca. O paciente deverá estar em decúbito lateral, com o membro a ser testado no lado de cima. É realizada a flexão do joelho a 90 graus e abdução da anca; posteriormente, o examinador solta o membro. Em condições normais, o membro entra em adução, isto é, vai de encontro ao outro que está sobre a mesa; em presença de contratura em abdução da anca, o membro permanecerá abduzido mesmo após ter sido solto.

Exame neurológico

O exame neurológico do quadril compõe-se de duas partes: testes motores e testes sensitivos.

Testes motores

Os flexores (inervados por L1, L2 e L3) são testados com o paciente sentado, com as pernas pendentes para fora da mesa, solicitando-se que o mesmo faça flexão da anca enquanto o examinador oferece resistência no terço distal da coxa.

Para se testar os extensores (S1), o paciente deve estar em decúbito ventral e com o joelho fletido, tentando estender a anca enquanto o examinador oferece resistência na face posterior da coxa.

Os abdutores (L5) são testados com o paciente em decúbito dorsal, enquanto o examinador coloca as suas mãos sob as faces laterais dos tornozelos, impondo resistência e solicitando ao paciente que abduza os membros; pode também ser testado com o paciente em decúbito lateral, impondo então o examinador resistência na face lateral da coxa.

Os adutores (L2, L3 e L4) são testados com o paciente em decúbito dorsal, estando os membros abduzidos e com o examinador impondo resistência na face interna dos tornozelos enquanto o paciente é solicitado a realizar o movimento de adução.

Para cada grupo muscular, a força é então classificada, de acordo com o sistema proposto pela ASIA (American Spinal Injury Association):

- Grau 0: não há contração visível ou palpável;
- Grau 1: contração visível e/ou palpável, mas que não produz movimento;
- Grau 2: movimentação completa do membro, desde que eliminada a força contrária da gravidade;
- Grau 3: movimentação completa do membro contra a força da gravidade;
- Grau 4: movimentação completa contra a força da gravidade e uma pequena resistência imposta pelo examinador;
- Grau 5: movimentação completa contra a força da gravidade e uma grande resistência imposta pelo examinador.

Testes sensitivos

- As raízes que suprem sensitivamente a pele da região da anca e coxa são: T12 (área do ligamento inguinal), L1 (terço superior da coxa), L2 (terço médio da coxa), L3 (terço inferior da coxa), todos estes na face anterior do membro;
- Na face posterior do membro, as raízes de S1 e S2 suprem a sensibilidade de extensa área que vai desde a prega glútea até à fossa poplíteia.

5. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DO OMBRO

Mafalda Cerqueira (Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

INTRODUÇÃO

O ombro é um complexo articular que une a cintura escapular ao membro superior, envolvendo várias articulações, músculos e outras estruturas.

Pela sua complexidade anatómica, é causa frequente de patologia aguda.

ANATOMIA

O complexo articular é composto por úmero, clavícula e omoplata, articulação glenoumeral, acromioclavicular, esternoclavicular e escapulotorácica e tecidos moles (músculos e tendões) circundantes. O labrum glenoidal é uma estrutura fibrocartilágnea semelhante a um menisco que aumenta o contacto com a cabeça umeral, sendo responsável pela estabilidade estática desta articulação. A estabilidade dinâmica é assegurada pelas estruturas musculares supraespinhoso, infraespinhoso, subescapular e redondo menor (denominados no conjunto por coifa dos rotadores) e pela porção longa do bicípite.

EXAME FÍSICO

Inspeção

Durante a inspeção, é essencial a comparação entre os dois ombros descobertos na posição ortostática com as omoplatas totalmente visíveis, observando-se a postura das extremidades superiores

e da coluna dorsal. Deve-se inspecionar: contornos musculares, deformidades, cicatrizes e proeminências ósseas.

Palpação

A palpação deve incluir todos os componentes da cintura escapular, articulações esterno e acromioclaviculares, articulação escapulotorácica, úmero e suas tuberosidades, apófise coracóide, ligamento coracoacromial, tendão do bíceps, além das estruturas musculares, que se palpa avaliando o tônus muscular e possíveis distúrbios de sensibilidade.

Mobilidade articular

Relativamente à mobilidade articular, é importante a avaliação seriada das estruturas constituintes e vizinhas da articulação.

1. Coluna cervical: flexão, extensão, rotação lateral, verificando se há irradiação da dor para o ombro, reproduzindo a sintomatologia do paciente;
2. Empurrar a clavícula, na sua porção média, para cima e para baixo e correlacionar os sintomas com a palpação direta das articulações acrómio e esternoclavicular;
3. O grau de amplitude articular deve ser pesquisado, evitando que o paciente adote posições compensatórias com a inclinação do tronco. Para esta avaliação, o paciente pode estar na posição sentada ou deitada. No caso de não haver limitação na amplitude articular, a pesquisa dos movimentos ativos do paciente são suficientes; se houver limitação, deve-se pesquisar tanto ativa quanto passivamente o grau de amplitude.
 - a) Rotação externa: mantendo o cotovelo junto ao corpo, rodar externamente o braço;
 - b) Rotação interna: medida pelo local onde o paciente alcança o polegar, levando a mão pelas costas, podendo

- atingir grande trocanter, região glútea, até processos espinhosos das vertebra torácicas;
- c) Rotações interna e externa: com o ombro em abdução de 90 graus;
 - d) Elevação: 0 a 180 graus, feita no plano da omoplata, que é um movimento combinado da articulação glenoumeral e escapulotorácica e, desta forma, importante na avaliação;
 - e) Flexão, elevação anterior no plano sagital;
 - f) Abdução, elevação lateral no plano coronal;
 - g) Extensão, elevação posterior no plano sagital.

TESTE ESPECIAIS

Avaliação da estabilidade da articulação

Teste de apreensão: este teste é realizado com o paciente em decúbito dorsal, com abdução do membro superior a 90 graus. Ao realizar rotação externa passiva do braço, se espoletar dor ou instabilidade.

Teste de recolocação: este teste é realizado com o paciente em decúbito dorsal, com abdução do membro superior a 90 graus. Após a realização do teste descrito acima (teste de apreensão), o examinador aplica força no sentido posterior sobre a cabeça do úmero, considerando-se positivo se diminuir a dor provocada pelo teste de apreensão.

Avaliação por estruturas

Teste de Jobe: teste específico para a avaliação do músculo supraespinhoso. Executa-se com os membros em elevação de 90 graus e em rotação interna. O examinador deve aplicar uma força na região do cotovelo para baixo, pedindo ao paciente para o elevar

ativamente contra a resistência. O teste será positivo se o paciente sentir dor.

Lift-off test: teste específico para a avaliação do músculo subescapular. O paciente coloca a mão atrás das costas, com o dorso voltado para a frente. O teste será considerado positivo se espoletar dor ao fazer força posteriormente contra resistência.

Palm-up test: teste específico para a avaliação do tendão da longa porção do bicipíte. O paciente deve realizar elevação anterior do membro superior a 90 graus, com o cotovelo em extensão e a palma da mão voltada para cima. O teste é considerado positivo se o movimento descrito espoletar dor quando efetuado contra resistência.

Avaliação da funcionalidade da articulação

Teste de Hawkins: teste específico para avaliação de conflito subacromial. O teste é realizado com o paciente numa posição sentada relaxada. O braço a ser testado deve ser movido passivamente pelo examinador. O examinador mobiliza de modo a que o braço esteja em 90 graus de flexão para a frente e o cotovelo seja flexionado para 90 graus. O teste será considerado positivo se o examinador espoletar dor ao realizar rotação medial passiva do membro superior.

Cross-arm test: teste específico para avaliação da articulação acromioclavicular. O membro a ser avaliado deve estar elevado anteriormente a 90 graus. O teste será considerado positivo se no local da articulação acromioclavicular espoletar dor com a adução passiva do membro.

Drop-arm test: teste específico para avaliação de rotura da coifa. Inicialmente, o paciente realiza abdução passiva do membro superior e de seguida adução ativa, lentamente. O teste será considerado positivo se o membro cair de forma rápida.

Após a realização do exame do complexo articular do ombro, e após a estratificação das hipóteses de diagnóstico, os exames complementares de diagnóstico devem ser dirigidos à causa mais provável, nomeadamente estruturas ósseas, tendinopatias ou roturas musculares, e, mais concretamente, coifa dos rotadores.

6. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA POR NEUROPATIA

Raul Marques Pereira (Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

INTRODUÇÃO

A dor neuropática causa sofrimento e incapacidade para muitos pacientes e é um conhecido problema de saúde pública.

A dor neuropática difere da dor nociceptiva em termos de sintomas, mecanismos e tratamento. O diagnóstico precoce é um pré-requisito para o tratamento adequado, o que torna o exame físico de um paciente com suspeita de dor neuropática fundamental para todos os médicos que tratam de pacientes com dor.

ANATOMIA

A IASP define dor neuropática como “dor causada por uma lesão ou doença do sistema somatossensorial”.

O sistema somatossensorial compreende a mecanorrecepção, termorrecepção, nocicepção, propriocepção e funções de viscercepção, proporcionando a percepção de informações sensoriais da pele, do sistema musculoesquelético e vísceras. O sistema somatossensorial pode ser dividido em sistema coluna dorsal-lemnisco e trato espinotalâmico. Estes dois sistemas projetam-se numa rede de áreas corticais somatossensoriais.

EXAME FÍSICO

A avaliação de um paciente com possível neuropatia dolorosa visa:

1. Reconhecer o tipo de dor que o paciente tem: dor nociceptiva, dor neuropática, uma combinação de ambas ou negar a existência de neuropatia dolorosa;

2. Diagnosticar a(s) doença(s) ou evento(s) causador(es) da dor;
3. Reconhecer as limitações funcionais, possíveis comorbidades e outros aspetos importantes para o tratamento do doente.

O exame físico da patologia neuropática dolorosa começa por uma observação cuidada do doente no que diz respeito a cognição, movimento, marcha e comportamento geral. Ao longo do exame físico da patologia dolorosa por neuropatia, o médico deverá testar as hipóteses formuladas ao longo da anamnese, com especial atenção aos aspetos particulares deste tipo de dor.

No exame neurológico, os achados devem ser consistentes quando testados múltiplos vezes de várias maneiras e devem ser consistentes com a observação do comportamento antes do exame.

Além do exame geral, a área dolorosa deve ser inspecionada e palpada. A seguir, exame neurológico é realizado numa extensão adequada.

A avaliação dos nervos cranianos, função motora, reflexos, tónus muscular, coordenação, marcha e equilíbrio deve ser executada sequencialmente.

O exame sensorial é fundamental na avaliação da suspeita de dor neuropática.

O toque pode ser avaliado aplicando suavemente algodão na pele; a sensação de picada, pela resposta a estímulos agudos de alfinetada; a sensação térmica, por objetos quentes e frios (por exemplo, tubos cheios de água); e a sensação de vibração, por um diapasão de 128 Hz.

A área dolorosa deve ser comparada com os achados na área contralateral na dor unilateral e noutros locais no eixo proximal-distal na dor bilateral. A perda sensorial deve ser especificada com respeito às submodalidades somatossensoriais envolvidas – tátil,

termorreceptiva ou nociceptiva – para identificar o tipo de vias somatossensoriais danificadas.

É útil documentar a extensão de cada descoberta sensorial anormal num esquema de modelo corporal.

QUANTITATIVAS	QUALITATIVAS	ESPACIAIS	TEMPORAIS
Hipostesia	Alodinia	Irradiação anormal	Latência anormal
Hiperestesia	Parestesia	Localização imprecisa	Pós-sensibilidade
Hipoalgesia	Disestesia		Somação
Hiperalgesia			

Tabela 1 – Alterações sensoriais encontradas em doentes com dor neuropática

Há vários questionários de rastreio de dor neuropática que se encontram sumarizados, nas suas características mais importantes, na tabela seguinte:

	LANSS	DN4	NPQ	PAINDETECT	ID PAIN
Picadas, formigueiro	x	x	x	x	x
Choques elétricos	x	x	x	x	x
Calor, queimação	x	x	x	x	x
Entorpecimento		x	x	x	x
Dor evocada pelo toque leve	x		x	x	x
Frio doloroso		x	x		
Alterações autonómicas	x				
Alodinia	x	x			
Alteração do limiar de toque		x			
Alteração do limiar de picada	x	x			

Tabela 2 – Questionários de rastreio de dor neuropática (DN4, Douleur neuropathique 4 questions; LANSS, Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs; NPQ, Neuropathic Pain Questionnaire)

CARACTERÍSTICAS DA DOR NEUROPÁTICA

A dor neuropática é caracterizada por dor espontânea, dor provocada e sinais negativos (*déficits* sensoriais), refletindo dano neuronal. Muitos pacientes com dano neuronal só apresentam sintomas negativos, mas alguns pacientes também apresentam sintomas positivos, como parestesias e disestesias.

Não é possível tirar conclusões sobre a etiologia da dor neuropática a partir das características clínicas da dor.

Embora a dor neuropática seja frequentemente descrita como queimação, nenhuma característica única da dor é diagnóstica para dor neuropática. No entanto, combinações de certos sintomas, descritores de dor e achados do exame físico aumentam a probabilidade de dor neuropática. As ferramentas de triagem, em forma de questionário, devem ser usadas para alertar o médico para uma possível dor neuropática, mas não substituem um exame clínico cuidadoso.

NÍVEL DE CONFIANÇA NO DIAGNÓSTICO DE DOR NEUROPÁTICA

O sistema de classificação da dor neuropática, resumido na Fig. 1, fornece três níveis de certeza quanto à presença ou ausência de dor neuropática. No entanto, é importante recordar que deve haver uma distribuição de dor neuroanatomicamente plausível e uma história clínica sugerindo lesão ou doença.

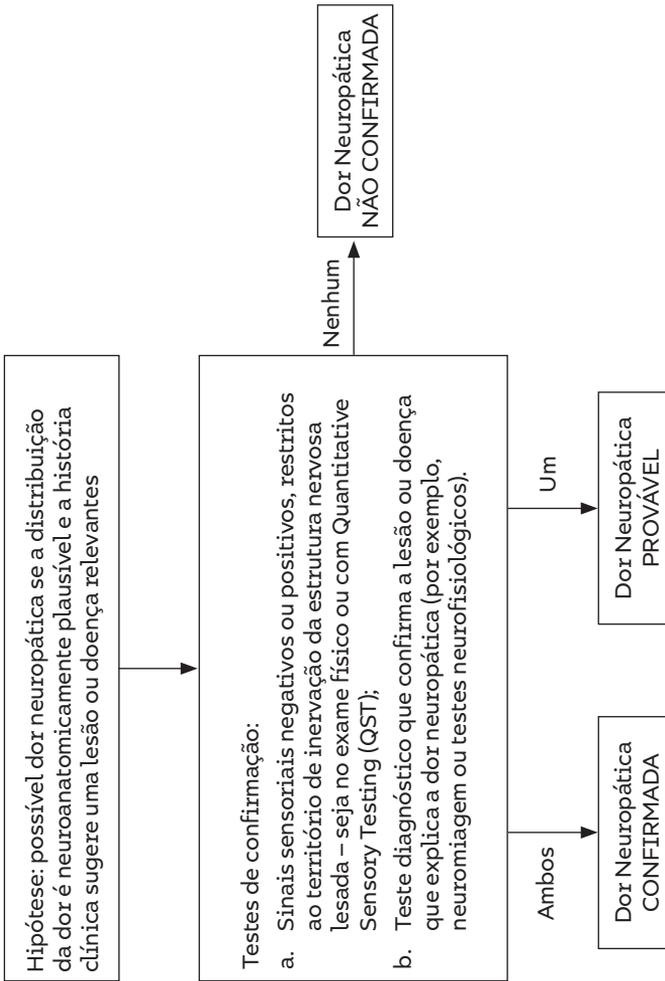


Fig. 1 – Sistema de classificação para dor neuropática

Um dos testes mais fáceis de aplicar na prática clínica é o DN4 (Douleur Neuropathique 4), que detalhamos na página seguinte.

É um questionário administrado por um médico que consiste em dez itens. Sete itens relacionados com a qualidade da dor (ou seja, descritores sensoriais e de dor) são baseados numa entrevista com o paciente e três itens, baseados no exame clínico.

Tem componentes de como a dor é sentida no paciente, mas também exige que o profissional de saúde que o examina avalie se há sensação reduzida (hipoestesia) ao toque ou picada de agulha e se escovações leves aumentam ou causam dor (alodinia).

Esta escala é amplamente utilizada desde 2005 devido à sua simplicidade e avalia a dor neuropática após lesões neurológicas centrais e periféricas.

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

QUESTIONÁRIO DO DOENTE

Questão 1: A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

- | | sim | não |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 - Queimadura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 - Sensação de frio doloroso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 - Choques eléctricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questão 2: Na mesma região da dor, sente também um, ou mais, dos seguintes sintomas?

- | | sim | não |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| 4 - Formigueiro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 - Picadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 - Dormência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 - Comichão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXAME DO DOENTE

Questão 3: A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia:

- | | sim | não |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8 - Hipoestesia ao tacto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 - Hipoestesia à picada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

- | | sim | não |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 - Fricção leve (“brushing”) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fig. 2 – Questionário DN4

Se a pontuação for $>$ ou $=$ a 4: dor neuropática provável.

7. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DO DOENTE COM DOR GENERALIZADA

Raul Marques Pereira (Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

INTRODUÇÃO

A dor generalizada é um desafio ao nível do diagnóstico, mas também da correta realização de um exame físico que ajude na determinação da causa da dor e na avaliação das necessidades terapêuticas do doente.

Habitualmente associada a patologias como a fibromialgia (FM), pode estar, no entanto, associada a múltiplos quadros clínicos que devem ser avaliados no exame físico.

A falha em reconhecer outras condições com a capacidade de mascarar FM pode afetar adversamente o resultado do paciente, especialmente para condições que têm tratamentos definidos diferentes daqueles recomendados para FM. De maneira semelhante, em alguns pacientes pode ser feito um diagnóstico de diferente condição, quando na verdade o diagnóstico correto é FM.

A lista de patologias que pode provocar dor generalizada, além da FM, é vasta e inclui:

- Doenças inflamatórias reumáticas;
- Doenças musculoesqueléticas não reumáticas;
- Patologias médicas (endocrinológicas, gastroenterológicas, infecciosas, oncológicas e neurológicas);
- Patologias associadas à saúde mental;
- Condições de dor induzida por medicamentos.

ANATOMIA

Na avaliação de uma pessoa que apresenta dor generalizada, o contexto clínico global e a avaliação anatômica devem ser sempre rigorosamente abordados porque outras condições, embora cumprindo estritamente os critérios para FM, podem exigir uma estratégia de tratamento completamente diferente.

Portanto, em linha com todas as orientações atuais para a FM, os pacientes devem ser avaliados com um historial médico abrangente e exame físico completo para identificar aspectos que possam apontar para um diagnóstico alternativo.

EXAME FÍSICO

Avaliação do doente com suspeita de fibromialgia

A fibromialgia deve ser considerada como diagnóstico em adultos quando todos os critérios a seguir estiverem presentes:

1. Está presente dor generalizada, definida como dor em pelo menos quatro de cinco regiões:
 - Região Superior Esquerda (Região 1)
 - Mandíbula esquerda*
 - Ombro esquerdo
 - Braço esquerdo
 - Antebraço esquerdo
 - Região Superior Direita (Região 2)
 - Mandíbula direita*
 - Ombro direito
 - Braço direito
 - Antebraço direito

* Não são consideradas para a definição de dor generalizada.

- Região Inferior Esquerda (Região 3)
 - Anca esquerda
 - Coxa esquerda
 - Perna esquerda
 - Região Inferior Direita (Região 4)
 - Anca direita
 - Coxa direita
 - Perna direita
 - Região Axial (Região 5)
 - Zona cervical
 - Tórax*
 - Abdómen*
 - Zona dorsal
 - Zona lombar
2. Os sintomas estão presentes, num nível semelhante, há pelo menos três meses.
 3. A pontuação do índice de dor generalizada (WPI) é ≥ 7 e a pontuação da escala de gravidade de sintomas (SSS) ≥ 5 ou a pontuação do WPI está entre 4 e 6 e a pontuação do SSS ≥ 9 .
 4. O diagnóstico de fibromialgia é válido, independentemente de outros diagnósticos, e não exclui a presença de outras doenças clinicamente importantes.

Em seguida, apresentaremos o WPI e o SSS que podem ser utilizados como ferramentas para conduzir o exame físico dos doentes com dor generalizada, uma vez que sistematizam a abordagem diagnóstica.

* Não são considerados para a definição de dor generalizada.

WPI

Observe o número de áreas em que a pessoa teve dor ao longo da última semana.

Em quantas áreas teve a pessoa dor? A pontuação será entre 0 e 19.

ÁREA DIREITA			ÁREA ESQUERDA		
Área	Sim	Não	Área	Sim	Não
Mandíbula direita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mandíbula esquerda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ombro direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ombro esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braço direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Braço esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antebraço direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antebraço esquerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anca direita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anca esquerda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coxa direita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coxa esquerda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perna direita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perna esquerda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Região dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Região cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Região lombar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Região torácica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Região abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SSS

O cálculo da escala de gravidade de sintomas é feito com o somatório dos dois pontos seguintes:

1. O paciente deve ser questionado em relação à gravidade de três sintomas na última semana:
 - Fadiga;
 - Acordar cansado/sono não repousante;
 - Sintomas cognitivos.

Cada um dos três sintomas deve ser pontuado utilizando a seguinte escala:

- 0 = Sem gravidade
- 1 = Gravidade ligeira: geralmente leve ou intermitente
- 2 = Gravidade moderada: problemas consideráveis, muitas vezes presentes e/ou em nível moderado
- 3 = Gravidade severa: persistentes, contínua, perturbadora da vida diária.

2. O paciente deve ser questionado em relação à quantidade de sintomas somáticos na última semana:

- 0 = Sem sintomas
- 1 = Alguns sintomas
- 2 = Um número moderado de sintomas
- 3 = Uma grande quantidade de sintomas.

Consideram-se sintomas somáticos: dor muscular, síndrome do intestino irritável, fadiga/cansaço, pensar ou lembrar problemas, fraqueza muscular, cefaleia, dor/cãibras no abdómen, dormência/formigueiro, tonturas, insónias, depressão, obstipação, dor no abdómen superior, náuseas, nervosismo, dor no peito, visão turva, febre, diarreia, boca seca, prurido, pieira, fenómeno de Raynaud, urticária/vergões, zumbido nos ouvidos, vômitos, azia, úlceras orais, perda/mudança de paladar, convulsões, olhos secos, dispneia, perda de apetite, erupção cutânea, fotossensibilidade, dificuldades de audição, hematomas com facilidade, queda de cabelo, micção frequente, dor ao urinar e espasmos da bexiga.

A pontuação máxima do SSS é 12.

8. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DO DOENTE ONCOLÓGICO

Mafalda Cerqueira (Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

INTRODUÇÃO

A dor no doente oncológico incorpora uma variedade de fatores etiológicos, fisiopatológicos e psicológicos. A dor é o sintoma mais prevalente em oncologia e o sintoma de apresentação que leva ao diagnóstico em 30% dos cancros. Está presente em $\approx 50\%$ dos doentes oncológicos ao longo das várias fases da doença, 40% nas fases iniciais, 70% nas situações avançadas, 90% em fases terminais e $\approx 1/3$ dos doentes após o tratamento.

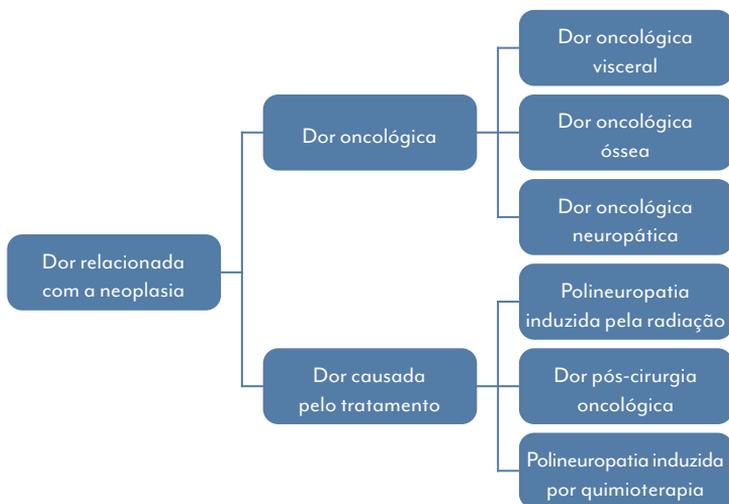
O quadro clínico é geralmente muito heterogéneo e dependerá da etiologia do cancro, localização, tecidos envolvidos, velocidade de crescimento e outros fatores individuais de cada caso clínico. É fundamental o médico saber que no doente com dor oncológica esta compreende dor nociceptiva, neuropática, mista e algumas vezes irruptiva. A dor oncológica em 40-80% dos casos tem causa tumoral direta, 10-25% indiretamente associada ao cancro (ex., imobilização por aletuamento), 15-20% decorrente dos tratamentos, 3-10% de outras causas, incluindo outras patologias do paciente.

As neoplasias com maior prevalência de dor são pâncreas, osso (primário ou secundário), cérebro, pulmão e cabeça/pescoço.

EXAME FÍSICO

O exame físico deve iniciar-se pela avaliação do estado cognitivo do paciente, avaliação da integridade cutânea e da mucosa oral (tantas vezes danificada no doente oncológico).

A identificação da causa da dor é a primeira questão que deve ser respondida pelo examinador, com base na classificação CID-11. A dor oncológica tem várias etiologias, incluindo a própria neoplasia e tratamentos da mesma, particularmente cirurgia, quimioterapia (incluindo terapias hormonais, biológicas e imunológicas) e radioterapia (esquema 1). Pode ter origem em tecidos viscerais, ósseos ou nervosos e pode apresentar mecanismos nociceptivos, neuropáticos ou mistos. A dor oncológica persistente pode levar, em alguns indivíduos, ao desenvolvimento de dor crônica generalizada induzida por alterações no sistema nervoso somatossensorial. A dor também pode ser causada por comorbidades não relacionadas com a neoplasia em cerca de 10% a 20% de casos de dor oncológica. Uma avaliação clínica cuidadosa deve distinguir entre a dor da neoplasia, a dor do tratamento e a dor devido a comorbidades. O mais frequente é um mesmo paciente experimentar diferentes tipos de dor, simultânea ou sequencialmente. Uma avaliação à beira do utente permite identificar características da dor, tais como intensidade, irradiação, duração, variação temporal, fatores de agravamento e de alívio durante a anamnese. O Brief Pain Inventory é uma ótima ferramenta a ser utilizada, permitindo ao examinador ter uma ideia da gravidade da dor e do seu impacto nas atividades diárias do paciente. Além disso, a pesquisa de sentimentos como ansiedade e depressão, consumo de álcool e drogas usadas indevidamente deve ser incorporada numa avaliação estruturada da dor, por poderem amplificar a mesma.



Esquema 1 – Classificação CID II para a dor oncológica

Em conclusão, o exame físico na dor oncológica deve ser direcionado para a causa subjacente da dor. Fundamental para isso é a correta identificação e classificação da dor, como explorado atrás.

9. GUIA PRÁTICO DE EXAME FÍSICO NA PATOLOGIA DOLOROSA DO DOENTE EM FIM DE VIDA

Raul Marques Pereira (Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

INTRODUÇÃO

O exame físico do doente em fim de vida representa um desafio especial pela carga psicológica para o médico, para o doente e para a família. O cuidado, que deve estar sempre presente, para não realizar procedimentos desnecessários neste contexto clínico não deve representar menor minúcia na avaliação da dor, que é uma das queixas principais no doente em fim de vida.

O controlo de sintomas que causam desconforto e dor é o principal objetivo em cuidados paliativos. A avaliação meticulosa do doente é o pilar sobre o qual tudo o resto assenta, seja uma nova tomada de decisão médica ou uma gestão adequada em ambulatório.

Se estivermos perante uma dor física avassaladora, o doente poderá concordar com qualquer coisa, seja “nenhum tratamento” ou “qualquer tratamento imaginável”. Sintomas mal controlados retiram o indivíduo das preocupações mais centrais da família, da individualidade e do significado da vida.

ANATOMIA

Pelas suas características e pela transversalidade da dor a múltiplas condições de fim de vida, toda a anatomia deve ser tida em conta, com especial atenção às topografias que pareçam gerar mais dor ao doente.

Torna-se, por isso, necessário realizar uma avaliação global da pessoa em fim de vida, que poderá ser feita em tempos diferentes para diminuir o eventual desconforto causado pelo exame físico.

EXAME FÍSICO

Nesta secção será focado um exame físico global à pessoa em fim de vida. Com uma avaliação deste tipo será possível detetar quais os maiores gatilhos para a dor, com vista a uma estratégia terapêutica integrada e adequada à situação clínica do doente.

A pessoa em estado terminal

No doente com uma expectativa de vida de dias, o exame físico fornece informações clínicas práticas para avaliação do prognóstico e dos sintomas. Isto pode melhorar a comunicação e a tomada de decisão em relação aos cuidados paliativos e ao acompanhamento da família.

Estudos realizados em doentes oncológicos terminais correlacionaram cinco sinais clínicos (perda de pulso radial, movimento mandibular durante a respiração, anúria, respiração Cheyne-Stokes e secreções orais excessivas) com morte em <3 dias.

No entanto, apenas cerca de metade dos pacientes estudados apresentaram algum desses cinco sinais (baixa sensibilidade). Portanto, embora a sua presença possa ser correlacionada com a morte em três dias, a sua ausência não permite a conclusão oposta.

Os sinais neurológicos e neuromusculares que foram correlacionados com morte em três dias incluem: pupilas não reativas; diminuição da resposta a estímulos verbais/visuais; incapacidade de fechar as pálpebras; queda de ambas as pregas nasolabiais (o rosto pode parecer mais relaxado); hiperextensão do pescoço (cabeça inclinada para trás quando em decúbito dorsal); e ruído exacerbado das cordas vocais, principalmente na expiração.

A diminuição do desempenho funcional, a disfagia e a diminuição da ingestão oral constituem os sinais clínicos “precoce” mais comumente encontrados, sugerindo um prognóstico de uma a duas semanas de vida.

Exame físico global

- Aparência geral: deve ser avaliado se e como o doente interage com o ambiente. Além disso, poderá ser avaliado se existe algum odor que possa sugerir gangrena, infecção anaeróbica, uremia ou insuficiência hepática. Outro ponto importante é a avaliação se o ajuste da posição da cabeça, tronco ou membros alivia a tensão muscular, o desconforto ou a dispneia.
- Sinais vitais: a morte iminente foi correlacionada com variação da pressão arterial, taquipneia, taquicardia, bradicardia, febre e hipotermia.
- Pele: avaliar a presença de cianose periférica, que está fortemente relacionada com a morte iminente, ou pele marmoreada, que sugerem a proximidade da morte.
- Cabeça, olhos, orelhas, nariz e garganta: pálpebras caídas ou uma queda facial bilateral podem sugerir morte iminente, e um cheiro de acetona ou almíscar é comum.
- Respiratório: avaliar o padrão respiratório: pausas apneicas, respirações Cheyne-Stokes e respirações rápidas e profundas (respirações de Kussmaul) estão associadas à morte iminente.
- Cardiovascular: a menos que os pulsos periféricos sejam impalpáveis e se busque a frequência e o ritmo, nem sempre é necessário auscultar. A avaliação das extremidades distais, especialmente dos dedos dos pés, serve para obter informações sobre a perfusão.
- Abdômen: o exame direcionado para avaliar os ruídos intestinais, a distensão e a presença de ascite desconfortável permitirá avaliar a necessidade de ajustes terapêuticos para manter o trânsito intestinal e gerir a ascite.
- Urina: avaliar o débito urinário e eventuais retenções urinárias que possam causar dor ao doente.

- Retal/genital: avaliar a impactação fecal, edema escrotal ou infecções genitais da pele.
- Músculoesquelético: avaliar pontos dolorosos ao toque ou mobilização, espasmos dolorosos e excesso de tônus.
- Neurológica e neuromuscular: avaliar a presença de mioclonias ou convulsões; avaliar a resposta pupilar: pupilas grandes e assimetricamente não reativas podem indicar morte iminente.
- Estado mental: avaliar o delírio e a agitação, com especial atenção a estados que possam induzir dano autoinfligido.

A literatura identifica os seguintes pontos como essenciais na avaliação de dor no doente paliativo:

1. Intensidade da dor;
2. Padrão temporal;
3. Tratamento e fatores de alívio exacerbantes;
4. Localização da dor.

Nestes doentes, a avaliação da dor deve ser realizada diariamente, por meio de uma escala de avaliação numérica (0 a 10 ou 0 a 3), uma vez que está diretamente ligada ao tratamento adequado da dor.

As ferramentas mais utilizadas para uma avaliação detalhada da dor nestes doentes são:

- o Questionário de Dor McGill (MPQ) e sua forma abreviada (SF-MPQ);
- o Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS);
- o Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).

BIBLIOGRAFIA

- Adam R, de Bruin M, Burton C D, Bond CM, Giatsi Clausen M, Murchie P (2017). What are the current challenges of managing cancer pain and could digital technologies help? *BMJ Supportive & Palliative Care* 8(2), 204–212.
- Bennett M, Eisenberg E, Ahmedzai S, et al. Standards for the management of cancer-related pain across Europe – A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain, *European Journal of Pain*, 660-668, Vol 23.
- Byrd JT (2007). Evaluation of the hip: history and physical examination. *North American Journal of Sports Physical Therapy: NAJSPT*, 2(4), 231.
- Canale ST, Beaty JH, Campbell WC (2013). *Campbell's operative orthopaedics*. Philadelphia, PA: Elsevier/Mosby.
- Caraceni A, Shkodra M. Cancer Pain Assessment and Classification. *Cancers* 510, Vol 11.
- Cohen SP. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Neck Pain. *Mayo Clin Proc.* n February 2015;90(2):284-299.
- Domb B, Adam Brooks, Carlos Guanche. Physical examination of the hip. *Hip Pelvis Injuries Sports Med* (2009): 68-71.
- Haanpää M. “Clinical Examination of a Patient with Possible Neuropathic Pain” *Pain 2014: Refresher Courses, 15th World Congress on Pain IASP Press*, Washington, D.C. © 2014.
- Häuser W, Perrot S, Sommer C, Shir Y, Fitzcharles MA. Diagnostic confounders of chronic widespread pain: not always fibromyalgia. *Pain Rep.* 2017 Apr 30;2(3):e598. doi: 10.1097/

PR9.0000000000000598. PMID: 29392213; PMCID: PMC5741304.

- Hippensteel KJ, Brophy R, Smith MV, Wright RW. A comprehensive review of physical examination tests of the cervical spine, scapula, and rotator cuff. *J Am Acad Orthop Surg.* 2019;27(11):385–394.
- International Association for the study of Pain (IASP). *Diagnosis and Classification of Neuropathic Pain.* Vol XVIII, Issue 7. September 2010.
- Kohan EJ, Wirth GA. Anatomy of the Neck. *Clin Plastic Surg* 41 (2014) 1-6.
- Nikolai Bogduk. The anatomy and pathophysiology of neck pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2011 Aug;22(3):367-82, vii.
- Peter R Blanpied, Anita R Gross, James M Elliott, Laurie Lee Devaney, Derek Clewley, David M Walton, Cheryl Sparks, Eric K Robertson. Neck Pain: Revision 2017 Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017;47(7):A1-A83.
- Reiman MP, Thorborg K. Clinical examination and physical assessment of hip joint-related pain in athletes. *Int J Sports Phys Ther.* 2014 Nov;9(6):737-55. PMID: 25383243; PMCID: PMC4223284.
- Richard J Bransford, Timothy B Alton, Amit R Patel, Carlo Bellabarba. Upper cervical spine trauma. *J Am Acad Orthop Surg.* 2014 Nov;22(11):718-29.
- Robert S Wainner, Julie M Fritz, James J Irrgang, Michael L Boninger, Anthony Delitto, Stephen Allison. Reliability and diagnostic accuracy of the clinical examination and patient self-report measures for cervical radiculopathy. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003; Jan 1;28(1):52-62.

- Singh G, Kaul S. (2018). Anxiety and depression are common in fibromyalgia patients and correlate with symptom severity score. *Indian Journal of Rheumatology*, 13(3), 168.
- Swartz Mark H. *Textbook of Physical Diagnosis: History and Examination*, Elsevier Health.
- Timmerman H, Steegers M, Huygen F, Goeman JJ, van Dassel NT, Schenkels MJ, Wilder-Smith O, Wolff AP, Vissers K. (2017). Investigating the validity of the DN4 in a consecutive population of patients with chronic pain. *PLoS one*, 12(11), e0187961. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187961>.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, Mease PJ, Russell AS, Russell IJ, Walitt B. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016 Dec;46(3):319-329. doi: 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012. Epub 2016 Aug 30. PMID: 27916278.

BIOGRAFIAS

Raul Marques Pereira

Médico de família na USF Lethes (ULSAM).

Mestre em Evidência e Decisão em Saúde.

Pós-graduado em Alta Direção de Instituições de Saúde.

Criador e responsável pela consulta de Dor Crónica da USF Lethes, a primeira consulta de Dor em Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

Diretor da Unidade de Convalescença do Hospital de Vila Verde.

Coordenador do Grupo de Estudos de Dor da APMGF.

Investigador em Real World Evidence e Dor Crónica.

Mafalda Cerqueira

Médica de família na Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

Pós-graduada em Cuidados Paliativos.

Colaboradora na Consulta de Dor Crónica da USF Lethes (ULSAM).

Membro do Grupo de Estudos de Dor da APMGF.

Ana Sofia Vieira Barbosa

Médica de família na Unidade Local de Saúde do Alto Minho.

Pós-graduada em Cuidados Paliativos.

Colaboradora na Consulta de Dor Crónica da USF Lethes.

Membro do Grupo de Estudos de Dor da APMGF.

Integra a equipa médica do Serviço de Atendimento Permanente no Hospital da Misericórdia de Vila Verde.

