



Global Year against musculoskeletal pain Fact Sheets

Acute Musculoskeletal Pain

Ano Mundial Contra Dor Musculoesquelética

Dor Musculoesquelética Aguda

Introdução

A dor musculoesquelética aguda é percebida em uma região do corpo, e acredita originar-se dos músculos, ligamentos, ossos ou articulações daquela região. Foi excluída da definição a dor originada de várias causas locais, como tumores, fraturas, ou infecções, e causas sistêmicas e neurológicas. Os tipos de dor foram nomeadas de acordo com a região afetada, por exemplo, dor no dorso, dor no pescoço, dor nos ombros, dor nos cotovelos, dor nas nádegas, dor nos quadris, dor nos joelhos e dor nos tornozelos.

Epidemiologia e Economia

A dor musculoesquelética é tão comum que é considerada por alguns como uma parte normal da vida. Causas sérias são raras; a história natural geralmente é benigna. Muitos episódios são auto-limitados. Os custos econômicos aumentam quando a dor musculoesquelética aguda é investigada e tratada inadequadamente.

Fisiopatologia

- A dor musculoesquelética aguda envolve a ativação de nociceptores nos músculos, ligamentos ou cápsulas articulares. A dor depois de um esforço ou lesão é atribuída às distensões musculares ou ligamentos. Na ausência de lesão, a patologia é desconhecida.
- A dor muscular pode ser referida à articulação na qual o músculo opera. No entanto, dor articular não implica necessariamente como uma fonte de dor naquela articulação. A origem pode estar em um dos músculos vizinhos.

Características Clínicas

- As características clínicas principais são: dor, sensibilidade e amplitude de movimento comprometida. Nenhuma dessas características é específica de qualquer causa ou origem particular de dor. A sensibilidade não pode ser distinguida de hiperalgesia em estruturas ao redor da fonte real de dor.
- O exame físico geralmente carece de confiabilidade e validade, ou ambas, para definir com precisão qualquer fonte particular de dor. Os métodos de imagem tipicamente não são diagnósticos. Alterações comumente apontadas como a causa da dor não são mais do que as relacionadas com a idade.

Critérios diagnósticos

- Os critérios essenciais de diagnóstico são dor e sensibilidade em uma região particular, na ausência de qualquer patologia grave. Em casos de história recente de lesão, o edema é o principal sinal característico de dano.
- A exigência diagnóstica principal consiste em excluir causas detectáveis e sérias de dor. As causas graves são sugeridas por idade avançada (doença de Paget, mieloma), história de trauma (fraturas), malignidade (metástases), penetração no corpo (infecção) ou o uso de esteróides (osteoporose, osteonecrose).

O exame físico deve excluir deformidades, nódulos, sensibilidade intensa e sinais de doença sistêmica. Estudo de imagem geralmente não é indicado ou exigido. Não é diagnóstico.

O estudo de imagem deve ser reservado para pacientes que apresentam algo suspeito na história clínica ou no exame físico.

O diagnóstico diferencial inclui dor referida de vísceras ou vasos sanguíneos, doença vascular periférica e tromboembolismo.

Obs.: O estudo de imagem se refere aos exames como RX, US, TC, RNM etc. (nota do tradutor).

Tratamento

- Para distensão aguda de músculos ou ligamentos, a sabedoria convencional é de que o tratamento deve abranger repouso, imobilização inicial, aplicação de frio, e subsequentemente exercícios.
- Na ausência de lesão, poucas intervenções tradicionais têm provado eficiência quando submetidas a exames científicos minuciosos. Anti-inflamatórios não hormonais nem sempre são mais efetivos quanto o paracetamol (acetaminofeno) ou placebo. Injeções de esteróides podem ser eficazes por algumas semanas, mas eles não são mais eficazes do que uma injeção isolada de anestésico local ou outros tratamentos.
- A qualidade da terapêutica principal é favorável à história natural da dor musculoesquelética aguda. Isso necessita ser explicado convincentemente aos pacientes como uma intervenção terapêutica. Em seguida, o paciente deve ser forçado e apoiado a iniciar e continuar as atividades normais, incluindo o trabalho.
- Para as dores agudas do pescoço, a melhor evidência consiste em tranquilizar o paciente, e apoiá-lo a continuar com suas atividades normais e fazer exercícios para manter o pescoço móvel.
- Para lombalgia aguda, uma forte evidência de melhor tratamento consiste na orientação, tranquilização e fazer com que o paciente se mantenha ativo, e evitar terapias passivas.

Tradução Dr. Levi Higino Jales Jr.
e Dr. Carlos Mauricio de Castro Costa

Referências

1. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group. Evidence-based management of acute musculoskeletal pain. Brisbane: Australian Academic Press; 2003. Available at: <http://www.nhmrc.gov.au>.
2. Bogduk N, McGuirk B. Medical management of acute and chronic low back pain. an evidence-based approach. Amsterdam: Elsevier; 2002.
3. Bogduk N, McGuirk B. Medical management of acute and chronic neck pain. an evidence-based approach. Amsterdam: Elsevier; 2006.