

Anamnese do Aparelho Locomotor

Jefferson Soares Leal

Professor do Departamento do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenador da Cirurgia da Coluna Vertebral do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da UFMG.

Anamnese do Aparelho Locomotor

Jefferson Soares Leal

INTRODUÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

EXAME MUSCULAR

BIBLIOGRAFIA

ANAMNESE DO APARELHO LOCOMOTOR

INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas do século XX houve um grande avanço das técnicas de diagnóstico complementar. A ressonância nuclear magnética, por exemplo, permitiu conhecer detalhes da anatomia patológica antes somente acessível por meio de exame invasivo ou de necrópsia no *post mortem*. A utilização da ressonância no estudo de indivíduos assintomáticos demonstrou a presença de alterações patológicas anteriormente consideradas características exclusivas das pessoas doentes. Apesar de todo aparato tecnológico disponível hoje, somente a boa prática clínica permite discernir o que realmente é doença. A história clínica e o exame físico permanecem a base do diagnóstico ortopédico. Neste capítulo serão enfatizados os aspectos osteoarticulares e musculares mais importantes na obtenção da história clínica e do exame físico, e as manobras semiológicas úteis na elucidação diagnóstica dos principais sinais e sintomas dos segmentos do aparelho locomotor.

HISTÓRIA CLÍNICA

A história clínica é o registro detalhado dos fatores relacionados ao paciente e à sua condição clínica. Envolve observação, interpretação e senso crítico acurado. A forma como é relatada, as emoções e reações envolvidas, fornecem informações valiosas que podem não ser captadas pelo relato simplesmente técnico. Muitos diagnósticos ortopédicos são feitos simplesmente ouvindo o paciente. A história clínica conduz para a formulação de uma hipótese diagnóstica, auxilia no planejamento terapêutico e contribui na determinação do prognóstico, além de permitir conhecer aspectos psicossociais que podem estar diretamente relacionados a queixa.

Os fatores relacionados ao paciente e à doença devem ser redigidos em uma forma seqüencial lógica do início da queixa até o momento da entrevista, baseando-se na descrição e na cronologia dos sinais e dos sintomas.

Os mesmos princípios da semiologia geral aplicam-se igualmente na obtenção da história de uma condição que afeta o aparelho locomotor. A adequada identificação do paciente, a queixa principal, a história da doença atual, o interrogatório complementar sobre diferentes aparelhos e sistemas, os antecedentes pessoais e familiares e a história socioeconômica são tópicos seqüenciais da história clínica que auxiliam no estabelecimento de uma rotina permitindo a coleta do maior número de informações relativas ao paciente e à sua doença.

Identificação

A *idade*, o *sexo*, a *ocupação* e a *raça* contribuem para reforçar ou afastar uma suspeita clínica. Entretanto, qualquer doença pode ultrapassar os limites do esperado e se manifestar em qualquer pessoa, independente da sua característica peculiar. Nas Tabelas 281.1 e 281.2 estão relacionadas algumas afecções do aparelho locomotor relacionando-as à sua predileção quanto ao *sexo* e a *faixa etária*.

Tabela 281.1
Predileção sexual das doenças do aparelho locomotor

Sexo	Doenças
Masculino	Gota, espondilite anquilosante, espondilólise e espondilolistese, epifisiólise proximal do fêmur, doença de Legg-Perthes, sinovite transitória do quadril, artrite séptica, pé torto congênito.
Feminino	Luxação congênita do quadril, escoliose idiopática, displasia fibrosa poliostótica, LES, AR, osteoporose, espondilolistese degenerativa.

LES = Lúpus eritematoso sistêmico, AR = Artrite reumatóide.

Tabela 281.2
Predileção etária das doenças do aparelho locomotor

Grupo Etário	Doenças
Idosos	Osteoporose, osteoartrose, metástases ósseas, mieloma múltiplo.
Adultos de meia idade	Gota, AR, osteoartrose, metástases, mieloma múltiplo, hérnia de disco, estenose do canal vertebral.
Adultos jovens	AR, LES, espondilite anquilosante, hérnia de disco, tendinites, tumores ósseos primários.
Adolescentes	Escoliose, espondilólise, espondilolistese, epifisiólise proximal do fêmur, tumores ósseos primários, cifose de Scheuermann.
Crianças	Discite, doença de Legg-Perthes, sinovite transitória, febre reumática, artrite crônica juvenil, artrite séptica, osteomielite.
Neonatos	Luxação congênita do quadril, pé torto congênito, artrite séptica, osteomielite.

LES = Lúpus eritematoso sistêmico, AR = Artrite reumatóide.

A *ocupação* e as informações relacionadas são de grande importância na formulação diagnóstica. Atividades que envolvem tarefas repetitivas estão associadas com a maior frequência de sinovites e tendinites. A tenossinovite estenosante de De Quervain acomete mais freqüentemente lavadeiras e pianistas. Profissões que exigem esforço físico pesado, levantamento de peso, exposição à vibração, postura estática prolongada e a realização de movimentos repetitivos de flexão e rotação da coluna lombar apresentam risco aumentado para lombalgia e lombocia-
talgia. A lesão do manguito rotador é comum em atletas de vôlei e nadadores. Remadores, saltadores e ginastas apresentam maior incidência de espondilólise lombar.

Algumas doenças são mais comuns em determinada *raça*. A doença de Legg-Perthes, o pé torto congênito e a luxação congênita do quadril são mais encontradas na raça branca. Os infartos ósseos da anemia falciforme e a epifisiólise proximal do fêmur são mais freqüentes na raça negra.

Queixa Principal e História da Doença Atual

A *queixa principal* é geralmente o motivo que faz o paciente procurar pela ajuda médica. Deve ser registrada com as próprias palavras do paciente, deixando-o relatar livremente. As queixas mais freqüentes relacionadas ao aparelho locomotor são a dor, a incapacidade funcional e a deformidade.

O desenvolvimento da *história da doença atual* inicia-se com o detalhamento da queixa principal. Quando a queixa é a dor, suas características devem ser exploradas (Tabela 281.3).

Tabela 281.3
Caracterização semiológica da dor osteoarticular e muscular

Início	Data ou época do início do sintoma
Duração	Aguda, subaguda ou crônica
Modo de início	Súbito ou insidioso
Intensidade	Leve, moderada ou grave
Freqüência	Constante, intermitente
Ritmo Diário	Matutina, vespertina ou noturna
Localização	Difusa, localizada
Irradiação	Presente, ausente, área da irradiação
Evolução	Progressiva, estática
Fatores desencadeantes	Traumatismos, medicações, distúrbios emocionais
Fatores de alívio e de agravo	Relação com o posicionamento do corpo, repouso, atividades, medicamentos, tosse, espirro
Tipo	Pontada, agulhada, queimação
Presença de outras manifestações osteoarticulares	Rigidez pós-repouso, bloqueios, falhas, crepitações
Outros sinais e sintomas associados	Febre, emagrecimento, alterações do apetite, da marcha, do controle esfinteriano, labilidade emocional, calor, rubor

O *início* e a *duração* dos sintomas determinam se a condição é aguda, subaguda ou crônica. As condições agudas têm duração menor que duas semanas. A osteomielite hematogênica, a discite, as contusões, as entorses leves e a maioria das lombalgias são exemplos de condições agudas. Quando a condição tem duração entre duas e seis semanas é considerada subaguda (por exemplo, a febre reumá-

tica). Será crônica quando houver duração superior a seis semanas (por exemplo, AR e as artroses). Algumas condições podem ter qualquer uma das três evoluções (por exemplo, a lombalgia).

A determinação da duração da doença tem importância também prognóstica. Por exemplo, se a lombalgia é aguda e primeiro episódio, o prognóstico de melhora é excelente apenas com a evolução natural. Mais de 90% dos pacientes apresentarão melhora nas primeiras seis semanas independente do tratamento recebido neste caso. O prognóstico do tratamento relaciona-se à precocidade do diagnóstico. A osteomielite hematogênica e os tumores ósseos primários são doenças em que o diagnóstico precoce é fundamental para redução das complicações e da gravidade.

O *modo de início* pode ser súbito ou insidioso. O início súbito é comum na gota, na bursite, na febre reumática, nos eventos traumáticos, na osteomielite e na artrite séptica. O início insidioso é característico da AR e da osteoartrose. A lombalgia pode ter início súbito ou insidioso. A dor lombar de início súbito é comum nas entorses, infecções, fraturas e na hérnia discal aguda lombar. O início insidioso é comum nas lombalgias da espondiloartrose, estenose de canal e espondilolistese. A *intensidade* da dor pode ser leve, moderada, forte, intensa ou quase insuportável. A avaliação da dor envolve fatores subjetivos inerentes de cada pessoa. O limiar da percepção dolorosa é variável. Um estímulo doloroso pode desencadear reações sutis ou exuberantes. Uma maneira de tornar a avaliação mais objetiva é quantificá-la através de métodos específicos, por exemplo questionários ou escalas visuais (Figura 281.1). Estes métodos são úteis na avaliação e no acompanhamento do tratamento da dor.

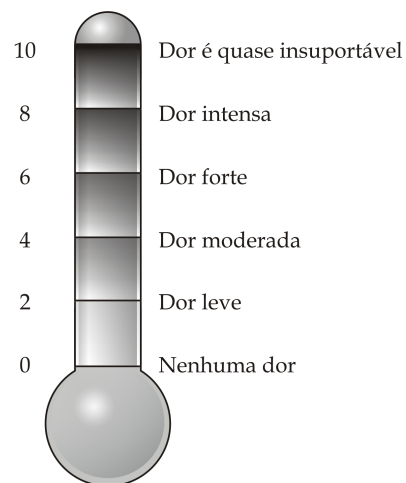


Fig. 281.1- Escala visual de dor. O paciente é orientado a olhar e apontar no “termômetro” o nível que explica melhor sua dor.

A dor intensa geralmente está presente na gota, na bursite aguda, na lombocia-
talgia aguda da hérnia de disco e nas fraturas patológicas da coluna vertebral. Os
sintomas moderados são comuns na espondilite anquilosante, espondiloartrose e
AR. A dor leve acompanha geralmente a estenose de canal lombar e a cifose de
Scheuermann.

A *freqüência* da dor é de grande importância na interpretação do sintoma osteoar-
ticular. A dor pode ser constante ou intermitente. Se o paciente não se queixa da
dor no momento da entrevista, esta não é constante. A dor constante pode signifi-
car um estágio de agravamento da patologia, ou ser expressão de doenças mais
graves como infecções ou tumores. Pode também representar manifestações ca-
racterísticas de algumas doenças como a fibromialgia.

Se o paciente queixa-se da dor apenas em determinados momentos, considera-
se a dor intermitente. Pode ser periódica, episódica ou ocasional. A periodicidade
pode estar relacionada a algum fator como hora do dia, variação climática ou
momento do ciclo menstrual.. Os sintomas da hidrartrose intermitente geralmente
aparece com as variações climáticas. A lombalgia de origem ginecológica pode
surgir dependendo da fase do ciclo menstrual (por exemplo, na endometriose). A
dor intermitente episódica decorre de atividades específicas (por exemplo, subir
ou descer escadas). A dor ocasional relaciona-se frequentemente as alterações
mecânicas do aparelho locomotor que apresentam, em geral, bom prognóstico
quanto à recuperação espontânea.

Deve-se determinar se o sintoma apresenta *ritmo diário*. Os sintomas originados
dos processos inflamatórios tendem a piorar pela manhã e à noite (por exemplo,
AR e espondilite anquilosante). Nas patologias degenerativas a dor geralmente
piora no final do dia (por exemplo, osteoartrose). A dor constante que tem piora
noturna, que acorda o paciente e que não melhora com as medidas usuais, a
possibilidade de problemas orgânicos como tumores, infecções, doenças abdomi-
nais ou pélvicas deve ser investigada. A dor da artrite gotosa, em geral, inicia-se
na madrugada e tem predileção pelas articulações das extremidades inferiores
(primeira articulação metatarsofalângica). A dor da compressão neurológica tende
a ser pior à noite (por exemplo, síndrome do túnel do carpo, estenose do recesso
lateral lombar e síndrome do desfiladeiro torácico).

A *localização* da dor fornece dados importantes para o diagnóstico. Nas artrites envolvendo as articulações interfalângicas distais, os diagnósticos ficam restritos a osteoartrose (nódulos de Heberden) ou a artrite psoriática. A artrite localizada na primeira articulação metatarsofalângica que se inicia com dor noturna, súbita, monoarticular e acometendo indivíduo do sexo masculino de meia-idade sugere o diagnóstico de gota (podagra). A delimitação da área do sintoma também contribui para o diagnóstico. Locais bem definidos e hipersensíveis dentro do tecido muscular são conhecidas como pontos-gatilho e são característicos da fibromialgia. Os pontos-gatilho, quando pressionados produzem nas adjacências dor difusa, profunda e mal localizada.

A localização por si pode ser o dado semiológico mais importante para o diagnóstico de algumas doenças ortopédicas. A epicondilite lateral do cotovelo tem como uma das características a dor localizada no epicôndilo lateral. A doença de Osgood-Schlatter caracteriza-se principalmente por dor na tuberosidade anterior da tíbia em crianças. A fascite plantar envolve dor localizada na origem da fáscia plantar geralmente em indivíduos com sobrecarga ponderal. A tendinite da pata de ganso caracteriza-se por dor localizada na inserção dos músculos sartório, semitendíneo e grácil na tíbia.

Em algumas circunstâncias, a região onde a dor é sentida não é o local da origem da dor. A dor referida na região anterior da coxa e do joelho pode ser originada na articulação coxofemoral (por exemplo, doença de Legg-Perthes e epifisiólise proximal do fêmur). A dor sentida no membro inferior pode ser consequência de alterações patológicas da coluna vertebral. Em geral a dor sentida em local distante da sua origem não é agravada pela palpação ou compressão da região sensível.

O aparelho locomotor é local freqüente da manifestação dolorosa psicogênica. Transtornos psíquicos podem estar envolvidos quando a dor é imprecisa, bizarra ou não obedece a algum padrão característico.

Na exploração semiológica da dor deve-se determinar a presença de *irradiação*. A irradiação da dor pode ser do tipo radicular ou referida. A dor radicular acompanha a distribuição do dermatomo. Diminuição de força do miótomo e do reflexo correspondente à raiz afetada na irradiação de padrão radicular. A irradiação do tipo referida (ou dor referida) caracteriza-se pela localização mal definida, em geral com função radicular normal (força, sensibilidade e reflexos). Entretanto, a irradiar-se para tecidos que tenham a mesma origem mesodérmica do tecido original

(“esclerótomos”). Por exemplo, dor na região glútea é relatada na irritação da porção externa do ânulo fibroso, das facetas articulares ou dos ligamentos espinhais da coluna lombar.

A *evolução* do sintoma deve ser sempre caracterizada. O sintoma pode permanecer inalterado por um longo período ou ter agravamento ou melhora que pode ser abrupta ou progressiva. A dor progressiva pode significar agravamento da condição clínica, ou processo expansivo neoplásico subjacente.

Fatores desencadeantes devem ser investigados. Levantamento de peso com a coluna flexionada é fator desencadeante freqüente da lombociatalgia por hérnia discal lombar. Uma queda sobre o cóccix pode desencadear a coccidínia (dor crônica coccidiana). Fratura após um trauma trivial pode ser manifestação de uma doença óssea primária (osteoporose, osteopetrose, hemangioma ou metástase).

Os *fatores de alívio e de agravo* são importantes na determinação da origem da dor. A dor mecânica é típica do aparelho locomotor. É aliviada pelo repouso e agravada pela atividade. A dor que não é afetada pelo repouso ou pela atividade pode estar relacionada à doença visceral, inflamatória, osteometabólica (por exemplo, a doença de Paget) ou doença neoplásica. A dor que aparece no membro superior com determinados movimentos do pescoço geralmente origina-se na coluna cervical. Na hérnia de disco lombar a dor é agravada pela flexão da coluna lombossacra, pela posição assentada, por tosse ou espirro e é, geralmente aliviada com a deambulação ou com o repouso com os quadris e joelhos fletidos. Na síndrome facetária lombar e na espondilólise, a dor é agravada pela extensão da coluna lombossacra. A claudicação neurogênica da estenose do canal lombar piora com a deambulação e melhora com a posição assentada com o tronco flexionado. A claudicação neurogênica deve ser diferenciada da claudicação vascular, que também é agravada pela marcha. Na claudicação vascular o alívio após interrupção da deambulação é mais rápido, variando de um a três minutos, enquanto na claudicação neurogênica varia de cinco a vinte minutos.

O *tipo de sensação* descrita pelo paciente pode fornecer uma indicação da estrutura lesada. Termos como alfinetada, agulhada, queimação e adormecimento estão associados com a dor radicular. Cãibras, dor profunda, difusa e contínua são comuns nos problemas vasculares. A dor muscular é relatada como de difícil localização, surda e contínua.

Deve-se indagar sobre a presença de *outras manifestações osteoarticulares* tais como rigidez pós-reposo, crepitação e bloqueios. A rigidez pós-reposo habitualmente acompanha os processos de natureza inflamatória ou degenerativa. A rigidez desses processos é pior pela manhã e melhora com a atividade. A recuperação da rigidez é mais rápida nos processos degenerativos, durando apenas alguns minutos, enquanto nos de natureza inflamatória a recuperação é mais lenta. A crepitação é característica dos processos degenerativos, mas pode ser um sinal desprovido de qualquer significado clínico. Os bloqueios intra-articulares podem ser devidos, por exemplo, a lesão meniscal, corpo livre ou interposição sinovial. Um corpo livre intra-articular no joelho pode produzir um bloqueio variável, podendo ocorrer na flexão ou extensão aleatoriamente. Na lesão meniscal do joelho, o bloqueio é, em geral, constante para determinado movimento. A pronação dolorosa do cotovelo da criança é um exemplo clássico de bloqueio articular por interposição sinovial. Manifesta-se clinicamente por incapacidade funcional para a flexão ativa após a criança ser levantada pelo membro superior. A criança reluta em usar o membro, especialmente a flexão do cotovelo. Não há dor à palpação do membro superior. O bloqueio é prontamente resolvido com a manobra de supinação e flexão do cotovelo.

A presença de *outros sinais e sintomas associados* deve ser investigada. Atenção especial deve ser dispensada para as manifestações de “alerta” das doenças osteoarticulares infecciosas e neoplásicas (Tabela 281.4).

Tabela 281.4

Manifestações de “alerta” que podem sugerir doença neoplásica ou infecciosa

Neoplasia	Dor noturna persistente que acorda o paciente, dor constante e progressiva, perda do apetite, perda de peso não-justificada, fadiga
Infecciosa	Febre, sudorese noturna, diminuição do apetite

Algumas características associadas com a queixa osteoarticular podem sugerir outra origem (Tabela 281.5). Por exemplo, dor lombar que não é alterada pelo repouso ou pela atividade acompanhada de dor abdominal tem sua origem mais provável em uma disfunção visceral. Alterações da marcha e do controle esfínct-

riano associadas à fraqueza dos membros inferiores e sinais de compressão do neurônio motor superior em pessoas com mais de 60 anos podem indicar mielopatia cervical. Lombociatalgia bilateral acompanhada de anestesia em sela e alteração do controle esfinteriano, na ausência de sinais de lesão do neurônio motor superior, a síndrome da cauda eqüina deve ser considerada. Sua causa pode ser a presença de massa volumosa tal como uma hérnia discal ou tumor ocupando o canal vertebral e provocando a compressão das raízes da cauda eqüina. Dor lombar associada a massa abdominal pulsátil tem o aneurisma da aorta abdominal como a causa mais provável.

Tabela 281.5

Manifestações clínicas associadas que sugerem origem não-osteoaricular

ORIGEM PROVÁVEL	MANIFESTAÇÃO CLÍNICA
Visceral (Gastrointestinal/Genitourinária)	Dor lombar associada a dor a palpação abdominal. Periodicidade com o ciclo menstrual Dor lombar associada à infecção ou litíase urinária ativa Dor tipo “cólica” Dor a percussão da loja renal Dor lombar associada à diarréia, constipação, náusea, vômito ou dor abdominal
Vascular	Dor tipo pulsátil Dor associada à dor torácica tipo “pesada” Massa abdominal pulsátil Frêmito e sopro abdominal Claudicação vascular Edema de membros inferiores e alterações tróficas de pele
Neurológica	Dor cervical associada à alterações visuais Dor em coluna vertebral ou em membros associada a alterações do equilíbrio, coordenação ou da fala.
Miscelânea	Labilidade emocional, gravidez, “dor no corpo todo”, febre

Deve-se determinar a presença de alterações locais próximo ao local do sintoma. Processos infecciosos osteoarticulares, em geral não produzem sinais flogísticos exuberantes na pele. A presença de dor, calor, rubor e aumento de volume são mais freqüentes nas infecções dos tecidos moles.

Fatores psicológicos podem contribuir para o agravamento dos sintomas. Problemas familiares, financeiros e emocionais devem ser registrados quando presentes.

A deformidade, além da dor, é uma queixa freqüente relacionada ao aparelho locomotor. Em algumas circunstâncias, a própria queixa já caracteriza o diagnóstico (por exemplo, sindactilia, hexadactilia). As repercussões funcionais da deformidade, a presença ou ausência de dor e a adaptação do paciente à sua condição são pontos importantes para o estabelecimento de uma terapêutica racional. É importante registrar quando a deformidade foi percebida, como foi sua evolução e quais os tratamentos anteriormente realizados. Algumas vezes o paciente não está interessado na correção da deformidade, mas no seu entendimento ou no alívio da dor eventualmente associada. Deve ser entendido que muitas deformidades não causam dor. Por exemplo, a escoliose, espondilólise ou espondilolistese raramente são a causa de uma dor vertebral. Outras possibilidades diagnósticas devem ser consideradas na avaliação da dor acompanhando estas deformidades.

A incapacidade funcional é uma queixa ortopédica que pode ser consequência da dor ou da deformidade. Insatisfação com o trabalho, falta de motivação, distúrbios psicológicos, litígios ou compensações trabalhistas e devem ser sempre investigados. A não percepção destes problemas pode resultar em tratamentos ou condutas completamente inadequadas.

Interrogatório Complementar

O interrogatório complementar objetiva obter informações não manifestadas espontaneamente pelo paciente em sua história. Tem papel decisivo no planejamento terapêutico e na formulação de uma hipótese diagnóstica. Deve-se indagar sobre alterações em outros aparelhos e sistemas, sobre cirurgias prévias e sobre o uso de medicações. Alguns sistemas estão mais diretamente relacionados ao aparelho locomotor.

Sistema Tegumentar: Algumas manifestações cutâneas podem sugerir uma doença no aparelho locomotor. Manchas “café com leite” (Figura 281.2) são comuns na neurofibromatose. Tufos pilosos localizados na região lombar (Figura 281.3) podem sugerir malformação da coluna vertebral tal como diastematomielia, medula presa ou espinha bífida.

Fig. 281.2- Manchas “café com leite” em paciente com neurofibromatose da coluna vertebral.



Fig. 281.3 A - Tufo piloso localizado em região lombar.



Fig. 281.3 B - Radiografia do mesmo paciente mostrando malformação do arco vertebral (alargamento interpedicular vertebral, *espina bifida* e diastematomyelia).



ENTRAR COM AS FIGURAS 281.2, 281.3 A e B

A mancha eritematosa facial é comum no lúpus eritematoso sistêmico. Os nódulos subcutâneos duros, indolores, móveis e fugazes podem estar relacionados à febre reumática. Nódulos e bloqueios do movimento digital caracterizam a tenosinovite estenosante dos flexores dos dedos (“dedo em gatilho”). Nódulos e espessamento da fáscia palmar contribuem para o diagnóstico da contratura de Dupuytren (Figura 281.4). Os tofos são freqüentes na gota (Figura 281.5). As úlceras orais ou genitais podem acompanhar a doença de Behcet, artrite de Reiter e a doença de Crohn (Figura 281.6). As hiperkeratoses nas dobras cutâneas articulares levam a suspeita de artrite psoriática (Figura 281.7). Alterações tróficas cutâneas dos membros inferiores podem indicar doenças vasculares (Figura 281.8).

Fig. 281.4- Nódulos e espessamentos bilaterais do fascículo longitudinal para o IV dedo da fáscia palmar na fase inicial da contratura de Dupuytren.

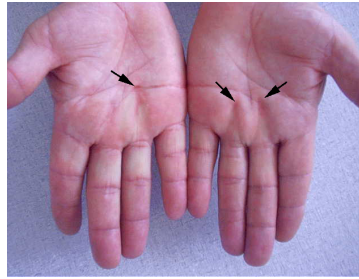


Fig. 281.5- Tofos múltiplos da gota observados no pé (cortesia Dr. Wagner Vieira da Fonseca).



Fig. 281.6- Doença de Reiter. Úlceras na mucosa genital com bordos elevadas (balanite circinada).



Fig. 281.7- Psoríase (hiperceratose cutânea localizada na fenda glútea).



Fig. 281.8- Alterações tróficas cutâneas na doença vascular crônica (cortesia Dr. Wagner Vieira da Fonseca).



Sistema Digestivo. Diversas doenças do aparelho digestivo podem ter manifestações no aparelho locomotor. Apendicite retrocecal, pancreatite, diverticulite, doença de Crohn e colite ulcerativa inespecífica são exemplos que podem apresentar dor referida no aparelho locomotor, especificamente na coluna vertebral.

Sistema Urogenital. A litíase, a pielonefrite e as obstruções manifestam-se frequentemente com dor lombar. Geralmente, a dor é tipo em cólica não relacionada com a movimentação.

Dor perineal em homens com irradiação para a regiões sacral e proximal dos membros inferiores pode ter origem prostática ou vesical (litíase, neoplasias, infecções).

Várias condições ginecológicas apresentam-se tendo a lombalgia em seu quadro clínico. A tensão pré-menstrual, as infecções pélvicas, as neoplasias ginecológicas, a endometriose, o mal posicionamento uterino, a congestão pélvica e a osteoporose são exemplos freqüentes.

Sistema Ocular. Os olhos podem estar envolvidos em várias doenças reumáticas. A conjuntivite pode ser um sinal da síndrome de Reiter (Figura 281.9). A retinopatia é comum no lúpus eritematoso sistêmico.

Fig. 281.9- Conjuntivite observada da síndrome de Reiter.



Sistema Neurológico. Diversas doenças neurológicas apresentam manifestações no aparelho locomotor. A esclerose lateral amiotrófica e a esclerose múltipla são doenças em que atrofias e diminuição da força muscular são comuns. A esclerose múltipla pode simular, por exemplo, a hérnia de disco cervical.

Sistema Endócrino. A diabetes pode apresentar sintomas nos membros superiores ou inferiores secundários a microangiopatia dos nervos periféricos. Alterações dos hormônios tireoidianos relacionam-se com a mialgia. No hiperparatireoidismo assim como na osteoporose da pós-menopausa as fraturas patológicas são comuns.

Sistema Cardiorrespiratório. Dorsalgia pode ter como causa a pleurite, pericardite ou o aneurisma da aorta torácica. Aneurisma da aorta abdominal pode também

causar dor lombar. O tumor de Pancoast (ápice pulmonar) pode produzir sintomatologia semelhante a cervicobraquialgia da compressão do plexo braquial.

Antecedentes Pessoais e Familiares

É importante registrar as patologias prévias, os traumatismos, os tratamentos e o uso de medicação. A diabetes, por exemplo, influencia na evolução e no prognóstico de muitas doenças do aparelho locomotor.

Os traumatismos na região lombar durante a infância ou adolescência podem ser o evento inicial da lesão do disco intervertebral que resulta na sua deterioração nos anos seguintes.

História prévia de faringites de repetição, cardite e coréia devem ser pesquisadas na febre reumática; doença sexualmente transmissível, nas artrites gonocócica e sífilítica e alterações emocionais na artrite reumatóide e na fibromialgia.

Cirurgias prévias podem ter relação com o sintoma atual. O aparecimento de dor após um intervalo assintomático variável sugere infecção osteoarticular pós-operatória. A dor lombar tardia após cirurgia de descompressão da coluna vertebral pode ser ocasionada por instabilidade mecânica pós-cirúrgica. O aparecimento de dor lombar anos após uma cirurgia oncológica pode ser indicação de metástase vertebral.

O uso prolongado de corticóides pode induzir ao aparecimento da osteoporose, da necrose avascular da cabeça do fêmur e da lombalgia por microfraturas do corpo vertebral.

Algumas doenças têm predisposição familiar. Escoliose, luxação congênita do quadril, gota, espondiloartropatias e febre reumática são alguns exemplos em que parentes são mais freqüentemente acometidos que a população geral.

História Socioeconômica

O conhecimento da estrutura familiar, econômica, social e emocional do paciente tem importância no diagnóstico, no tratamento e no prognóstico, fornecendo base para a compreensão mais ampla dos sintomas. Deve ser indagado sobre o uso de drogas, álcool, fumo, hábitos e lazer. O alcoolismo crônico pode estar relacionado à necrose avascular da cabeça do fêmur e a osteoporose. A lombalgia, a cervi-

calgia, a osteoporose e a hérnia de disco são mais freqüentes em fumantes. Waddell et al. (1980) Descreveram cinco sinais não-orgânicos que podem estar relacionados a problemas psicológicos ou socioeconômicos (Tabela 281.6) em pacientes com queixa de dor lombar.

Tabela 281.6
Sinais de Waddell

Sensibilidade	
Superficial/não-anatômica	Sensibilidade dolorosa superficial localizada ou difusa ao tato leve. Sensibilidade dolorosa profunda difusa com localização não correspondente ao padrão anatômico.
Teste de simulação positivo	Aparecimento de dor lombar à compressão axial do crânio ou durante a rotação conjunta do tronco e da pelve.
Teste de “distração”	U teste que torna-se negativo quando a atenção do paciente é desviada. Ex.: resposta diferente a um mesmo teste feito em posições diferentes (estiramento do nervo ciático nas posições assentada e deitada).
Distúrbios regionais	Presença de anormalidades motoras e sensitivas em múltiplas regiões, que não podem ser explicitado com base anatômica.
Hiper-reação	Verbalização desproporcional ao sintomas, expressão facial inadequada, tonteira, desmaios e sudorese.

EXAME FÍSICO

O exame físico é a etapa seguinte à história clínica. É utilizado para obter informações adicionais por meio de manobras específicas que ajudam a reforçar ou afastar uma suspeita clínica. Como em qualquer parte do corpo, o exame inicia-se com a inspeção seguidas pela palpação e percussão. A ausculta tem aplicação na avaliação dos sintomas cardiorrespiratórios e abdominais relacionados ao apare-

lho osteoarticular. No exame físico do aparelho locomotor acrescenta-se a avaliação da amplitude dos movimentos (ADM) e os testes especiais para cada segmento osteoarticular.

O exame físico do paciente com queixa osteoarticular ou muscular deve incluir o exame físico geral. Como foi visto na história clínica, um grande número de doenças em outros sistemas podem apresentar-se inicialmente como queixas referidas no aparelho locomotor. Algumas condições podem apresentar manifestações viscerais e osteoarticulares (por exemplo, esclerose sistêmica, lúpus eritematoso sistêmico). Os seguintes pontos são recomendados na realização do exame físico do aparelho locomotor:

1. O ambiente deve ser adequado com boa iluminação e privacidade;
2. O paciente deve estar vestido adequadamente. Homens devem usar somente calção e mulheres, sutiã ou *top* e um calção de exame;
3. Iniciar o exame pelo membro normal. Esta estratégia possibilita conhecer os parâmetros fisiológicos do indivíduo examinado e ajuda no estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, reduz a apreensão e melhora a confiança do paciente no examinador.
4. Os movimentos ativos devem ser realizados antes dos movimentos passivos. Desta maneira, tem-se uma idéia do limite a partir do qual os sintomas podem surgir;
5. Devem ser examinadas todas as estruturas relacionadas à queixa, deixando por último as estruturas sintomáticas ou os movimentos que provocam dor;
6. Obedecer a uma seqüência lógica na aplicação das manobras para cada posicionamento do paciente evitando retornos freqüentes de posicionamento realização de movimentos repetidos, desnecessários e, às vezes dolorosos. Recomenda-se sempre que possível completar todas as manobras na posição em pé, seguida das posições assentada e deitada;
7. Adaptar o exame às situações especiais de cada paciente. Pacientes idosos às vezes não conseguem ou têm dificuldade para ficar em pé. Pacientes paraplégicos ou tetraplégicos podem ser examinados detalhadamente na posição deitada ou assentada.

O exame físico inicia-se com a observação do paciente desde o primeiro contato. Deformidades visíveis, limitações funcionais e anormalidades da marcha devem

ser notadas. As marchas claudicante, de Trendelenburg ou escarvante são bem características a inspeção. Avaliar a atitude e a expressão facial do paciente frente sua condição e com relação ao examinador. Apreensão, relutância e não-cooperação fornecem dados sobre o estado psicológico do paciente e ajuda no estabelecimento do diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Uma vez completada o exame geral passa-se para a avaliação dos segmentos do aparelho locomotor. É comum uma queixa osteoarticular ter origem diferente do local onde é sentida (dor irradiada). Antes do exame específico do segmento, recomenda-se que seja realizado um exame de localização preliminar. Este exame auxilia na determinação do local de origem mais provável do sintoma apresentado. O exame consiste na execução da amplitude dos movimentos das articulações adjacentes e da palpação das estruturas osteoarticulares e musculares que podem ter relação com a queixa. O exame é iniciado pela movimentação ativa, seguido da palpação e da mobilização passiva das estruturas menos prováveis em direção ao local da queixa. Por exemplo, o exame de uma queixa referida no cotovelo deve iniciar-se pela mobilização e palpação da coluna cervical, seguida pelo mesmo procedimento no ombro. Se a dor no cotovelo aparece com a inclinação lateral da coluna cervical para o lado da queixa, há possibilidade de radiculopatia da sexta raiz cervical como causa do sintoma. Alternativamente, se a dor é desencadeado pela percussão da fossa supraclavicular, uma investigação do plexo braquial deve ser realizada.

Nos membros inferiores, a dor na coxa e no joelho que é produzida pela mobilização da articulação coxofemoral pode ser devida a patologias do quadril (por exemplo, doença de Legg-Perthes ou epifisiólise proximal do fêmur).

Completada a observação e o exame preliminar, passa-se ao exame dos segmentos do aparelho locomotor. Deve ser lembrado que o exame do aparelho osteoarticular é conjunto e indissociável. A separação descrita neste capítulo é por questão de sistematização didática.

EXAME MUSCULAR

O exame de cada segmento do aparelho locomotor deve incluir a avaliação da força muscular. A força e a resistência muscular podem ser classificadas como estática e cinética. A força cinética é testada contra a resistência do examinador ou da gravidade e ocorre mudança de posição do membro testado. No teste de força estática, a posição do membro não é alterada e o indivíduo testado resiste ativamente à tentativa do examinador mover o membro. Paresia ou fraqueza muscular são os termos usados na deficiência da força muscular cinética e estática. É também manifestada pela fatigabilidade, movimentação irregular ou desarmonica, tremor ou incoordenação motora. Ao ser detectada durante o exame físico, deve-se determinar se a fraqueza é difusa ou localizada. A paresia difusa ou generalizada pode ser observada nas distrofias, nos distúrbios eletrolíticos, nos eventos tóxicos, em vários tipos de miosites e na miastenia gravis. Quando a perda de força muscular é localizada, deve-se avaliar se a mesma é proveniente de um músculo específico, de vários músculos supridos por um nervo ou de um grupo de músculos supridos por um segmento da medula espinhal.

A paralisia é a perda total de força muscular. É denominada monoplegia quando afeta um membro. O termo usado para se referir à paralisia de uma metade do corpo é hemiplegia, e paraplegia é o comprometimento dos membros inferiores. A quadriplegia e tetraplegia referem-se ao envolvimento de todos os membros.

Ao detectar a presença de fraqueza muscular, deve-se determinar a sua causa, seu grau e suas características. Deve-se avaliar se a paresia ou paralisia é flácida ou espástica e se estão presentes alterações da sensibilidade e dos reflexos. Devem ser também registrados o grau de atrofia muscular, a presença de pseudohipertrofia, fibrilação ou fasciculação. Contraturas miostáticas podem desenvolver-se quando um músculo é mantido por longos períodos em uma posição encurtada. São causadas pela hiperatividade de um grupo muscular sem oposição de seus antagonistas fracos ou por espasmo muscular prolongado tal como ocorre na paralisia espástica. Neste caso, deve-se determinar se a deformidade agrava a perda de força muscular, se é reversível e se alguma intervenção cirúrgica pode ser realizada para melhorar a função.

O grau de perda da força muscular deve ser registrado objetivamente para que testes comparativos possam ser realizados (Tabela 281.12).

Tabela 281.12
Graduação da Força Muscular

M ₀	– Ausência total de contração muscular
M ₁	– Há contração muscular visível ou palpável, porém não o suficiente para produzir movimento.
M ₂	– Movimento presente, porém insuficiente para vencer a força da gravidade.
M ₃	– Movimento presente, vence a força da gravidade.
M ₄	– Movimento presente, vence a força da gravidade e alguma resistência.
M ₅	– Movimento presente normal.

BIBLIOGRAFIA

1. Barros Filho TEP, Lech O. Exame físico em ortopedia. 1ª ed. São Paulo, Sarvier, 2001.
2. Brudzinski J. A new sign of the lower extremities in meningitis of children (neck sign). Arch Neurol 1969; 21:217.
3. Buckup K. Testes clínicos para patologia óssea, articular e muscular. 1ª ed. Barueri, Manole, 2002.
4. Finkelstein H. Stenosing tendovaginitis at the radial styloid process. J Bone Joint Surg 1930;12:509.
5. Frank C. Accurate interpretation of the Lachman test. Clin Orthop 1986;213:163-166.
6. Hawkins RJ, Mohtadi NG. Clinical evaluation of shoulder instability. Clin J Sports Med 1991;1:59-64.
7. Hoppenfeld S. Physical examination of the spine and extremities. New York, Appleton-Century-Crofts, 1976.
8. Hughston JC. Knee ligaments: Injury and Repair. St. Louis, CV Mosby, 1993.
9. Jacobson KE, Flandry FC. Diagnosis of anterior knee pain. Clin Sports Med 1989; 8:179-195.
10. Jobe FW, Kvitne RS, Eiangorra CE. Shoulder pain in the overhand or throwing athlete: the relationship of anterior instability and rotator cuff impingement. Orthop Rev 1989;18:963-975.

11. Kernig W. Concerning a little noted sign of meningitis. *Arch Neurol* 1969;21:216.
12. Klein JD, Garfin SR. Clinical evaluation of patients with spinal disorders, sec.3. In: Garfin SR, Vaccaro AR. *Spine – Orthopaedic Knowledge Update*. 1st ed., American Academy of Orthopaedic Surgeons, Rosemont IL, 1997.
13. López M, Laurentys-Medeiros J. Sistema locomotor. In: *Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico*. 4^a ed. Rio de Janeiro, Revinter, 1999.
14. Lovett RW, Martin EG. Certain aspects of infantile paralysis; with a description of a method of muscle testing. *JAMA* 1916;66:729.
15. McConnell J Fulkerson J. The knee: Patellofemoral and soft tissue injuries. In: Zachazewsky JE, Magee DJ and Quilhem WS (eds.): *Athletic Injuries and Rehabilitation*. Philadelphia, WB Saunders, 1996.
16. Magee DJ. *Orthopedic physical assessment*. 3rd ed. Philadelphia, WB Saunders, 1997.
17. McRae R. *Clinical Orthopaedic Examination*. New York, Churchill livingstone, 1976.
18. Moldaver J. Tinel's sign: Its characteristics and significance. *J Bone Joint Surg* 1978; 60-A:412-414.
19. Ober FB. The role of the iliotibial and fascia lata as a factor in the causation of low-back disabilities and sciatica. *J Bone Joint Surg* 1936;18:105-110.
20. Rouse SJ. The role of the iliotibial tract in patellofemoral pain and iliotibial band friction syndromes. *Physiotherapy* 1996;82:199-202.
21. Sato T, Kokubun S. Cervical myelopathy and its management. *Current Orthopaedics* 1998;12: 7-12.
22. Smillie IS. Disease of the knee joint. *Physiotherapy* 1984;70:114-150.
23. Tachdjian MO. *Pediatric Orthopedics*. 2nd ed. Philadelphia, WB Saunders, 1990.
24. Tanaka Y, Kokubun S, Sato T. Cervical radiculopathy and its unsolved problems. *Current Orthopaedics* 1998;12:1-6.
25. Thompson TC. A test for rupture of the tendoachilles. *Acta Orthop Scand* 1962;32:461-465.
26. Waddell G, McCullough JA, Kummel E et al. Nonorganic physical signs in low-back pain. *Spine* 1980;5:117-125.

27. Wessinghage D. Rheuma: Welche Diagnose stellen Sie? 2nd . Wehr-Basel, Ciba-Geigy, 1980.