

## DORSALGIAS

**Patrick Stump\***, **José Eduardo Nogueira Forni\*\***, **Manoel Jacobsen Teixeira\*\*\***,  
**Fábio Pires de Souza\*\*\*\***, **Tania Tiemi Miura\*\*\*\*\***

Stump, P., Forni, J.E.N., Teixeira, M.J., Souza, F.P., Miura, T.T. Dorsalgias. *Rev. Med. (São Paulo)*, 80(ed. esp. pt.2):335-40, 2001.

**RESUMO:** As mais freqüentes razões das dorsalgias são as afecções músculo-esqueléticas incluindo as síndromes dolorosas miofasciais da musculatura regional das lesões traumáticas, inflamatórias, degenerativas, tumorais ou constitucionais da coluna vertebral, seguindo-se a dor referida de afecções vertebrais e as neuropatias. Os dados de história clínica e de semiologia e a adequada interpretação dos exames complementares possibilitam diagnóstico na maioria dos casos. O tratamento consiste da remoção dos fatores causais, do uso de medicações analgésicas, antiinflamatórias e ou opióides, psicotrópicos, miorrelaxantes, medidas de medicina física e, em poucos casos, de procedimentos neurocirúrgicos, ortopédicos ou de cirurgia torácica.

**DESCRITORES:** Dor/terapia. Lesões nas costas/terapia. Síndromes da dor miofascial/terapia. Doenças neuromusculares/terapia.

### INTRODUÇÃO

**A** dorsalgia é conceituada como condição algica sediada na região torácica posterior. Nesta região estão localizadas a coluna vertebral torácica, músculos, tegumento, estruturas subtegumentares e costelas. A dorsalgia pode originar-se de afecções que acometem estas estruturas ou ser referida de órgãos situados à distância, especialmente de vísceras (esôfago, miocárdio, traquéia, brônquios, pericárdio, artérias pulmonares, artéria aorta)<sup>1</sup>.

### ANATOMIA DA REGIÃO DORSAL

A região dorsal é formada pela coluna torácica (T1 - T12), seus ligamentos e articulações, costelas, articulações costo-vertebrais, ligamentos, músculos, raízes nervosas, medula espinal e seus envoltórios, tegumento e tecido celular subcutâneo. A coluna dorsal é estabilizada anteriormente pelo ligamento longitudinal anterior e, posteriormente, pelo ligamento longitudinal posterior,

\* Médico Fisiatra do Instituto Lauro de Souza Lima, Membro do Centro de Dor do HC-FMUSP.

\*\* Médico Ortopedista. Membro do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

\*\*\* Neurocirurgião. Prof. Dr. do Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, diretor da Liga de Dor do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro Acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

\*\*\*\* Aluno de graduação do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e membro da Liga de Dor do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro Acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

\*\*\*\*\* Aluno de graduação do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo e membro da Liga de Dor do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro Acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

**Endereço para correspondência:** Rua Oscar Freire, 1380. Apto. 74. Pinheiros. São Paulo, SP.

## Edição Especial

firmemente aderidos aos discos intervertebrais, estes, por sua vez, constituídos pelo núcleo pulposo envolvido pelo ânulo fibroso. Na linha média, o ligamento é mais frágil do que na região lateral. Os ligamentos amarelo, interespinhosos e supraespinhosos apresentam relação com os arcos vertebrais, com os processos espinhosos das vértebras e com as apófises espinhosas, respectivamente. As costelas são fixadas nos corpos vertebrais pelos ligamentos costotransversos laterais e pela cápsula articular; entre elas há uma camada muscular (espaço intercostal) e os nervos intercostais. A coluna torácica apresenta amplitude do movimento (ADM) menor que de outras regiões vertebrais: a extensão-flexão anterior varia de 0 a 55 graus, a flexão lateral de 0 a 20 graus e a rotação de 0 a 35 graus. Os músculos (m.) espinhais torácicos estão dispostos em três camadas: a superficial, a intermediária e a profunda (Quadro 1). Além destes, alguns músculos originam-se na região dorsal e inserem-se em outras regiões (m. trapézio, m. grande dorsal, m. elevador da escápula, m. esplênio do pescoço)<sup>8</sup>.

**Quadro 1 - Músculos da região dorsal**

Músculos com inserção extra dorsal m. trapézio cervical m. esplênio do pescoço cervical m. elevadores da escápula cervical m. grande dorsal úmero
Camada superficial m. rombóide
Camada intermediária m. serrátil posterior
Camada profunda m. espinhal longo m. eretores da coluna m. iliocostal

O canal raquidiano torácico contém do segundo segmento torácico ao primeiro segmento sacral da medula espinal que ocupa mais de 2/3 do volume raquidiano, 12 pares de raízes torácicas. As raízes motoras neurovegetativas, neurovegetativas simpáticas são pré-ganglionares mielimizadas (ramos comunicantes brancos) que constituem a cadeia simpática que supre as vísceras cranianas, cervicais, torácicas e abdominais<sup>1</sup>. As raízes sensitivas fundem-se com as motoras e originam ramos recorrentes posteriores que inervam a musculatura paravertebral, ligamentos interespinhosos e intertransversários, as facetas articulares, o periósteo das lâminas, as apófises espinhosas e transversas. Os ramos

recorrentes anteriores suprem o ligamento longitudinal anterior, periósteo vertebral, porções externas do ânulo fibroso; ramos semi-vertebrais inervam o compartimento intravertebral (ligamento longitudinal posterior, meninges, vasos sanguíneos espinais) e os nervos intercostais cursam sob a costela correspondente e suprem o tegumento da parede torácica e abdominal, musculatura intercostal e abdominal.

### ETIOLOGIAS

As dorsalgias apresentam diversas etiologias, muitas vezes associadas no mesmo paciente. No Quadro 2 estão apresentadas algumas das principais causas das dorsalgias. A grande maioria das condições é funcional e mecânica<sup>4</sup>.

**Quadro 2 - Principais etiologias das dorsalgias**

<b>Mecânicas</b>	síndromes dolorosas miofasciais hérnias discais osteoartrite/osteoartrose estenose do canal vertebral fraturas
<b>Metabólicas</b>	diabete mellitus doença de Paget osteoporose
<b>Tumorais</b>	tumores ósseos primários ou metastático
<b>Infeciosas</b>	osteomielite infecções discais tuberculose vertebral herpes zoster
<b>Visceropatias</b>	afecções pulmonares e ou pleurais. pericardite, infarto agudo do miocárdio afecções gastroenterológicas e torácicas, ou abdominais, urológicas aneurisma de aorta
<b>Dor psicogênica</b>	

### Afecções músculo-esqueléticas

• **Síndromes dolorosas miofasciais (SDMs).** São uma das causas mais comuns de dorsalgias. A SDM dos músculos rombóide, longo dorsal, multífidos, serrátil posterior e superior e iliocostal torácico é causa de dor em áreas que variam de acordo com a localização dos pontos gatilhos (PG), se agravando durante a execução de atividades musculares. Ao exame físico evidenciam-se PGs e dor no local acometido<sup>8</sup>.

*Contraturas musculares.* Causa de dor profunda, frequentemente associada a espondilose. Ao exame observa-se dor e espasmo na musculatura onde a dor é referida<sup>8</sup>.

*Traumatismos.* A principal consequência grave de

traumatismos é a fratura da coluna vertebral pode ser decorrente de traumatismo em flexão, compressão ou misto. A história de traumatismo, a ocorrência de osteoporose, a intensa dor à palpação no local da fratura e o deslocamento articular e a presença de deformidade e os exames de imagem orientam o diagnóstico. A dor instala-se subitamente, piora à movimentação e à palpação dos processos espinhosos, respiração e tosse melhorando com o repouso. Pode associar-se ou não a comprometimento neurológico. O tratamento consiste da imobilização por gesso ou órteses em casos de fraturas estáveis sem comprometimento neurológico ou de cirurgia com osteossíntese e enxerto ósseo em caso de fraturas instáveis ou com comprometimento neurológico<sup>1</sup>.

A dor na região dorsal pode ser também decorrente de traumatismos mecânicos cutâneos e queimaduras. Os históricos e os resultados dos exames clínicos possibilitam o diagnóstico<sup>1</sup>.

*Hérnia discal torácica.* Hérnia discal é comum, mas raramente causa dorsalgia. Casos de mielopatia e de radiculopatia devem ser consideradas possibilidades diagnósticas. O tratamento, eventualmente, é cirúrgico<sup>4</sup>.

*Moléstia de Scheuermann (dorso curvo juvenil).* Ocorre durante a puberdade (em indivíduos com mais de 13 anos) e é mais comum no sexo feminino (2:1). Caracteriza-se por encunhamento anterior do corpo vertebral e acentuação da cifose torácica. A etiologia é desconhecida. Clinicamente observa-se deformidade e sensação de dor ou fadiga na região da cifose. O diagnóstico diferencial é com dorso curvo postural ou cifose congênita e o tratamento objetiva melhorar a dor e corrigir a cifose com medidas fisioterápicas, coletes e, raramente, com cirurgias<sup>1</sup>.

*Doenças reumáticas.* Em casos de artrite, a inspeção revela deformidade, dor localizada na região vertebral ou paravertebral a palpação e, muitas vezes dor segmentar, devido à neuropatia intercostal e espasmos musculares. Pode haver sinais de artrite em outras regiões<sup>4</sup>.

*Espondilite anquilosante.* Causa dor em peso na região dorsal associada a contração da musculatura paraespinal; pode haver compressão radicular e dor radicular. O exame revela dor à palpação profunda. As anormalidades de imagem são elucidativas<sup>4</sup>.

*Hiperostose idiopática difusa.* Causa dor moderada e localizada que se agrava devido a inatividade e ao frio. Ao exame observa-se dor, rigidez e cifose dorsal, redução da amplitude do movimento e da expansão torácica. Há anormalidades características aos exames de imagem<sup>1</sup>.

*Artrite costovertebral.* Causa dor profunda similar à dor vertebral. Esta agrava-se à movimentação e alivia-se com o bloqueio da articulação. Ao exame observa-se dor à palpação profunda. Os exames de imagem e os exames de laboratório confirmam o diagnóstico<sup>1</sup>.

*Síndrome facetária.* Podem causar dor intensa profunda e localizada, que é agravada à hiperextensão e aliviada à flexão da coluna vertebral. Ao exame observa-se dor à palpação, limitação da movimentação, retificação da coluna dorsal e espasmos musculares paravertebrais<sup>1</sup>.

*Doenças infecciosas vertebrais* (osteomielite por bactérias inespecíficas ou específicas, fungos). Causam dor circunscrita moderada a intensa que se agrava à compressão e à noite. Os sinais locais e sistêmicos de infecção e a dor localizada na região da apófise espinhosa ou paravertebral possibilitam o diagnóstico<sup>4</sup>.

*Tumores.* Os tumores primários da coluna vertebral são raros (10% dos tumores ósseos). Geralmente são metastáticos causam dor comumente à noite (80% dos casos). O diagnóstico geralmente ocorre com latência de 1,5 ano em casos de lesões benignas e com latência de um mês em casos de lesões malignas. No adulto, as lesões malignas são duas vezes mais frequentes que as benignas, enquanto que somente de 15% a 20% das lesões são malignas em crianças com menos de 10 anos de idade. Os tumores causam dor e espasmo muscular na região acometida, hiperalgesia segmentar e radiculopatia secundária à acentuação da cifose torácica e ou mielopatia. A percussão da apófise espinhosa torna-se dolorosa nestes casos. Os exames de imagem, a cintilografia óssea, a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) definem a localização e o estadiamento das lesões e podem indicar a sua natureza. A biópsia fechada (por agulha) ou aberta (cirúrgica) esclarecem a histologia das lesões. Dentre as lesões benignas da coluna torácica destaca-se o osteoma osteóide que afeta mais o sexo masculino, durante a primeira ou segunda décadas da vida (acomete a coluna lombar, cervical e torácica, nesta seqüência); a ressecção cirúrgica é o seu tratamento. O osteoblastoma é mais freqüente em mulheres com menos de 30 anos de idade e causa escoliose antálgica e, às vezes, déficits neurológicos. O osteocondroma é raro na coluna torácica. O cisto ósseo aneurismático pode acometer o arco neural e os elementos vertebrais posteriores e acentuar a cifose torácica ou a escoliose. O granuloma eosinofílico (vértebra plana) constitui diagnóstico diferencial com sarcoma de Ewing e infecções; podendo sofrer resolução espontânea, ser tratado com infiltração com corticosteróides ou necessitar tratamento operatório ou radioterápico. O tumor gigante-celular compromete o corpo vertebral; é tratado com curetagem, enxerto ósseo e, às vezes, com radioterapia. As lesões malignas apresentam prognóstico pior. A mais freqüente é o mieloma múltiplo que compromete o corpo vertebral, colapsando-o e podendo causar déficit neurológico; o tratamento de escolha é a radioterapia e a quimioterapia, sendo a cirurgia indicada quando há comprometimento medular. A coluna vertebral é acometida em 2% dos casos

## **Edição Especial**

---

pelo osteossarcoma primário; o tratamento consiste da ressecção cirúrgica, rádio e quimioterapia. O condrossarcoma causa dor localizada e sinais de envolvimento medular; é isointenso em T1 à RM; o tratamento é a ressecção cirúrgica<sup>2,4</sup>.

A compressão paravertebral por tumores mediastinais, aneurisma de aorta, abscesso paravertebral ou linfonódios causa dor moderada a intensa, contínua, em queimor, no segmento acometido. Esta agrava-se à movimentação da coluna vertebral; ocasionalmente podem ocorrer surtos de dor lancinante. Ao exame observa-se dor paravertebral à palpação e percussão e hiperalgisia segmentar. Os exames de imagem possibilitam o diagnóstico<sup>2</sup>.

Em casos de síndrome de Pancoast a dor ocorre no ombro, escápula, porção medial do braço e rostral do tórax. É agravada durante a abdução do braço e à compressão paravertebral. Associa-se, freqüentemente, a sinais e sintomas de plexopatia braquial e à síndrome de Claude Bernard Horner. Os exames de imagem possibilitam o diagnóstico<sup>2</sup>.

### ***Afecções viscerais***

***Afecções cardiológicas.*** A dor decorrente do infarto do miocárdio pode ser referida exclusivamente na região médio-dorsal. Geralmente é muito intensa e descrita como aperto ou compressão e freqüentemente acompanha-se de náuseas, vômitos e diaforese. Não existe correlação clara entre o tipo de infarto e o padrão de dor referida<sup>7</sup>. É possível que esta irradiação possa ocorrer também em doentes com angina instável ou estável, variantes de angina e em casos de síndrome X. Os históricos, o exame físico, o eletrocardiograma, as dosagens enzimáticas, os exames de imagem e os testes terapêuticos podem revelar a condição causal. O tratamento é fundamentado na normalização das funções cardíacas e na prevenção das complicações resultantes da cardiopatia. A angina de peito pode ocorrer também em casos de estenose ou de insuficiência aórtica. A dor decorrente da estenose mitral freqüentemente é referida na região póstero-rostral do hemitórax esquerdo; pode ser tanto superficial como profunda. O exame clínico pode identificar PGs miofasciais na região interescapulo-vertebral esquerda, especialmente quando os doentes com estenose mitral apresentam insuficiência cardíaca<sup>5</sup>.

***Afecções da artéria aorta.*** Os aneurismas podem gerar dor na região dorsal devida à excitação das estruturas sensíveis da parede da aorta ou à erosão das estruturas músculo-esqueléticas. Geralmente é constante, irritante e, ocasionalmente, pulsátil. A dor localiza-se na região dorsal em 50% dos casos. A dissecação da artéria aorta causa dor intensa em mais de 70% dos casos. Apresenta-se como

infarto do miocárdio ou seja como pontada ou facada e tende migrar do local de sua origem para outras regiões seguindo a trajetória do hematoma que se forma ao longo da artéria aorta. É mais intensa na face anterior e rostral do tórax em casos de lesão proximal e na região interescapulo-vertebral em casos de lesão distal. Náuseas, vômitos, diaforese, tonturas e soluços resistentes aos medicamentos ou manobras que normalmente o eliminam podem acompanhar a dor<sup>7</sup>.

***Pneumopatias.*** Dor torácica, tóraco-braquial ou dorsal pode ocorrer em doentes com afecções pulmonares. Dor é comum em casos de infarto pulmonar e em alguns doentes com pneumonia e usualmente deve-se ao envolvimento da pleura. Em casos de pleurodúnea a dor é freqüente e acompanha o local onde a inflamação está presente mas pode ser referida no ombro em casos de acometimento da pleura diafragmática. Em casos de pleurodúnea típica, a dor é referida na região interescapulo-vertebral e central. A dor geralmente é constante e é agravada à respiração profunda, tosse, movimentação do tórax e repouso sobre o lado afetado. A dor em caso de pleurodúnea atípica é menos localizada, opressiva e não se agrava à movimentação, tosse ou respiração profunda. Nesses casos, hiperalgisia superficial ou profunda e hipertonia muscular regional é freqüentemente observada<sup>3</sup>.

***Afecções do esôfago.*** A dor esofágica pode ser decorrente da estimulação mecânica e intensa (estenose, anormalidades motoras, câncer, acalasia, espasmos), estimulação térmica, inflamações ou estímulos químicos (refluxo gastro-esofágico) do esôfago. Freqüentemente manifesta-se na região rostral ou caudal do esterno, dependendo do acometimento do esôfago ser proximal ou distal; tende também irradiar-se para a região interescapulo-vertebral e central do dorso na região da 6ª e 7ª vértebras. A dor pode simular isquemia miocárdica e é aliviada com nitroglicerina, inibidores da bomba de cálcio, antiácidos e leite<sup>6</sup>. Em casos de refluxo gastroesofágico a dor pode irradiar-se para o epigastro, região cervical e dorsal e raramente para os membros superiores e simular infarto do miocárdio. Dura segundos a muitas horas e é agravada durante a atividade física, ato de deitar, irritantes gástricos, refeições volumosas e obesidade sendo aliviada com antiácidos<sup>6</sup>.

### **Neuropatias**

As dores neuropáticas dorsais são menos comuns que as nociceptivas. Em casos de lesões extramedulares da medula espinal (tumores primários, neurofibroma, neurinoma, ganglioneuroma ou neuroblastoma, metastáticos, hematomas) a dor localiza-se na região dorsal e, ulteriormente, torna-se radicular. É agravada pelo aumento da pressão líquórica e, freqüentemente, associa-se à SDM regional. Em casos de lesões epidurais (tumores

primários ou secundários, hemorragias, herniações discais, abscessos), a dor localiza-se no nível da lesão em 95% dos doentes, é radicular e segmentar em 55% e agrava-se com a flexão do pescoço, a elevação da perna e o aumento da pressão intracraniana. Nestas eventualidades, agrava-se à palpação e percussão das apófises espinhosas e da musculatura paravertebral e, ulteriormente, acarreta comprometimento radicular e medular. Em ambas as condições, as anormalidades do líquido cefalorraquidiano e os exames de imagem possibilitam o diagnóstico<sup>4</sup>.

Dor neuropática periférica na região dorsal normalmente é causada pela erupção pelo vírus herpes zoster ou por *diabetes mellitus*. A neuralgia pós-herpética é caracterizada como dores em choque ou queimor nos trajeto de estruturas nervosas especialmente os nervos intercostais<sup>1</sup>.

### **Psicopatias**

Ansiedade, alterações do humor, hipocondríase e outras anormalidades psíquicas podem resultar em dor torácica com localização atípica. Nesses casos é observado comportamento ansioso geralmente associado a dispnéia, hiperventilação, palpitações, tonturas, diaforese, sensação de fraqueza, aumento da tensão muscular e aumento da tensão da parede torácica. A dor também pode estar associada a síndromes depressivas, condição em que se evidenciam sinais de depressão que incluem anorexia, perda de peso, fadiga, redução da energia, sensação de mal estar, insônia e alterações do desempenho sexual. O diagnóstico das condições psicológicas deve ser fundamentado na exclusão de causas sintomáticas<sup>4</sup>.

### **DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico das dorsalgias deve ser fundamentado nos históricos e no exame clínico. A caracterização da natureza nociceptiva, neuropática e ou mista é o primeiro passo do objetivo do diagnóstico. Os jovens mais comumente apresentam dor decorrente de alterações musculares ou ligamentares, anomalias congênitas ou lesões traumáticas. Nos idosos, tumores malignos, SDMs e fraturas patológicas são as principais causas de dor. Quadros em que há agravamento progressivo da dor devem ser pesquisados com maior cautela. Dor com instalação aguda, sugere origem traumática ou infecciosa. Afecções sistêmicas caracterizadas por perda de peso e fadiga são indícios de condições infecciosas, inflamatórias ou tumorais. Dor que se acentua à tosse ou espirros é comum em doentes com hérnias discais, mas não é patognomônica desta condição. Dor profunda referida na região rostral e média do dorso pode ser causada por afecções gastrointestinais, como

úlceras gástricas ou duodenal ou pancreatite. Ocasionalmente, doentes com SDMs podem apresentar dor secundária a afecções sistêmicas, como neoplasias ou infecções ou asma brônquica<sup>1,4</sup>.

O exame físico geral deve ser seguido da inspeção estática realizada com o doente despido na posição ortostática sem calçados e de decúbito ventral para evidenciar deformidades (escolioses, dorso curvo, cifoescoliose, atrofia muscular, escápula alada ou elevada congênita). A inspeção dinâmica deve avaliar a expansão diafragmática e a marcha; esta altera-se em casos de lesões da coluna torácica, dos membros inferiores ou do sistema nervoso. A palpação da musculatura pode revelar PGs ou pontos dolorosos característicos da SDMs. A palpação pode também revelar anormalidades da movimentação vertebral; movimentos de rotação de até 35 graus do tronco com o doente sentado e com as mãos na nuca, não provoca dor. A limitação dos movimentos podem indicar lesão muscular ou lesão vertebral. A palpação pode identificar pontos gatilhos (PGs) ou dolorosos, anormalidades ligamentares (teste de Soto-Hall), condro-costais (teste de compressão esternal) ou radiculares (sinal de Beevor). A percussão vertebral e paravertebral pode revelar lesões vertebrais ou de cortical óssea. O exame deve também avaliar as vísceras e envoltórios da caixa torácica e abdominal e incluir palpação e percussão do externo, das cartilagens costo-esternais, costelas, da musculatura torácica do abdômen e ausculta do pulmão, do coração e abdômen. O exame neurológico também deve ser realizado e incluir o exame do estado psíquico e mental, dos nervos cranianos, da marcha, do equilíbrio, da motricidade e, especialmente da sensibilidade da região torácica, do abdômen e dos membros inferiores e do sistema nervoso neurovegetativo. A manobra de Laségue e a de Patrick, indica afecções das raízes lombares ou lesões das articulações sacroilíacas e co-femurais<sup>4</sup>.

Os exames laboratoriais devem ser solicitados e avaliados de acordo com os achados da história clínica e do exame físico. O hemograma, a velocidade de hemossedimentação (VHS) e a determinação da glicoproteína ácida a-1 podem sugerir infecções. A dosagem de íons (Ca<sup>++</sup>, K<sup>+</sup>, Mg<sup>++</sup>), a glicemia, enzimas musculares (TGO, TGP, CPK, DHL) e a avaliação hormonal (T3, T4, TSH) são necessários para avaliar a dor e a fadiga. O exame do líquido cefalorraquidiano é recomendado em casos de neuropatias. Os exames de imagem possibilitam o diagnóstico de lesões dos envoltórios, do aparelho locomotor, da medula e raízes espinais e das vísceras torácicas. A radiografia simples do tórax e da coluna vertebral nas incidências ântero-posterior, perfil e oblíquas avalia a estrutura e a arquitetura vertebral, os forames de conjugação e as partes moles,

## Edição Especial

---

podendo revelar fraturas, lesões degenerativas, infecções, tumores primários, metástases etc. A TC e a RM possibilitam visibilizar o canal vertebral, o disco intervertebral, os pedículos e as relações e a morfologia das estruturas paravertebrais. A cintilografia óssea pode revelar infecções, artroses, consolidações ósseas ou tumores. Havendo anemia e elevação da VHS deve ser investigada a possibilidade de doença neoplásica ou infecciosa. Exames sorológicos devem ser solicitados quando houver suspeita de doenças reumatológicas. A determinação do PSA, a eletroforese de proteínas, fosfatases e o mielograma devem ser requisitados em casos de suspeita de metástases de neoplasia prostática, mieloma etc. A biópsia com agulha dirigida por TC ou por fluoroscopia possibilita o diagnóstico histopatológico das lesões. A eletroneuromiografia é importante para o diagnóstico das lesões neuropáticas e ou musculares. Cumpre lembrar que a hérnia de disco dorsal é comum porém raramente causa dorsalgia. Tumores, mal de Pott, doença de Calve, fraturas e outras alterações estruturais vertebrais raramente são observados em doentes com dorsalgia<sup>1,4</sup>.

### CONCLUSÃO

Várias são as causas das dorsalgias. Dor localizada na região dorsal geralmente é causada por anormalidades posturais, síndromes dolorosas miofasciais, osteoartrose, síndrome facetária e outras afecções da coluna vertebral

incluindo a fratura vertebral por osteoporose, fraturas de costelas, luxações de costelas, fratura da escápula, osteomielite vertebral (doença de Pott), tumores vertebrais ou da porção posterior das costelas, anormalidades congênitas da coluna ou do tórax, artrite infecciosa, espondilite traumática, doença de Paget, epifisite vertebral infecciosa ou doença de Scheuermann e ou herniação discal torácica<sup>1</sup>. Deformidades podem sugerir fraturas, tumores ou processos inflamatórios articulares. Dor à palpação geralmente indica comprometimento da parede<sup>1</sup>. A dor neuropática normalmente é lateralizada e segmentar em casos de comprometimento radicular e é central e lateral em caso de comprometimento medular ou encefálico<sup>4</sup>.

Em casos de lesão vertebral por tumores, fraturas vertebrais, aracnoidite adesiva entre outras condições a dor é aguda, às vezes em formigamento sendo agravada por manobras que aumentam a pressão intracraniana e aos movimentos do tronco<sup>4</sup>. Hiperalgisia, hiperestesia e disestesias regionais e anormalidades aos exames de imagem e de laboratórios são evidenciados nesses doentes. Em casos de lesões vertebrais de natureza inflamatória ou tumoral ou traumática é comum a ocorrência de dor e de hiperalgisia segmentar e, muitas vezes, de anormalidades radiculares segmentares<sup>1</sup>.

A fratura da cartilagem e o deslocamento costochondral podem causar dor aguda em queimor na margem costal referida na região dorsal; esta instala-se após traumatismos causadores de fraturas e deslocamento<sup>1</sup>.

---

Stump, P., Forni, J.E.N., Teixeira, M.J., Souza, F.P., Miura, T.T. Dorsalgias. *Rev. Med.* (São Paulo), 80(ed. esp. pt.2):335-40, 2001.

**ABSTRACTS:** Pain in the dorsal region may result from many conditions. The muscle-skeletal diseases specially the regional myofascial pain syndromes, the inflammatory, degenerative, tumoral or congenital spinal abnormalities, followed by the thoracic visceral diseases and seldom by neuropathies are the reasons of the occurrence of dorsalgias. The clinical history, the physical and psychological findings and the laboratorial exams allow the diagnosis in the majority of the cases. The removal of the causal agents and the use of analgesic inflammatory agents, opioids, psychotropics, myorrelaxants, physical medicine and, when necessary, the functional neurosurgical, orthopedic or thoracic surgical procedures alleviates the pain in the majority of the cases.

**KEYWORDS:** Pain/therapy. Back injuries/therapy. Myofascial pain syndromes/therapy. Neuromuscular diseases/therapy.

---

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonica, J.J. General considerations of pain in the chest. In: Bonica, J.J., ed. *The management of pain*. 2.ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1990. v.2, p.959-1000.
2. Bonica, J.J. Chest pain related to cancer. In: Bonica, J.J., ed. *The management of pain*. 2.ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1990. v.2, p.1083-113.
3. Bonica, J.J. Painful disorders of the respiratory system. In: Bonica, J.J., ed. *The management of pain*. 2.ed. Vol II, Philadelphia, Lea & Febiger, 1990. v.2, p.1043-61.
4. Bonica, J.J., Graney, D.O. General considerations of pain in the chest. In: Loeser, J.D., ed. *Bonica's management of pain*. 3.ed. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, p.1113-48.
5. Hammermeister, K.E. Cardiac and aortic pain. In: Bonica, J.J., ed. *The management of pain*. 2.ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1990, v.2, p.1001-42.
6. Pope, C., Bonica, J.J. Chest pain of esophageal origin. In: Bonica, J.J., ed. *The management of pain*. 2.ed. Philadelphia, Lea & Febiger, 1990, v.2, p.1062-82.
7. Procacci, P., Zoppi, M., Maresca, M. Heart, vascular and haemopathic pain. In: Wall, P.D., Melzack, R., ed. *Textbook of pain*. 4.ed. Edinburgh, Churchill, Livingstone, 1999. p.621-39.
8. Travell, J.G., Simons, D.G. *Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1998.