

BMJ Best Practice

Visão geral da dor musculoesquelética

Direto ao local de atendimento



Índice

Introdução	3
Condições relacionadas	4
Referências	18
Aviso legal	22

Introdução

A dor musculoesquelética, que pode ser aguda ou crônica, é bastante comum e uma das principais causas de morbidade e ausência do trabalho motivada por doença.[1]

Nos EUA, 54% dos adultos pesquisados relatam uma doença musculoesquelética, o que custa cerca de 874 bilhões de dólares anualmente.[2] A prevalência relatada de dor musculoesquelética crônica varia substancialmente, com as taxas variando de 17% entre adultos com idade ≥ 16 anos no Reino Unido, a 89% entre adultos com obesidade grave (IMC ≥ 35.0 kg/m²) no Brasil.[3] [4] A prevalência é maior nas mulheres e aumenta com a idade.[1] [5]

A lombalgia é a causa mais comum de dor musculoesquelética crônica e continua a ser a principal causa de incapacidade em todo o mundo.[6]

Condições relacionadas

◇ Capsulite adesiva

» consulte nossa cobertura abrangente de Capsulite adesiva (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1043>)

Uma doença fibrosante crônica, caracterizada por uma restrição insidiosa, progressiva e intensa da amplitude de movimento ativa e passiva do ombro, na ausência de um distúrbio intrínseco do ombro conhecido. Mesmo não sendo um componente essencial da capsulite adesiva, muitos pacientes se queixam de dor no ombro.

◇ Fraturas do tornozelo

» consulte nossa cobertura abrangente de Fraturas do tornozelo (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/385>)

Embora outras fraturas ao redor e incluindo o tornozelo possam ocorrer (como fraturas do “plafond” tibial distal), o termo “fratura do tornozelo” mais comumente se refere a tipos de fraturas em que um ou mais dos maléolos medial, lateral ou posterior estão quebrados. A dor é óssea e está presente sobre o maléolo medial e lateral.

◇ Espondilite anquilosante

» consulte nossa cobertura abrangente de Espondilite anquilosante (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/366>)

A espondiloartrite axial é uma artropatia inflamatória crônica progressiva que pode causar alterações radiográficas na coluna vertebral e nas articulações sacroilíacas. Este estágio radiográfico é conhecido como espondilite anquilosante. A dorsalgia inflamatória é sua principal característica clínica. Ela é definida como uma dorsalgia de início insidioso, pior pela manhã e que melhora com exercícios.

◇ Lesão do ligamento cruzado anterior

» consulte nossa cobertura abrangente de Lesão do ligamento cruzado anterior (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/589>)

Lesão tipificada por um estalo audível, doloroso e súbito. Geralmente, o paciente apresenta incapacidade de retornar a suas atividades, instabilidade da articulação e desenvolvimento rápido de um derrame (hemartrose). O côndilo femoral lateral, o platô tibial lateral e as interlinhas articulares tibiofemorais ficam sensíveis à palpação.

◇ Avaliação da dorsalgia

» consulte nossa cobertura abrangente de Avaliação da dorsalgia (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/189>)

A dor nas costas é extremamente comum, e a lombalgia (dor lombar), em particular, causa mais incapacidade no mundo que qualquer outra afecção.[7] [8] Várias estruturas da coluna vertebral, inclusive ligamentos, facetas articulares, musculatura e fáscia paravertebrais, discos intervertebrais e raízes nervosas da coluna vertebral, têm sido apontadas como geradoras de dor.[9] As etiologias podem ser subdivididas em 3 grupos: mecânica, sistêmica e referida. A causa mais comum é decididamente a mecânica (97%).[9] No entanto, a maior parte das dores lombares é inespecífica, não se podendo identificar a causa.[8]

◇ Lesão no plexo braquial

» consulte nossa cobertura abrangente de Lesão no plexo braquial (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/581>)

Em geral, resulta de acidentes com veículos automotores, ferimentos por arma de fogo ou arma branca, acidentes em esportes de contato ou acidentes de trabalho durante esforços físicos pesados.[10] Os efeitos da lesão incluem paralisia, perda de sensibilidade e dor. O quadro clínico específico dependerá das raízes nervosas envolvidas e do grau de lesão em cada raiz.

◇ Bursite

» consulte nossa cobertura abrangente de Bursite (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/523>)

Uma bursa é um saco contendo uma quantidade pequena de líquido sinovial, situado entre um tendão e a pele ou o osso, que age como um amortecedor durante a fricção. Na bursite, ocorrem espessamento e proliferação da membrana sinovial, aderências bursais, formações vilosas, pólipos e depósitos calcários. Estes podem resultar de estresse por esforço repetitivo, infecção, doença autoimune ou trauma. Os principais achados diagnósticos são dor localizada, sensibilidade sobre a bursa e edema, caso esteja localizada superficialmente.

◇ Depósito de pirofosfato de cálcio (pseudogota)

» consulte nossa cobertura abrangente de Depósito de pirofosfato de cálcio (pseudogota) (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/370>)

A artrite por pirofosfato de cálcio é causada por depósito de cristais de pirofosfato de cálcio (PFC). Seu diagnóstico pode ser difícil. Os cristais de PFC no líquido sinovial podem ser pequenos, escassos e difíceis de serem encontrados. Geralmente, ocorre em pacientes mais velhos. Em pacientes com idade <60 anos, devem-se investigar doenças metabólicas subjacentes associadas ao depósito de pirofosfato de cálcio, como hiperparatireoidismo ou hemocromatose.

◇ Síndrome do túnel do carpo

» consulte nossa cobertura abrangente de Síndrome do túnel do carpo (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/380>)

Um conjunto de sintomas e sinais causados pela compressão do nervo mediano no túnel do carpo. É a neuropatia de encarceramento mais comum.[11] Os sintomas incluem dormência e/ou parestesia dos dedos polegar e radial, dor no punho e falta de coordenação.

◇ Lesão da coluna cervical, aguda

» consulte nossa cobertura abrangente de Lesão da coluna cervical, aguda (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/3000128>)

Engloba uma ampla variedade de lesões potenciais aos ligamentos, músculos, ossos e medula espinhal decorrentes de incidentes agudos, que vão desde uma queda aparentemente inofensiva até acidentes de alto impacto com veículo automotor. Em todos os casos, é necessária uma investigação cuidadosa para garantir que a estabilidade da coluna cervical não tenha sido comprometida. Em casos extremos, a instabilidade da coluna cervical pode levar a deficit neurológico progressivo, tetraplegia e até morte.

◇ Doença da coluna cervical, degenerativa

» consulte nossa cobertura abrangente de Doença da coluna cervical, degenerativa (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/577>)

Osteoartrite da coluna cervical, incluindo degeneração espontânea de discos ou facetas articulares. Os sintomas manifestos abrangem dor cervical axial e complicações neurológicas.

◇ Encefalomielite miálgica (síndrome da fadiga crônica)

» consulte nossa cobertura abrangente de Encefalomielite miálgica (síndrome da fadiga crônica) (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/277>)

É caracterizada por um início súbito ou gradual de fadiga incapacitante persistente, mal-estar pós-esforço, sono não revigorante, disfunção cognitiva e autonômica e dor, com sintomas que duram pelo menos 6 meses.^[12] Esses sintomas são inexplicáveis e persistem por, pelo menos 6 meses, não são aliviados pelo repouso e comprometem consideravelmente a qualidade de vida.

Embora os critérios de diagnóstico estipulem que o diagnóstico em adultos não deve ser feito antes de 6 meses de sintomas (3 meses para crianças) e avaliação clínica negativa, a orientação de 2021 do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido discute o impacto negativo de um atraso de 6 meses no início do tratamento. Portanto, o NICE recomenda que a observação em adultos seja reduzida a 3 meses antes de iniciar a terapia.

◇ Síndromes de dor crônica

» consulte nossa cobertura abrangente de Síndromes de dor crônica (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/694>)

A dor crônica é uma das razões mais comuns para a busca de atenção primária. As causas da dor crônica são variadas e podem ser decorrentes de causas musculoesqueléticas (mecânicas), neurológicas, cefaleias, psicológicas ou de doenças localizadas, ou como parte de um processo generalizado de doença. A prevalência da dor crônica aumenta com a idade, afetando cerca de 30% dos idosos.^[13] Etiologias típicas nessa população incluem artrite, osteoporose com fraturas e estenose da coluna lombar. Essas afecções são tratáveis e não devem ser consideradas parte do processo normal de envelhecimento. A dor crônica não tratada em adultos mais velhos pode resultar em depressão, baixa qualidade de vida e perda da independência.

◇ Coccigodinia

» consulte nossa cobertura abrangente de Coccigodinia (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1067>)

Dor debilitante no cóccix, geralmente provocada pelo ato de sentar-se ou levantar-se da posição sentada. Pode ter origem pós-traumática (por exemplo, após uma queda ou um parto), não traumática ou idiopática.

◇ Síndrome compartimental dos membros

» consulte nossa cobertura abrangente de Síndrome compartimental dos membros (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/502>)

Caracterizada por alta pressão intersticial em um compartimento osteofascial fechado, o que resulta em comprometimento microvascular (restrição do fluxo sanguíneo capilar).[14] Pode ser causada por fratura, hemorragia compartimental, lesão direta dos tecidos moles ou lesão muscular direta.

◇ Síndrome da dor regional complexa

» consulte nossa cobertura abrangente de Síndrome da dor regional complexa (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/594>)

Dor prolongada, desproporcional ao evento desencadeante (geralmente um trauma menor) e que costuma afetar o aspecto distal de um membro. A dor é frequentemente descrita como espontânea, lancinante, aguda, fulgurante, em pontadas ou queimação. Caracteristicamente se torna surda, incômoda e persistente ao se tornar crônica.

◇ Costocondrite

» consulte nossa cobertura abrangente de Costocondrite (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/300>)

Apresenta-se com início insidioso de dor na parede torácica anterior, exacerbada por certos movimentos do tórax e inspiração profunda. Um sinal característico é a dor à palpação das articulações costocondrais (especialmente da segunda à quinta).

◇ Lombalgia discogênica

» consulte nossa cobertura abrangente de Lombalgia discogênica (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/190>)

Quadro clínico multifatorial complexo caracterizado por dor lombar com ou sem a concomitância de sintomas radiculares nos membros inferiores na presença de doença discal degenerativa radiologicamente confirmada. A dor é exacerbada com atividade, mas pode se apresentar em certas posições, como ao sentar.

◇ Epicondilite

» consulte nossa cobertura abrangente de Epicondilite (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/978>)

Típica da quarta e quinta décadas da vida. Os pacientes descrevem uma história de atividades que contribuem para o uso excessivo dos músculos do antebraço que se originam no cotovelo. Tanto a epicondilite lateral (comumente conhecida como cotovelo do tenista) quanto a medial (comumente conhecida como cotovelo do golfista) são caracterizadas por dor no cotovelo durante ou após a flexão e a extensão do mesmo.

◇ Fibromialgia

» consulte nossa cobertura abrangente de Fibromialgia (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/187>)

Uma síndrome caracterizada por dor generalizada no corpo, presente por pelo menos 3 meses.^[15] ^[16] Acredita-se que esteja relacionada a uma amplificação dos sinais de dor na medula espinhal e no cérebro. Os pacientes com fibromialgia geralmente apresentam dor corporal generalizada crônica, crescente e decrescente. Sintomas comórbidos, como fadiga, dificuldades de memória e dificuldades de sono e humor, são comuns.

◇ Cisto ganglionar

» consulte nossa cobertura abrangente de Cisto ganglionar (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/984>)

Massas lisas, moles e benignas que geralmente se encontram no punho. Os pacientes podem apresentar desconforto doloroso ocasional, secundário à compressão das estruturas circundantes. Em certos pacientes, a dor se apresenta apenas após a atividade. Os cistos ganglionares ocultos não são geralmente detectados no exame físico, mas podem causar dor vaga no punho.

◇ Gota

» consulte nossa cobertura abrangente de Gota (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/13>)

Início agudo de dor intensa na articulação, com edema, derrame, calor, eritema e/ou sensibilidade à palpação das articulações envolvidas. Essa doença afeta mais comumente o hálux (podagra), o pé, o tornozelo, o joelho, os dedos das mãos, o punho e o cotovelo; porém, pode afetar qualquer articulação.

◇ Dor na virilha

» consulte nossa cobertura abrangente de Dor na virilha (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/580>)

A manifestação mais comum de patologia intra-articular do quadril; porém, não é incomum dor referida de outras origens. Seus sinais e sintomas geralmente incluem dor relacionada a atividades, dor com movimento do quadril e marcha antálgica.

◇ Fraturas do quadril

» consulte nossa cobertura abrangente de Fraturas do quadril (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/3000105>)

De modo geral, é considerada como qualquer fratura do fêmur distal à cabeça do fêmur e em uma posição proximal a um nível de poucos centímetros abaixo do trocânter menor. Associadas mais comumente a lesões de baixa energia (por exemplo, quedas da própria altura) e osteoporose ou osteopenia. O risco aumenta significativamente com a idade.

◇ Síndrome da banda iliotibial

» consulte nossa cobertura abrangente de Síndrome da banda iliotibial (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/587>)

A síndrome da banda iliotibial é a causa mais comum de dor na região lateral dos joelhos em corredores, e está relacionada ao atrito repetitivo da banda iliotibial com o epicôndilo femoral lateral. Os corredores predispostos a essa lesão geralmente encontram-se em fase de sobre-treinamento e muitas vezes apresentam fraqueza subjacente da musculatura abduzora da articulação do quadril.

◇ Luxação articular

» consulte nossa cobertura abrangente de Luxação articular (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/583>)

Separação total de 2 superfícies ósseas da articulação, muitas vezes causada por um impacto súbito na articulação. Geralmente, os pacientes sentem muita dor ao tentarem movimentar-se e se sentem significativamente apreensivos em relação à movimentação da articulação afetada. O diagnóstico geralmente é confirmado através de radiografia simples.

◇ Avaliação da articulação inflamada

» consulte nossa cobertura abrangente de Avaliação da articulação inflamada (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1191>)

A artrite inflamatória é um termo comum para diversas condições que se manifestam com dor articular, edema e rigidez em graus variados de comprometimento funcional. Em pacientes de dor e edema em uma única articulação, a infecção aguda é uma causa relativamente comum, podendo resultar em um dano rápido e irreversível. Por outro lado, a maioria dos pacientes com comprometimento de várias articulações tende a apresentar distúrbios de duração crônica.

◇ Artrite idiopática juvenil

» consulte nossa cobertura abrangente de Artrite idiopática juvenil (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/806>)

Esta é a doença reumática crônica mais comum nas crianças, abrangendo diversos subtipos. As articulações afetadas podem ficar doloridas, especialmente com movimentos e à palpação. Uma artrite objetiva em articulações por pelo menos 6 semanas é necessária para o diagnóstico.^[17]

◇ Avaliação da lesão do joelho

» consulte nossa cobertura abrangente de Avaliação da lesão do joelho (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/575>)

Na maioria das definições, as lesões agudas do joelho são definidas como aquelas diagnosticadas nos primeiros 30 a 42 dias após a lesão ou início dos sintomas. As lesões crônicas do joelho são decorrentes de traumas antigos residuais ou cirurgia, doenças degenerativas existentes ou condições prévias não resolvidas durante os primeiros 30 a 42 dias após seu início.

◇ Lesão do ligamento colateral medial

» consulte nossa cobertura abrangente de Lesão do ligamento colateral medial (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/828>)

Ocorre quando estresse excessivo em valgo ou forças de rotação externa são exercidos sobre a articulação do joelho. O sintoma mais comum é a dor na porção medial do joelho, acima ou abaixo da interlinha articular. Os pacientes geralmente conseguem andar. O diagnóstico e a classificação são feitos principalmente com anamnese e exame físico.

◇ Ruptura do menisco

» consulte nossa cobertura abrangente de Ruptura do menisco (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/826>)

Os meniscos podem se romper em decorrência de lesão traumática ou desgaste degenerativo (por exemplo, na artrite do joelho) e podem comprometer a distribuição da força em toda a articulação do joelho. As rupturas podem causar dor, edema, amplitude de movimentos limitada e travamento, bloqueio e instabilidade da articulação do joelho.

◇ Cãibras musculares

» consulte nossa cobertura abrangente de Cãibras musculares (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/569>)

Embora na maior parte sejam benignas e autolimitadas, as cãibras musculares também podem ser indicativas de uma grande variedade de doenças sistêmicas potencialmente graves. Cãibras musculares idiopáticas (usuais) são comuns, de curta duração, e geralmente envolvem o músculo da panturrilha e/ou o pé. A abordagem diagnóstica para cãibras musculares idiopáticas é de exclusão.

◇ Dor musculoesquelética na coluna lombar

» consulte nossa cobertura abrangente de Dor musculoesquelética na coluna lombar (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/778>)

Dor, rigidez e/ou sensibilidade na região lombossacral. O diagnóstico é feito eliminando-se as causas específicas de dor lombar decorrentes de comprometimento neurológico, neoplasia, artrite inflamatória, fratura e dor referida de outros locais ou sistemas de órgãos.

◇ Entorses e distensões musculoesqueléticas

» consulte nossa cobertura abrangente de Entorses e distensões musculoesqueléticas (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/578>)

A torção é uma lesão na junção muscular ou musculotendinosa, enquanto uma entorse é uma lesão no ligamento. A história e o exame físico são fundamentais para o diagnóstico e a classificação da lesão como de grau 1 (leve), 2 (moderada) ou 3 (grave com ruptura completa).

◇ Dor cervical, avaliação da

» consulte nossa cobertura abrangente de Dor cervical, avaliação da (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/943>)

Os pacientes podem apresentar um quadro clínico agudo, especialmente no contexto de trauma ou quando associado a outras dores crônicas. A prevalência ao longo da vida estimada de um episódio significativo de dor cervical é de 40% a 70%, e a prevalência pontual global da dor cervical é de 4.9%.^[18] ^[19] É importante detectar dor cervical oriunda de causas significativas (por exemplo, câncer primário ou metastático) e dor associada a comprometimento neurológico.

◇ Doença de Osgood-Schlatter

» consulte nossa cobertura abrangente de Doença de Osgood-Schlatter (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/588>)

Síndrome de sobrecarga da população pediátrica que resulta em apofisite de tração da tuberosidade tibial. Ela geralmente ocorre durante o estirão de crescimento da adolescência em jovens atletas que participam de esportes com extensão forçada e flexão repetidas dos joelhos. Os homens são afetados com maior frequência que as mulheres. O diagnóstico é clínico; os pacientes geralmente apresentam dor, edema, calor e sensibilidade localizada à palpação sobre o tubérculo tibial.

◇ Osteoartrite

» consulte nossa cobertura abrangente de Osteoartrite (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/192>)

Um distúrbio articular comum e frequentemente debilitante; a prevalência aumenta com a idade.^[20] As articulações mais afetadas são os joelhos, o quadril, as mãos e a coluna lombar e cervical. Os pacientes apresentam dor e rigidez nas articulações, que normalmente pioram com atividade física.

◇ Osteocondrite dissecante do joelho

» consulte nossa cobertura abrangente de Osteocondrite dissecante do joelho (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/591>)

Uma lesão idiopática adquirida, potencialmente reversível, do osso subcondral que resulta em delaminação e sequestro, com ou sem comprometimento e instabilidade da cartilagem articular.^[21] ^[22] ^[23] A maioria dos pacientes é composta por atletas adolescentes ou adultos jovens. As principais articulações comprometidas são as do joelho, tornozelo e a articulação radiocapitelar do cotovelo. Quadro clínico variável: traumático ou sem trauma, início insidioso, dor articular inespecífica, exacerbação dos sintomas com exercício (principalmente, subir escadas ou aclives), derrame recorrente, falseio ou travamento.

◇ Osteomalácia

» consulte nossa cobertura abrangente de Osteomalácia (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/517>)

É uma doença óssea metabólica caracterizada pela mineralização incompleta da porção orgânica da matriz subjacente do tecido ósseo maduro (osteóide) após o fechamento da placa epifisária em adultos. A deficiência de vitamina D é a causa mais comum. Os pacientes geralmente se queixam de dor difusa nos ossos e têm uma história de pouca exposição à luz solar. Fraqueza muscular proximal, sensibilidade à percussão da coluna, pseudofraturas e deformidades esqueléticas são comumente encontradas.

◇ Osteomielite

» consulte nossa cobertura abrangente de Osteomielite (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/3000178>)

Uma condição inflamatória do osso causada por um organismo infectante, mais comumente *Staphylococcus aureus*. A gravidade pode ser dividida em estágios dependendo da etiologia da infecção, da sua patogênese, da extensão do comprometimento ósseo, da duração e de fatores do hospedeiro específicos para cada paciente. De forma geral, a infecção óssea é hematogênica ou com foco contíguo.

◇ Osteoporose

» consulte nossa cobertura abrangente de Osteoporose (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/85>)

Assintomática até ocorrer uma fratura. O diagnóstico é baseado em uma história de fratura prévia por fragilidade ou uma baixa densidade mineral óssea, que é definida como um T-score ≤ -2.5 . O rastreamento se baseia nos fatores de risco individuais, incluindo sexo feminino, história materna de fratura por fragilidade/osteoporose, idade avançada, baixo índice de massa corporal ($<20 \text{ kg/m}^2$), tratamento de privação de androgênios (em homens), tratamento com inibidor da aromatase (em mulheres), utilização de corticosteroides, tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

◇ Fraturas osteoporóticas por compressão vertebral

» consulte nossa cobertura abrangente de Fraturas osteoporóticas por compressão vertebral (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/819>)

A maioria das fraturas osteoporóticas por compressão vertebral representa uma falha isolada da coluna vertebral anterior decorrente de uma combinação de flexão e carga de compressão axial. Os pacientes podem relatar dorsalgia súbita decorrente de atividades não traumáticas, como ao se levantarem da posição sentada, curvarem-se para frente, tossirem e espirrarem.[24] A dor é caracteristicamente exacerbada pelo movimento. Também pode ser um achado incidental em pacientes assintomáticos.

◇ Osteossarcoma

» consulte nossa cobertura abrangente de Osteossarcoma (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/780>)

A neoplasia maligna primária óssea não hematológica mais comum em crianças e adolescentes. O agravamento da dor no decorrer de semanas ou meses é o primeiro e mais comum sintoma. A dor é geralmente leve no início e passa a ser mais intensa. Muitas vezes ela é relatada como mais intensa em repouso e à noite. A dor também é comumente descrita como profunda, surda, incômoda e incessante.[25]

◇ Doença de Paget óssea

» consulte nossa cobertura abrangente de Doença de Paget óssea (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/525>)

Distúrbio crônico e localizado da remodelação óssea, caracterizado pelo aumento na reabsorção, formação e remodelação ósseas, que pode causar grandes deformidades cranianas e nos ossos longos. A maioria dos pacientes geralmente é assintomática, mas pode apresentar dor intensa nos ossos longos e, raramente, em algumas áreas faciais.

◇ Síndrome da dor patelofemoral

» consulte nossa cobertura abrangente de Síndrome da dor patelofemoral (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/827>)

A síndrome da dor patelofemoral é um dos distúrbios do joelho mais comumente observados na prática de medicina esportiva.[26] As causas dos problemas patelofemorais são multifatoriais, abrangendo uma mecânica anormal da articulação patelofemoral, alterações na cadeia cinética inferior e sobrecarga.

◇ Fasciite plantar

» consulte nossa cobertura abrangente de Fasciite plantar (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/487>)

Dor crônica ou aguda no calcanhar inferior na ligação da banda medial da fásia plantar à tuberosidade medial do calcâneo. Afeta mais comumente pessoas entre 40 e 60 anos de idade que estejam com sobrepeso ou obesas. Também ocorre em 10% dos corredores.[27] A dor pode irradiar para a lateral do calcanhar. Para se diagnosticar a fasciite plantar, a dor deve ser aliviada com repouso.

◇ Polimialgia reumática

» consulte nossa cobertura abrangente de Polimialgia reumática (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/153>)

Manifesta-se sob a forma de dor e rigidez matinal que comprometem o pescoço e as cinturas escapular e/ou pélvica em indivíduos acima de 50 anos de idade. Os pacientes se queixam de dificuldade para se levantar da posição sentada ou prona, rigidez significativa da cintura escapular e do quadril, graus variáveis de sensibilidade muscular, bursite do ombro/quadril e/ou oligoartrite. É mais comum em mulheres.[28] Cerca de 15% a 20% dos pacientes com polimialgia reumática (PMR) apresentam arterite de células gigantes (ACG); 40% a 60% dos pacientes com ACG apresentam PMR.[29]

◇ Cisto poplíteo

» consulte nossa cobertura abrangente de Cisto poplíteo (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1044>)

Geralmente, resultante de patologia da articulação do joelho, como artrite, ou uma ruptura na cartilagem. Pode apresentar-se com edema ou dor atrás do joelho, mas a maioria dos casos é assintomática. Um cisto poplíteo pode sofrer ruptura, causando edema e dor intensa na panturrilha.

◇ Artrite psoriática

» consulte nossa cobertura abrangente de Artrite psoriática (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/524>)

Doença musculoesquelética inflamatória crônica associada à psoríase. A artrite psoriática frequentemente se apresenta com um padrão de envolvimento articular monoarticular ou oligoarticular. Nos pacientes com envolvimento de várias articulações, o padrão não tem a simetria da artrite reumatoide.

◇ Artrite reativa

» consulte nossa cobertura abrangente de Artrite reativa (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/597>)

Uma artrite inflamatória que ocorre após a exposição a certas infecções gastrointestinais e genitourinárias, sobretudo por espécies de *Chlamydia*, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella enteritidis*, *Shigella* e *Yersinia*. Os pacientes podem relatar história de infecção genitourinária ou disentérica prévia de 1 a 4 semanas antes do início. As características incluem sintomas sistêmicos como febre, artrite periférica e axial, entesite (inflamação das inserções dos tendões nos ossos), dactilite (edema de um dedo inteiro do pé ou da mão), conjuntivite e irite, lesões cutâneas incluindo balanite circinada e ceratodermia blenorragica.

◇ Artrite reumatoide

» consulte nossa cobertura abrangente de Artrite reumatoide (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/105>)

A artrite inflamatória mais comum é caracterizada por artrite simétrica das articulações pequenas das mãos e pés.^[30] Uma artrite crônica e erosiva que requer tratamento precoce e agressivo.

◇ Fraturas das costelas

» consulte nossa cobertura abrangente de Fraturas das costelas (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/3000236>)

Podem ser decorrentes de lesão por força contusa, quedas, lesão não acidental, RCP agressiva, ou mais raramente, tosse intensa, atividades atléticas ou lesões metastáticas e tumores ósseos primários. As fraturas de costelas podem ser relativamente benignas, mas muitas vezes podem ser um marcador de lesões concomitantes, como pneumotórax, hemopneumotórax e/ou contusões pulmonares, tórax instável e possíveis lesões não torácicas.

◇ Raquitismo

» consulte nossa cobertura abrangente de Raquitismo (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/635>)

Mineralização deficiente na placa epifisária dos ossos longos que resulta em retardo do crescimento. Se a afecção subjacente não for tratada, ocorrerá deformidade óssea, normalmente causando pernas arqueadas e espessamento das extremidades dos ossos longos. Ocorre apenas em crianças em fase de crescimento antes da fusão das epífises e, normalmente, afeta os punhos, os joelhos e as junções costocondrais. Ocorre essencialmente em decorrência de deficiência nutricional de vitamina D, mas pode estar associado a deficiências de cálcio ou fósforo.

◇ Lesão do manguito rotador

» consulte nossa cobertura abrangente de Lesão do manguito rotador (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/586>)

Causa comum de dor no ombro, especialmente em pessoas idosas e ativas.^{[31] [32]} As rupturas podem ser sintomáticas ou assintomáticas. A causa da ruptura pode ser traumática ou por fricção.

◇ Escoliose

» consulte nossa cobertura abrangente de Escoliose (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/979>)

A escoliose idiopática do adolescente é uma deformação estrutural da coluna vertebral caracterizada pela descompensação do alinhamento vertebral normal durante o rápido crescimento esquelético em crianças saudáveis. A dor é geralmente mínima ou ausente na apresentação. A presença de dor significativa na apresentação justifica uma avaliação cuidadosa em busca de outras causas de deformidade da coluna. Os pacientes com curvatura grave apresentam risco de progressão futura da curvatura, podendo desenvolver problemas em longo prazo relacionados ao grau da deformidade causada por essa curvatura e/ou dor. [33] [34]

◇ Epifisiólise proximal do fêmur

» consulte nossa cobertura abrangente de Epifisiólise proximal do fêmur (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/757>)

Normalmente, observada na faixa etária da adolescência. Ela ocorre quando a fraqueza na placa epifisária proximal do fêmur permite um deslocamento da epífise femoral proximal. Pode se apresentar com início agudo/insidioso de dor e claudicação. A rotação externa involuntária com a flexão do quadril é um achado importante no exame físico.

◇ Síndrome da cauda equina

» consulte nossa cobertura abrangente de Síndrome da cauda equina (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/3000164>)

Causada por compressão das raízes nervosas lombossacras que se estendem abaixo da medula espinhal. Os sintomas e sinais típicos da síndrome da cauda equina (SCE) incluem disfunção vesical, dor lombar, ciática bilateral ou unilateral, fraqueza ou dormência de membros inferiores, disfunção intestinal e disfunção sexual. [35] [36] A SCE é uma emergência neurocirúrgica, e atrasos no diagnóstico e no tratamento podem causar incapacidade permanente.

◇ Estenose da coluna vertebral

» consulte nossa cobertura abrangente de Estenose da coluna vertebral (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/191>)

Doença geralmente resultante de alterações degenerativas na coluna lombar. Os pacientes geralmente apresentam sintomas prolongados de claudicação neurogênica, caracterizados por dores nas costas e nas pernas e parestesia nos membros inferiores, provocados pela deambulação e aliviados ao sentar.

◇ Sinovite do quadril, transitória

» consulte nossa cobertura abrangente de Sinovite do quadril, transitória (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/761>)

Um distúrbio inflamatório autolimitado do quadril, que comumente afeta crianças pequenas entre 2 e 12 anos de idade. Apresenta-se agudamente com claudicação e dor leves a moderadas no quadril. [37]

◇ Disfunções temporomandibulares

» consulte nossa cobertura abrangente de Disfunções temporomandibulares (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/429>)

As disfunções temporomandibulares (anteriormente síndrome da articulação temporomandibular) são um grupo de disfunções associadas a dor na boca e no rosto que podem evoluir para dor crônica.[38] [39] Geralmente, manifesta-se com 4 achados característicos: dor na articulação temporomandibular, ruído na articulação, sensibilidade dos músculos da mastigação e limitação do movimento mandibular.

◇ Tendinopatia

» consulte nossa cobertura abrangente de Tendinopatia (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/582>)

Termo geral para descrever a degeneração do tendão caracterizada por uma combinação de dor, edema e comprometimento do desempenho. Os locais comuns incluem o manguito rotador (tendão supraespinhal), extensores do punho (epicôndilo lateral) e pronadores (epicôndilo medial), tendões patelar e do quadríceps e tendão de Aquiles.

◇ Tenossinovite da mão e do punho

» consulte nossa cobertura abrangente de Tenossinovite da mão e do punho (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/982>)

A tenossinovite da mão e do punho é um grupo de entidades com uma patologia comum que envolve os tendões extrínsecos da mão e do punho e suas bainhas retinaculares correspondentes. Elas geralmente começam como uma irritação do tendão que se manifesta como dor e pode evoluir para encarceramento e bloqueio quando o deslizamento do tendão falha.

◇ Trauma da coluna toracolombar

» consulte nossa cobertura abrangente de Trauma da coluna toracolombar (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/820>)

As fraturas toracolombares são o desfecho habitual de um trauma toracolombar. Elas ocorrem geralmente como resultado de traumas de alta energia (por exemplo, acidentes de trânsito e quedas de alturas).[40] Ele pode ocorrer espontaneamente em pacientes com distúrbios osteoporóticos, neoplásicos ou metabólicos da coluna.

◇ Torção de membro inferior em crianças

» consulte nossa cobertura abrangente de Torção de membro inferior em crianças (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/748>)

Anormalidades de torção do membro inferior são comuns em crianças. Em geral, elas são atribuídas à torção femoral ou tibial, contraturas dos tecidos moles, tônus muscular anormal, retropé em varo/valgo, adução/abdução do antepé ou uma combinação destes.

◇ Fraturas do punho

» consulte nossa cobertura abrangente de Fraturas do punho (<https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/3000259>)

As fraturas do rádio distal são as mais comuns em adultos. Elas são geralmente causadas por uma queda sobre a mão estendida. Pode ser acompanhada por fraturas do estiloide ulnar, da ulna distal e do escafoide. Fraturas isoladas do escafoide também podem ocorrer.

Principais artigos

Referências

1. Briggs AM, Cross MJ, Hoy DG, et al. Musculoskeletal health conditions represent a global threat to healthy aging: a report for the 2015 World Health Organization world report on ageing and health. *Gerontologist*. 2016 Apr;56 Suppl 2:S243-55. [Texto completo \(https://academic.oup.com/gerontologist/article/56/Suppl_2/S243/2605238\)](https://academic.oup.com/gerontologist/article/56/Suppl_2/S243/2605238) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26994264?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26994264?tool=bestpractice.bmj.com)
2. Malik KM, Beckerly R, Imani F. Musculoskeletal disorders a universal source of pain and disability misunderstood and mismanaged: a critical analysis based on the U.S. model of care. *Anesth Pain Med*. 2018 Dec 15;8(6):e85532. [Texto completo \(https://brieflands.com/articles/aapm-85532\)](https://brieflands.com/articles/aapm-85532) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30775292?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30775292?tool=bestpractice.bmj.com)
3. Ryan CG, Wellburn S, McDonough S, et al. The association between displacement of sedentary time and chronic musculoskeletal pain: an isotemporal substitution analysis. *Physiotherapy*. 2017 Dec;103(4):471-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28818451?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28818451?tool=bestpractice.bmj.com)
4. Mendonça CR, Noll M, de Carvalho Santos ASEA, et al. High prevalence of musculoskeletal pain in individuals with severe obesity: sites, intensity, and associated factors. *Korean J Pain*. 2020 Jul 1;33(3):245-57. [Texto completo \(https://www.epain.org/journal/view.html?doi=10.3344/kjp.2020.33.3.245\)](https://www.epain.org/journal/view.html?doi=10.3344/kjp.2020.33.3.245) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32606269?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32606269?tool=bestpractice.bmj.com)
5. Yamada K, Fujii T, Kubota Y, et al. Prevalence and municipal variation in chronic musculoskeletal pain among independent older people: data from the Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES). *BMC Musculoskelet Disord*. 2022 Aug 5;23(1):755. [Texto completo \(https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-022-05694-y\)](https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-022-05694-y) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35932026?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35932026?tool=bestpractice.bmj.com)
6. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990-2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023 May 22;5(6):e316-29. [Texto completo \(https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913\(23\)00098-X/fulltext\)](https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913(23)00098-X/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37273833?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37273833?tool=bestpractice.bmj.com)
7. Wu A, March L, Zheng X, et al. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Ann Transl Med*. 2020 Mar;8(6):299. [Texto completo \(https://atm.amegroups.org/article/view/38037/html\)](https://atm.amegroups.org/article/view/38037/html) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32355743?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32355743?tool=bestpractice.bmj.com)
8. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018 Jun 9;391(10137):2356-67. [Texto completo \(https://core.ac.uk/reader/153535953?utm_source=linkout\)](https://core.ac.uk/reader/153535953?utm_source=linkout) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29573870?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29573870?tool=bestpractice.bmj.com)

9. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001;344:363-370. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11172169?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11172169?tool=bestpractice.bmj.com)
10. Midha R. Epidemiology of brachial plexus injuries in a multitrauma population. *Neurosurgery*. 1997 Jun;40(6):1182-8; discussion 1188-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9179891?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9179891?tool=bestpractice.bmj.com)
11. Currie KB, Tadisina KK, Mackinnon SE. Common hand conditions: a review. *JAMA*. 2022 Jun 28;327(24):2434-45. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35762992?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35762992?tool=bestpractice.bmj.com)
12. Komaroff AL. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: A Real Illness. *Ann Intern Med*. 2015 Jun 16;162(12):871-2. doi: 10.7326/M15-0647. PMID: 26075760. [Texto completo \(https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M15-0647?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org\)](https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M15-0647?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26075760?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26075760?tool=bestpractice.bmj.com)
13. Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, et al. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*. 2003;106:221-228. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14659505?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14659505?tool=bestpractice.bmj.com)
14. Mubarak SJ, Owen CA. Double-incision fasciotomy of the leg for decompression in compartment syndromes. *J Bone Joint Surg Am*. 1977 Mar;59(2):184-7. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15455478?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15455478?tool=bestpractice.bmj.com)
15. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. 2016 revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016 Dec;46(3):319-29. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27916278?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27916278?tool=bestpractice.bmj.com)
16. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, et al. AAPT diagnostic criteria for fibromyalgia. *J Pain*. 2019 Jun;20(6):611-28. [Texto completo \(https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(18\)30832-0/fulltext\)](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(18)30832-0/fulltext) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30453109?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30453109?tool=bestpractice.bmj.com)
17. Petty RE, Southwood TR, Manners P, et al; International League of Associations for Rheumatology. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol*. 2004;31:390-392. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14760812?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14760812?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Devereaux MW. Neck pain. *Prim Care*. 2004;31:19-31. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15110156?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15110156?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Hoy D, March L, Woolf A, et al. The global burden of neck pain: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014 Jul;73(7):1309-15. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24482302?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24482302?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, et al. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Ann*

Rheum Dis. 2014 Sep;73(9):1659-64. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3875433\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3875433) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23744977?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23744977?tool=bestpractice.bmj.com)

21. Clanton TO, DeLee JC. Osteochondritis dissecans. History, pathophysiology and current treatment concepts. Clin Orthop Relat Res. 1982 Jul;(167):50-64. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6807595?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6807595?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Cahill BR. Osteochondritis dissecans of the knee: treatment of juvenile and adult forms. J Am Acad Orthop Surg. 1995 Jul;3(4):237-47. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10795030?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10795030?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Kocher MS, Tucker R, Ganley TJ, et al. Management of osteochondritis dissecans of the knee: current concepts review. Am J Sports Med. 2006 Jul;34(7):1181-91. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16794036?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16794036?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Alsoof D, Anderson G, McDonald CL, et al. Diagnosis and management of vertebral compression fracture. Am J Med. 2022 Jul;135(7):815-21. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35307360?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35307360?tool=bestpractice.bmj.com)
25. Azar FM, Canale ST, Beaty JH. Campbell's operative orthopaedics. 14th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2021.
26. Devereaux MD, Lachmann SM. Patello-femoral arthralgia in athletes attending a sports injury clinic. Br J Sports Med. 1984 Mar;18(1):18-21. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1858870\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1858870) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6722419?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6722419?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Buchbinder R. Clinical practice. Plantar fasciitis. N Engl J Med. 2004;350:2159-2166. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15152061?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15152061?tool=bestpractice.bmj.com)
28. Raheel S, Shbeeb I, Crowson CS, et al. Epidemiology of polymyalgia rheumatica 2000-2014 and examination of incidence and survival trends over 45 years: a population-based study. Arthritis Care Res (Hoboken). 2017 Aug;69(8):1282-5. [Texto completo \(https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/acr.23132\)](https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/acr.23132) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27768840?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27768840?tool=bestpractice.bmj.com)
29. Nothnagl T, Leeb BF. Diagnosis, differential diagnosis and treatment of polymyalgia rheumatica. Drugs Aging. 2006;23:391-402. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16823992?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16823992?tool=bestpractice.bmj.com)
30. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2001 Sep 15;358(9285):903-11. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11567728?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11567728?tool=bestpractice.bmj.com)
31. Zhao J, Luo M, Liang G, et al. What factors are associated with symptomatic rotator cuff tears: a meta-analysis. Clin Orthop Relat Res. 2022 Jan 1;480(1):96-105. [Texto completo \(https://journals.lww.com/clinorthop/fulltext/2022/01000/what_factors_are_associated_with_symptomatic.16.aspx\)](https://journals.lww.com/clinorthop/fulltext/2022/01000/what_factors_are_associated_with_symptomatic.16.aspx) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34424222?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34424222?tool=bestpractice.bmj.com)
32. Shaffer B, Huttman D. Rotator cuff tears in the throwing athlete. Sports Med Arthrosc Rev. 2014 Jun;22(2):101-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24787724?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24787724?tool=bestpractice.bmj.com)

33. Danielsson AJ, Nachemson AL. Back pain and function 22 years after brace treatment for adolescent idiopathic scoliosis: a case-control study-part I. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2003 Sep 15;28(18):2078-85; discussion 2086. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14501917?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14501917?tool=bestpractice.bmj.com)
34. Weinstein SL, Dolan LA, Spratt KF, et al. Health and function of patients with untreated idiopathic scoliosis: a 50-year natural history study. *JAMA*. 2003 Feb 5;289(5):559-67. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195893\)](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195893) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12578488?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12578488?tool=bestpractice.bmj.com)
35. The Royal College of Emergency Medicine. Position statement: cauda equina syndrome. Feb 2020 [internet publication]. [Texto completo \(https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2021/10/Cauda_Equina_position_statement_Feb20.pdf\)](https://rcem.ac.uk/wp-content/uploads/2021/10/Cauda_Equina_position_statement_Feb20.pdf)
36. Kuris EO, McDonald CL, Palumbo MA, et al. Evaluation and management of cauda equina syndrome. *Am J Med*. 2021 Dec;134(12):1483-9. [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34473966?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34473966?tool=bestpractice.bmj.com)
37. Krul M, van der Wouden JC, Schellevis FG, et al. Acute non-traumatic hip pathology in children: incidence and presentation in family practice. *Fam Pract*. 2010 Apr;27(2):166-70. [Texto completo \(https://academic.oup.com/fampra/article/27/2/166/510395\)](https://academic.oup.com/fampra/article/27/2/166/510395) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20026553?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20026553?tool=bestpractice.bmj.com)
38. List T, Jensen RH. Temporomandibular disorders: old ideas and new concepts. *Cephalalgia*. 2017 Jun;37(7):692-704. [Texto completo \(https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0333102416686302\)](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0333102416686302) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28068790?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28068790?tool=bestpractice.bmj.com)
39. Durham J, Newton-John TR, Zakrzewska JM. Temporomandibular disorders. *BMJ*. 2015 Mar 12;350:h1154.
40. Katsuura Y, Osborn JM, Cason GW. The epidemiology of thoracolumbar trauma: a meta-analysis. *J Orthop*. 2016 Jul 21;13(4):383-8. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4963326\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4963326) [Resumo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27504058?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27504058?tool=bestpractice.bmj.com)

Aviso legal

O BMJ Best Practice destina-se a profissionais da área médica licenciados. A BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) não defende nem apoia o uso de qualquer medicamento ou terapia contidos nesta publicação, nem diagnóstica pacientes. Como profissional da área médica, são de sua inteira responsabilidade a assistência e o tratamento dos seus pacientes, e você deve usar seu próprio julgamento clínico e sua experiência ao utilizar este produto.

Este documento não tem a pretensão de cobrir todos os métodos diagnósticos, tratamentos, acompanhamentos, medicamentos e contraindicações ou efeitos colaterais possíveis. Além disso, como os padrões e práticas na medicina mudam à medida que são disponibilizados novos dados, você deve consultar várias fontes. Recomendamos que você verifique de maneira independente os diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos específicos para verificar se são a opção adequada para seu paciente em sua região. Além disso, em relação aos medicamentos que exijam prescrição médica, você deve consultar a bula do produto, que acompanha cada medicamento, para verificar as condições de uso e identificar quaisquer alterações na posologia ou contraindicações, principalmente se o medicamento administrado for novo, usado com pouca frequência ou tiver uma faixa terapêutica estrita. Você deve sempre verificar se os medicamentos referenciados estão licenciados para o uso especificado e às doses especificadas na sua região.

As informações incluídas no BMJ Best Practice são fornecidas "na maneira em que se encontram", sem nenhuma declaração, condição ou garantia de serem precisas ou atualizadas. A BMJ, suas licenciadoras ou licenciadas não assumem nenhuma responsabilidade por nenhum aspecto do tratamento administrado a qualquer paciente com o auxílio dessas informações. Nos limites da lei, a BMJ e suas licenciadoras e licenciadas não deverão incorrer em qualquer responsabilização, incluindo, mas não limitada a, responsabilização por eventuais danos decorrentes do conteúdo. São excluídas todas as condições, garantias e outros termos que possam estar implícitos por lei, incluindo, entre outros, garantias de qualidade satisfatória, adequação a um fim específico, uso de assistência e habilidade razoáveis e não violação de direitos de propriedade.

Caso o BMJ Best Practice tenha sido traduzido a outro idioma diferente do inglês, a BMJ não garante a precisão e a confiabilidade das traduções ou do conteúdo fornecido por terceiros (incluindo, mas não limitado a, regulamentos locais, diretrizes clínicas, terminologia, nomes de medicamentos e dosagens de medicamentos). A BMJ não se responsabiliza por erros e omissões decorrentes das traduções e adaptações ou de outras ações. Quando o BMJ Best Practice apresenta nomes de medicamentos, usa apenas a Denominação Comum Internacional (DCI) recomendada. É possível que alguns formulários de medicamentos possam referir-se ao mesmo medicamento com nomes diferentes.

Observe que as formulações e doses recomendadas podem ser diferentes entre os bancos de dados de medicamentos, nomes e marcas de medicamentos, formulários de medicamentos ou localidades. Deve-se sempre consultar o formulário de medicamentos local para obter informações completas sobre a prescrição.

As recomendações de tratamento presentes no BMJ Best Practice são específicas para cada grupo de pacientes. Recomenda-se cautela ao selecionar o formulário de medicamento, pois algumas recomendações de tratamento destinam-se apenas a adultos, e os links externos para formulários pediátricos não necessariamente recomendam o uso em crianças (e vice-versa). Sempre verifique se você selecionou o formulário de medicamento correto para o seu paciente.

Quando sua versão do BMJ Best Practice não estiver integrada a um formulário de medicamento local, você deve consultar um banco de dados farmacêutico local para obter informações completas sobre o medicamento, incluindo as contraindicações, interações medicamentosas e dosagens alternativas antes de fazer a prescrição.

Interpretação dos números

Independentemente do idioma do conteúdo, os numerais são exibidos de acordo com o padrão de separador numérico do documento original em inglês. Por exemplo, os números de 4 dígitos não devem incluir vírgula ou ponto; os números de 5 ou mais dígitos devem incluir vírgulas; e os números menores que 1 devem incluir pontos decimais. Consulte a Figura 1 abaixo para ver uma tabela explicativa.

A BMJ não se responsabiliza pela interpretação incorreta de números que estejam em conformidade com o padrão de separador numérico mencionado.

Esta abordagem está alinhada com a orientação do [Bureau Internacional de Pesos e Medidas](https://www.bipm.org/en/about-us/). <https://www.bipm.org/en/about-us/>

Figura 1 – Padrão numérico do BMJ Best Practice

numerais de 5 dígitos: 10,000

numerais de 4 dígitos: 1000

numerais < 1: 0.25

Nosso site completo e os termos e condições de inscrição podem ser encontrados aqui: [Termos e Condições do site](http://www.bmj.com/company/legal-information/). <http://www.bmj.com/company/legal-information/>

Fale conosco

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

Declarações: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.