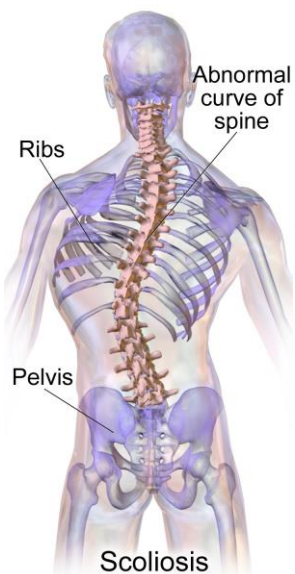


Coimbra, 22 e **23** fevereiro 2018

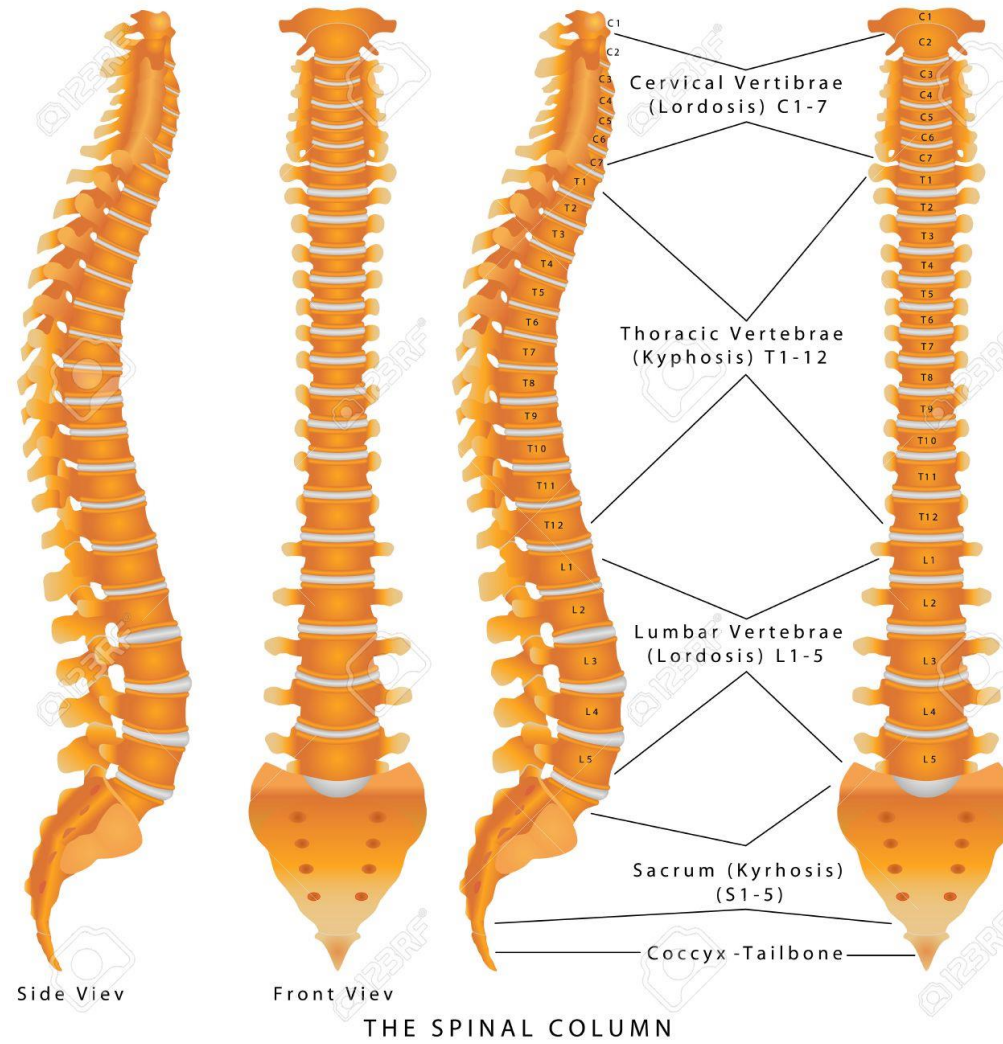
# Escoliose e Lombalgia: o que fazer?



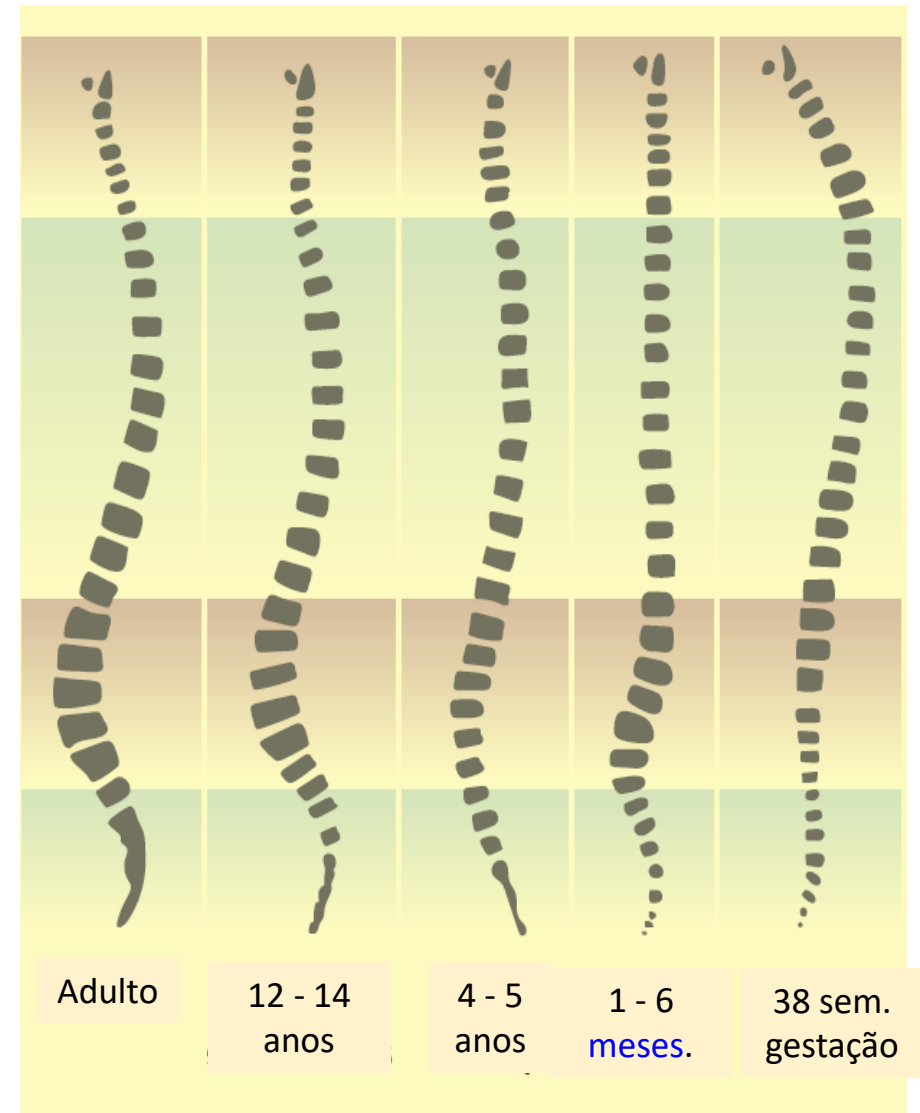
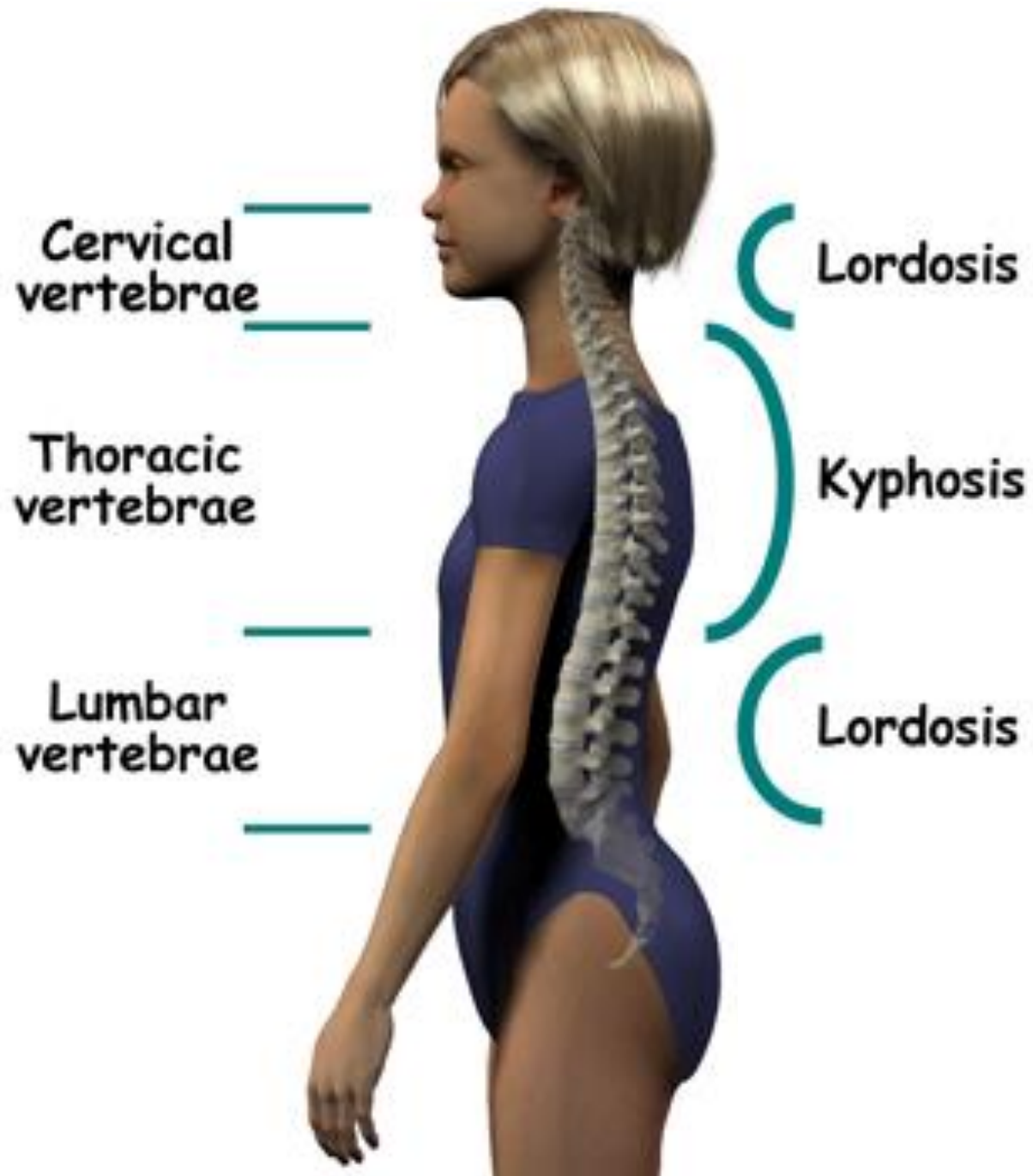
Manuel Salgado  
Unidade de Reumatologia Pediátrica  
Hospital Pediátrico - CHUC

# Sumário

- 1. Anatomia da coluna vertebral
- 2. Escoliose – definição; E. secundárias e idiopáticas
- 4. **Red flags** nas escolioses
- 5. Escoliose *versus* postura escoliótica
- 6. Lombalgias – Generalidades e Etiologias
- 7. **Red flags** nas Lombalgias – casos clínicos e exame objetivo dirigido
- 8. **Checklist** nas Lombalgias
- 9. Lombalgias inflamatórias
- 10. Síndromes miofasciais

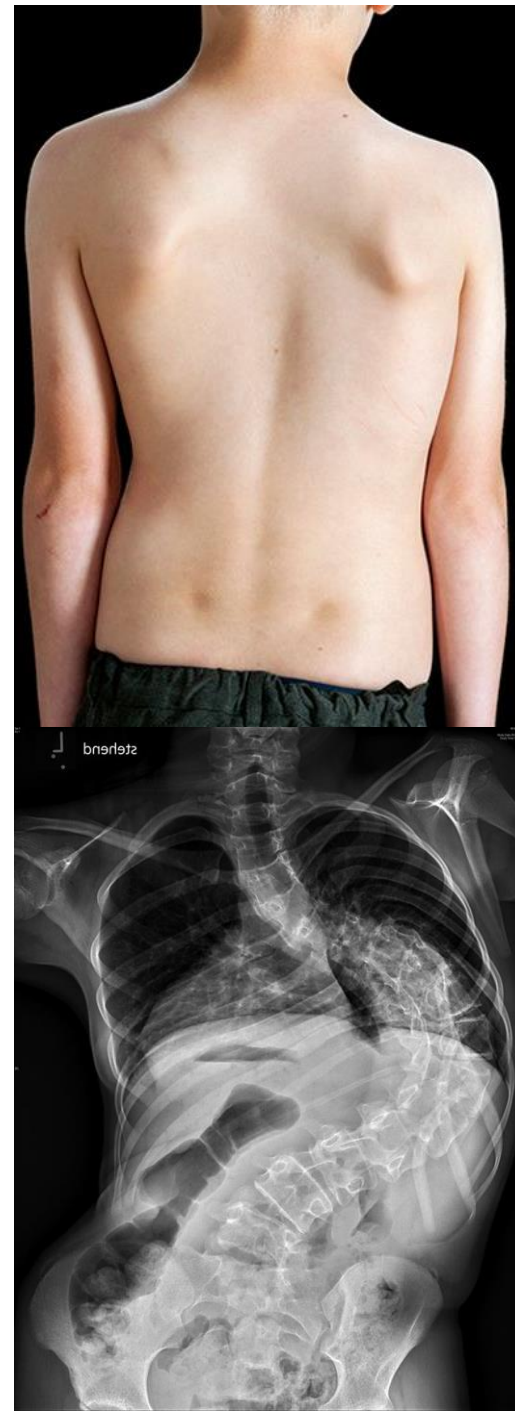


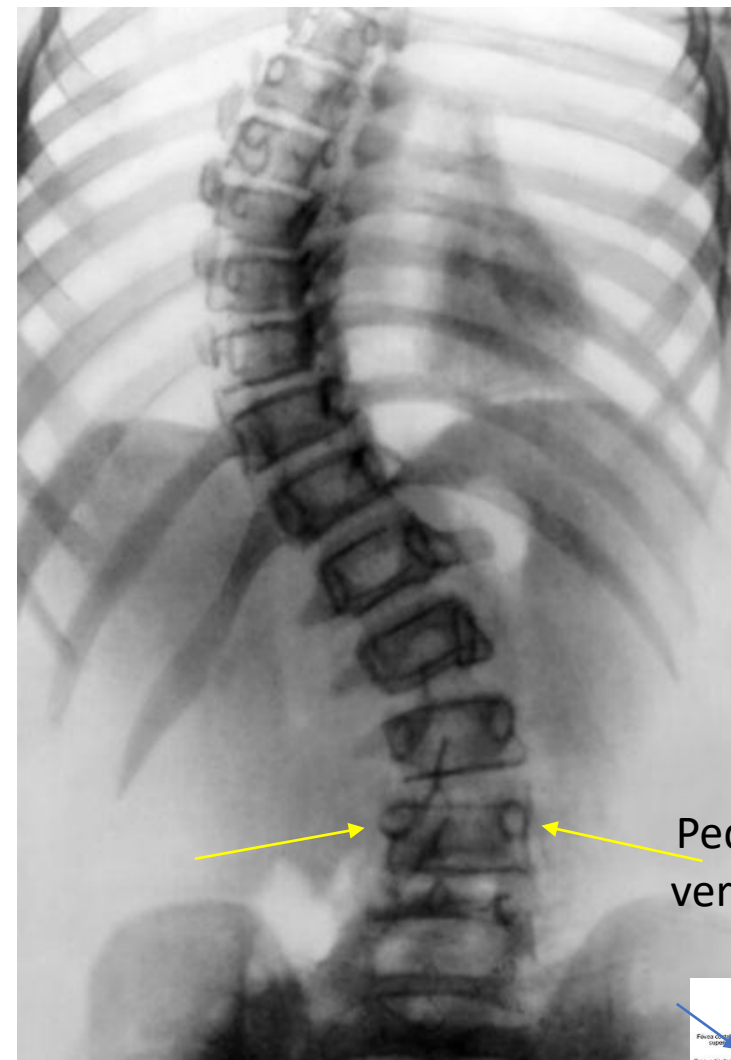




# Escoliose

- **Definição:** quando, durante o crescimento, se observa o desenvolvimento de uma **curvatura rígida, estruturada, que não desaparece com a alteração da postura.**
- Deformidade **tridimensional**, mais marcada no plano frontal:
  - Torção do tronco com
    - Acunheamento e deformidade torsional (parcial) das vértebras
  - Alteração do alinhamento sagital
    - Lordose ou
    - Cifose
  - Curvas compensatórias (menor), de orientação oposta → para manter o equilíbrio global da coluna vertebral e a normal orientação da cabeça → pode haver  $\geq 1$  curva.





Pedículos  
vertebrais

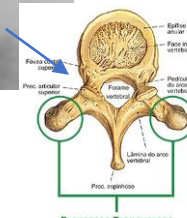


TABLE 1

## Secondary Causes of Scoliosis

(pequena % das escolioses)

### Inherited disorders of connective tissue

Ehlers-Danlos  
syndrome  
Marfan syndrome  
Homocystinuria

### Neurologic disorders

Tethered cord syndrome\*  
Syringomyelia  
Spinal tumor  
Neurofibromatosis  
Muscular dystrophy  
Cerebral palsy  
Poliomyelitis  
Friedreich's ataxia  
Familial dysautonomia  
(Riley-Day syndrome)  
Werdnig-Hoffmann disease

### Musculoskeletal

Leg length discrepancy  
Developmental dysplasia  
of the hip  
Osteogenesis imperfecta  
Klippel-Feil syndrome



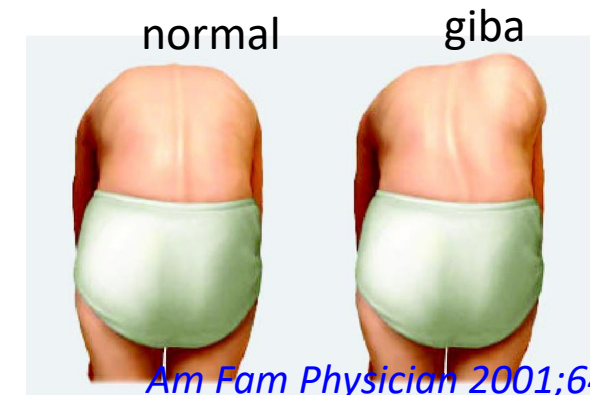
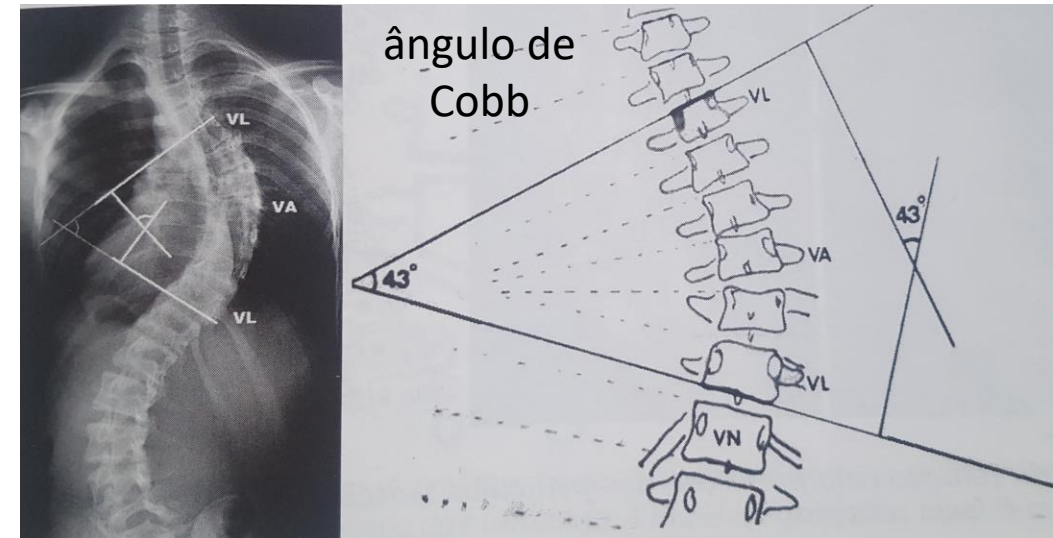
Atraso motor  
Hiperlordose

\*—A cord unable to change position in the spinal canal because of growth related to scarring, diastematomyelia or other etiology.



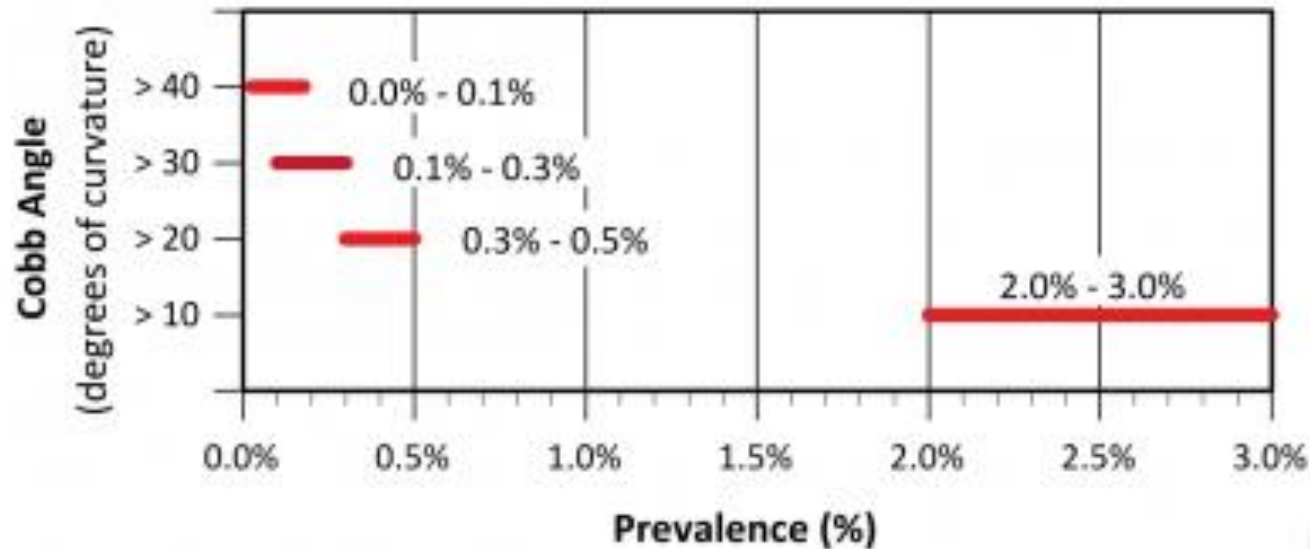
# Escoliose Idiopática do Adolescente

- Definição: curva lateral da coluna > 10° acompanhada de rotação vertebral.
- Prevalência: 2 a 4% entre 10 e os 16 anos
- Marca clínica da doença = giba, demonstrada pela manobra de Adams
- 85 -90% giba à direita
- Por regra não tem dor
  - 10 a 20% têm dores intermitentes, ligeiras, mecânicas”.





# Prevalence of Adolescent Idiopathic Scoliosis



Data reprinted with permission from Weinstein SL. Adolescent idiopathic scoliosis: Prevalence and natural history. *Instr Course Lect* 1988;38:115–126.

Apenas 10% dos casos (= 0,2% = 1:500 adolescentes) a curva progride e vai requerer observação especializada:

- Curva de Cobb
- Classificação de Risser

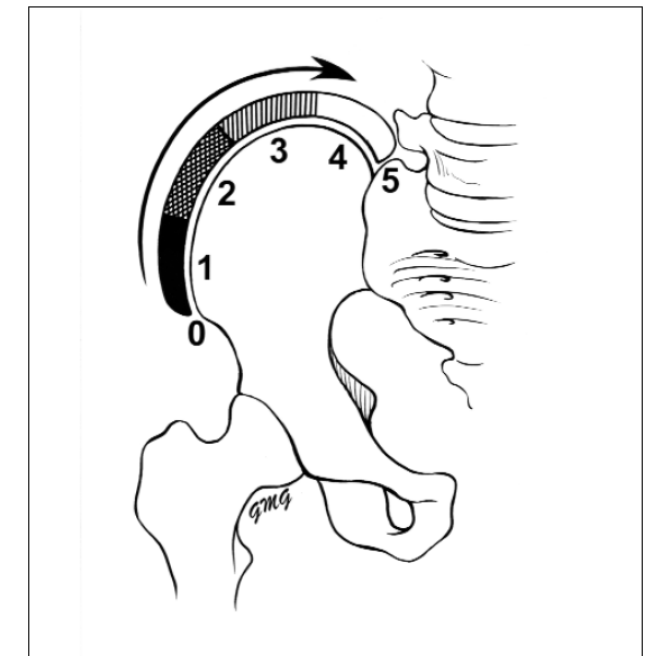
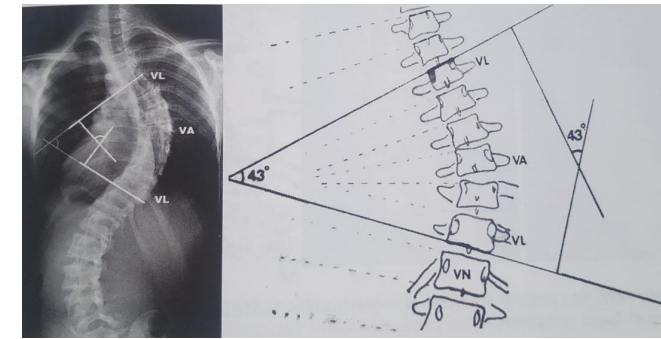


FIGURE 1. Risser grades zero to 5. Grading is based on the degree of bony fusion of the iliac apophysis, from grade zero (no ossification) to grade 5 (complete bony fusion).

ILLUSTRATIONS BY GILBERT M. GARDNER

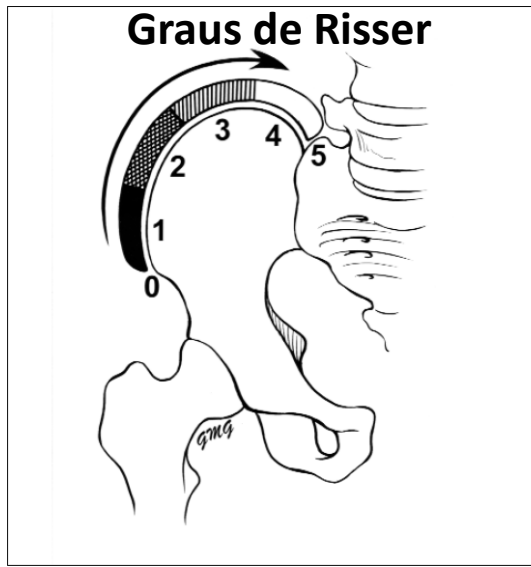
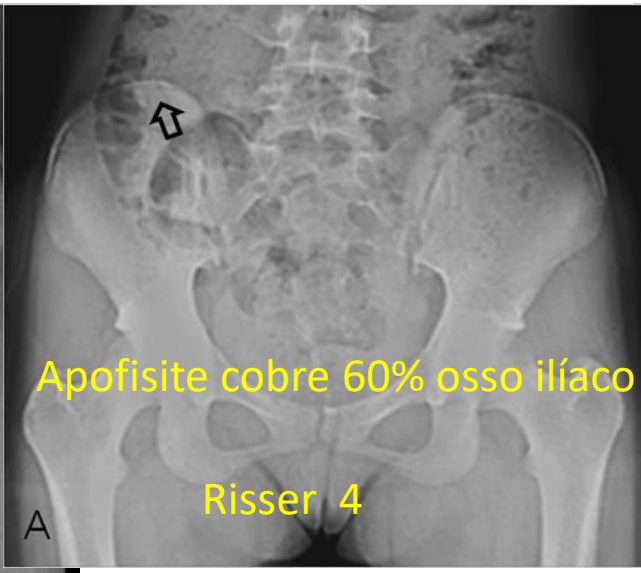
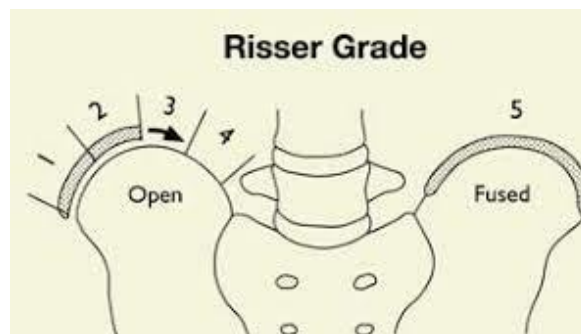


FIGURE 1. Risser grades zero to 5. Grading is based on the degree of bony fusion of the iliac apophysis, from grade zero (no ossification) to grade 5 (complete bony fusion).



**Desnecessária a referência  
de escolioses com ângulos < 20°**



**TABLE 3**  
**Treatment and Referral Guidelines for Patients with Scoliosis**

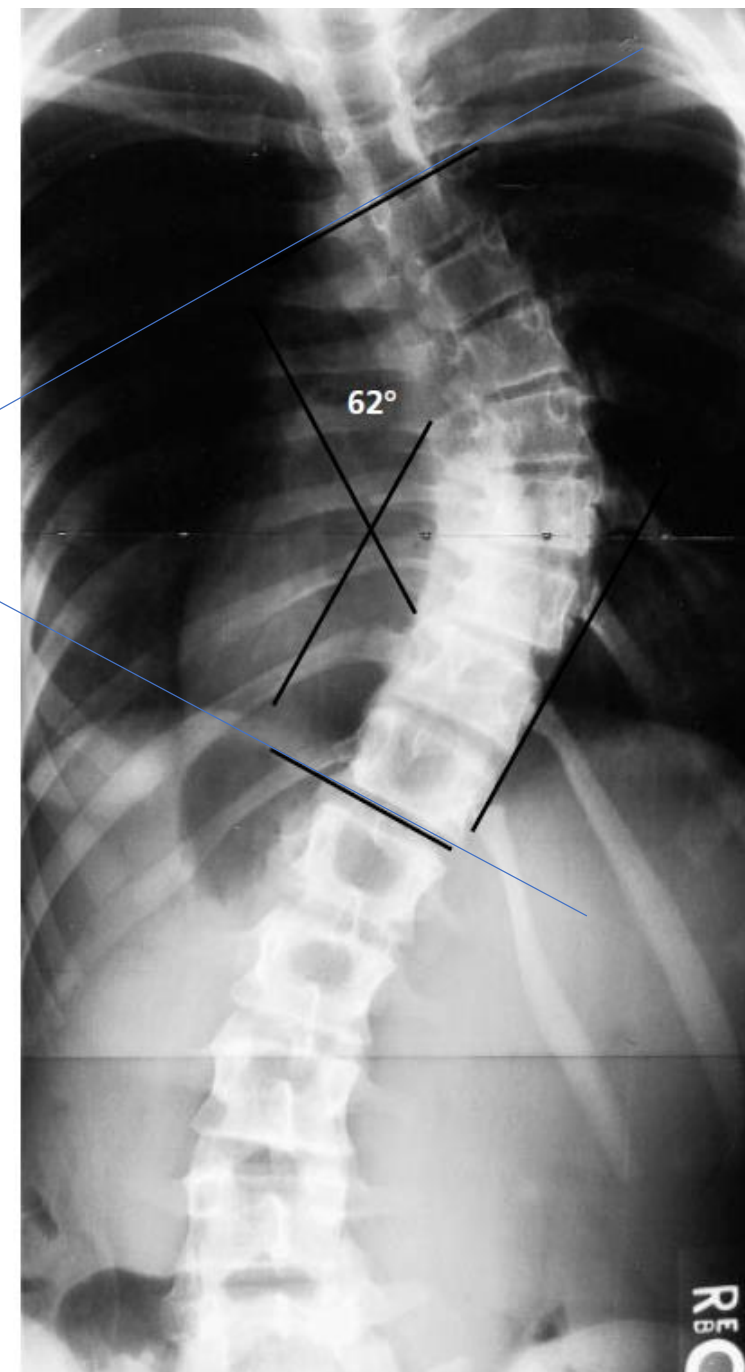
Curve (degrees)	Risser grade	X-ray/refer	Treatment
10 to 19	0 to 1	Every 6 months/no	Observe
10 to 19	2 to 4	Every 6 months/no	Observe
20 to 29	0 to 1	Every 6 months/yes	Brace after 25 degrees
20 to 29	2 to 4	Every 6 months/yes	Observe or brace*
29 to 40	0 to 1	Refer	Brace
29 to 40	2 to 4	Refer	Brace
>40	0 to 4	Refer	Surgery†

\*— If the patient is Risser grade 4, probably only observation is warranted.

†— If the patient is Risser grade 4, surgery can be delayed.

Information from references 5, 7, 8, 10, 11, 20 and 21.

Ângulo de Cobb





# Escoliose Idiopática do Adolescente

## Red Flags:

- Início agudo
- Início < 10 anos de
- Curvatura para a esquerda (giba à esquerda)
- Lesões da linha média
- Manchas café com leite - Neurofibromatose
- Dor perturbadora (lombalgia / dorsalgia)
- Cervicalgias e/ou cefaleias associadas
- Pé cavum assimétrico – neuropatia periférica membros inferiores

Exigem RMN vertebro-medular

Nódulo 8x10 mm diâmetro



TAC sem lesões I.C.  
(sem envolvimento da calote)

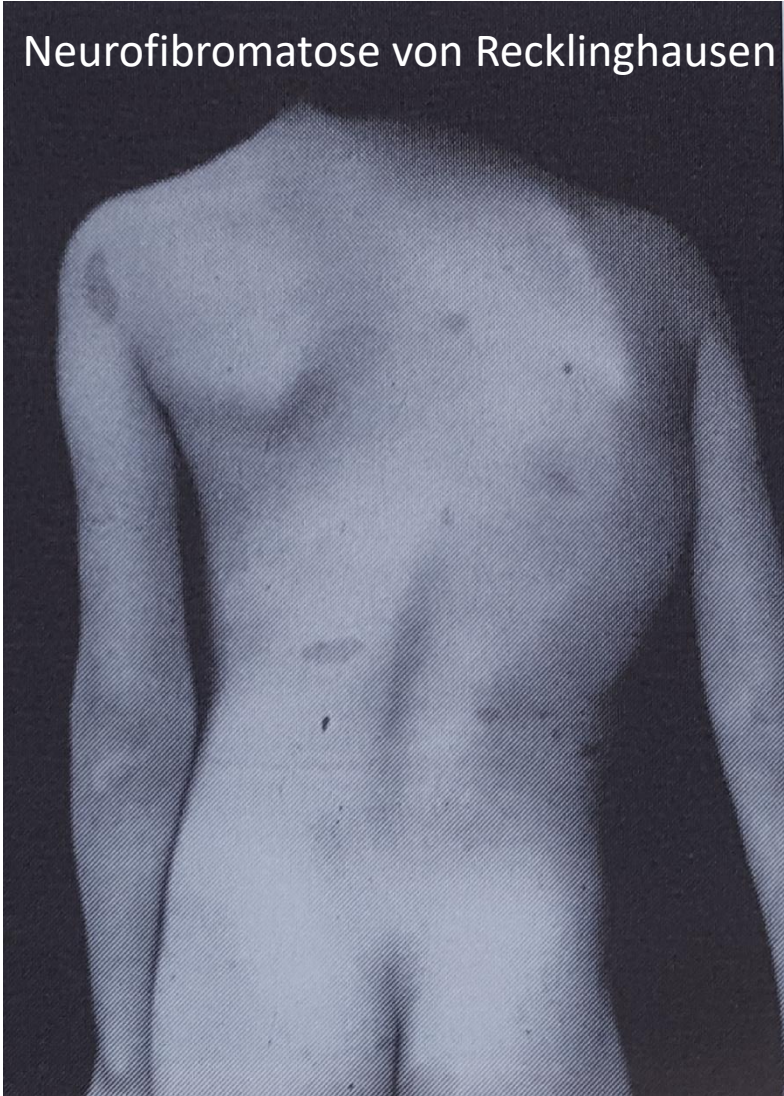


**Quisto dermóide occipital com  
continuidade, por um cordão  
fibroso, para o interior do  
osso occipital  
+  
malformação da charneira (C1-C2)  
+  
ectopia amígdala cerebelosa esq até C2**

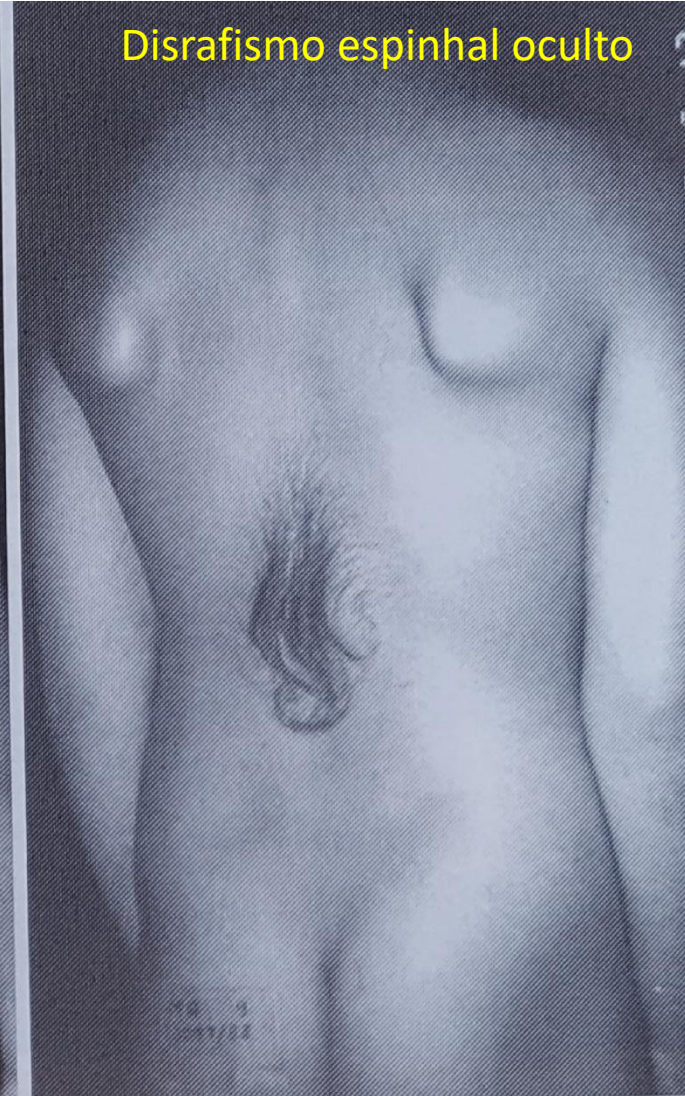


## *Red flags*

Neurofibromatose von Recklinghausen



Disrafismo espinhal oculto





Red flags

## Disrafismo Espinhal "Oculto" (DEO)

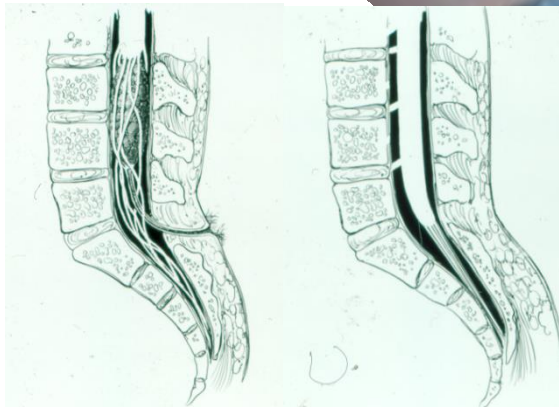
*Sinus dérmico lombo-sagrado + pequeno lipoma intradural  
do  
filum terminal + medula ancorada*

MS

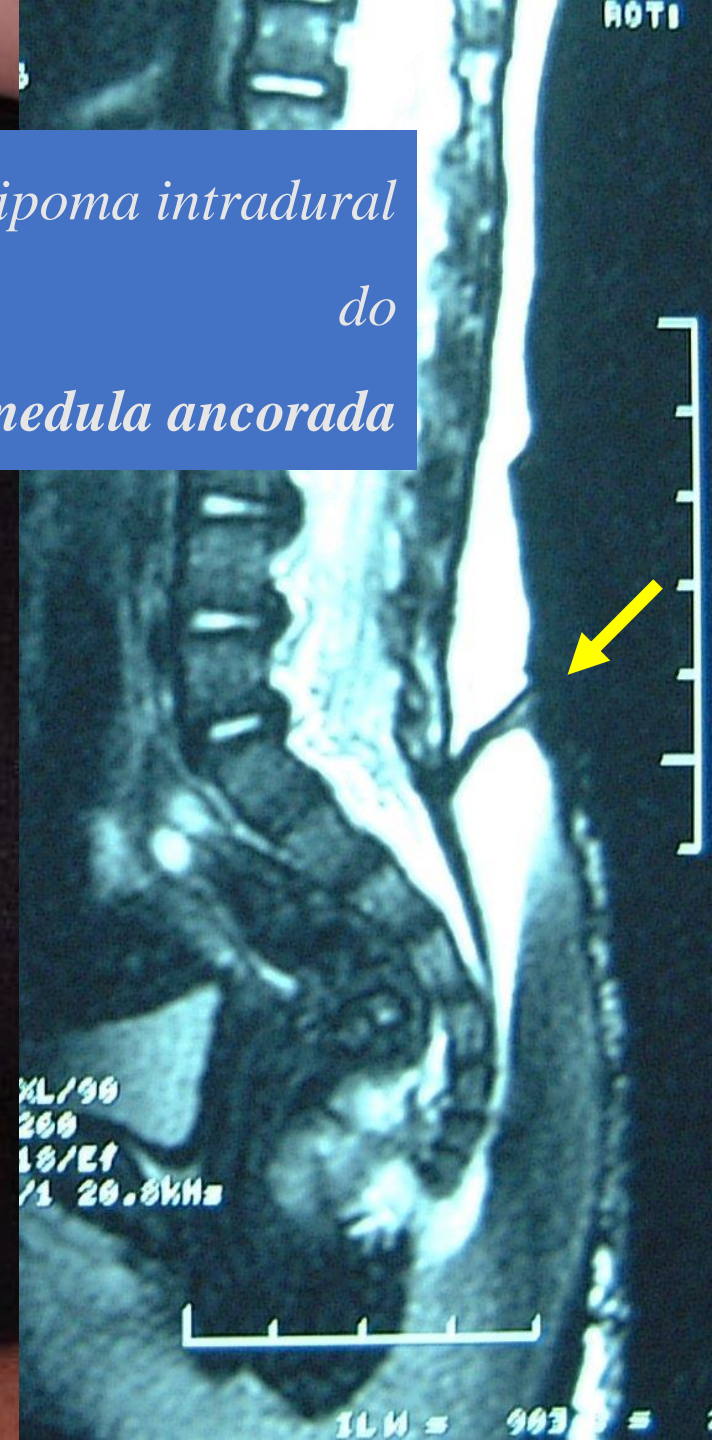
MS

4 Meses

01000065

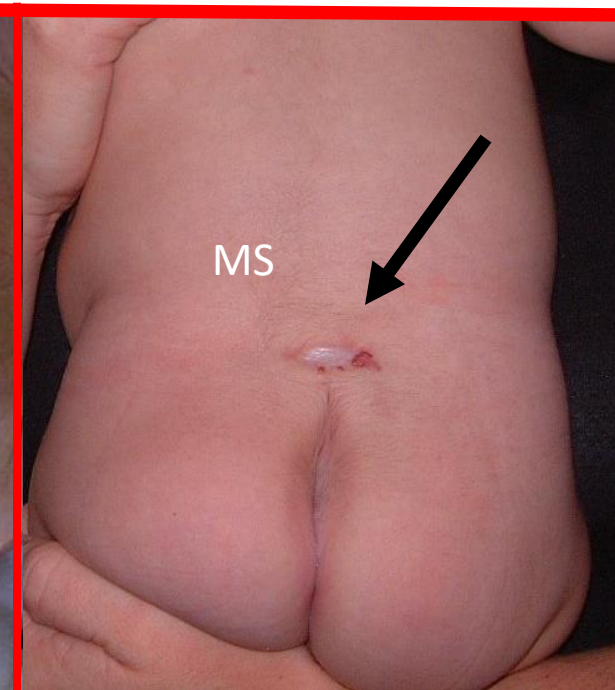


dermal sinus extending cephalad to its embryologic point of origin, the filum terminale. The spinal cord is tethered by a short filum terminale. The sinus tract terminates as dermoid tumors which are attached to the caudal end of the filum terminale. Modified from Anderson.





**Disrafismo espinhal oculto:**



*Red flags*

*Green flags*

**Sem significado clínico:**



**Fosseta coccígea**





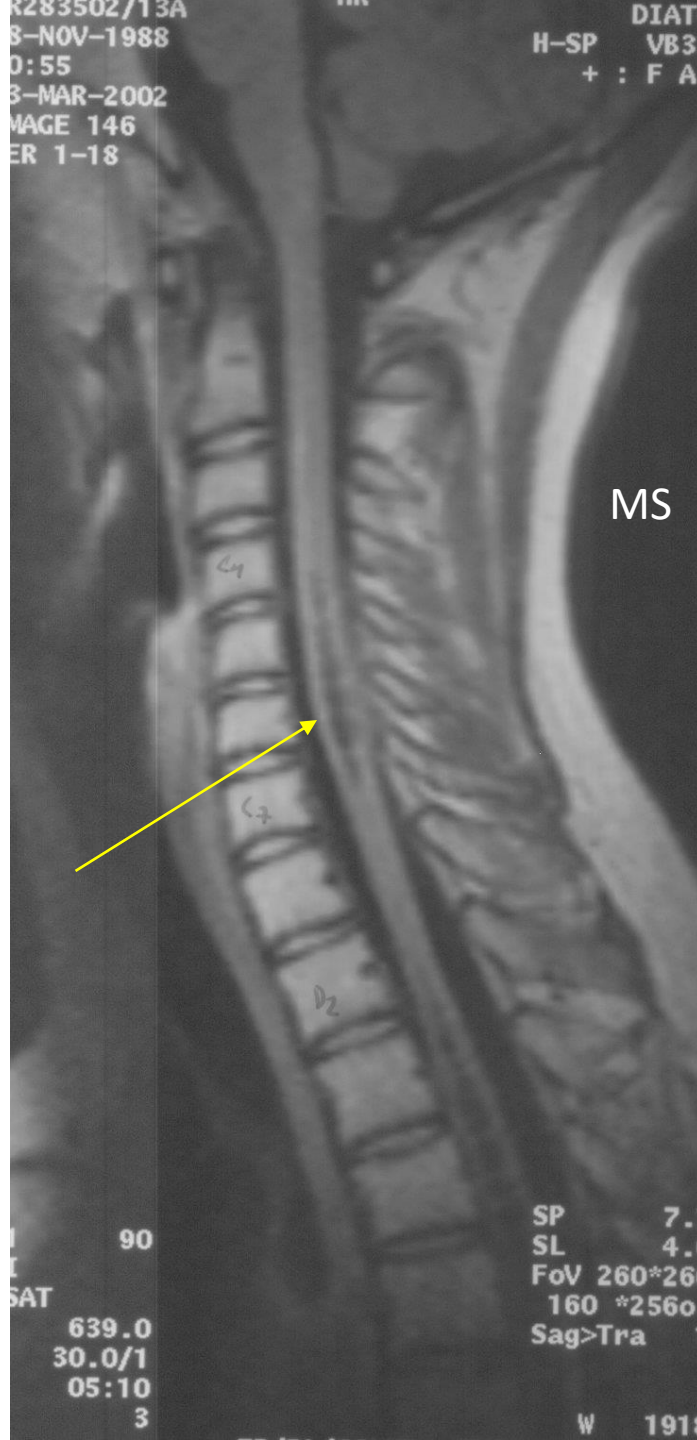
ophic filum terminale. The spinal cord is tethered by a short, tl



♂, 13 A



*Red flags*



## Ganglioglioma

*Tumor intra-medular:*

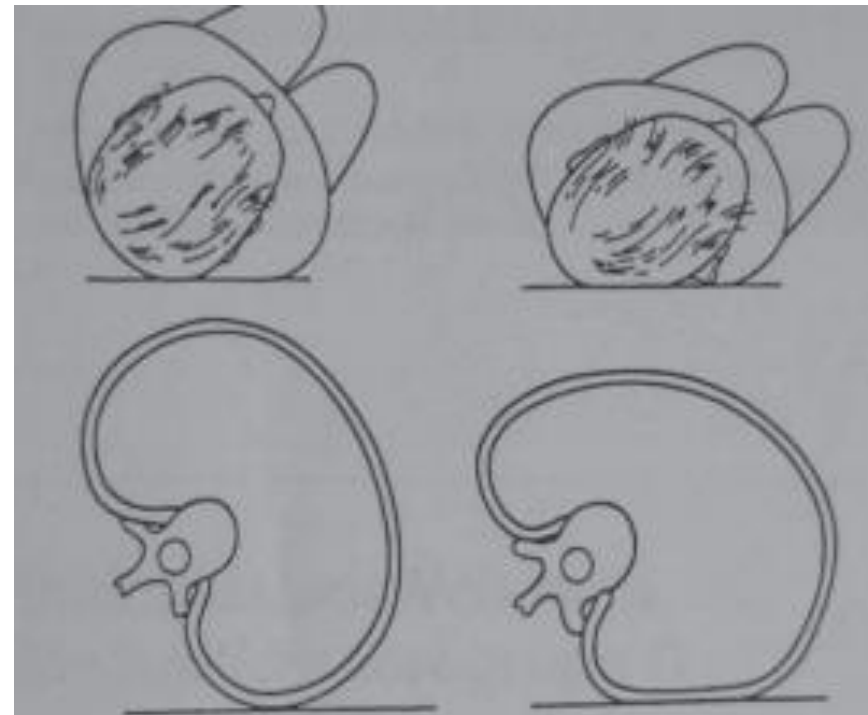
- *tumefacção fusiforme*
- *bloqueio parcial ou total LCR → formação seringomielia*

## ⊗ Escoliose

⊗ Infantil (0 - 2 anos)

⊗ Juvenil (3 - 9 anos)

⊗ Adolescente (9 - 18 anos)



Diagnosis is the key to successful  
treatment

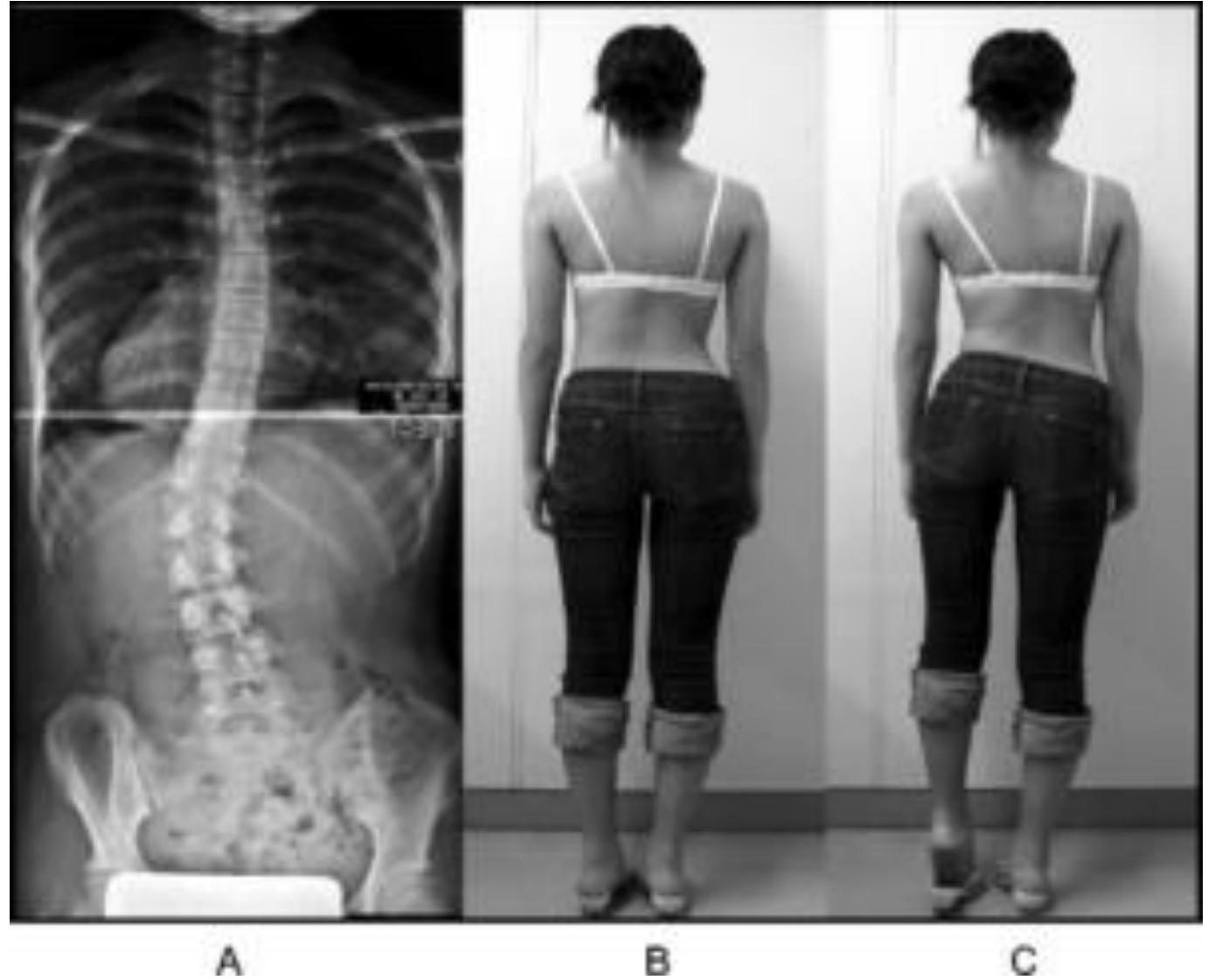
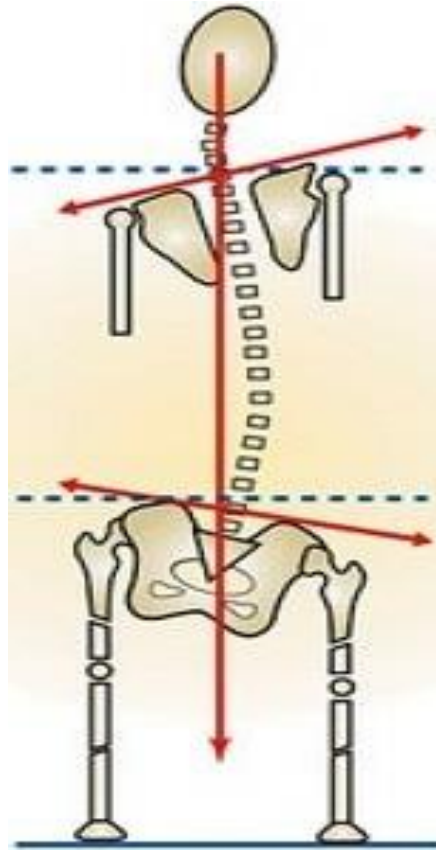
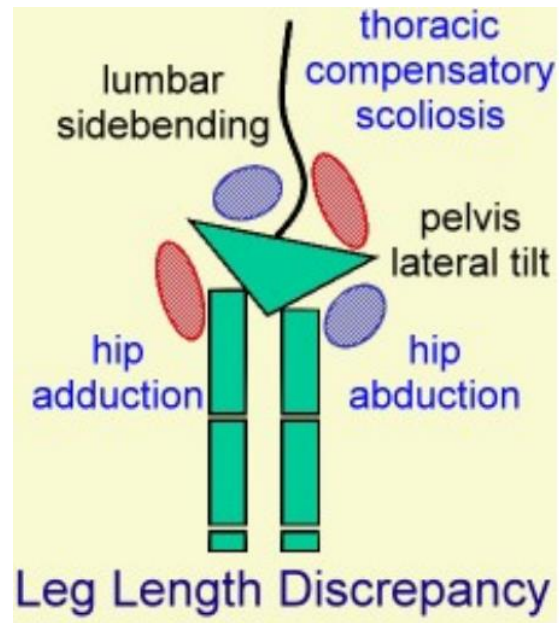


Escoliose

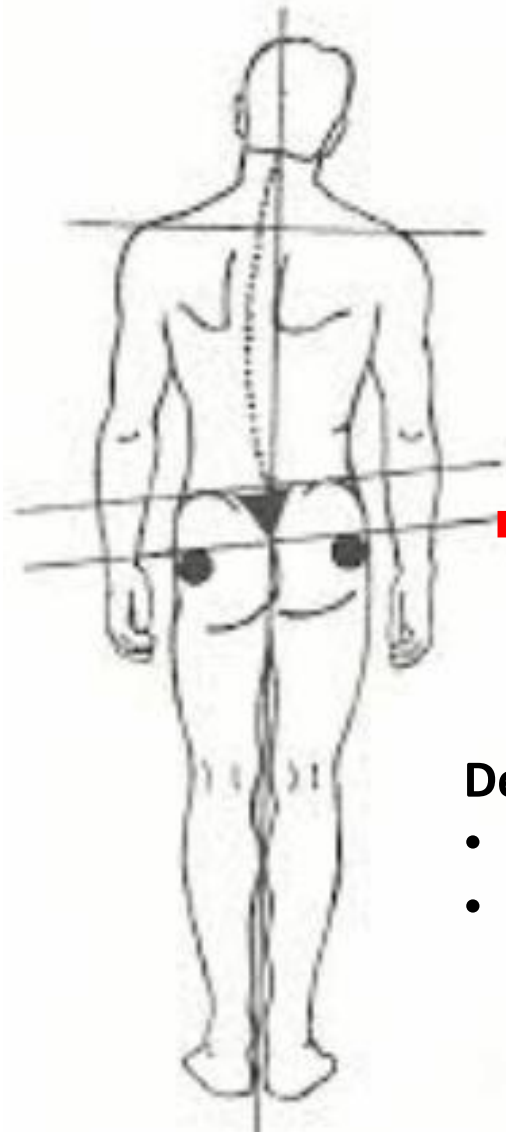
*versus*

Atitude (postura)  
escoliótica





## “Escoliose” postural

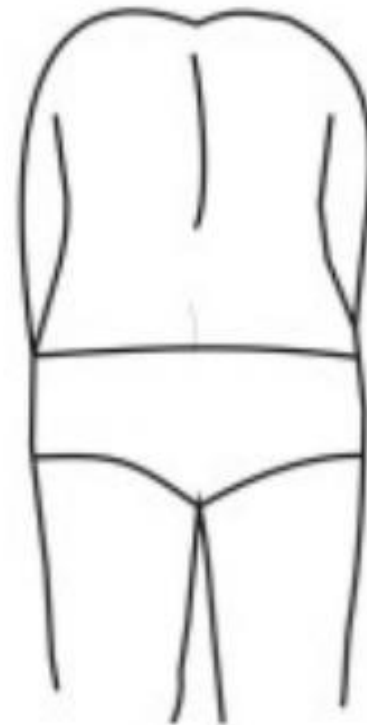


**Desaparece:**

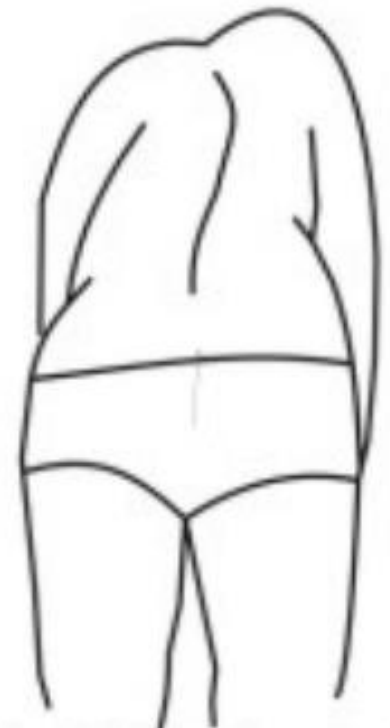
- Na posição sentado
- Manobra de Adams

## Adam's Positions

When bending forward



Normal



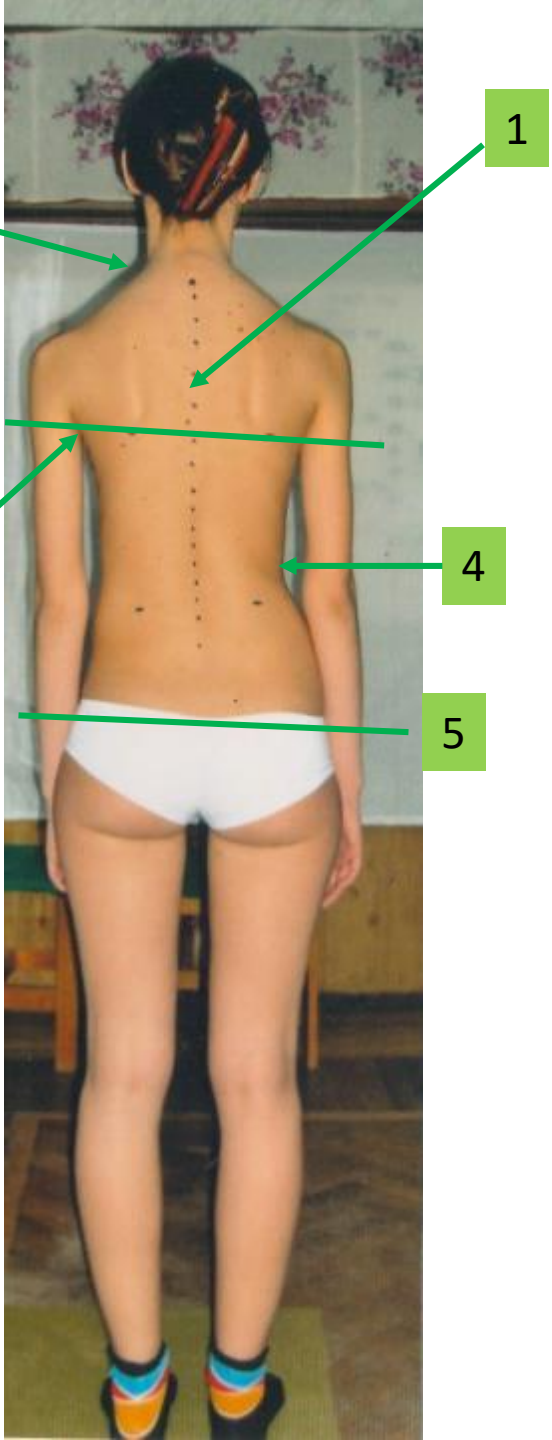
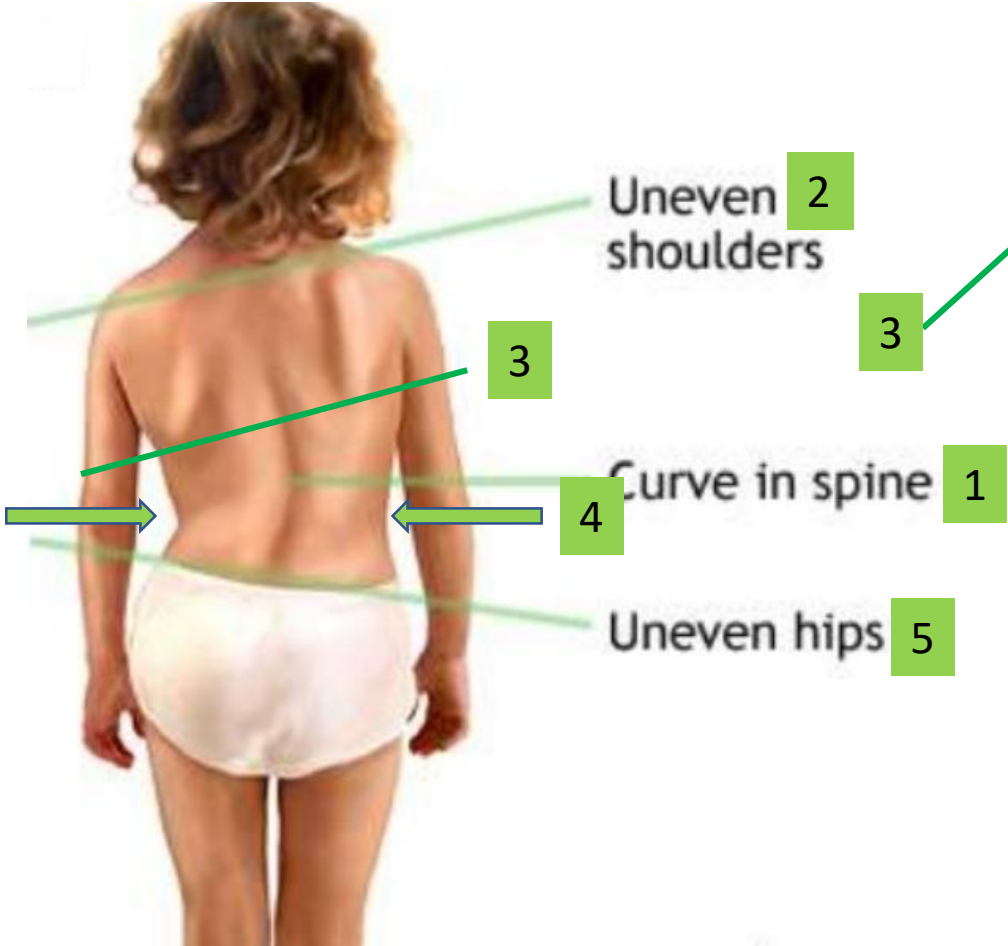
A child with scoliosis



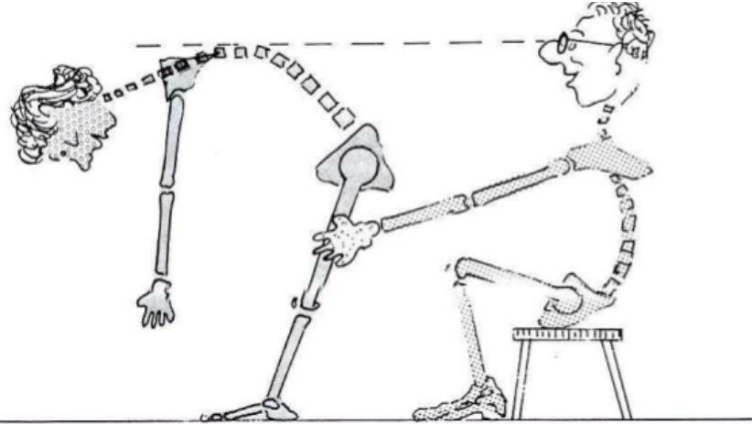


Avaliação / Rastreio de Escoliose

→ 6 parâmetros a avaliar:

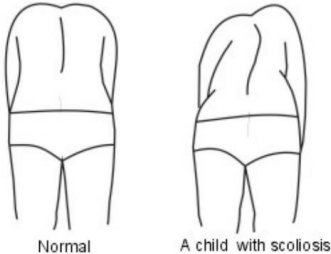


6 – Manobra Adams



Adam's Positions

When bending forward



# Qual a utilidade do RX métrico dos MI?

- Nula se:

- Exame objetivo não mostra alterações
- Escolioses ligeiras
- Não tem claudicação (... mesmo tendo).





# Lombalgias

“Limited to the regions below the lower margins of the 12<sup>th</sup> rib and the gluteal fold”.

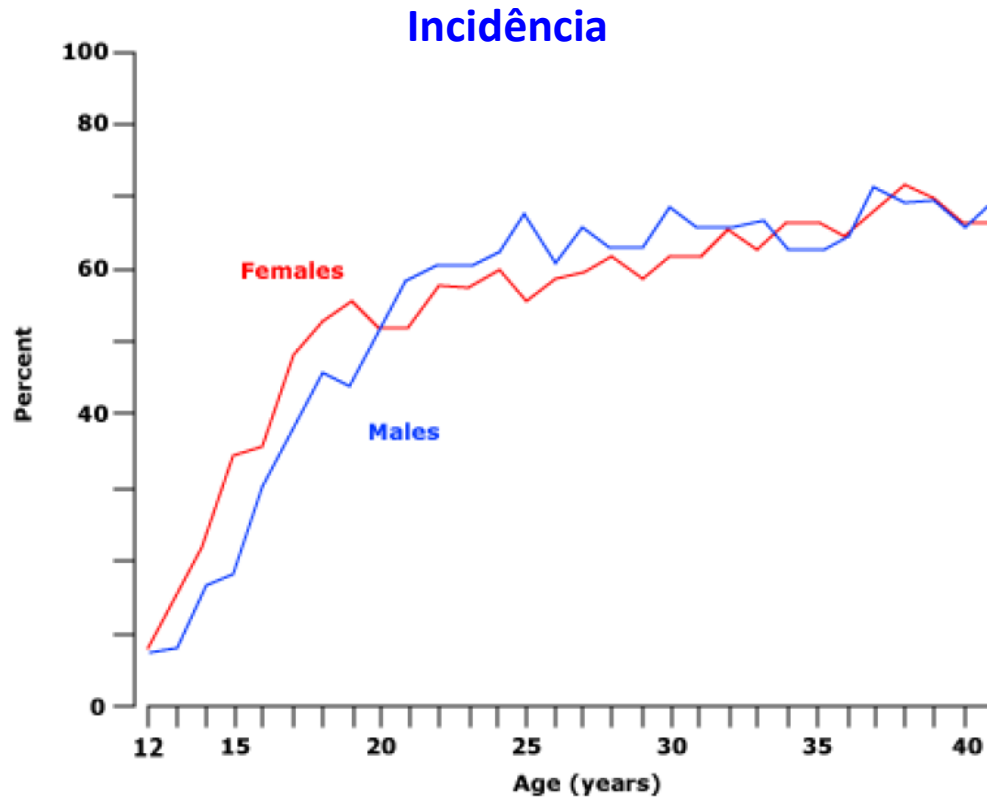
*Anderson JA. Problems of classification of low-back pain.  
Rheumatol Rehabil 1977; 16(1):34-6*





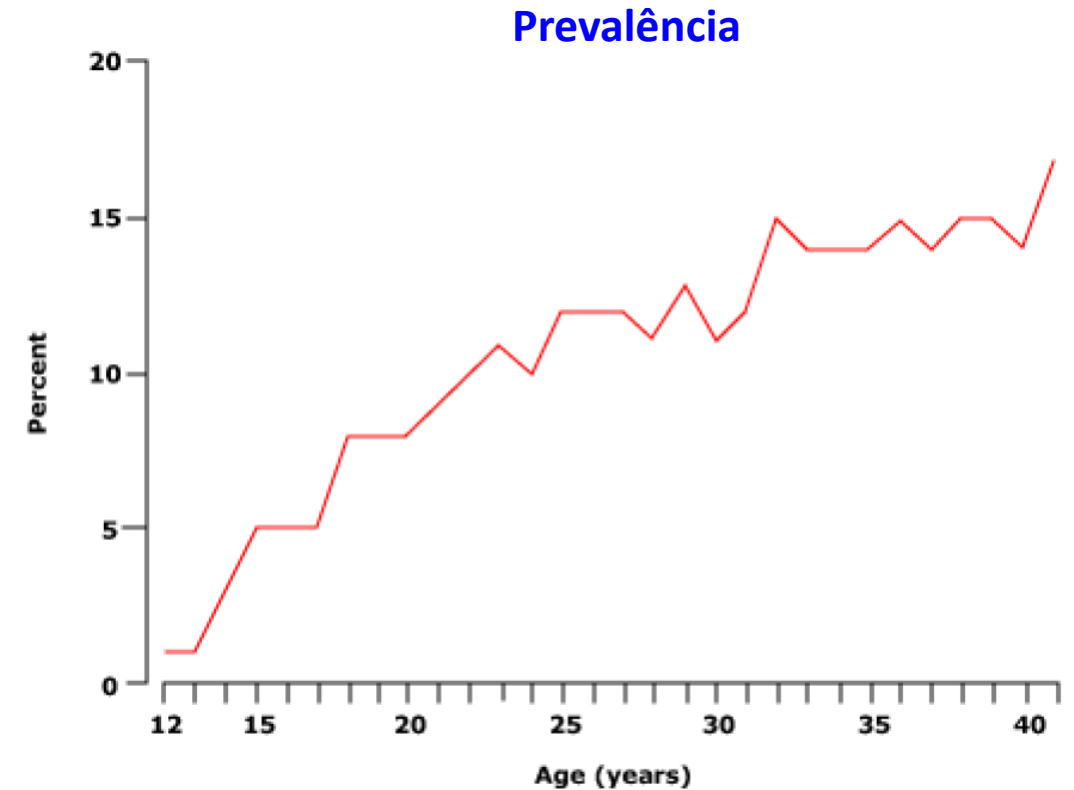
# Incidência e Prevalência de Lombalgias

## Dinamarca



The lifetime cumulative incidence of low-back pain for males and females, aged 12 to 41 years.

Data from Leboeuf-Yde DC, Kyvik KO. At what age does low back pain become a common problem? A study of 29,424 individuals aged 12-41 years. Spine 1998; 23:228.



Point prevalence of low-back pain, individuals aged 12 to 41 years.

Data from Leboeuf-Yde DC, Kyvik KO. At what age does low back pain become a common problem? A study of 29,424 individuals aged 12-41 years. Spine 1998; 23:228.

Gravidade inversamente proporcional à idade

# Lombalgias - Classificação Temporal

- Agudas: 0 - 4 semanas
- Subagudas: 1 – 3 meses
- Crônicas: > 3 meses

*Jackson C et al. Back pain in children: a holistic approach to diagnosis and treatment. J Pediatr Health Care 2011;25(5):284-93*



# Lombalgias: Diagnóstico diferencial

Musculoequeléticas	Infeciosas	Reumatológicas	Malignas	Tumores benignos
Traumatismo	Discite	AIJs	Leucemia	Osteoma osteóide
Esforço M / Overuse	Espondilodiscite	<i>“Entesitis related”</i>	Linfoma	Osteoblastoma
Hérnia discal	BK (“mal Pott”)	Psoriática	Sarcoma Ewing	Hemangioma
Espondilolise	Sacro-ileíte bact.	Espondilite anquilo.	Osteossarcoma	Tumor células gigant.
Espondilolistese	<i>Brucella spp</i>	Artropatia DIIC	Metástases ...	Quisto ósseo aneuris.
Cifose Scheuermann	Abcesso epidural	Doença Lyme	Histiocitose c. Langerh.	
Scheuermann lombar	Pielonefrite	Febre reumática	Condrossarcoma	
Bertolli’s syndome	Patologias ovário	Artrite reat. pós Estr.	Sarcoma sinovial	<b>Miscelânea</b>
<i>Transitional vertebra</i>	Patologias intestinais	Artrite reativa	Astrocitoma	Osteoporose
<b>Lomb. “musculares”</b>		Vasculite (Takayasu)	Ependimoma	Malformações coluna
<b>Myofascial syndrome</b>			Outros	
Fibromialgia				
Amplificação dolorosa				

Baseado em: Jackson C et al Back pain in children: a holistic approach to diagnosis and treatment. J Pediatr Health Care 2011;25(5):284-93

# Lombalgias na URP - HP- CHUC = 239 doentes

Grandes Grupos	Nº	%
Malignas sistémicas (LLA – nº 4 )	8	3,3
Tumor intramedular	4	1,7
Tumor benigno	2	0,8
Infeciosas (Discite / Espondilodiscite - 4)	8	3,3
Malformações da coluna vertebral	2	0,2
Hérnia discal	2	0,8
Espondilólise / Espondilolistese	2	0,8
Osteoporose (O. Idiop. Juv - 3)	6	2,5
Inflamatórias	48	20,0
Osteomielite crónica não bacteriana (CRMO)	10	4,2
Doença Scheuermann	4	1,7
Amplificação dolorosa / Fibromialgia	45	18,8
Musculares / Inespecíficas	71	29,3
Síndrome miofascial	28	11,7

**38,5%**  
Graves

**61,5%**  
Benignas



# Caso Clínico

- ♂, 11 anos
- 20.06.15 iniciou Lombalgias + dores nos membros inferiores
- 27.07.15 vacina Bexsero → 2 dias depois
- Dores membros inferiores mal localizadas + “tremores finos” dos MI + Lombalgias
- Não tolera decúbito dorsal → dorme em cadeirão ou sentado
- Recusa na marcha
- Dores contínuas, diurnas e noturnas
- Alívio transitório com paracetamol e/ou IBP
- Sem manifestações sistémicas – exceto sudorese
- D7 doença → Hospital → Observação pediatria geral, Neuropediatria, Ortopedia, Pedopsiquiatria → “Psicossomáticas” (5 dias internado)

# Caso Clínico

- “Refere dor em ambas as pernas desde a anca ao tornozelo. Não há zonas menos dolorosas. Nega posição de alívio ou agravamento. "é tudo mau, dói tudo“.
- Verbaliza que "nunca vai voltar a andar"; "nunca vou sair do hospital".
- Sudorese
- Alteração dos esfíncteres – micção exige pressão no abdómen (desde finais julho.15 – mas só sabido 50 dias de doença)
- Obstipação recente – cíbalas (desde M1 doença)
- 2ª internamento (HD – dificuldades na micção, com incontinência urinária e a abdómen distendido) - RM SNC - 01.09.2015 = normal

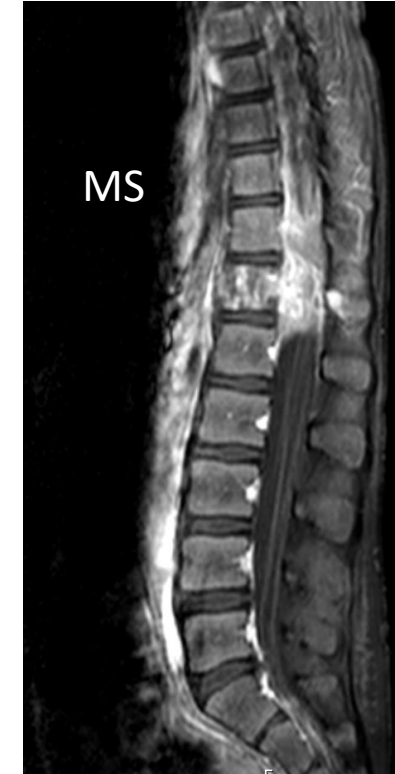
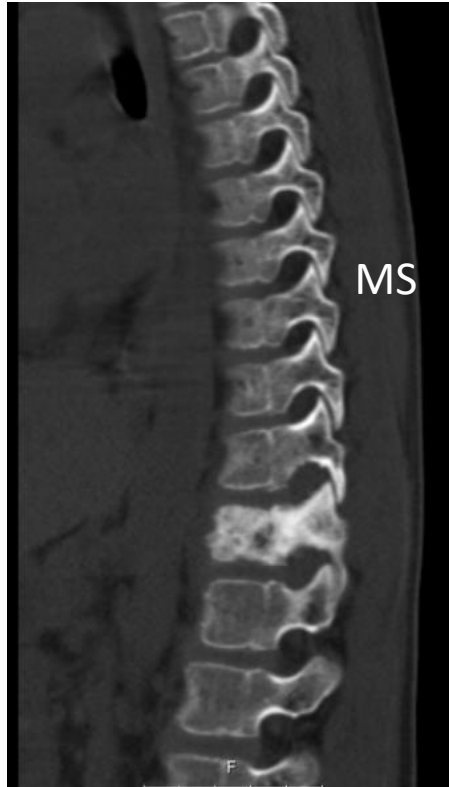
# Caso Clínico

18.09.15 (90 dias de queixas; 45 dias após a 1ª vinda ao HP)

- “... com quadro sobreponível, *sem sinais de organicidade*, tendo alta com diagnóstico de Perturbação mista, com funcionamento ansioso e dependente, associado a comportamentos de oposição e manipulação e ganhos secundários com o internamento, assim como perturbação e dinâmica familiar”. Re/ Sertralina + diazepam
- Distensão abdominal (obstipação) – ânus atónico + reflexo anal ausente
- Edemas dos pés (não caminhava há 53 dias)
- Sem força nos MI; ROT ausentes; Reflexos cutâneo-abdominais ausentes
- >> **Lesão medular? Mielite transversa? → RMN → Diagnóstico,**



## Sarcoma Ewing Lombar



*Volumosa lesão expansiva paravertebral esquerda D11-L1 com extensão intracanal, condicionando provável compressão mielo-radicular. Infiltração corpo D12.*

***Checklist*** é uma palavra em inglês, considerada um **americanismo** que significa "**lista de verificações**". Esta palavra é a junção de *check* (verificar) e *list* (lista). Uma *checklist* é um **instrumento de controle**, composto por um conjunto de:

- Conduatas,
- Nomes,
- Itens
- Tarefas

que devem ser lembradas e/ou seguidas.

**Lombalgias**  
Data início: 20-06-2015 Idade: 11,0  
Data 1ª avaliação: 20-12-2015

Duração Lombalgias: 26,1 dias, 26,1 sem, 6,0 meses, 5 anos

1 ☐ Lombalgia Início Idade inferior 10 anos ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

2 ☐ Doença prévia: crônica / coluna ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

3 ☐ Osteopenia, fármacos indutores de...  
☐ Corticoesteróides sistêmicos  
☐ DMARDS ☐ Imunossupressores

4 ☒ Mãe - Dores crônicas ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

5 ☐ Dc crônica familiar direto ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

6 ☒ Agudas ou Subagudas ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

7 ☒ Subagudas (1 - 3 meses) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

8 ☐ Crônicas (> 3 meses) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

9 ☐ Traumatismo prévio ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

10 ☐ Absentismo escolar ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

11 ☐ Risco social ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

12 ☐ Conflitos psicossociais ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

13 ☐ Relação com mudanças temperatura ambiente ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

14 ☐ Dor ligeira (1-3) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

15 ☐ Dor moderada (4-6) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

16 ☒ Dor intensa (7-10) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

17 ☐ Desporto Competição ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

18 ☐ Desportos ≥ 3 # N° N° horas / semana ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

19 ☐ Dor Induzida manobra Valsalva: ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

20 ☐ Tosse ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

21 ☐ Espirro ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

22 ☐ Defecação ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

23 ☒ Dor noturna ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

24 ☒ Dor contínua (24 horas) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

25 ☒ Dor no repouso ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

26 ☐ Dor surge na posição sentado prolongada ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

27 ☐ Dor surge na posição de pé prolongada ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

28 ☐ Dor com irradiação: membros inferiores ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

29 ☐ Horizontal (abdômen, flancos): pielonefrite, cirurg abdôm ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

30 ☐ Radicular — ☐ Memb sup — ☐ Memb inf ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

31 ☒ Dor de agravamento progressivo ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

32 ☐ Irritabilidade ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☐ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

\* Se ausência Red Flags

33 ☐ Dor de ritmo inflamatório ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

34 ☐ Artrite periférica n° articulações ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

35 ☐ Rigidez lombar matinal min > 30 minutos ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

36 ☐ Dor Alterna duma Nádega para Outra ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

37 ☐ Dor melhora com exercício físico ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

38 ☐ Decúbito dorsal não / mal tolerado ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

39 ☐ Bizarra dor, descrição ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

40 ☐ Belle indifference ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

41 ☒ Manifestações sistêmicas ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

42 ☐ Astenia ☐ Palidez nas crises ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

43 ☐ Febre - máxima ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

44 ☐ Emagrecimento ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

45 ☐ Perda de peso ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

46 ☒ Sudação noturna ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

47 ☐ Envolvimento Reticulo Endotelial ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

48 ☐ Adenomegalias ☐ Visceromegalias ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

49 ☐ Esplenomegália ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

50 ☐ Hepatomegália ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

51 ☐ Atraso de crescimento ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

52 ☐ Estatura ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

53 ☐ Peso ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

54 ☐ Escoliose com Red Flags n° (1-2: 1; >3: 2) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

55 ☐ Cifose dorsal ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

56 ☐ Lesões linha média coluna ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

57 ☐ Cialgia ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

58 ☐ Sinal de Lasègue + angulo (normal se > 75° sem dor) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

59 ☐ Slump test positivo ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

60 ☒ Sinais neurológicos ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

61 ☐ Manifestações sensoriais ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

62 ☒ Manifestações motoras ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

63 ☒ Fraqueza muscular regional ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

64 ☒ Esfíncteres, alteração ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

65 ☐ Estatura, diminuição - cm em meses ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

66 ☐ Colapso ou fratura vertebral N° vert ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

67 ☒ Sono, alteração ≥ 1 itens: ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

68 ☐ Comportamento ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

69 ☒ Padrão / Insónia ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

70 ☒ Postura a dormir ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

71 ☒ Acorda doente 1ª metade noite ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

72 ☒ Acorda doente 2ª metade noite ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

73 ☒ Cervicalgias e/ou torcicolo e/ou cefaleias ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

74 ☐ Dores coluna bipolares (ambos extremos coluna) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

75 ☐ Postura prolongada desencadeia a dor ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

76 ☐ Sentado min ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

77 ☐ De pé min ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

78 ☒ Marcha, alteração ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

79 ☐ Recusa da marcha ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

80 ☒ Mobilidade Geral, Dificuldades ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

81 ☒ Mobilidade coluna com alterações: ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

82 ☐ Flexão anterior coluna limitada cm até chão ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

83 ☒ Exploração provoca dor ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

84 ☐ Com a hiperextensão ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

85 ☐ Com a anteflexão ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

86 ☐ Com a inclinação lateral ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

87 ☐ Retificação coluna lombar e/ou cervical (EO e/ou RX) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

88 ☐ Sinal Schober positivo cm ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

89 ☐ FABER sinal Positivo - Sacroilíacas ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

90 ☐ Stork teste positivo ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

91 ☐ Osteoporose ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

92 ☐ Citopenias em 2 ou 3 linhas sangue periférico ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

93 ☐ R.F. Aguda aumento signific. ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

94 ☐ Melhora com água quente no local máximo VS PCR ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

95 ☐ Não Respondem aos AINES ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

96 ☐ Alívio temporário AINES ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

97 ☐ Dores melhoram com exercício físico ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

98 ☒ Pontos "gatilho" N° ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

99 ☐ Pronta resposta infiltração pontos gatilho ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

100 ☐ Ausência Red Flags ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

**Anamnese e Exame Objetivo nas Lombalgias em idade Pediátrica:**

- Red Flags

- Green Flags

Red Flags 20

Green Flags 0

Score 20

15043342





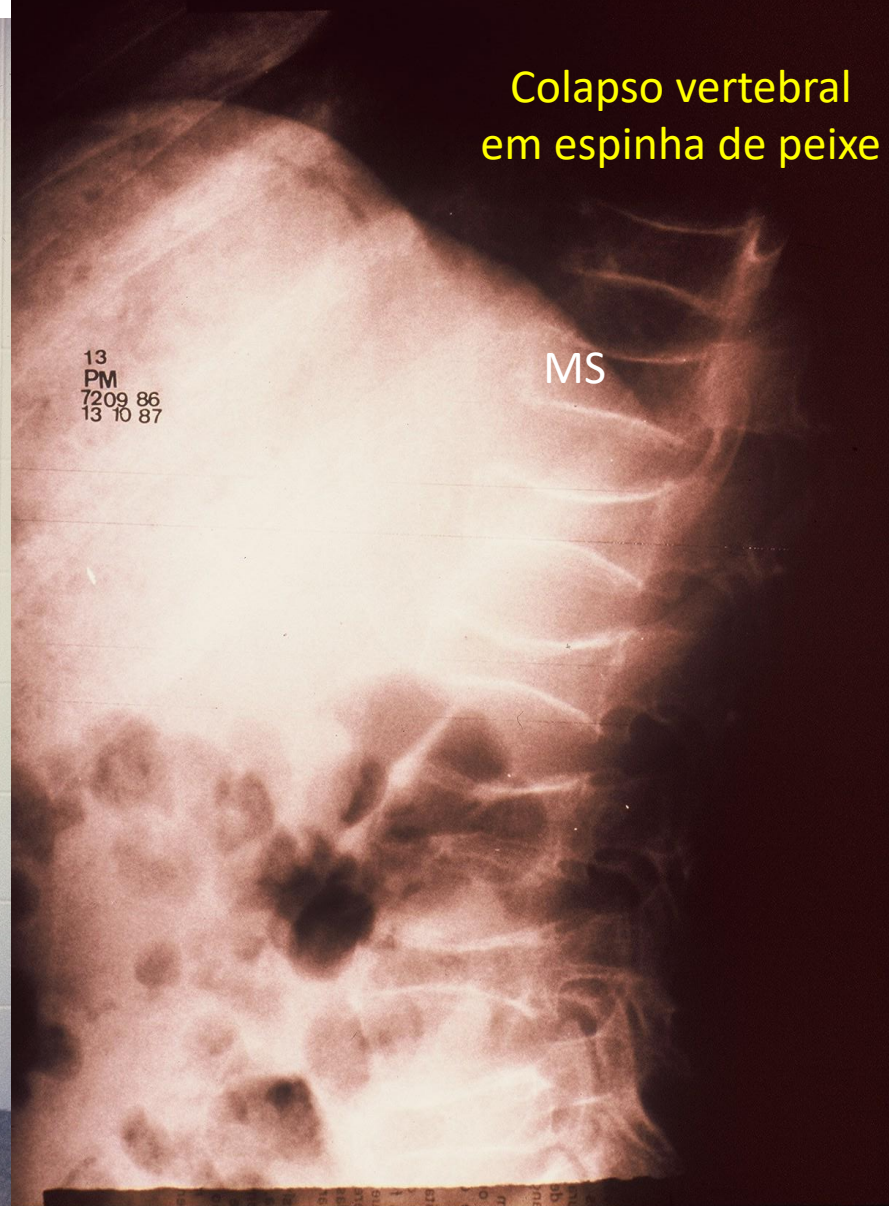


## Gêmeos homozigóticos



Fev 1985

## Osteoporose Idiopática juvenil



## Leucemia Linfobástica aguda





# Lombalgias idade pediátrica – Red Flags

- Idade < 10 anos
- Manifestações sistémicas
  - Febre, sudção, perda peso, etc.
- Dor intensidade > 6/10
- Dor contínua
- Dor noturna
- Acordar noturno / modificações do sono
- Sinais neurológicos
- Dor radicular
- Agravamento progressivo da dor
- Dores bipolares (cervicalgias + lombalgias)
- Manchas café com leite
- Lesões na linha média
- Manobra Valsalva desperta dor
- Alterações dos esfíncteres
- Claudicação
- Lombalgias com características inflamatórias
- Alterações do exame objetivo
  - sinais Lasègue, FABER, Stork, Schober
- Citopenias / RFA aumentados

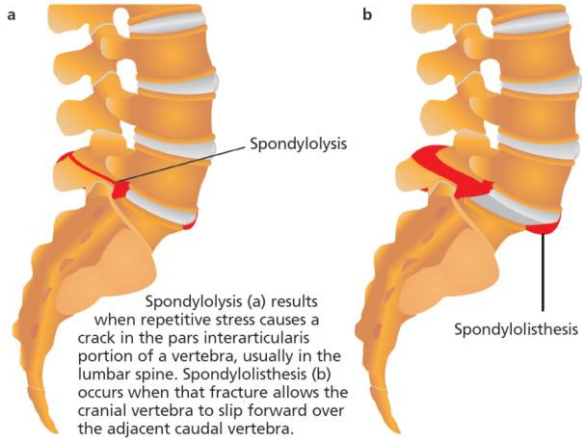




## Limitação da flexão



## Espondilolise / Espondilolistese



Spinal extension is typically painful, especially **single leg extension** on the affected side.

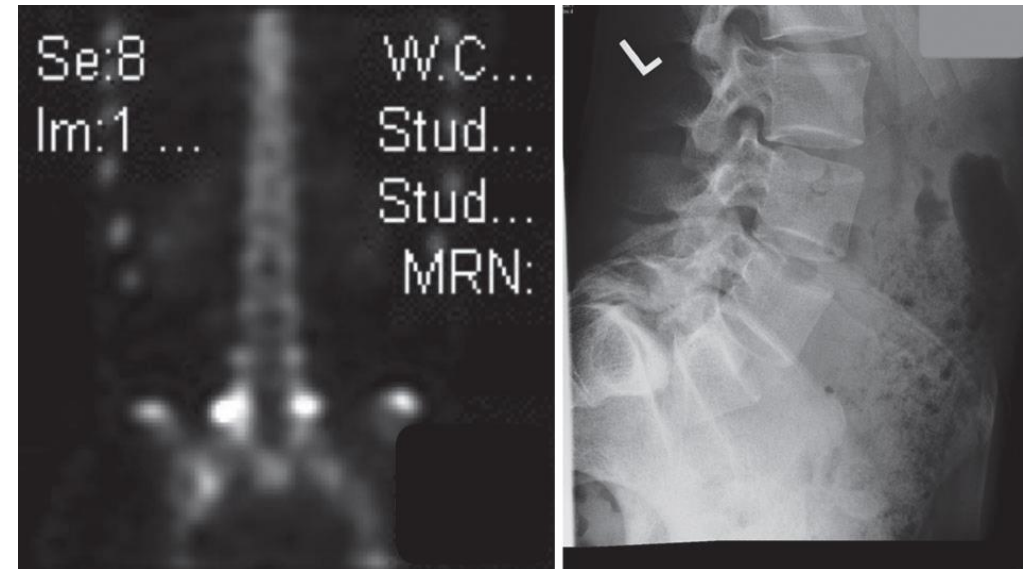
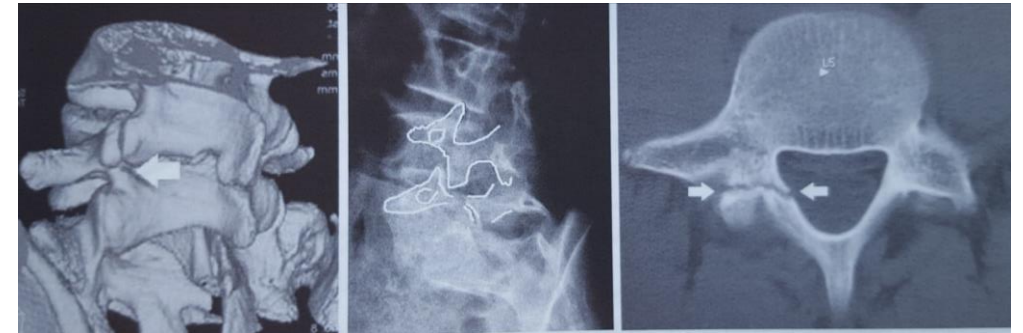


## Stork test na Espondilolise / Espondilolistese

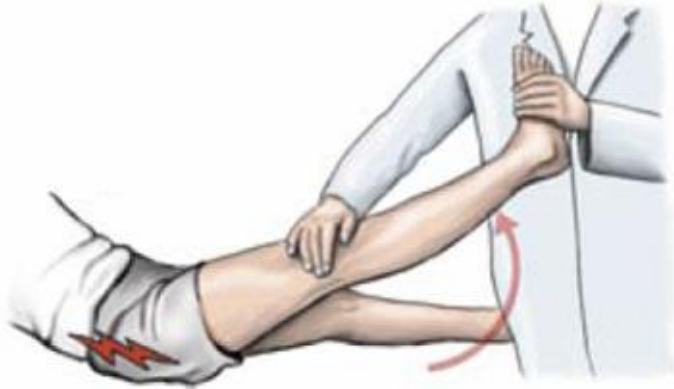
- Sensibilidade: 50 - 73% - 60 - 88%
- Especificidade: 17 - 32% - 87 - 100%

*Alqarni AM et al. Clinical tests to diagnose lumbar spondylolysis and spondylolisthesis: a systematic review. Phys Ther Sport. 2015;16(3):268-75.*

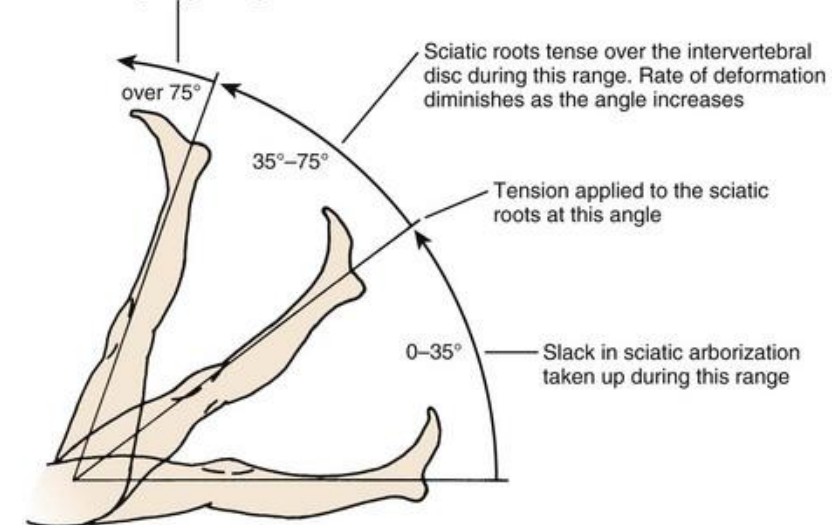
## Fratura stress



# Prova de Lasègue



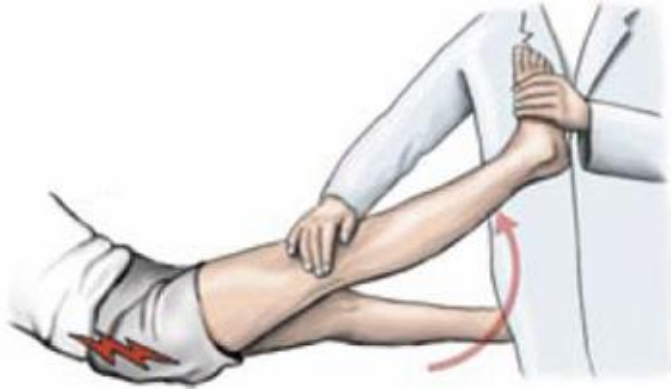
Practically no further deformation of roots occurs during further straight-leg raising



Normal se ausência de dor > 75º



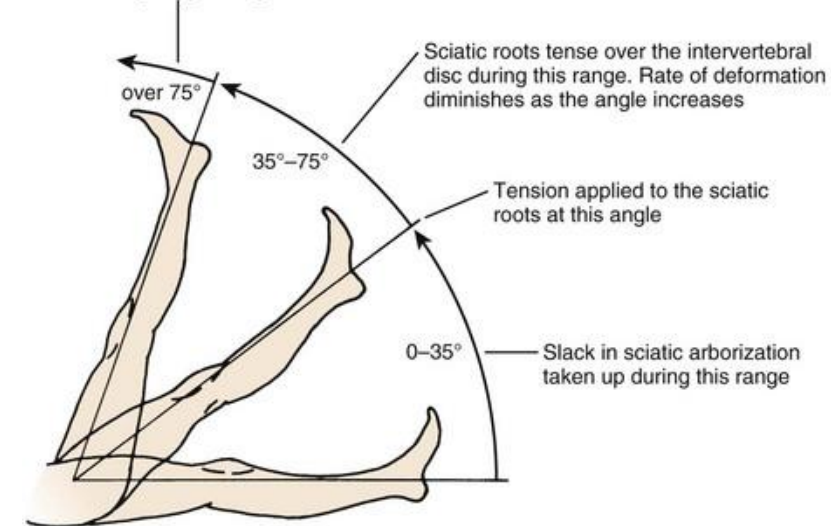
# Prova de Lasègue + Teste de Slump



Lowering the leg 15 degrees and dorsiflexing the foot to stretch the sciatic nerve should reproduce sciatic pain.

Practically no further deformation of roots occurs during further straight-leg raising

Normal se ausência de dor > 75°



# Teste de Stump

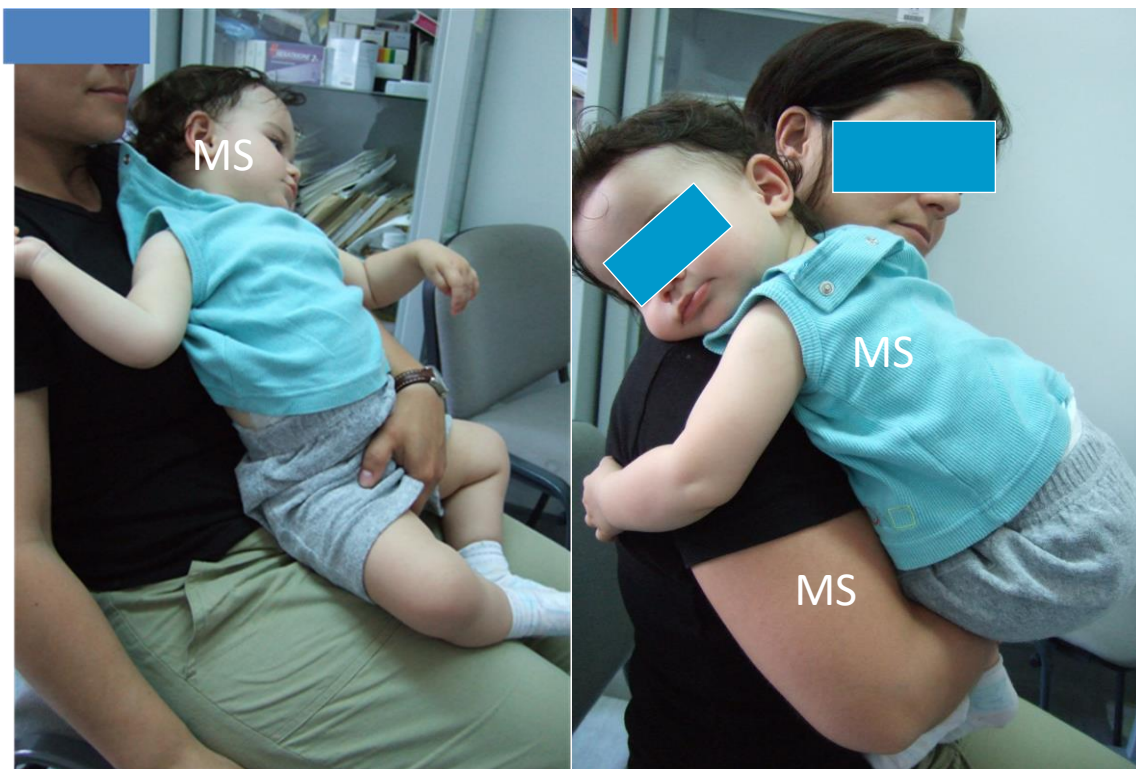
Comparativamente ao S. Lasègue:

- Menos sensível
- Mais específico



Positivo – desperta dor radicular

♀, 13 meses



**Não tolerava:** a posição de sentado na posição vertical; estar de pé  
Chorava à mobilização da coluna;



Lombalgias  
Data início 30-06-2007 Idade 1,0  
Data 1ª avaliação Lombalgias URP 11-07-2007

Duração Lombalgias Dias sem meses anos 1,6 1,6 .4 .0

1 ☒ Lombalgia Início Idade inferior 10 anos ☒ Sim ☐ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

2 ☐ Doença prévia: crônica / coluna ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

Data início  Duração  sem meses anos

3 ☐ Osteopenia, fármacos indutores de... ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

☐ Corticoesteróides sistêmicos

☐ DMARDS

☐ Imunossuppressores

4 ☐ Mãe - Dores crônicas ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

5 ☐ Dc crônica familiar direto ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

6 ☒ Agudas ou Subagudas ☒ Agudas (< 4 semanas) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

7 ☐ Subagudas (1 - 3 meses) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

8 ☐ Crônicas (> 3 meses) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

9 ☐ Traumatismo prévio ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

10 ☐ Absentismo escolar ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

11 ☐ Risco social ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

12 ☐ Conflitos psicossociais ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

13 ☐ Relação com mudanças temperatura ambiente ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

14 ☐ Dor ligeira (1-3) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

15 ☐ Dor moderada (4-6) 7 1:10 ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

16 ☒ Dor intensa (7-10) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

17 ☐ Desporto Competição ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

18 ☐ Desportos ≥ 3 # N°  N° horas / semana  ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

19 ☐ Dor Induzida manobra Valsalva: ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

20 ☐ Tosse ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

21 ☐ Espirro ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

22 ☐ Defecação ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

23 ☒ Dor noturna ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

24 ☒ Dor contínua (24 horas) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

25 ☒ Dor no repouso ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

26 ☐ Dor surge na posição sentado prolongada  min ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

27 ☐ Dor surge na posição de pé prolongada  min ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

28 ☐ Dor com irradiação:  ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

29 ☐ Horizontal (abdômen, flancos): pielonefrite, cirurg abdôm ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

30 ☐ Radicular — ☐ Memb sup — ☐ Memb inf ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

31 ☐ Dor de agravamento progressivo ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

32 ☒ Irritabilidade ☐ Sim ☒ Não ☐ Não avaliado ☐ M ☒ F ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

\* Se ausência Red Flags

♀, 13 meses

33 ☐ Dor de ritmo inflamatório ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

34 ☐ Artrite periférica n°  articulações ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

35 ☐ Rigidez lombar matinal  min ☐ > 30 minutos ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

36 ☐ Dor Alterna duma Nádega para Outra ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

37 ☐ Dor melhora com exercício físico ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

38 ☐ Decúbito dorsal não / mal tolerado ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

39 ☐ Bizarra dor, descrição ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

40 ☐ Belle indifference ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

41 ☐ Manifestações sistêmicas ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

42 ☐ Astenia ☐ Palidez nas crises ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

43 ☐ Febre - máxima  ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

44 ☐ Emagrecimento ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

45 ☐ Perda de peso ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

46 ☐ Sudação noturna ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

47 ☐ Envolvimento Reticulo Endotelial ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

48 ☐ Adenomegalias ☐ Visceromegalias ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

49 ☐ Esplenomegália  ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

50 ☐ Hepatomegália ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

51 ☐ Atraso de crescimento ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

52 ☐ Estatura ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

53 ☐ Peso ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

54 ☒ Escoliose com Red Flags n°  (1-2: 1; >3: 2) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

55 ☐ Cifose dorsal ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

56 ☐ Lesões linha média coluna  ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

57 ☐ Cialgia ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

58 ☐ Sinal de Lasègue + angulo  ° (normal se > 75° sem dor) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

59 ☐ Slump test positivo ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

60 ☐ Sinais neurológicos  ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

61 ☐ Manifestações sensoriais  ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

62 ☐ Manifestações motoras  ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

63 ☐ Fraqueza muscular regional ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

64 ☐ Esfíncteres, alteração ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

65 ☐ Estatura, diminuição -  cm em  meses ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

66 ☐ Colapso ou fractura vertebral N° vert  ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

67 ☒ Sono, alteração ≥ 1 itens: ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

68 ☒ Comportamento ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

69 ☒ Padrão / Insónia ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

70 ☐ Postura a dormir ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

71 ☒ Acorda doente 1ª metade noite ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

72 ☒ Acorda doente 2ª metade noite ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

73 ☐ Cervicalgias e/ou torcicolo e/ou cefaleias ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

74 ☐ Dores coluna bipolares (ambos extremos coluna) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

75 ☐ Postura prolongada desencadeia a dor ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

76 ☐ Sentado  min ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

77 ☐ De pé  min ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

78 ☒ Marcha, alteração ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

79 ☒ Recusa da marcha ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

80 ☒ Mobilidade Geral, Dificuldades ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

81 ☒ Mobilidade coluna com alterações: ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

82 ☒ Flexão anterior coluna limitada  cm até chão ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

83 ☒ Exploração provoca dor ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

84 ☐ Com a hiperextensão ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

85 ☐ Com a anteflexão ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

86 ☐ Com a inclinação lateral ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

87 ☐ Retificação coluna lombar e/ou cervical (EO e/ou RX) ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

88 ☐ Sinal Schober positivo  cm ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

89 ☐ FABER sinal Positivo - Sacroilíacas ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

90 ☐ Stork teste positivo ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

91 ☐ Osteoporose ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

92 ☐ Citopenias em 2 ou 3 linhas sangue periférico ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

93 ☐ R.F. Aguda aumento signif.  ou PCR - 2.0 - 4.9; 5.0 - 9.9; 2 - >10.0; 3 ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

94 ☐ Melhora com água quente no local  VS  27 máximo PCR  6 ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

95 ☐ Não Respondem aos AINEs ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

96 ☒ Alívio temporário AINEs ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

97 ☐ Dores melhoram com exercício físico ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

98 ☐ Pontos "gatilho" N°  ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

99 ☐ Pronta resposta infiltração pontos gatilho ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

100 ☐ Ausência Red Flags ☐ Sim ☒ Não ☐ Não av ☐ > 12 A ☐ < 5A: 2

Anamnese e Exame Objetivo nas Lombalgias em idade Pediátrica:

- Red Flags

- Green Flags

Score 15

9229058

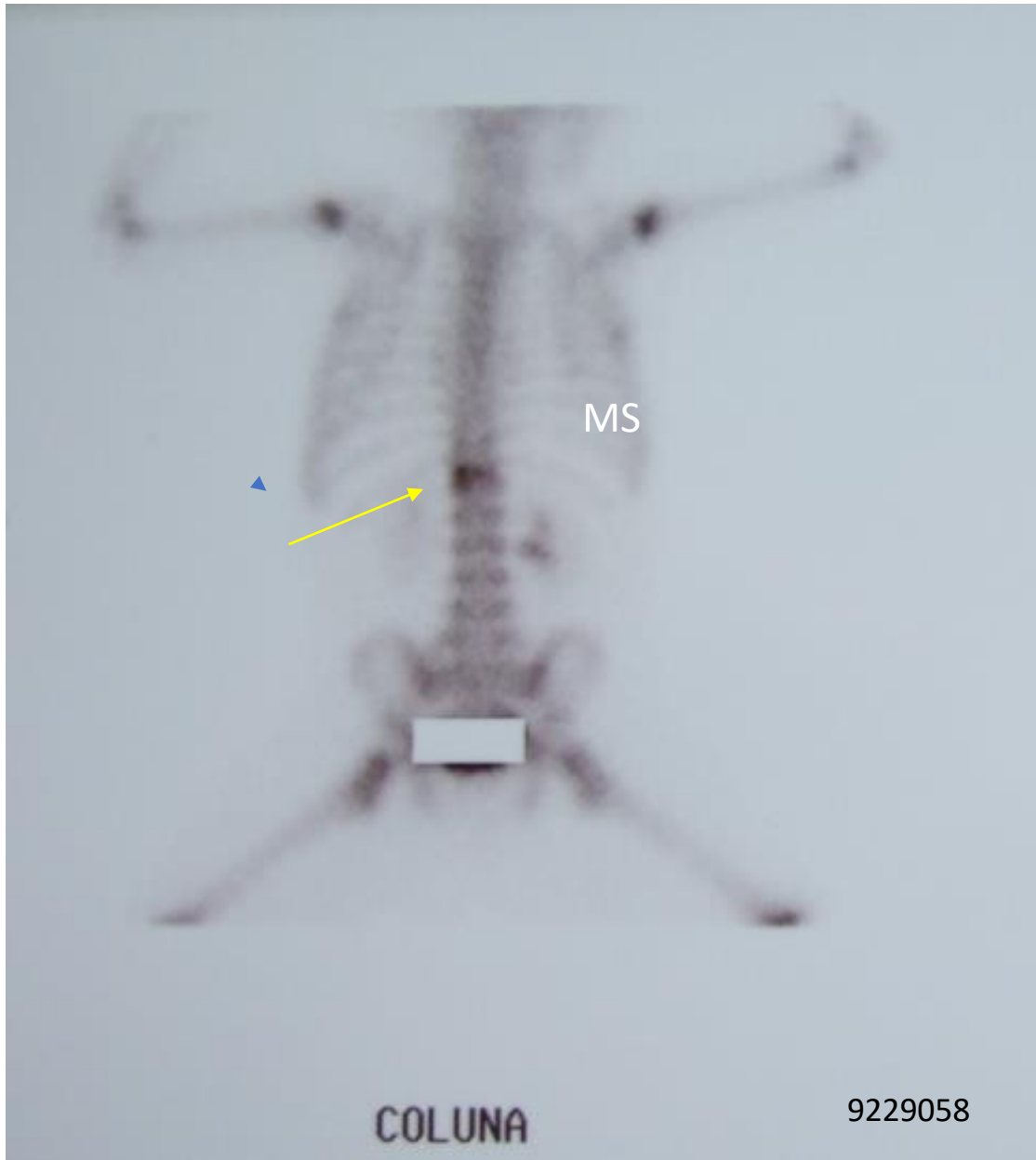
♀, 13  
meses

[illegible]

9229058

♀, 13  
meses

# Discite / Espondilodiscite





# Lombalgias Infeciosas

1 coccite

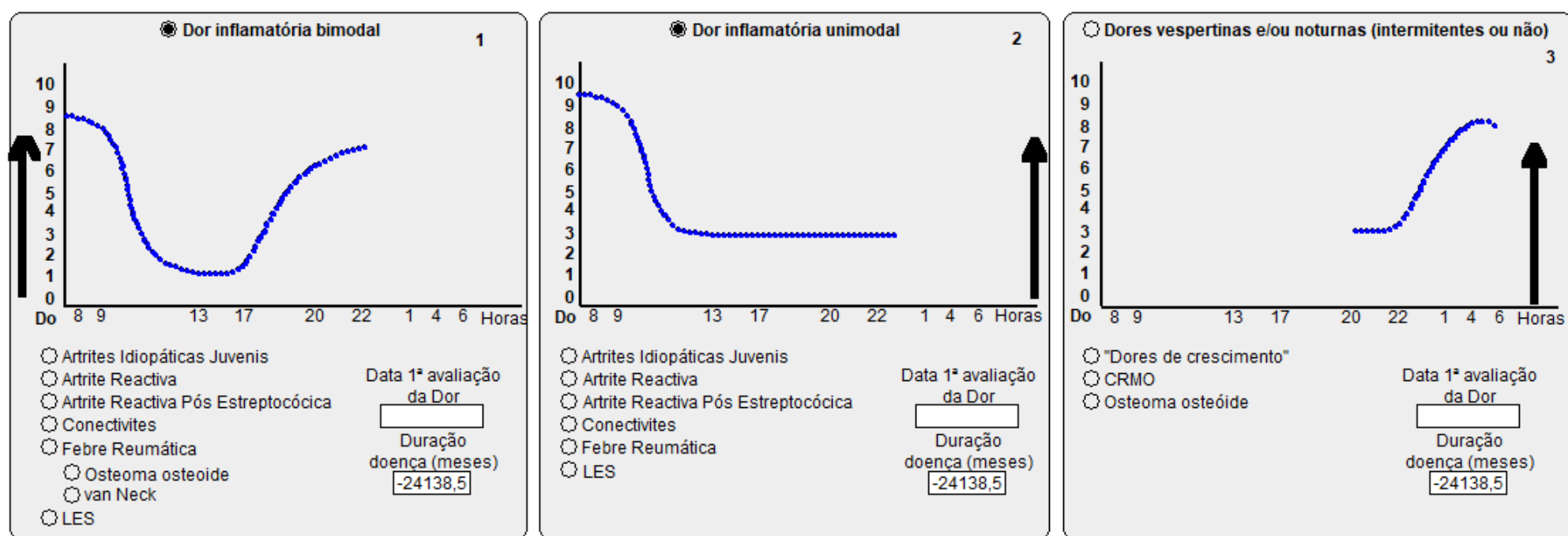
	Sacroileíte infeciosa <sup>2</sup>	Discite <sup>2</sup>	Espondilite <sup>2</sup> Espondilo-Discite	Abcesso epidural <sup>1</sup>	Espondilodiscite (G. intracelulares) <sup>0</sup>
<b>Germen</b>	<i>St. Aureus</i> (1) <i>Brucella spp</i> (1)	<i>St. aureus</i> <i>Kingella kingae</i> Vírus?	<i>St. aureus</i> <i>Str. pyog</i> ...	<i>St. aureus</i> <i>Str. pyog</i> Gram-neg	<i>Myc. tuberculosis</i> <i>Brucella spp</i> ...
<b>Idades</b>	Adolescentes	Criança (Pico 3-5 A)	Todas (Adolesc. ++)	Todas	Todas
<b>Início</b>	Variável	Subagudo	Agudo	Agudo	Crônico / Subagudo
Febre	+ / -	+ / -	+	++	+ / -
Recusa carga		++	++	+	-
Inespecífica		++	-	-	++
Lombalgia	+	+/--	++	++	++
Perda lordose lombar		+			
Mobilidade Col. diminuída		+			
Manifest. neurológicas	-	-	+ / -	+++	++ / -
Imagiologia	Cintigrafia / RMN	Cintigrafia / RMN			
Tratamento antibiótico		<i>St. aureus</i>	<i>St. aureus</i>	+ Drenagem	Específico
Prognóstico		Bom	Variável	Reservado	Sequelas +++

# Lombalgias Inflamatórias

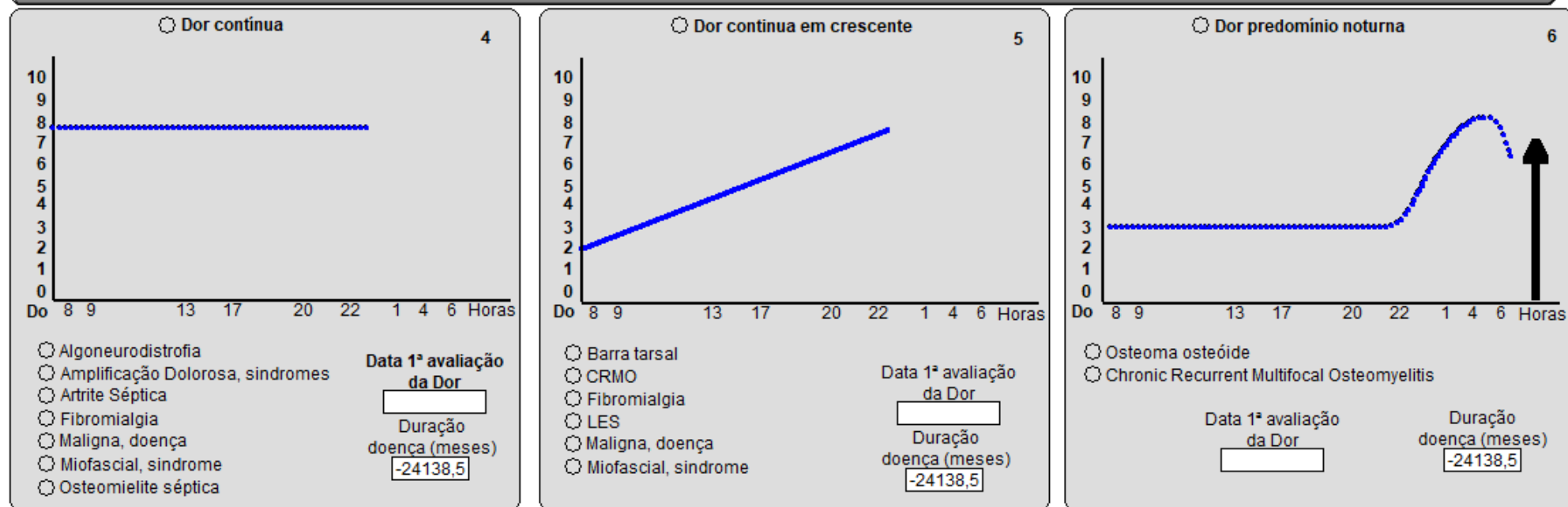
- Artrite da coluna é raro em idade pediátrica
- Mais comum: sacro-ileíte:
  - Artrite associada a entesite (geralmente HLA B27 positivo)\*
  - Artrite psoriática
  - Artropatia da doença inflamatória intestinal crónica (**ADIIC**)
  - Envolvimento axial geralmente após envolvimento periférico
- Por vezes **apresentação axial**
- Facilita o diagnóstico quando artrite periférica prévia
- A **ADIIC** pode preceder as queixas intestinais

\* População em geral = 8% é HLA B27 positivo

# Perfis de dores



## PADRÃO NÃO INFLAMATÓRIO (Perfil das dores em 24 horas)

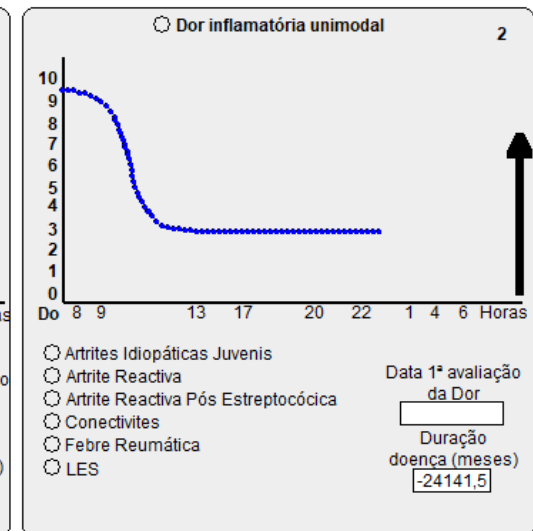
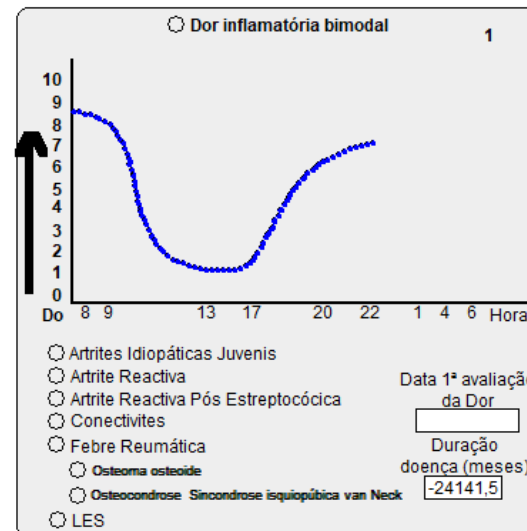




# Lombalgias Inflamatórias:

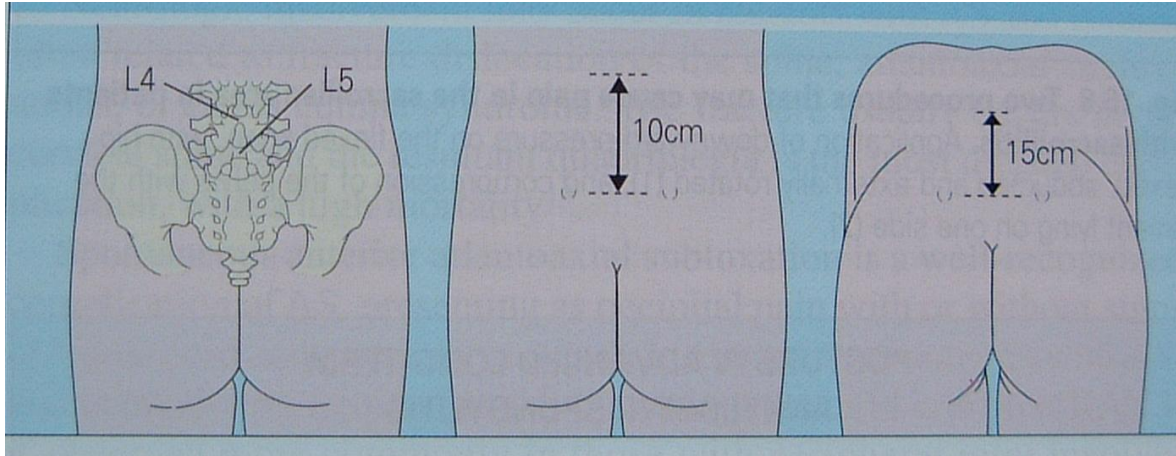
- Rigidez matinal
- Dor de ritmo inflamatório
- Sacro-ileíte
  - Dor nas nádegas
  - Dor face posterior da coxa
  - FABER test
- Entesite
- História familiar positiva

- 32 ☐ Dor ritmo inflamatório
- 33 ☐ Artrite periférica nº  min
- 34 ☐ Rigidez lombar matinal
- 35 ☐ > 30 minutos
- 36 ☐ Dor Alterna duma Nádega para Outra
- 37 ☐ Dor melhora com exercício físico



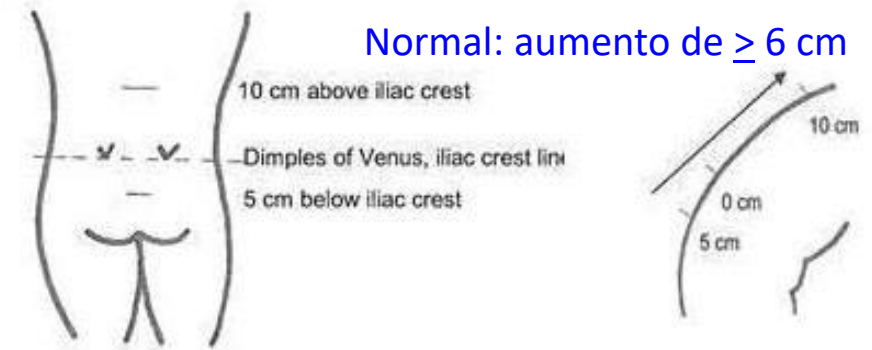
# Coluna Lombar

Normal:  $\geq 5$  cm



Modified Schober's test for lumbosacral spine mobility

Normal: aumento de  $\geq 6$  cm



Retificação da coluna lombar  
Schober:  $\leq 4$  cm

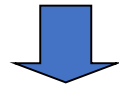


# Exame das Sacroilíacas

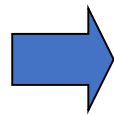
## Manobra de FABER (de Patrick)

Decúbito dorsal, com anca em:

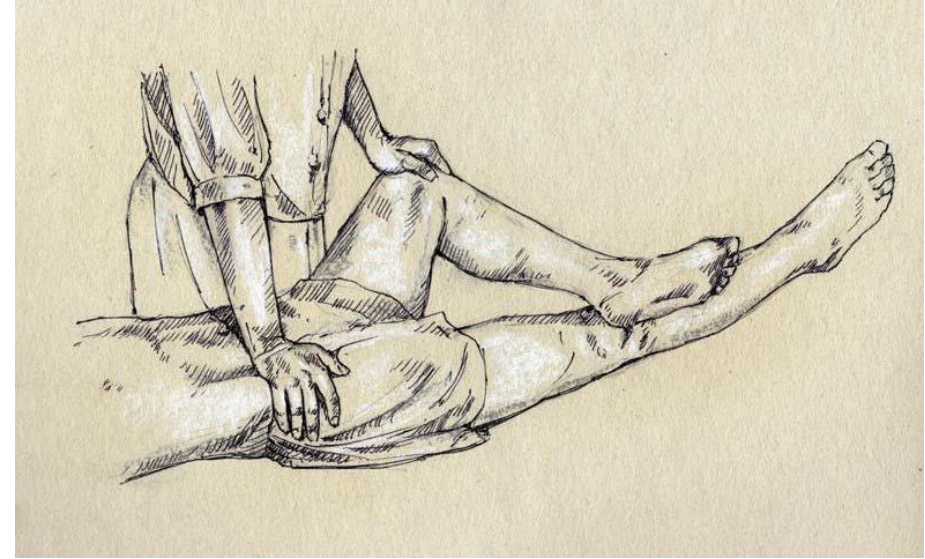
- Flexion (ligeira)
- Abduction → tornozelo sobre joelho
- External Rotation



Ligeira pressão no  
joelho flectido



Dor na sacroilíaca ipsilateral





## Osteíte Não Bacteriana

### Chronic recurrent multifocal osteomyelitis (CRMO)

♀, 15 anos

Lombalgia contínua – 12 meses de evolução, **dor noturna**; agravamento progressivo; limitação da mobilidade coluna

Biópsia – estéril; compatível com osteíte crónica

Ficou assintomática após pamidronato



URP-CHUC - 32 doentes com CRMO – 10 (**31%**) cursaram com envolvimento da coluna = **Lombalgias graves**

# ● Osteíte Crónica Não Bacteriana

## ● Critérios Clínicos de Osteíte Crónica Não Bacteriana → Focos Nº 4

### ● Critérios Major Nº 3

1. ● Lesões ósseas Osteolíticas no RX, e/ou  
● Lesões ósseas Escleróticas no RX
2. ● Lesões ósseas multifocais ( $\geq 2$ )
3. ○ Pustulose palmoplantar  
○ Pustulose palmar  
○ Pustulose plantar e/ou  
○ Psoríase
4. ● Histologia com processo inflamatório crónico, associado a:
 

○ Biópsia óssea estéril	●
● Sem sinais malignidade	○
● Com inflamação crónica, e/ou	○
○ Com Fibrose, e/ou	○
○ Com Esclerose	○

#### Local biópsia

- 1 Coluna vertebral  
lesão infiltrativa
- 2 Coluna vertebral  
2 corpos vertebrais

#### Não

- *Propionibacterium*
- *acnes*

### ● Critérios Minor Nº 4

1. ● Hemograma normal; sem rebato sistémico
2. ● Reagentes de Fase Aguda com alterações
 

○ Ligeiras alterações	●	○
○ Moderadas alterações	○	○
3. ● Duração > 6 meses, doença
4. ● Hiperostose no RX
5. ○ Doença Autoimune, ter outra (excluindo pustulose palmoplantar e psoríase)
6. ● Doença Autoimune em familiar 1º e 2º grau, ou  
○ Doença Autoinflamatória em familiar 1º e 2º grau, ou  
○ Osteíte não infecciosa em familiar 1º e 2º grau

VS  
PCR

Máximo 20 1,0

DIAGNÓSTICO ONB: ●  $\geq 2$  critérios major ou ● 1 critério major +  $\geq 3$  minor

*Pediatric Rheumatology, Oxford Specialist Handbook in Pediatrics, 2012; pp 297-8*

#### Cintigrafia OA:

Nº Focos 3 Corpos vertebrais D6, D8, D12

#### TAC

Nº Focos 4 D6, D8, D10, D12

#### RMN

Nº Focos 2 D6, D12

#### ○ SAPHO syndrome

#### Locais

- Sinovite
- Acne severo
- Pustulose
- Hiperostose (RX)
- Osteíte
- Ocorre mais em adultos

# FIBROMIALGIA

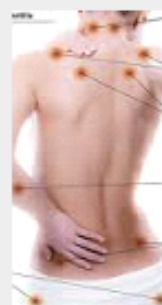
## ● Critério Major 1: Dores musculo esqueléticas generalizadas:

- Bilaterais - envolvendo ambos os lados do corpo
- Acima e abaixo da cintura
- Envolvimento axial:
  - ☐ Cervicalgias Crônicas, e/ou
  - ☐ Toracalgia crônicas e/ou
  - ☐ Lombalgias crônicas
- Duração  $\geq 3$  meses

### Comum:

- Artralgias
- ☐ Rigidez articular matinal
- ☐ Manhã: Dificuldade iniciar movimentos

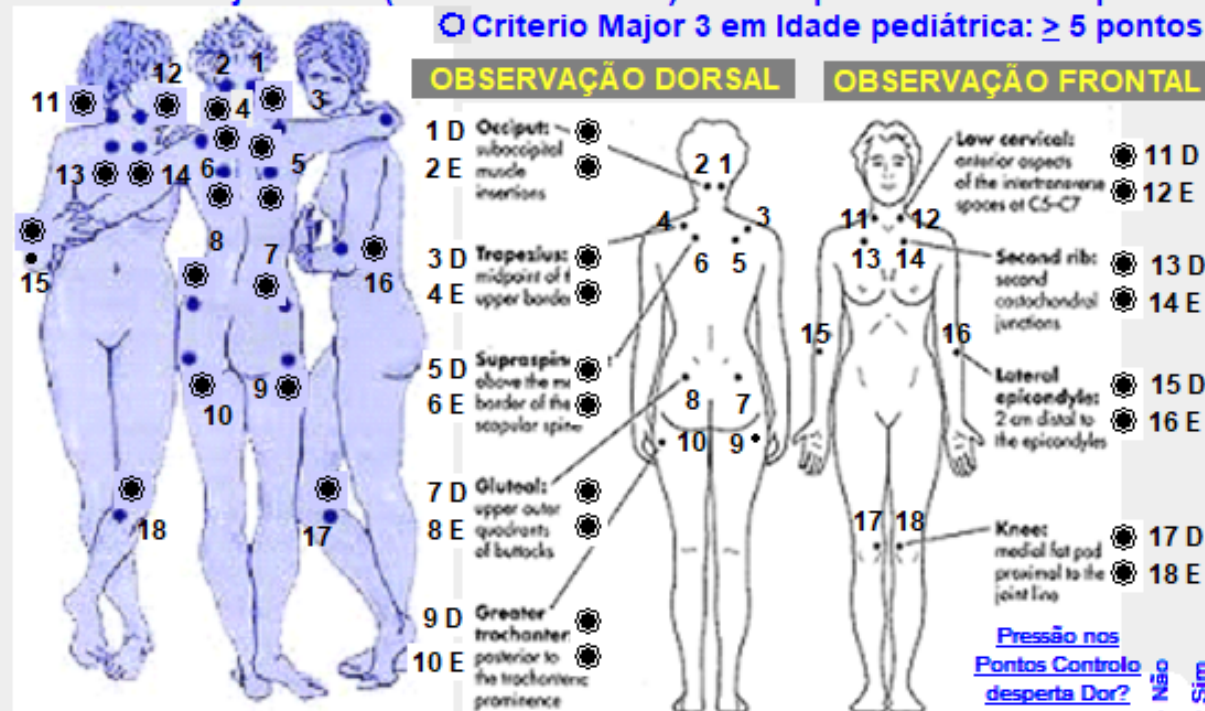
Nº Pontos  
dolorosos  
18



## ● Critério Major 2: Exames Complementares normais

## ● Critério Major 3: Dor (não sensibilidade) em > 11 pontos dolorosos padrão:

○ Critério Major 3 em Idade pediátrica:  $\geq 5$  pontos



Pressão em crianças e adolescentes - 3 Kg/cm<sup>2</sup>  
 - uma pressão de 3 Kg exercido por um dedo numa balança (= a empalidecer o 1/3 distal da unha do dedo indicador)  
 - Pressão em adultos 4 Kg/cm<sup>2</sup>.

● Pontos Controlo  
Todos Negativos

- ☐ Dor apenas no ponto de pressão
- ☐ ... e que não irradia para região envolvente

Pressão nos  
Pontos Controlo  
desperta Dor?

1. Região Frontal ☒ Não ☐ Sim

2. Dorsal Antebraço ☒ Não ☐ Sim

3. Unha dedo Polegar ☒ Não ☐ Sim



# Síndrome miofascial

Myofascial pain involving single or multiple muscle groups is the **more common cause of back pain** in the otherwise healthy pediatric population.

**Trigger point injections** can be helpful when discrete trigger points are found, **as part of a diagnosis of myofascial pain**.

Walco GA et al. *Pain in Children. A Practical Guide for Primary Care*, Totowa, Humana Press, 2008.



# ● Myofascial Trigger Point Syndrome

## CRITÉRIOS OBRIGATÓRIOS

PGM - ponto gatilho miofascial

- 1 ☒ Banda tensa dentro de um músculo
- 2 ☒ Dor intensa ("exquisite pain") num ponto bem demarcado na banda muscular tensa nº 2
- 3 ☒ Reprodução de dor referida pelo doente (pelo critério 2) ☒ Não
- 4 ☒ Pronta resposta à infiltração ponto gatilho (MS) Data 05-09-2017

Pontos miofasciais  
numero total 2

## CRITÉRIOS NÃO OBRIGATÓRIOS

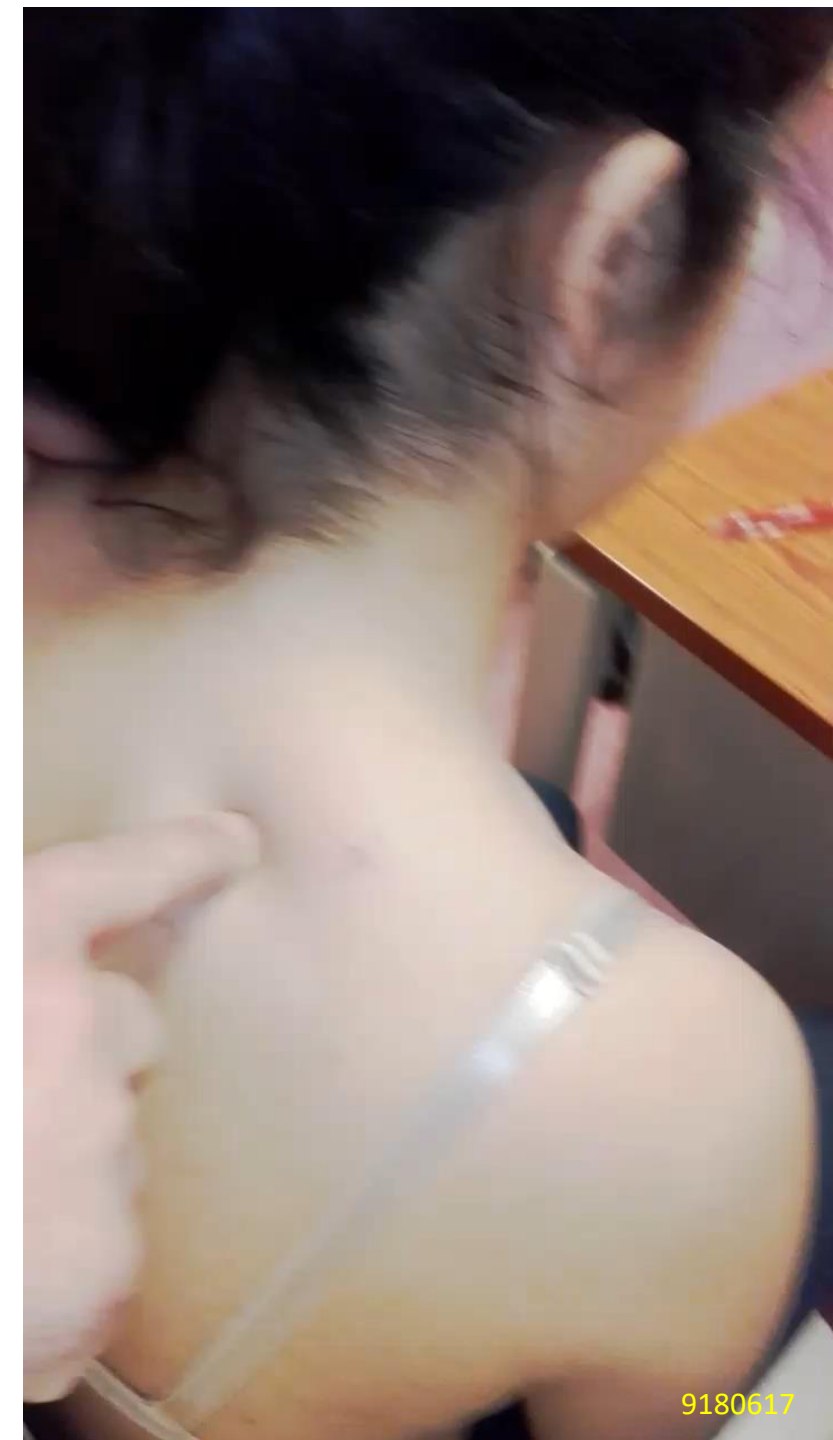
- 5 ☐ Contrações locais pela palpação do ponto gatilho miofascial ☐ Miodonias
- 6 ☒ Difusão da dor para área circundante pela palpação pontos gatilho ☐ Miodonias em repouso
- 7 ☐ Fraqueza muscular regional
- 8 ☐ Limitação movimentos musculares regionais
- 9 ☐ Manifestações autonómicas
  - ☐ Arrepios (na mesma área)
  - ☐ Ereção dos pêlos
  - ☐ Vasoconstricção
  - ☐ Vasodilatação (calor ou rubor local)

### Dor com activação central (medular)

- ☐ Dor não instantânea
- ☐ ... retardada de uns segundos após a pressão no PGM

Gerwin RD. Diagnosis of myofascial pain syndrome.  
Phys Med Rehabil Clin N Am 2014;25:341-55.

1ª		2ª		3ª		4ª		5ª		Total
Datas	05-09-2017	31-01-2018								
Dur Dç Meses	14,5	19,4	?	?	?	?	?	?		
Nº locais	2	1								
	% melhoria	Demora (dias)	% melhoria	Demora (dias)	% melhoria	Demora (dias)	% melhoria	Demora (dias)		
Cervical										
Ombros										
Tronco	Trapézio dir	20 7	Trapézio dir	100 7						
Memb superior										
Gluteus										
Inguinal										
Memb inferior	Grande nadegueiro dir	100 14								
Efeitos secund.	<input type="radio"/> Sim <input checked="" type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
Discriminação ef secundários	20% melhoria trapézio									
Data Efeito 2ª										



**Lombalgias**  
Data início: 20-06-2016  
Idade: 14,6  
Data 1ª avaliação: 14-09-2016  
Lombalgias URP

Duração Lombalgias: 12,3 dias, 12,3 sem, 2,8 meses, 2 anos

1 ☐ Lombalgia Início Idade inferior 10 anos

2 ☒ Doença prévia: crônica / coluna Diabetes mellitus + tiroidite

3 ☐ Osteopenia, fármacos indutores de...  
☐ Corticoesteróides sistêmicos  
☐ DMARDS  
☐ Imunossuppressores

4 ☐ Mãe - Dores crônicas

5 ☒ Dc crônica familiar direto Doença de Addison mãe

6 ☒ Agudas ou Subagudas Agudas (< 4 semanas)

7 ☒ Subagudas (1 - 3 meses)

8 ☒ Crônicas (> 3 meses)

9 ☐ Traumatismo prévio

10 ☐ Absentismo escolar

11 ☐ Risco social

12 ☐ Conflitos psicossociais

13 ☐ Relação com mudanças temperatura ambiente

14 ☐ Dor ligeira (1-3)

15 ☒ Dor moderada (4-6) 6 1:10

16 ☒ Dor intensa (7-10)

17 ☐ Desporto Competição

18 ☐ Desportos ≥ 3 # N° N° horas / semana

19 ☐ Dor Induzida manobra Valsalva:

20 ☐ Tosse

21 ☐ Espirro

22 ☐ Defecação

23 ☐ Dor noturna

24 ☐ Dor contínua (24 horas)

25 ☒ Dor no repouso

26 ☒ Dor surge na posição sentado prolongada min

27 ☒ Dor surge na posição de pé prolongada min

28 ☐ Dor com irradiação:

29 ☐ Horizontal (abdômen, flancos): pielonefrite, cirurg abdôm

30 ☐ Radicular — Membro sup — Membro inf

31 ☐ Dor de agravamento progressivo

32 ☐ Irritabilidade

\* Se ausência Red Flags

33 ☒ Dor de ritmo inflamatório

34 ☐ Artrite periférica n° articulações

35 ☐ Rigidez lombar matinal min > 30 minutos

36 ☐ Dor Alterna duma Nádega para Outra

37 ☐ Dor melhora com exercício físico

38 ☐ Decúbito dorsal não / mal tolerado

39 ☐ Bizarra dor, descrição

40 ☐ Belle indifference

41 ☒ Manifestações sistêmicas

42 ☐ Astenia ☐ Palidez nas crises

43 ☐ Febre - máxima

44 ☐ Emagrecimento

45 ☐ Perda de peso

46 ☒ Sudação noturna

47 ☐ Envolvimento Reticulo Endotelial

48 ☐ Adenomegalias ☐ Visceromegalias

49 ☐ Esplenomegália

50 ☐ Hepatomegália

51 ☐ Atraso de crescimento

52 ☐ Estatura

53 ☐ Peso

54 ☐ Escoliose com Red Flags n° (1-2: 1; >3: 2)

55 ☐ Cifose dorsal

56 ☐ Lesões linha média coluna

57 ☐ Cíatalgia

58 ☐ Sinal de Lasègue + ângulo (normal se > 75° sem dor)

59 ☐ Slump test positivo

60 ☐ Sinais neurológicos

61 ☐ Manifestações sensoriais

62 ☐ Manifestações motoras

63 ☐ Fraqueza muscular regional

64 ☐ Esfíncteres, alteração

65 ☐ Estatura, diminuição - cm em meses

66 ☐ Colapso ou fratura vertebral N° vert

67 ☐ Sono, alteração ≥ 1 itens:

68 ☐ Comportamento

69 ☐ Padrão / Insónia

70 ☐ Postura a dormir

71 ☐ Acorda doente 1ª metade noite

72 ☐ Acorda doente 2ª metade noite

73 ☐ Cervicalgias e/ou torcicolo e/ou cefaleias

74 ☒ Dores coluna bipolares (ambos extremos coluna)

75 ☒ Postura prolongada desencadeia a dor

76 ☒ Sentado min

77 ☒ De pé min

78 ☐ Marcha, alteração

79 ☐ Recusa da marcha

80 ☐ Mobilidade Geral, Dificuldades

81 ☐ Mobilidade coluna com alterações:

82 ☐ Flexão anterior coluna limitada cm até chão

83 ☐ Exploração provoca dor

84 ☐ Com a hiperextensão

85 ☐ Com a anteflexão

86 ☐ Com a inclinação lateral

87 ☒ Retificação coluna lombar e/ou cervical (EO e/ou RX)

88 ☒ Sinal Schober positivo 4 cm

89 ☐ FABER sinal Positivo - Sacroilíacas

90 ☐ Stork teste positivo

91 ☐ Osteoporose (V1) (V2) 0 - G1

92 ☐ Citopenias em 2 ou 3 linhas sangue periférico

93 ☐ R.F. Aguda aumento signific. N - G1 -VS - 30-59:1; 60-99: 2; ≥100: 3 ou PCR - 2,0 - 4,9; 5,0 - 9,9; 2 >10,0: 3

94 ☐ Melhora com água quente no local máximo VS PCR

95 ☐ Não Respondem aos AINES

96 ☐ Alívio temporário AINES

97 ☐ Dores melhoram com exercício físico

98 ☒ Pontos "gatilho" N° 2

99 ☒ Pronta resposta infiltração pontos gatilho

100 ☒ Ausência Red Flags

## Anamnese e Exame Objetivo nas Lombalgias em idade Pediátrica:

- Red Flags
- Green Flags

Red Flags  
8

Green Flags  
10

Score  
-2

9180617



[illegible]

♀, 15 anos, Lombalgia direita + dores ombro direito - 13 meses de evolução

## ● Myofascial Trigger Point Syndrome

### CRITÉRIOS OBRIGATÓRIOS

- 1 ● Banda tensa dentro de um músculo
- 2 ● Dor intensa ("exquisite pain") num ponto bem demarcado na banda muscular tensa nº 2
- 3 ● Reprodução de dor referida pelo doente (pelo critério 2) Não
- 4 ● Pronta resposta à infiltração ponto gatilho (MS)

PGM - ponto gatilho miofascial

Data 05-09-2017

Pontos miofasciais  
numero total 2

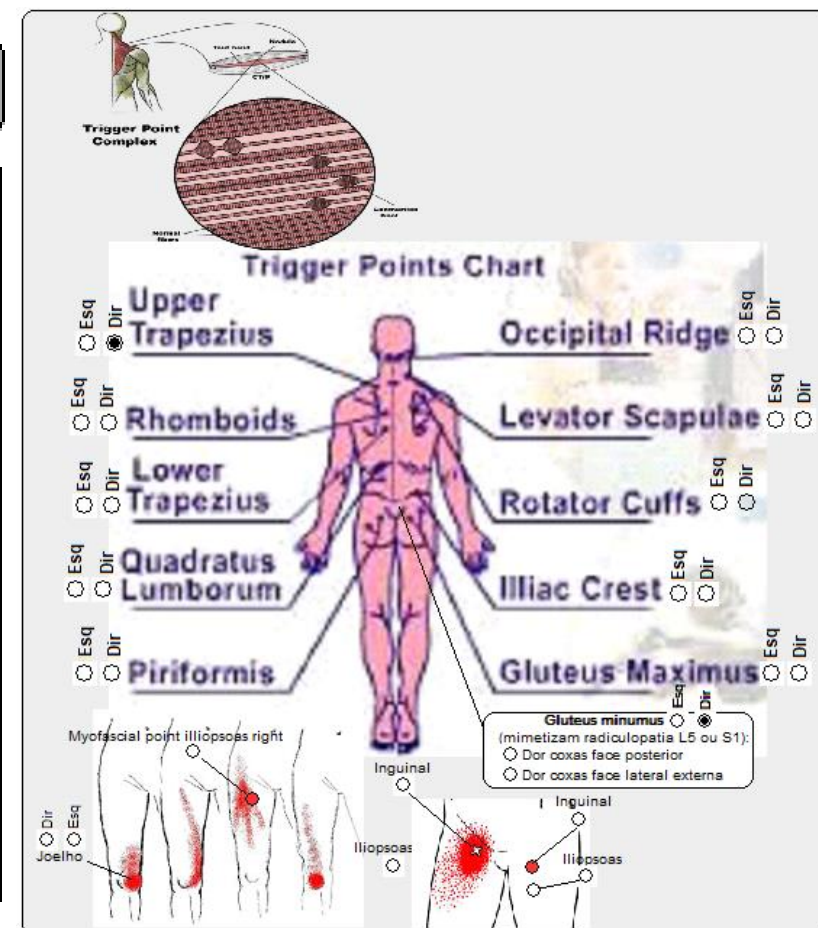
### CRITÉRIOS NÃO OBRIGATÓRIOS

- 5 ○ Contrações locais pela palpação do ponto gatilho miofascial ○ Miodonias
- 6 ● Difusão da dor para área circundante pela palpação pontos gatilho ○ Miodonias em repouso
- 7 ○ Fraqueza muscular regional
- 8 ○ Limitação movimentos musculares regionais
- 9 ○ Manifestações autonómicas
  - Arrepios (na mesma área)
  - Ereção dos pêlos
  - Vasoconstricção
  - Vasodilatação (calor ou rubor local)

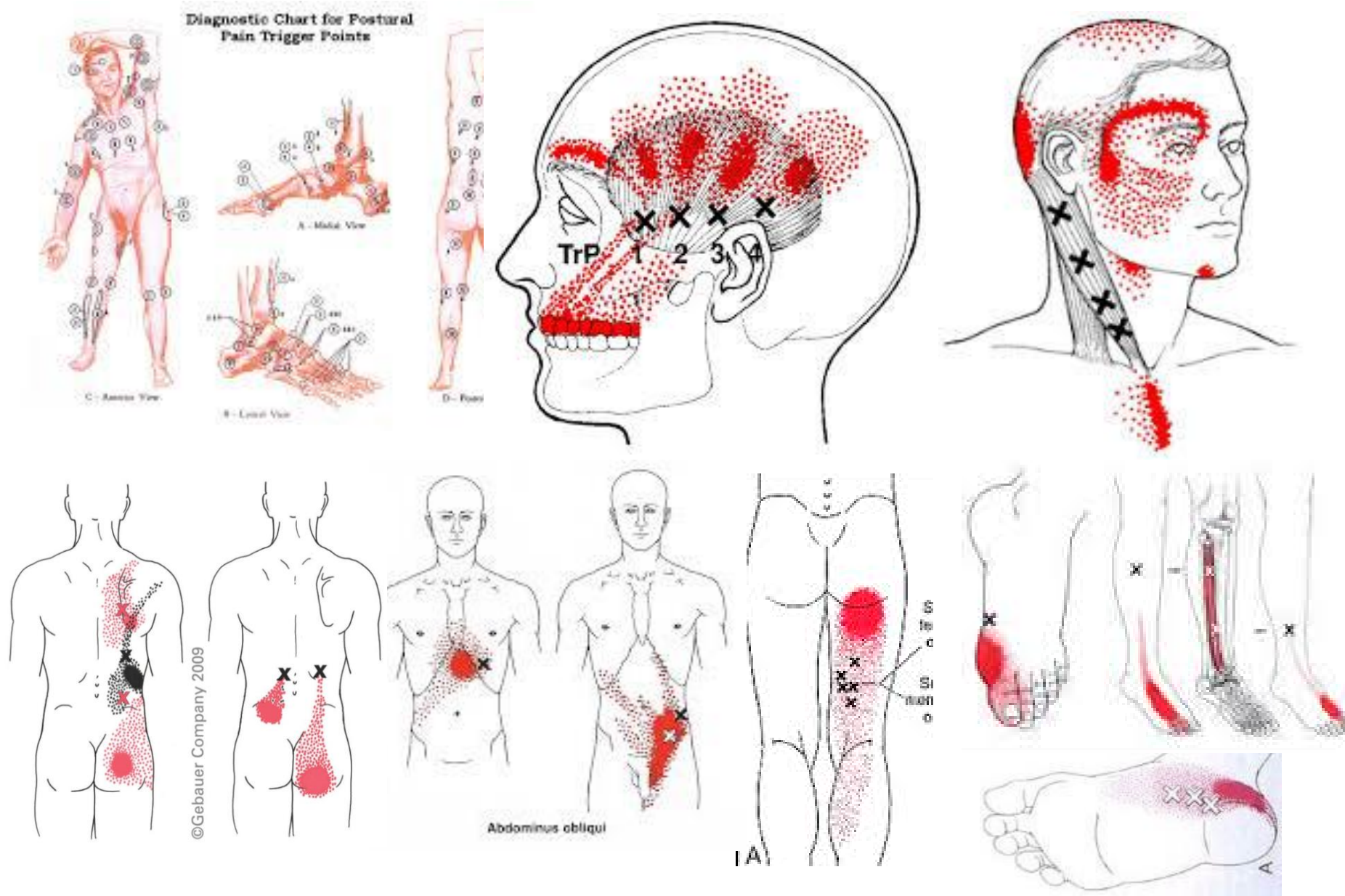
#### Dor com activação central (medular)

- Dor não instantânea
- ... retardada de uns segundos após a pressão no PGM

Gerwin RD. Diagnosis of myofascial pain syndrome.  
Phys Med Rehabil Clin N Am 2014;25:341-55.



# Myofascial Trigger Points





# Laboratório

- Velocidade Sedimentação
- Proteína C Reativa
- Procalcitonina (?)
- Hemograma
- HLA B27 - ?
- Calprotetina fecal?
- Reação Rosa de Bengala
- DHL + ácido úrico

Objetivo: Procurar / Excluir:

- Inflamação
- Infecção
- Doença maligna

**Exames inúteis ou quase inúteis:**

- Fator reumatóide
- ANAs
- TASO

# Imagiologia

- RX coluna – frente, perfil – por vezes oblíqua
- RMN – útil na avaliação:
  - Tecidos moles
  - Medula óssea
  - Disco
  - Tumor da coluna
  - Infecção
  - Anomalias congénitas

# Cintigrafia:

- Principal indicação:
  - **Dor não localizada** + ausência sinais neurológicos + RX sem alterações / não orientadoras
- Útil
  - Espondilólise / espondilolistese
  - Osteoma osteoide
- Achados ambíguos:
  - Infecção
  - Tumor maligno

Sanpera IJr, Beguiristain-Gurpide JL. Bone scan as a screening tool in children and adolescents with back pain. *J. Pediatr. Orthop.* 2006; **26**: 221–5.



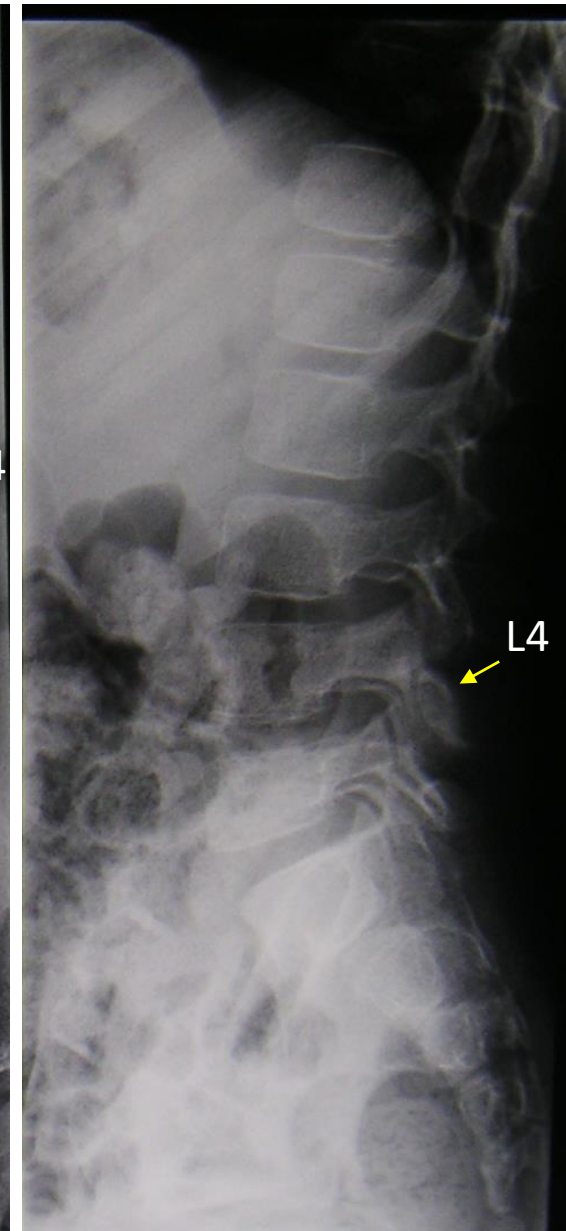
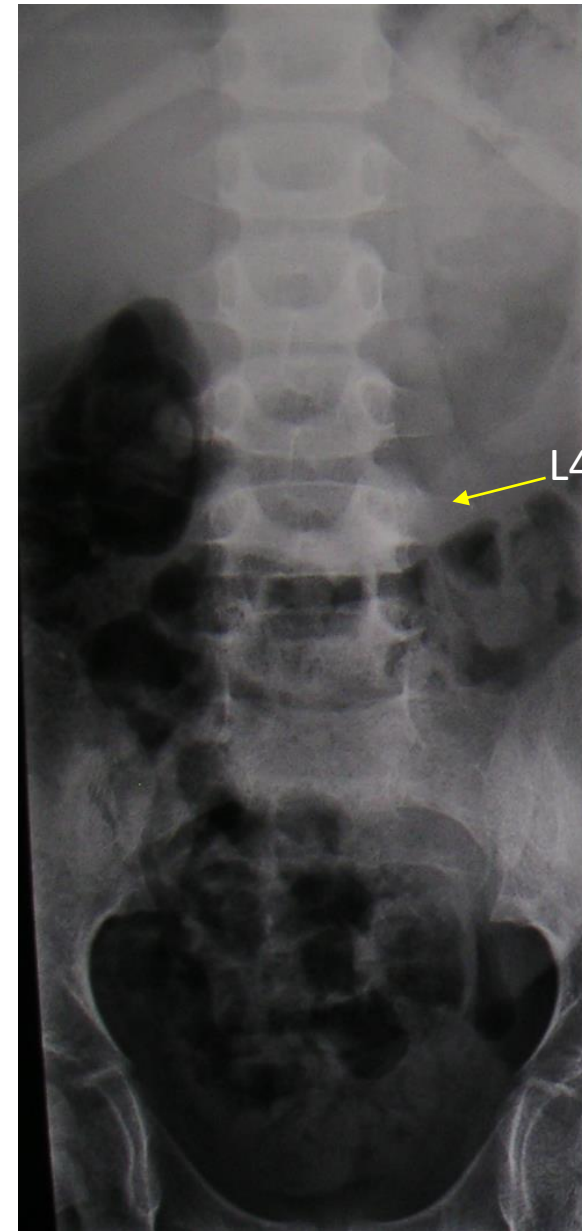
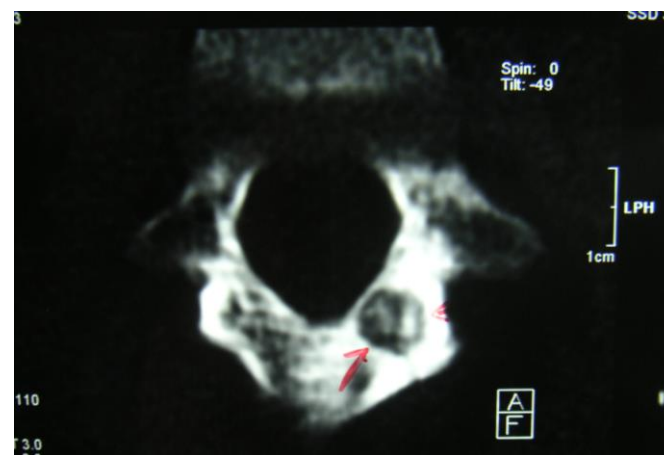
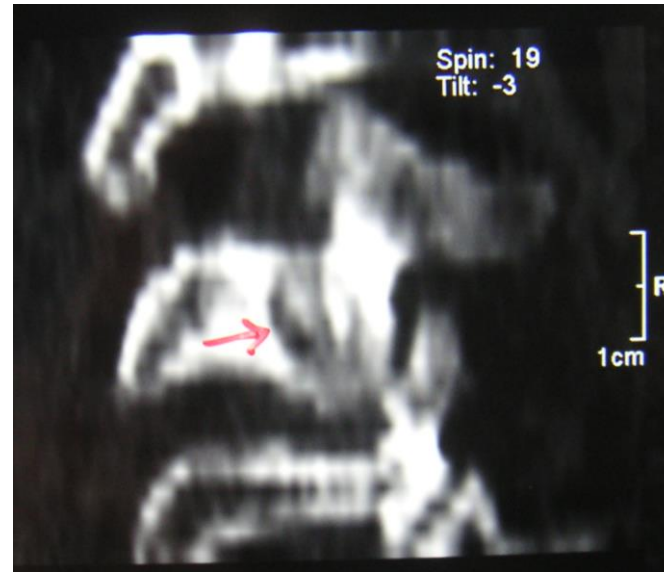
# Investigação

“For patients with non-neurologic back pain of less than 6 weeks duration, **bone scan** is the most useful screening test because it is accurate, accessible, inexpensive, and unlikely to require sedation”.

*Auerbach J et al. Streamlining the evaluation of low back pain in children.  
Clin Orthop Rel Res 2008;466(8):1971-7.*

## Osteoma osteóide lombar

MC: Dor lombar, sobretudo noturna, com 9 meses de evolução



# TC

- Muita radiação
- Maior especificidade para doenças ósseas
  - Fratura stress
  - Osteoma osteóide
  - Espondilolise / ....listese

*Jackson C et al. Back pain in children: a holistic approach to diagnosis and treatment.  
J Pediatr Health Care 2011;25(5):284-93*



# Lembrar

- “A Dor é apenas uma parte do Sofrimento” <sup>1</sup>
- Considerar sempre que existe na realidade uma Tríade:  
**Dor + Resistência = Sofrimento** <sup>1</sup>

A **Resistência** resulta do medo, da ansiedade, das experiências passadas com dor, o significado da dor e a tensão muscular.

Tudo isso pode **aumentar a negatividade da experiência da dor**

*1. Kleinman, A. (1992). Pain and resistance: The delegitimation and relegitimation of local worlds. In A. Kleinman, M. DelVecchio, Good, P. Brodwin & B. Good (Eds.), Pain as human experience: An anthropological perspective. Berkeley and Los Angeles, CA: University of CA Press.*

# Lembrar

- Se não conseguirmos interferir na resolução completa da Dor podemos pelo menos Diminuir a Resistência (aumentar o limiar).<sup>1</sup>
  - Ex.º identificar e evitar uma atividade causal
  - Fisioterapia – sim / não

1. Jackson C et al. Back pain in children: a holistic approach to diagnosis and treatment. *J Pediatr Health Care* 2011;25(5):284-93

# Abordagem Multidisciplinar

## ○ Multidisciplinaridade

○ Anestesiologia

○ Consulta Dor Crónica

○ Enfermeira

○ Fisiatria

○ Fisioterapia

○ Hematologia

○ Infecçciologia

○ Neurocirurgia

○ Neuropediatria

○ Neurorradiologia

○ Oncologia

○ Ortopedia

○ Pediatria geral

○ Pedopsiquiatria

○ Psicologia

○ Radiosótopos

○ Radiologia

○ Reumatologia



# Conclusões:

- Lombalgias - queixa comum nos adolescentes, especialmente no sexo feminino; menos comum em idade escolar (alerta!)
- Nos adolescentes a maioria dos casos são situações benignas e autolimitadas
- Em idade escolar a probabilidade de doença grave é muito maior
- A valorização dos critérios de alerta (*Red Flags*) permitirá diagnósticos precoces das situações graves: **infeções, doenças malignas, tumores benignos, fraturas de stress** (≈40% em centro referência)
- O síndrome miofascial será das causas mais frequentes de lombalgia do adolescente **sem ou com nº reduzido de Red Flags**.
- Fundamental existir Equipa Multidisciplinar.

## Bibliografia

1. Seabra J. Coluna vertebral. In: Seabra J. Ortopedia Infantil. O fundamental. ASIC – Associação de Saúde Infantil de Coimbra, Coimbra, 2016: 19-68.
2. Nahle IS et al. Back pain: a puzzle in children. *J Paediatr Child Health* 2016;52:802-8.
3. Ryder C et al. Back pain in children and adolescents. *Paediatr Child Health* 2015;25(12):549-54.
4. Jackson C et al. Back pain in children: a holistic approach to diagnosis and treatment. *J Pediatr Health Care* 2011;25(5):284-93
5. MacDonald J et al. Musculoskeletal low back pain in school-aged children. A review. *JAMA Pediatr* 2017; 171(3):280-7. doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.3334.
6. Taxter AJ et al. Diagnosis and treatment of low back pain in the pediatric population. *Phys Sportsmed* 2014;42(1):94-104.
7. Houghton KM- Review for the generalista: evaluation of low back pain in children and adolescents. *Pediatr Rheumatol* 2010;8;28. <http://www.ped-rheum.com/content/8/1/28>.
8. Nigrovic PA. Evaluation of the child with back pain. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-child-with-back-pain>. Last updated Jun 01,2017.