



Cervicalgia se entende como dor localizada na região cervical. Quando acompanhada de irradiação para um ou ambos os membros superiores denomina-se cervicobraquialgia. As cervicalgias podem ser classificadas de acordo com a duração dos sintomas em agudas (duração até 4 semanas), subagudas (4 a 12 semanas) ou crônicas (mais de 12 semanas).

I. ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Na história clínica o paciente refere dor no braço, dor cervical ou escapular, parestesias, dormências e alterações sensitivas, fraquezas e reflexos profundos anormais nos membros superiores [1,2] [a]. Descartar trauma recente e questionar antecedente de neoplasia.

- Deve ser considerado também nos casos em que manifestações atípicas, tais como fraqueza no deltoide, escápula alada, fraqueza na musculatura intrínseca das mãos, dores torácicas ou profundas nas mamas e cefaleias [3,4]
- Exame clínico, testes provocativos incluindo abdução dos ombros, teste de Spurling, manobras para ADM, reflexos, devem ser realizados ao avaliar pacientes com hipótese de dor cervical associada à radiculopatia [1,2][a,b]. Avaliar sinais e sintomas de mielopatia: espasticidade, clônus, hiperreflexia de membros inferiores, sinais de Babinski, Hoffman, Oppenheim, mudança do hábito miccional (retenção ou perda urinária), perda do equilíbrio. Avaliar clinicamente lesão de manguito rotador e lesões articulares do ombro (diagnóstico diferencial).
- Os exames complementares utilizados são: Radiografias anteroposterior / perfil / oblíquas de coluna cervical; a ressonância de coluna cervical deve ser realizada em pacientes que apresentam sintomas de radiculopatias cervicais, sem melhora com o tratamento conservador, para confirmação da lesão compressiva (hérnia discal ou espondilose), e para estabelecimento de nova conduta intervencionista ou cirúrgica [5,6] [c] * Ressonância de urgência: exame de escolha para sintomas neurológicos de perda motora progressivos. Tomografia exame de escolha para pacientes com restrição á ressonância (ex: marcapassos, desfibriladores, implantes cocleares e dispositivos neurológicos não compatíveis com a RM).
- Considerar o diagnóstico de mielopatia aguda cervical, condição que pode necessitar de intervenção cirúrgica de urgência, assim como exames subsidiários em caráter de urgência.

2. INDICAÇÃO INTERNAÇÃO PARA PACIENTES CLÍNICOS / INDICAÇÃO DE CIRURGIA

A cervicalgia pode ser graduada conforme consenso multidisciplinar norte-americano (Guzman, 2008), abaixo descrito. Embora a classificação não determine o tipo de tratamento, o método auxilia no entendimento da incapacidade funcional local e sistêmica do paciente com cervicalgia.

Grau 1: Ausência de sinal de doença maior e pouca interferência nas atividades diárias

Grau 2: Ausência de sinal de doença maior com interferência nas atividades diárias

Grau 3: Dor cervical com radiculite ou sinais neurológicos

Grau 4: Dor cervical com doença maior (tumor ou infecção)

TRATAMENTO

A maioria dos pacientes com cervicalgia apresenta melhora com o tratamento conservador. Os objetivos deste são a redução da dor e espasmo muscular, além da restauração da função motora.

1. **NÃO DEVEM** ser solicitados no pronto-socorro exames em caráter de urgência de ressonância magnética, tomografia computadorizada e radiografia da coluna lombar para pacientes com radiculopatia cervical sem sinais de mielopatia ou sem déficit motor abaixo de grau 4 e sem outros sinais de alerta ("red flags");
2. **DEVE-SE** dar urgência para acionamento de risco neurológico, com acionamento de cirurgião de coluna para pacientes com suspeita de compressão medular com sinais agudos de mielopatia, como alterações neurológicas em membros superiores e membros inferiores, assim como distúrbios de marcha e hiperreflexia;
3. **NÃO ORIENTAR** o paciente quanto a não gravidade da maioria dos casos de hérnia de disco cervical sem "red alerts". Isto causa internações desnecessárias e provavelmente maior número de exames e procedimentos. Na falha do tratamento conservador ou sem melhora com analgesia endovenosa no PA, pode ser indicado a internação hospitalar para controle da dor e investigação da doença.

3. EXAMES

Indicações para o estudo radiográfico (RX) (incidências frente e perfil de coluna cervical) em pacientes com cervicalgia:

Os chamados RED FLAGS funcionam como guia para a realização dos RX. Eles podem ser agrupados em 4 grandes categorias: infecção, câncer, fratura e lesão medular/neurológica. Quaisquer sinais ou sintomas que possam sugerir patologias nesses grupos devem ser consideradas. Segue a lista dos principais RED FLAGS:

Idade <18 anos ou >50 anos;
Sintomas constitucionais (febre, náusea/vômitos, perda de peso não explicada, prostração);
Dor com duração superior a seis semanas;
Alterações neurológicas;
Risco elevado de infecção (usuários de drogas ou imunossuprimidos);
Antecedente de câncer;
História de trauma.

Indicações para a realização de ressonância magnética (RM) em pacientes com cervicalgia:

A RM deve ser o exame de escolha em pacientes com sintomas neurológicos, suspeita de infecção e tumor. A RM pode ser realizada sem contraste, exceto nos casos suspeitos de infecção e tumor.

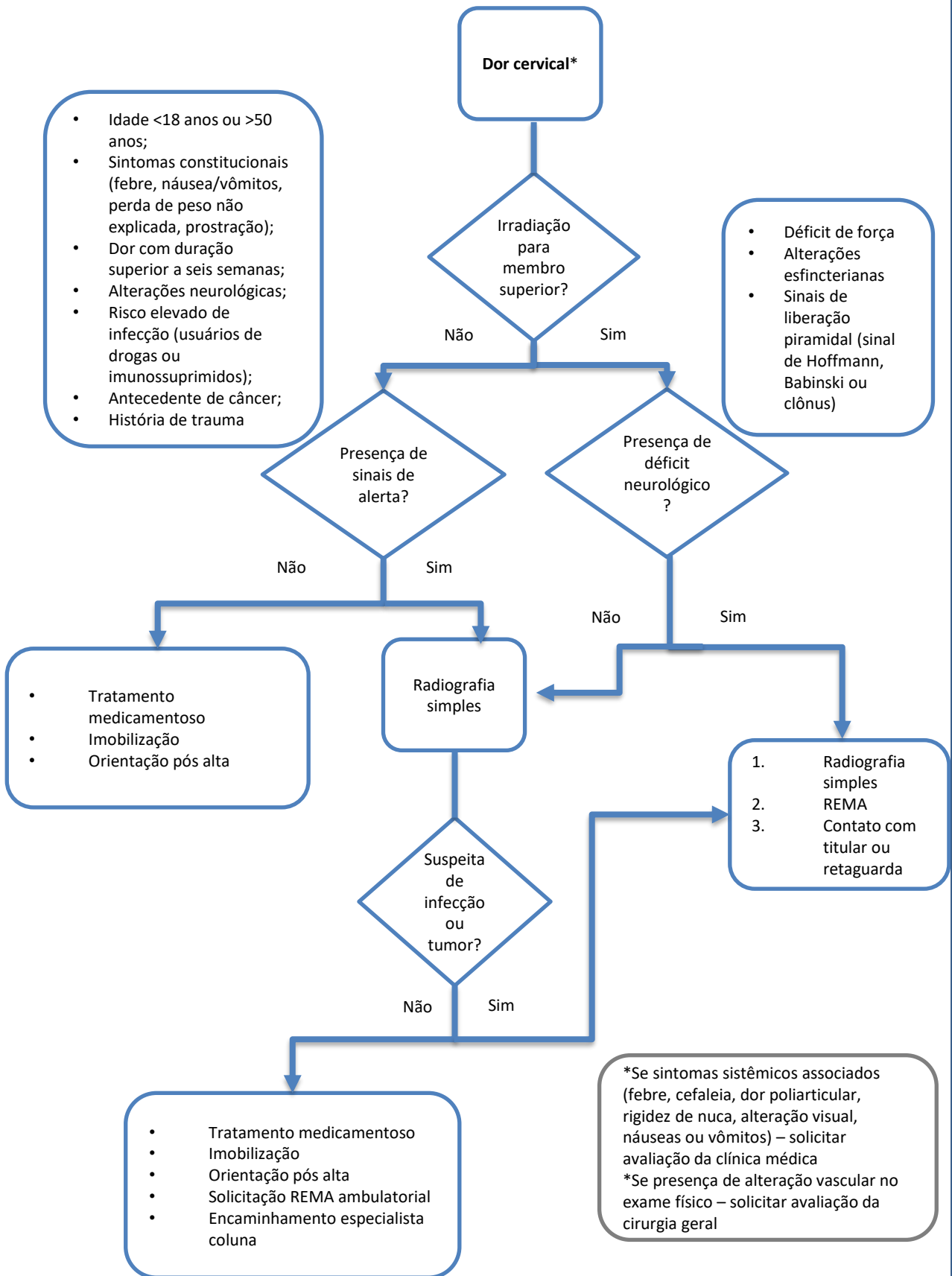
4. TRATAMENTO

Medidas farmacológicas: analgésicos simples e anti-inflamatórios não hormonais são considerados padrão-ouro nesta situação clínica. Ocasionalmente, pode ser necessário o uso de analgésicos opióides (Tramadol 150-300 mg/dia) (1B). Relaxantes musculares (Ciclobenzaprina 10 a 30 mg/dia) ou benzodiazepínicos podem ser utilizados como medicação complementar (2C.)

(Tabela 1) O uso de corticoides poder ser uma alternativa para os pacientes com alergia aos anti-inflamatórios não hormonais

Substância	Apresentação	Dose	Via	Frequência	Dose mínima	Dose máxima
Paracetamol	Comprimido 500 e 750mg	500 a 750mg	Oral	8/8h	500mg/dia	3,75g/dia
Dipirona	Ampola 2g; Frasco 500mg/ml	1 a 2g	IM/Oral	6/6h	1g/dia	8g/dia
Ibuprofeno	Comprimido 400 e 600mg	400 a 600mg	Oral	6/6hs	400mg/dia	2,4g/dia
<u>Naproxeno</u>	Comprimido 250 e 500mg	250 a 500mg	Oral	12/12hs	250mg/dia	1,5g/dia
Ciclobenzaprina	Comprimido 5 e 10mg	5 a 10mg	Oral	12/12hs a 6/6hs	5mg/dia	60mg/dia
<u>Tramadol</u>	Ampola 100mg; <u>Comprimido</u> 50mg	50 a 100mg	IM/Oral	4/4h a 8/8h	100mg/dia	400mg/dia

Fluxograma: Opções terapêuticas (não exclusivas) para o tratamento da cervicgia aguda em adultos.



II. INDICADORES DE QUALIDADE

Taxa de retorno precoce

O paciente cujo o tratamento clínico foi instituído, com resposta favorável ao mesmo, fará acompanhamento mensal por 3 meses, salvo alguma particularidade ou intercorrência. No caso de pacientes que foram submetidos ao tratamento cirúrgico, após a alta deverá

retornar no 7º dia de PO para curativo, 15º dia PO para retirada dos pontos. Após este período os retornos serão com 2, 4 e 6 meses.

Indicações adequadas para a realização de ressonância magnética (RM) em pacientes com cervicalgia:

A RM deve ser o exame de escolha em pacientes com sintomas neurológicos, suspeita de infecção e tumor. A RM pode ser realizada sem contraste, exceto nos casos suspeitos de infecção e tumor.

Indicações adequadas para a realização de tomografia computadorizada (TC) em pacientes com cervicalgia:

A TC é o exame de primeira escolha em pacientes de alto risco com trauma cervical severo (Glasgow ≤ 14) e pacientes politraumatizados. Em pacientes com alta suspeição de fratura sem alterações aparentes nos RX também deve ser considerada a realização de TC.

Na cervicalgia sem trauma, quando necessária a realização de RM, porém contraindicada (presença de marca-passo, clips vasculares neurocirúrgicos e lesão ocular prévia com fragmentos metálicos) a TC pode ser realizada como alternativa.

5. ALTA HOSPITALAR

O tratamento cirúrgico se dá, em pacientes que não responderam ao tratamento clínico [1,4] [d].

Internação de 1 (uma) diária em apartamento, nos casos de injeções intraforaminais e descompressão, e nos casos de artrodese cervical podem ser necessários 2 dias a 3 dias, a depender da quantidade de níveis abordados, de internação para controle do quadro álgico e suporte pós-operatório [d].

III. GLOSSÁRIO

ADM: Amplitude de Movimento

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Atualização dos Red Flags e fluxograma da urgência
02/04/2026 – Unificação com HOEB

V. Referências Bibliográficas

- [1] NASS Clinical Guidelines – Diagnosis and Treatment of Cervical Radiculopathy from Degenerative Disorders – 2010;
- [2] Neurosurgery. Jan 2007;60(1 Supp1):S28- 3;
- [3] Neurologic Clinics. May 2007;25(2):439;
- [4] N Engl J Med. Jul 28 2005;353(4):392-;
- [5] Minim Invasive Neurosurg. Feb 2007;50(1):7;
- [6] Eur Spine J. Oct 2003;12(5):517;
- [7] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA)
- [8] Cohen, Steven P. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Neck Pain. Mayo Clinic Proceedings. 2015;90(2):284-299.
- [9] Gross A, Miller J, D'Sylva J, Buernie SJ, Goldsmith CH, Graham N et al. Manipulation or mobilisation for neck pain; a Cochrane Review. Man Ther. 2010 Aug;15(4):315-33.
- [10] North American Spine Society Evidence Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care Diagnosis and Treatment of Cervical Radiculopathy from Degenerative Disorders - 2010.
- [11] Cohen, Steven P.; Hooten, W. Michael. Advances in the diagnosis and management of neck pain. BMJ (Online), v. 358, p. 1–19, 2017.
- [12] Corp, Nadia et al. Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines. European Journal of Pain (United Kingdom), v. 25, n. 2, p. 275–295, 2021.
- [13] Fandim, Junior V. et al. The contemporary management of neck pain in adults. Pain Management, v. 11, n. 1, p. 75–87, 2020.

Código Documento: CPTW183.5	Elaborador: Alberto Ofenhejm Gotfryd Dan Carai Maia Viola Délio Eulalio Martins Filho Edgar Santiago Valesin Filho Mario Lenza Rodrigo Góes Medéa de Mendonça Murilo Alexandre	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 02/10/2020 Data de atualização: 02/04/2026	Data de Aprovação: 02/04/2026
---------------------------------------	---	---	--	---	---