

Colégio Brasileiro de Radiologia
Critérios de Adequação do ACR

DOR CRÔNICA NO PESCOÇO

Painel de Especialistas em Imagem Musculoesquelética: Richard H. Daffner, Médico¹; Murray K. Dalinka, Médico²; Naomi Alazraki, Médica³; Thomas H. Berquist, Médico⁴; Arthur A. DeSmet, Médico⁵; George Y. El-Khoury, Médico⁶; Thomas G. Goergen, Médico⁷; Theodore E. Keats, Médico⁸; B.J. Manaster, Médico, PhD⁹; Arthur Newberg, Médico¹⁰; Helene Pavlov, Médica¹¹; Mark E. Schweitzer, Médico¹²; Robert H. Haralson III, Médico¹³; John B. McCabe, Médico¹⁴.

Resumo da Revisão da Literatura

O paciente com dor crônica no pescoço apresenta tanto um dilema diagnóstico quanto um dilema terapêutico para o médico. Há uma controvérsia considerável na literatura sobre a etiologia da dor no pescoço. A literatura destaca duas categorias gerais: pós-traumáticas e degenerativas. As pós-traumáticas incluem a chamada síndrome do “chicote”. Estados degenerativos incluem espondilose, inclusive doença degenerativa do disco e hérnia discal aguda.

Existe pouco, na literatura, sobre o uso de modalidades de imagem na avaliação de pacientes com dor crônica no pescoço. A maioria dos estudos cita o uso de radiografias simples, particularmente para diagnosticar espondilose, doença degenerativa do disco ou mau alinhamento pós-traumático. Sob o ponto de vista radiográfico, o diagnóstico de espondilose pode ser feito se qualquer um desses três achados estiver presente: (1) osteófitos; (2) redução do espaço discal; e (3) doença facetária.

Existem vários relatórios observacionais na literatura sobre outras etiologias da dor crônica no pescoço que incluem dissecação da artéria carótida, malformações arteriovenosas e neoplasias.

Para esta revisão, 12 trabalhos estão incluídos na bibliografia. Três deles, de van der Donk e colaboradores (5.440 pacientes), Mäkelä e colaboradores (7.270 pacientes) e o grupo de Quebec liderado por Spitzer e colaboradores (3.014 pacientes), avaliaram a dor crônica no pescoço. O estudo de Quebec concentrou-se inteiramente na síndrome do “chicote”. Os outros dois estudos discutiram a etiologia da dor no pescoço em relação a outros fatores contribuintes.

O estudo de van der Donk confirmou as observações feitas por outros investigadores sobre populações menores de pacientes, de que a doença do disco muito provavelmente causa dor no pescoço em homens, mas não em mulheres. Em pacientes com espondilose, a presença de dor está relacionada mais estreitamente a traços de personalidade, neuroses e a presença de lesão anterior.

O estudo de Mäkelä, em uma amostra representativa de adultos da Finlândia, encontrou a síndrome crônica do pescoço em 10% dos homens e em 14% das mulheres. As características de sintomas contribuintes incluíam história prévia de trauma e estresse mental e físico no trabalho. O Grupo de Trabalho de Quebec sobre síndrome do “chicote” avaliou a sua experiência com o distúrbio. Foi um excelente estudo cooperativo usando métodos de consenso similares àqueles usados pelo Grupo de Trabalho do ACR sobre Critérios de Adequação. Eles desenvolveram um fluxograma definindo os distúrbios associados ao “chicote” e fizeram recomendações para diagnóstico e controle.

O tema dominante em toda a revisão foi que não haviam dados radiológicos ou laboratoriais confiáveis para confirmar ou refutar o diagnóstico do “chicote”. Além disso, houve pouca correlação entre a presença de espondilose cervical ou

¹Principal Autor, Allegheny General Hospital, Pittsburgh, Pa; ²Presidente do Painel, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, Pa; ³Emory University Hospital, Atlanta, Ga; ⁴Mayo Clinic, Jacksonville, Fla; ⁵University of Wisconsin, Madison, Wis; ⁶University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City, Iowa; ⁷Palomar Medical Center, Escondido, Calif; ⁸University of Virginia Medical Center, Charlottesville, Va; ⁹Colorado Health Science Center, Denver, Colo; ¹⁰New England Baptist Hospital, Boston, Mass; ¹¹Hospital for Special Surgery, New York, NY; ¹²Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia, Pa; ¹³Southeast Orthopaedics, Knoxville, Tenn, American Academy of Orthopaedic Surgeons; ¹⁴SUNY Health Science Center, Syracuse, NY, American College of Emergency Physicians.

O trabalho completo sobre os Critérios de Adequação do ACR (ACR Appropriateness Criteria™) está disponível, em inglês, no American College of Radiology (1891, Preston White Drive, Reston, VA, 20191-4397) em forma de livro, podendo, também, ser acessado no site da entidade www.acr.org; e em português no site do CBR - Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem www.cbr.org.br. Os tópicos adicionais estarão disponíveis on-line assim que forem finalizados.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

doença degenerativa do disco e a gravidade ou duração dos sintomas do paciente. Traços de personalidade e ganho secundário (particularmente em pacientes com dor pós-traumática no pescoço) são achados proeminentes. Enquanto a espondilose e a doença de disco aumentam com a idade e são freqüentemente assintomáticas, a síndrome do “chicote” pode acelerar esses processos e levar aos sintomas.

Nossa revisão considerou muitos cenários clínicos em que os pacientes apresentaram dor crônica no pescoço. Estes incluíam situações nas quais tentamos determinar o primeiro exame ideal a ser realizado. Incluíam, também, pacientes com menos de 40 anos e com mais de 40 anos, com ou sem um histórico de trauma remoto e pacientes de qualquer idade com um histórico de neoplasia anterior ou cirurgia anterior em um passado remoto. Finalmente, diversos cenários clínicos foram considerados, incluindo pacientes cujas radiografias foram normais e mostraram espondilose cervical, evidência de trauma antigo ou deformidade ou destruição marginal óssea ou de disco. As variantes incluíram pacientes com e sem sinais ou sintomas neurológicos.

Recomendações

Pacientes de qualquer idade com dor crônica no pescoço, com ou sem um histórico de trauma remoto, devem passar inicialmente por um exame radiográfico com três incidências (antero-posterior (AP), perfil e boca aberta). Radiografias oblíquas podem ser realizadas, segundo a opção do médico atendente.

Pacientes com um histórico prévio de neoplasia devem, inicialmente, passar por um exame radiográfico com três incidências. A cintilografia óssea não deve ser o procedimento inicial de escolha.

Pacientes com histórico de cirurgia no pescoço em um passado remoto, devem, inicialmente, passar por um exame radiográfico com três incidências.

Pacientes com radiografias normais e sem sinal ou sintoma neurológico não precisam de nenhum exame de diagnóstico por imagem adicional.

Pacientes com radiografias normais e com sinais ou sintomas neurológicos devem passar por uma ressonância magnética (RM). Se houver uma contra-indicação para o exame de RM, tal como um marcapasso cardíaco ou claustrofobia grave, a tomomielografia, preferivelmente usando a tecnologia helicoidal e reconstrução multiplanar, é recomendada.

Pacientes com evidência radiográfica de espondilose cervical ou de trauma anterior, sem sinais ou sintomas neurológicos não precisam de nenhum exame diagnóstico por imagem adicional.

Pacientes com evidência radiográfica de espondilose cervical ou de trauma anterior e sinais ou sintomas neurológicos devem passar por uma RM. Se houver contra-indicação para a RM, a tomomielografia é recomendada.

Pacientes com evidência radiográfica de destruição óssea ou da face discal, devem passar por uma RM. Se houver suspeita de um abscesso epidural, o exame deve ser realizado com contraste endovenoso. A tomografia computadorizada (TC) é indicada apenas se a RM não puder ser realizada.

Embora a infiltração facetária e a artrografia, bem como a discografia, sejam úteis na região lombar, acredita-se que têm uso limitado na região cervical.

Resumo

Não existem diretrizes para avaliação de pacientes com dor crônica no pescoço.

Todos os investigadores geralmente concordam que as radiografias simples devem ser o exame inicial realizado para avaliação desses pacientes. Entretanto, não existe consenso sobre exatamente quais incidências devem ser

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras conseqüências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

obtidas no exame inicial. Recomendamos um exame básico de três incidências, com acréscimo de radiografias oblíquas, de acordo com a opção do médico atendente.

A RM deve ser realizada em todos os pacientes que têm dor crônica no pescoço com sinais ou sintomas neurológicos, ou ambos. Se houver uma contra-indicação para a RM, a tomomielografia é recomendada.

O uso de procedimentos diagnósticos por imagem adicionais deve ser determinado pela forma do caso e a avaliação dos pacientes com dor crônica no pescoço devem seguir esta abordagem “sob medida”.

Exceções Previstas

Nenhuma.

Informação de Revisão

Esta diretriz foi originalmente desenvolvida em 1998. Todos os tópicos dos Critérios de Adequação são revistos anualmente e, sendo necessário, são atualizados.

Condição Clínica: Dor Crônica no Pescoço

Variante 1: Paciente jovem < 40 anos. Sem história de trauma. Primeiro estudo.

<i>Exame radiológico</i>	<i>Índice de adequação</i>	<i>Comentários</i>
Raios-X AP, perfil e boca aberta	9	
Raios-X AP, perfil, boca aberta, oblíquas, flexão/extensão	2	
Raios-X só flexão/extensão	2	
Raios-X AP, perfil, boca aberta e oblíquas	Sem consenso	À critério do clínico.
TC	2	
RM – rotina	2	
Mielografia	2	
Tomomielografia	2	
Cintilografia óssea	2	
Infiltração facetária/artrografia	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Dor Crônica no Pescoço

Variante 2: Paciente jovem < de 40 anos. História de trauma antigo. Primeiro estudo.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
Raios-X AP, perfil e boca aberta	9	
Raios-X AP, perfil, boca aberta, oblíquas e flexão/extensão	2	
Raios-X só flexão/extensão	2	
Raios-X AP, perfil, boca aberta e oblíquas	Sem consenso	À critério do clínico.
TC	2	
RM – rotina	2	
Mielografia	2	
Tomomielografia	2	
Cintilografia óssea	2	
Infiltração facetária/artrografia	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Variante 3: Paciente > de 40 anos. Sem história de trauma. Primeiro estudo.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
Raios-X AP, perfil e boca aberta	9	
Raios-X AP, perfil, boca aberta, oblíquas e flexão/extensão	2	
Raios-X só flexão/extensão	2	
Raios-X AP, perfil, boca aberta e oblíquas	Sem consenso	À critério do clínico.
TC	2	
RM – rotina	2	
Mielografia	2	
Tomomielografia	2	
Cintilografia óssea	2	
Infiltração facetária/artrografia	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Dor Crônica no Pescoço

Variante 4: Paciente > de 40 anos. História de trauma antigo. Primeiro estudo.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
Raios-X AP, perfil e boca aberta	9	
Raios-X AP, perfil, boca aberta, oblíquas e flexão/extensão	2	
Raios-X só flexão/extensão	2	
Raios-X AP, perfil, boca aberta e oblíquas	Sem consenso	
TC	2	
RM – rotina	2	
Mielografia	2	
Tomomiografia	2	
Cintilografia óssea	2	
Infiltração facetária/artrografia	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Variante 5: Paciente de qualquer idade. História antiga de neoplasia. Primeiro estudo.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
Raios-X AP perfil e boca aberta	9	
Raios-X AP perfil, boca aberta e oblíquas	2	
Raios-X AP perfil, boca aberta, oblíquas e flexão/extensão	2	
Raios-X só flexão/extensão	2	
TC	2	
RM – rotina	Sem consenso	
Mielografia	2	
Tomomiografia	2	
Cintilografia óssea	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Dor Crônica no Pescoço

Variante 6: Paciente de qualquer idade. História cirurgia prévia do pescoço. Primeiro estudo.

<i>Exame radiológico</i>	<i>Índice de adequação</i>	<i>Comentários</i>
Raios-X AP perfil e boca aberta	9	
Raios-X AP perfil, boca aberta e oblíquas	2	
Raios-X AP perfil, boca aberta, oblíquas e flexão/extensão	2	
Raios-X só flexão/extensão	2	
TC	2	
RM – rotina	2	
Mielografia	2	
Tomomielografia	2	
Cintilografia óssea	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Variante 7: Radiografias normais. Sem sintomas neurológicos.

<i>Exame radiológico</i>	<i>Índice de adequação</i>	<i>Comentários</i>
TC	2	
RM – rotina	2	
Mielografia	2	
Tomomielografia	2	
Cintilografia óssea	2	
Infiltração facetária/artrografia	2	
<p><i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado</p>		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Dor Crônica no Pescoço

Variante 8: Radiografias normais. Sinais neurológicos ou sintomas presentes.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
RM – rotina	9	
TC	2	
Mielografia	2	
Tomomielografia	2	Indicada se o paciente não puder fazer RM.
Cintilografia óssea	2	
Infiltração facetária/artrografia	2	
<i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado		

Variante 9: Radiografias evidenciam espondilose. Sem sintomas neurológicos.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
TC	2	
RM – rotina	2	
Mielografia	2	
Tomomielografia	2	
Cintilografia óssea	2	
Infiltração facetária/artrografia	2	
<i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Dor Crônica no Pescoço

Variante 10: Radiografias evidenciam espondilose. Sinais neurológicos ou sintomas presentes.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
RM – rotina	9	
TC	2	
Mielografia	2	
Tomomiografia	2	Indicada se a RM não puder ser realizada.
Cintilografia óssea	2	
Infiltração facetária/artrografia	2	
<i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado		

Variante 11: Radiografias evidenciam trauma antigo. Sem sintomas neurológicos.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
TC	2	
RM – rotina	2	
Mielografia	2	
Tomomiografia	2	
Cintilografia óssea	2	
Artrografia facetária	2	
<i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Condição Clínica: Dor Crônica no Pescoço

Variante 12: Radiografias evidenciam trauma antigo. Sinais neurológicos ou sintomas presentes.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
Raios-X em AP	9	
RM – rotina	9	
TC	2	
Mielografia	2	
Tomomielografia	2	Indicada se a RM não puder ser realizada.
Cintilografia óssea	2	
Infiltração facetária/artrografia	2	
<i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado		

Variante 13: Radiografias evidenciam destruição óssea ou da face discal.

Exame radiológico	Índice de adequação	Comentários
RM – rotina	9	
TC	2	
Mielografia	2	
Tomomielografia	2	
Cintilografia óssea	2	
<i>Escala dos critérios de adequação</i> 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1=menos apropriado 9=mais apropriado		

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.

Referências

1. Aprill C, Bogduk N. The prevalence of cervical zygapophyseal joint pain. A first approximation. *Spine* 1992; 17(7):744-747.
2. Barton D, Allen M, Finlay D, Belton I. Evaluation of whiplash injuries by technetium 99m isotope scanning. *Arch Emerg Med* 1993; 10(3):197-202.
3. Bogduk N, Aprill C. On the nature of neck pain, discography and cervical zygapophysial joint blocks. *Pain* 1993; 54(2):213-217.
4. Deans GT, Magalliard JN, Kerr M, Rutherford WH. Neck sprain????a major cause of disability following car accidents. *Injury* 1987; 18(1):10-12.
5. van der Donk J, Schouten JS, Passchier J, van Romunde LK, Valkenburg HA. The associations of neck pain with radiological abnormalities of the cervical spine and personality traits in a general population. *J Rheumatol* 1991; 18(12):1884-1889.
6. Evans RW. Some observations on whiplash injuries. *Neurol Clin* 1992; 10(4):975-997.
7. Gore DR, Sepic SB, Gardner GM, Murray MP. Neck pain: a long-term follow-up of 205 patients. *Spine* 1987; 12(1): 1-5.
8. Mäkelä M, Heliövaara M, Sievers K, Impivaara O, Knekt P, Aromaa A. Prevalence, determinants, and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol* 1991; 134(11):1356-1367.
9. Pearce JM. Whiplash injury: a reappraisal. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989; 52(12):1329-1331.
10. Robinson DD, Cassar-Pullicino VN. Acute neck sprain after road traffic accident: a long-term clinical and radiological review. *Injury* 1993; 24(2):79-82.
11. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, et al. Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash-associated disorders: redefining "whiplash" and its management. *Spine* 1995; 20(8 Suppl):1S-73S.
12. Welch WC, Erhard R, Clyde B, Jacobs GB. Systemic malignancy presenting as neck and shoulder pain. *Arch Phys Med Rehabil* 1994; 75(8):918-920.

Um grupo de trabalho do ACR (American College of Radiology) sobre Critérios de Adequação e seus painéis de especialistas desenvolveram critérios para determinar os exames de imagem apropriados para diagnóstico e tratamento de estados médicos específicos. Esses critérios destinam-se a orientar radiologistas e médicos atendentes na tomada de decisões com relação a exames de imagens radiológicas e tratamento. Geralmente, a complexidade e a gravidade do estado clínico de um paciente devem ditar a escolha dos procedimentos de imagem e tratamento adequados. Apenas aqueles exames geralmente usados para avaliação do estado do paciente estão classificados. Outros estudos de imagem necessários para avaliar doenças coexistentes ou outras consequências médicas desse estado não são considerados neste documento. A disponibilidade de equipamentos ou pessoal pode influenciar na seleção dos procedimentos de imagem ou tratamentos adequados. Técnicas de imagem classificadas como investigativas pela FDA (Food and Drug Administration) não foram consideradas no desenvolvimento destes critérios; entretanto, o estudo de novos equipamentos e aplicações deve ser incentivado. A decisão definitiva com relação à adequação de qualquer exame ou tratamento radiológico específico deve ser tomada pelo médico atendente e pelo radiologista à luz de todas as circunstâncias apresentadas no exame do indivíduo.