

Diretriz II

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Hamid Alexandre Cecin⁽¹⁾

RESUMO

O autor discute a fisiopatologia dos sintomas causados pelas principais doenças da coluna lombar, a relação entre repouso, atividade, intensidade, ritmo circadiano, queixas sistêmicas de origem raquidiana ou extra-raquidiana, o processo doloroso lombar e sua irradiação. Em seguida, descreve o mecanismo dos achados do exame físico, principalmente os relacionados com a alteração dos movimentos fisiológicos (flexão e extensão), os decorrentes da compressão das raízes nervosas do plexo lombossacral, os sinais não-orgânicos nas lombalgias psicossomáticas e os “sinais de alerta” naquelas lombalgias de evolução atípica (com mais de quatro semanas de duração) acompanhadas de queixas sistêmicas decorrentes de tumores, infecções e/ou fraturas. Chama-se a atenção para os “sinais de alerta” amarelos, muito prevalentes nas lombalgias crônicas, em que a existência de fatores psicossociais desfavoráveis (ansiedade, depressão, somatização, litígios, insatisfação) estão presentes.

Palavras-chave: lombalgias; doenças da coluna lombar; exame clínico; fisiopatologia; sinais de alerta; sinais não-orgânicos.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO I: ANAMNESE

Os elementos da anamnese e sua fisiopatologia que norteiam o raciocínio diagnóstico quanto a:

INTENSIDADE, HORÁRIO DE APARECIMENTO E OUTRAS CARACTERÍSTICAS DA DOR

LOMBALGIA MECÂNICA COMUM

Na lombalgia mecânica comum (a forma mais prevalente, erroneamente chamada de inespecífica e/ou idiopática), a dor, na maioria dos casos, se limita à região lombar e/ou nádegas. Raramente se irradia para as coxas. Pode aparecer subitamente pela manhã e apresentar-se acompanhada de escoliose antálgica. O episódio doloroso tem duração média de três a quatro dias. Após esse tempo, o paciente volta à completa normalidade, com ou sem tratamento.

HÉRNIA DE DISCO

Na hérnia de disco, a dor surge quando se realiza um esforço de flexão da coluna lombar. Quando este é feito durante o dia, o material nuclear é impelido para trás, em sentido ântero-posterior, através das fibras do anel fibroso, mas por este ainda é contido. Nesse momento, pode ainda não aparecer a dor lombar ou a cialgia. No entanto, durante a noite, em razão de uma maior embebição aquosa do núcleo pulposo, e conseqüente elevação da pressão intradiscal, as fibras do anel se rompem, dando

então início, durante as primeiras horas do dia seguinte, à sintomatologia de quadro doloroso agudo, intenso, com irradiação da dor para um ou outro membro inferior e com a constatação de manobras semióticas indicativas de compressão radicular. A dor se exacerba com os esforços de flexão, principalmente quando os joelhos estão em extensão total⁽¹⁾. Dor intensa que se irradia apenas para as nádegas e coxas pode ser, também, devida à compressão radicular das raízes L4, L3 ou L2. Embora seja uma situação rara, algumas localizações de hérnias discais podem estar associadas à dor escrotal devido à compressão intra-espinal de uma raiz do nervo sacral, sem a presença de nenhum outro sinal ou sintoma clássico⁽²⁾. A presença de ciática é um indicador de alto valor preditivo para hérnia de disco (sensibilidade de 0,95; especificidade de 0,88; valor preditivo positivo de 7,9 e valor preditivo negativo de 0,06)^(3,4). Outro sinal altamente específico de hérnia de disco é o sinal de Laségue contralateral, que quando positivo tem a alta especificidade de 0,4, porém com baixa sensibilidade.

OSTEOMA OSTEÓIDE

No osteoma osteóide, a dor é desencadeada pela liberação de prostaglandinas pelas células tumorais durante a madrugada. Os pacientes queixam-se de dor nesse período, ou no começo do dia⁽⁵⁾. O alívio da dor, por ácido acetil-salicílico e AINHs (antiinflamatórios não-hormonais) é altamente sugestivo dessa condição neoplásica.

1. Professor Titular da Disciplina de Reumatologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Consultor ad hoc, na área de medicina, do CNPq (1995-2000).
Endereço para correspondência: Hamid Alexandre Cecin. Rua Nacib Cury, 419, São Sebastião, 38060-380, Uberaba, MG, e-mail: hamid@colunet.com.br

ESTREITAMENTO ARTRÓSICO DO CANAL RAQUIDIANO

No estreitamento artrósico do canal raquidiano, a dor lombar, às vezes, é noturna; outras vezes, a ela se associa cialgia uni ou bilateral intensa (sensibilidade 0,65, especificidade 0,67, valor preditivo positivo 2,0 e valor preditivo negativo 0,52), que melhora ao sentar-se (sensibilidade 0,52; especificidade 0,83; valor preditivo positivo 3,1; valor preditivo negativo 0,58). Pode ser acompanhada de dor na panturrilha e de claudicação neurogênica intermitente. O processo doloroso piora ao caminhar (sensibilidade 0,71; especificidade 0,30; valor preditivo positivo 1,0; valor preditivo negativo 0,97), principalmente, ladeira abaixo, e melhora ladeira acima, o que a diferencia da claudicação vascular, que piora ladeira acima. O sinal de Lasègue é negativo, enquanto na hérnia discal pode ser positivo. A manobra de Romberg é positiva (sensibilidade 0,39; especificidade 0,91; valor preditivo positivo 4,3; valor preditivo negativo 0,67). A extensão da coluna lombar, durante 30 segundos, desencadeia a dor⁽⁶⁾.

ESPONDILIOARTROPATIAS SORONEGATIVAS

Nas espondiloartropatias soronegativas, que são doenças reumáticas inflamatórias, a exacerbação matinal dos sintomas é uma característica diferencial; aqui, a fisiopatogenia da dor é influenciada pelo ritmo circadiano da secreção do cortisol e pela predominância do sistema nervoso autônomo simpático, durante este período do dia⁽⁷⁾. Na espondilite anquilosante (EA), a sacroiliite é, geralmente, bilateral, às vezes unilateral, é um dos critérios que consolidam o diagnóstico. Em outras espondiloartropatias e na sacroiliite indiferenciada, ela pode ser unilateral. Na EA, a dor pode ter uma característica especial: uma pseudociatalgia alternante. Nessa doença, que corresponde a 0,3% a 5% dos casos de dor lombar, um conjunto de seis informações, prestadas pelo paciente, é de extrema importância para o diagnóstico, a saber: lombalgia de caráter insidioso que piora pela manhã; duração igual ou maior que três meses; início antes dos 40 anos de idade (existem casos de início tardio, acima dos 50) e, rigidez matinal da coluna lombar, que acorda o paciente durante a segunda parte da noite e melhora da dor com atividade física^(8,9). A identificação deste conjunto de dados apresenta sensibilidade de 95% e 85% de especificidade^(10,11). Nesse grupo de doenças [espondiloartropatias], o diagnóstico precoce é extremamente importante e desejável; nem sempre os sintomas e sinais anteriormente descritos aparecem daquela forma. Nesses casos, antes deles, [o sintomas] são comuns as entesites (inflamação de tendões e ligamentos nos sítios

de inserção nos ossos) dos membros inferiores, a dor esternal, a uveíte anterior aguda, regurgitação aórtica e a fibrose periapical pulmonar. Podem preceder a sacroiliite em oito a dez anos⁽¹²⁾.

RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE A DOR E A ATIVIDADE CORPORAL OU REPOUSO

Dor matinal, que aparece aos primeiros movimentos do dia, de poucos minutos de duração, acompanhada de rigidez vertebral, também de curta duração e que piora com o movimento corporal ao longo do dia, ou aquela desencadeada por longos períodos de permanência em pé, pode ser causada por alterações mecânicas ou degenerativas. Quando a duração e a limitação dos movimentos ultrapassam esses limites pode haver superposição de processo inflamatório ao processo degenerativo das articulações zigapofíseas^(13,14).

ASSOCIAÇÃO DA DOR COM QUEIXAS SISTÊMICAS

Quando houver comprometimento sistêmico a dor lombar, geralmente, tem começo gradual e progressivo, com inexplicável perda de peso, duração maior que um mês, distribuição simétrica ou alternante, sem relação com o movimento e sem melhora com o repouso, podendo ser acompanhada de rigidez matinal de duração superior a 30 minutos^(15,16). A dor noturna, que não deixa o paciente dormir ou que o acorda freqüentemente, pode ser ocasionada por câncer. Mas não é exclusiva dele. Condições não-malignas, como estreitamento artrósico de canal, espondiloartropatias, espondilodiscites e hérnias discas podem, também, causar esse tipo de dor. Como fato isolado, a dor noturna não significa, obrigatoriamente, a presença de malignidade⁽¹⁷⁾. Nessa situação, o conhecimento dos “sinais de alerta” [ver mais adiante] assume papel fundamental na confecção do diagnóstico etiológico.

TIPO DE IRRADIAÇÃO DA DOR:**DISTRIBUIÇÃO DERMATOMÉRICA OU NÃO**

Quando a dor se irradia para a face anterior da coxa, não ultrapassando o joelho, deve-se pensar em neuralgia crural⁽¹⁸⁾. A irradiação da dor ou a sua localização nas nádegas e a pseudociatalgia – dor que não ultrapassa os joelhos – são características da EA^(19,20).

DOR DE ORIGEM RAQUIDIANA OU EXTRA-RAQUIDIANA

A dor de origem extra-raquidiana não tem relação com os movimentos da coluna, podendo aparecer mesmo em repouso. Nessa situação, devem ser lembradas a calcinose renal, a colecistite calcinosa, a endometriose, a prostatite,

o aneurisma de aorta abdominal, os processos expansivos abdominais retroperitoneais, a doença inflamatória pélvica crônica, a pielonefrite, os abscessos perirrenais, a pancreatite e outros. Algumas vezes o aneurisma de aorta abdominal pode simular hérnia de disco e o reconhecimento deste fato [aneurisma] pode salvar a vida do paciente. Essas condições patológicas são responsáveis por 2% das lombalgias e lombociatalgias⁽²¹⁾. Incontinência fecal, urinária, disfunção da bexiga e/ou déficit motor progressivo devem chamar a atenção do clínico para a síndrome da cauda equina. Retenção urinária pode ocorrer nessa situação em um de 10.000 casos e este sintoma tem sensibilidade de 90%⁽²²⁾.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO II: EXAME FÍSICO

ELEMENTOS DO EXAME FÍSICO E SUA FISIOPATOLOGIA NO RACIOCÍNIO DIAGNÓSTICO

FLEXÃO E EXTENSÃO DA COLUNA LOMBAR

O aumento da pressão intradiscal durante a flexão da coluna lombar impele o disco para trás, no sentido ântero-posterior, piorando a dor na hérnia de disco. Há melhora ao deitar, posição em que a pressão intradiscal vai quase a zero. No estreitamento artrósico do canal raquidiano, a dor piora com a extensão⁽²³⁾.

MANOBRA DE VALSALVA

Na compressão radicular, a manobra provoca exacerbação da dor ou irradiação até o pé, o que não acontecia anteriormente à sua execução⁽²⁴⁾.

SINAL X (MANOBRA DE VALSALVA SENSIBILIZADA POR MOMENTOS DE FORÇA)

É a conjugação da manobra de Valsalva com a flexão da coluna lombar anteriormente a sua execução. Cecin HA, em estudo controlado (ainda não publicado) de 66 pacientes com lombociatalgia aguda, constatou a prevalência de 95,5% de positividade do novo sinal clínico nas hérnias discais agudas (22 confirmadas pela TC e 44 pela RM). O sinal de Lasègue na mesma amostra foi positivo em 81,9%.

COMO PESQUISAR O SINAL

Pede-se para o paciente ficar em pé. Em seguida, solicita-se que flexione a coluna lombar até um ângulo em que seja possível suportar a dor. No primeiro instante em que esta tiver iniciada a sua irradiação, pedimos que ele tussa

ou espirre. O espirro pode ser provocado cheirando um pouco de pimenta ou rapé (o espirro aumenta, muito mais do que a tosse, a pressão do líquido cefalorraquidiano). O sinal é considerado positivo se houver acentuação da dor no trajeto dermatomérico do nervo ciático, muito mais intensa do que aquela sentida com a simples flexão. A flexão da coluna lombar causa aumento dos momentos de força sobre a unidade anatomofuncional e, por conseqüência, sobre o disco intervertebral e estruturas intra-raquidianas. A conjugação desses momentos de força com a já elevada pressão intra-raquidiana provocada pela manobra de Valsalva, aumenta, ainda mais, a pressão sobre a(s) raiz(es) e a cauda equina.

MANOBRA DE LASÈGUE

É geralmente considerada positiva quando a dor se irradia para o trajeto do dermatomo das raízes L5 e S1, exacerbando-se assim que a elevação do membro inferior fizer um ângulo de 35° a 70° com o plano horizontal. Sua positividade a 60° comprova a compressão radicular⁽²⁵⁾. É um sinal com 80% de sensibilidade e 40% de especificidade; valor preditivo positivo de 1,3 e valor preditivo negativo de 0,50^(3,4). São condições básicas para uma boa interpretação dos resultados dessa manobra: a) que o paciente esteja em decúbito supino completo (deitado em cama rígida e sem travesseiro debaixo do pescoço); b) com uma das mãos, o examinador imobiliza o íliaco homolateral do paciente, enquanto a outra mão levanta o membro inferior afetado, segurando-o na altura do tornozelo. A manobra, geralmente, é considerada positiva se houver irradiação da dor no trajeto dos dermatomos de L5 ou S1, ou se a dor já existente nesse trajeto apresentar exacerbação quando o MI (membro inferior) fizer um ângulo que vai de 5° a 60° com o plano horizontal. A positividade do sinal de Lasègue, na maioria das vezes, é prova inequívoca de compressão radicular. Em hérnias extrusas ou volumosas, a manobra pode ser positiva abaixo de 35° e/ou acima dos 5°, apenas. Quando há apenas dor lombar, sem irradiação, e o ângulo do membro inferior afetado estiver acima dos 70° com o plano horizontal, a prova é considerada negativa e isso pode ser indicativo da inexistência de processo compressivo radicular (por exemplo, nas hérnias centrais). O sinal de Lasègue cruzado contralateral (levantar o MI que não está doendo), quando presente, é altamente específico de compressão radicular por hérnia de disco: 88% de especificidade (intervalo de confiança de 86% a 90%,

porém com sensibilidade muito baixa, de 29 a 34%). Outro sinal complementar, no diagnóstico das hérnias discais com comprometimento neurológico grave da raiz L5 é a perda de força na flexoextensão do hálux^(26,27).

MANOBRA DE ROMBERG

É considerada anormal se o movimento compensatório do corpo for necessário para manter os pés fixos no mesmo lugar e encostados um no outro. Este sinal costuma ser positivo na estenose do canal⁽⁶⁾. O valor preditivo deste sinal é: sensibilidade, 0,39; especificidade, 0,91; valor preditivo positivo 4,3 e valor preditivo negativo 0,67.

SINAL DAS PONTAS DE DE SÈZE

Quando o paciente não consegue andar com um dos calcanhares: compressão da raiz L5; com uma das pontas dos pés: compressão da raiz S1⁽²⁸⁾.

SINAL DO “ARCO DE CORDA” (MACNAB)

Levanta-se a perna do paciente, como na manobra de Lasègue, até que a dor apareça; nesse momento, faz-se uma flexão do joelho. Havendo redução e/ou desaparecimento da dor, o sinal é considerado positivo para o diagnóstico de hérnia discal⁽²⁹⁾.

SINAIS NÃO-ORGÂNICOS DE LOMBALGIAS PSICOSSOMÁTICAS (SINAIS DE WADSELL)

Estes sinais são usados para detecção de dor de causa não-orgânica. Porém, com os avanços no conhecimento dos mecanismos da dor, principalmente nas de origem neuropática, alguns autores têm questionado a validade de tais sinais. São eles:

- Sensibilidade dolorosa, superficial ou de distribuição não-anatômica.
- Simulação de dor lombar, ao se fazer compressão axial no topo do crânio do paciente.
- A rotação passiva da pelve e ombros no mesmo plano, evitando movimentar a coluna, provocaria dor.
- Sensação de dor ao menor toque na pele (síndrome do não-me-toques).
- Discrepâncias no sinal de Lasègue, quando pesquisado sentado ou deitado.
- Distúrbios regionais (hiperestesia em bota) ou fraqueza generalizada.
- Reações faciais desproporcionais, verbalização exagerada e tremor durante o exame.

No que se refere à dor neuropática e em face de controvérsias suscitadas sobre a existência destes sinais de Wadell, novas pesquisas são necessárias sobre a natureza da dor lombar neuropática, pois outros autores acreditam que os pacientes, nos quais estes sinais estão presentes, sejam falsos-positivos de outras condições em que existe um real e palpável mecanismo de dor neuropática⁽³⁰⁻³²⁾. A existência de fatores psicossociais desfavoráveis, tais como ansiedade, depressão, somatização, insatisfação no trabalho, aposentadoria, afastamento do trabalho pela previdência, ganhos secundários e litígios de qualquer natureza, é um preditor de resultados negativos no diagnóstico e tratamento da dor lombar^(33,34).

SINAIS DE ALERTA

São sinais ou sintomas apresentados pelo paciente que podem ser devidos a outras enfermidades sistêmicas que não à lombalgia aguda mecânica comum⁽³⁵⁾.

DE TUMOR OU INFECÇÃO

Idade acima de 50 ou abaixo de 20; história de câncer (razão de verossimilhança positiva, 14,7); sintomas como febre, calafrios, perda de peso (razão de verossimilhança positiva, 2,7), sem outra explicação convincente; infecção bacteriana recente, dependentes químicos, imunodeprimidos; dor com piora noturna; dor com piora em decúbito dorsal⁽³⁶⁾.

DE FRATURA

- Trauma maior.
- Trauma menor em idosos ou osteoporóticos e em usuários de corticosteróides.

DE SÍNDROME DE CAUDA EQUINA

- Anestesia em sela.
- Disfunção de bexiga.
- Déficit neurológico progressivo ou grave em membros inferiores⁽³⁷⁾.

Qualquer suspeita destes “sinais de alerta” deve ser investigada por acurado exame físico dos diversos sistemas, como também por exames complementares. Nesse aspecto, a solicitação de hemossedimentação, eletroforese de proteínas, PSA (antígeno prostático específico), como triagem inicial, pode ser útil⁽³⁷⁾.

REFERÊNCIAS

1. Adams MA, Dolan P, Hutton WC, et al.: Diurnal changes in spinal mechanics and their clinical significance. *J Bone Joint Surg Br* 72: 266-70, 1990.
2. Wouda EJ, Leenstra S, Vanneste JAL: Pain as the presenting symptom of lumbar disc herniation: a report of 2 cases. *Spine* 30(2): E47-E49, 2005.
3. Deyo RA, Tsui-Wu YJ: Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine* 12: 264-8, 1987.
4. Spangfort EV: The lumbar disc herniation. A computer-aided analysis of 2,504 operations. *Acta Orthop Scand Suppl* 142: 1-95, 1972.
5. Renier JC, Bregon CH: Lomalgias. In: *Encycl Med Chirur Paris: Appareil Locomoteur*, 15840 B10, 3, 1984.
6. Katz JN, Dalgas M, Stucki G, et al.: Degenerative lumbar spinal stenosis. Diagnostic value of history and physical examination. *Arthritis Rheum* 38: 1236-41, 1995.
7. Greenspan FS: *Basic and clinical endocrinology*. 5. ed. Connecticut, Aptleton and Lange, 1997.
8. Jarvik JG, Deyo RA: Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 137: 586-97, 2002.
9. Underwood MR, Dawes P: Inflammatory back pain in primary care. *Br J Rheumatol* 34: 1074-7, 1995.
10. Calin A, Porta J, Fries JF, et al.: Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. *JAMA* 237: 2613-4, 1977.
11. Gran JY: An epidemiological survey of the signs and symptoms of ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 4: 161-9, 1985.
12. Rudwaleit M, Van Der Heijde D, Khan MA, Braun J, Sieper J: How to diagnose axial spondyloarthritis early. *Annals of the Rheumatic Diseases* 63(5): 535-43, 2004.
13. Rihn JA, Lee JY, Khan M, et al.: Does Lumbar Facet Fluid Detected on Magnetic Resonance Imaging Correlate With Radiographic Instability in Patients With Degenerative Lumbar Disease? *Spine* 32(14): 1555-60, 2007.
14. Cohen SP, Raja SN: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment of Lumbar Zygapophysial (Facet) Joint Pain. *Anesthesiology* 106(3): 591-614, 2007.
15. Jenner JR, Barry M: ABC of rheumatology. Low back pain. *Br Med J* 310: 929-32, 1995.
16. Deyo RA, Diehl AK: Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. *J Gen Intern Med* 3: 230-8, 1988.
17. Harding IJ, Davies E, Buchanan E, et al.: The symptom of night pain in a back pain triage clinic. *Spine* 30(17): 1985-88, 2005.
18. Ecker A, Woltman WH: Meralgia paraestésica. *JAMA* 110: 1650-2, 1938.
19. Rudwaleit M, Metter A, Listing J, et al.: Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum* 54: 569-78, 2006.
20. Rudwaleit M, Khan MA, Sieper J: The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis: do we need new criteria? *Arthritis Rheum* 52: 1000-8, 2005.
21. Jeffrey G, Jarvik MD, Richard A, et al.: Diagnostic Evaluation of Low Back Pain. *Academy and Clinic. Ann Intern Med* 137(7): 586-97, 2002.
22. Deyo RA, Rainville J, Kent DL: What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 268: 760, 1992.
23. Adams MA, May S, Freeman BJ, et al.: Effects of backward bending on lumbar intervertebral discs. Relevance to physical therapy treatments for low back pain. *Spine* 25: 431-7, discussion 438, 2000.
24. Scham SM, Taylor TK: Tension signs in lumbar disc prolapse. *Clin Orthop* 75: 195-204, 1971.
25. Wiesel SW, et al.: *The lumbar spine*. 2nd ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1996. p. 13.
26. Vroomen PC, De Krom MC, Knottnerus JA: Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of sciatica due to disc herniation: a systematic review. *J Neurol* 246: 899-906, 1999.
27. Deville WL, van der Windt DA, Dzaferagic A, Bezemer PD, Bouter LM: The test of Lasègue: systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. *Spine* 25: 1140-7, 2000.
28. De Sèze S: Congresso Brasileiro de Reumatologia, 8, 1970, Recife. Anais.
29. Anderson GB, Deyo RA: History and physical examination in patients with herniated lumbar discs. *Spine* 21: 10S-18S, 1996.
30. Kummel BM: Non organic signs of significance in low back pain. *Spine* 21(9): 1077-81, 1996.
31. Abrahams MJ: Neuropathic pain in soft tissue complaints. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 21(2): 223-44, 2007.
32. Mendell JR, Sahenk Z: Painful Sensory Neuropathy. *N Engl J Med* 348(13): 1243-55, 2003.
33. Gatchel RJ, Polatin PB, Noe C, et al.: Treatment- and cost-effectiveness of early intervention for acute low-back pain patients: a one-year prospective study. *J Occup Rehabil* 13: 1-9, 2003.
34. Hay EM, Mullis R, Lewis M, et al.: Comparison of physical treatments versus a brief pain-management programme for back pain in primary care: a randomised clinical trial in physiotherapy practice. *Lancet* 365: 2024-30, 2005.
35. Bigos SJ, Bowyer OR, Braen GR, et al.: Acute low back problems in adults. *Agency for Health Care Policy and Research* 95-0643. (26D), 1994.
36. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al.: Diagnosis and treatment of low back pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 147: 478-91, 2007.
37. Cecin HA, Brazil AV, Ximenes AC, et al.: Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias(*). *Rev Bras Reumatol* 44(6): 419-25, 2004. (*Trabalho realizado sob a coordenação e edição médica de Cecin HA.