

Relato de caso de lombalgia inflamatória com extenso comprometimento anatômico-funcional: a importância de uma adequada abordagem da dor lombar na Atenção Primária à Saúde

Case report of inflammatory low back pain with extensive anatomical-functional impairment: The importance of an adequate approach to low back pain in primary health care

Presentación de un caso de lumbalgia inflamatoria con afectación anatómico-funcional extensa: La importancia de un abordaje adecuado de la lumbalgia en Atención Primaria de Salud

Lavinia Ayumi Borges Ribeiro¹ , Mateus Fernandes Alves dos Reis¹ , Mariana dos Santos Teixeira¹ , Camila Ribeiro Milagres¹ , Gabriella Stefenoni Kruger¹ 

¹Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba (MG), Brasil.

Resumo

Introdução: A lombalgia é uma condição prevalente e que apresenta importante impacto na capacidade funcional e na qualidade de vida, sendo a sua correta abordagem na Atenção Primária à Saúde fundamental para a identificação e o estabelecimento de um diagnóstico etiológico precoce de possíveis patologias que possam estar relacionadas a desfechos mórbidos e a graves limitações funcionais. **Apresentação do caso:** Paciente de 56 anos, sexo masculino, hipertenso, foi encaminhado para serviço especializado de reumatologia com histórico de lombalgia havia mais de 20 anos. Ao exame físico foi constatada presença de deformidades da coluna vertebral e extensa limitação de movimentos. Exames radiográficos mostravam esclerose de articulações sacroilíacas, osteopenia difusa e coluna vertebral em aspecto de “bambu”. **Conclusões:** Constata-se a importância de que na abordagem das lombalgias na atenção primária se busque o reconhecimento de possíveis etiologias graves e potencialmente incapacitantes que possam estar subjacentes à queixa de dor lombar. Com esse objetivo, é fundamental o reconhecimento das chamadas *red flags* relacionadas às lombalgias, além de sua caracterização como mecânica ou inflamatória. Perante a atuação da atenção primária no oferecimento de um cuidado pautado na integralidade e na prevenção de agravos, reafirma-se a importância de uma avaliação clínica pormenorizada das lombalgias nesse nível de atenção à saúde.

Palavras-chave: Dor lombar; Doenças musculoesqueléticas; Relatos de casos; Atenção primária à saúde.

Como citar: Ribeiro LAB, Reis MFA, Teixeira MS, Milagres CR, Kruger GS. Relato de caso de lombalgia inflamatória com extenso comprometimento anatômico-funcional: a importância de uma adequada abordagem da dor lombar na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3739. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3739](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3739)

Autor correspondente:

Lavinia Ayumi Borges Ribeiro
E-mail: laviniaayumibr@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE: 60075122.0.0000.8667

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 15/04/2023.

Aprovado em: 13/01/2024.



Abstract

Introduction: Low back pain is a prevalent condition that has an important impact on functional capacity and quality of life, and its correct approach in primary health care is fundamental to the identification and establishment of an early etiological diagnosis of possible pathologies that may be related to outcomes morbid conditions and serious functional limitations. **Case presentation:** A 56-year-old male patient, hypertensive, was referred to a specialized rheumatology service; he had a history of low back pain for over 20 years. Physical examination revealed the presence of spinal deformities and extensive movement limitations. Radiographic examinations showed sclerosis of the sacroiliac joints, diffuse osteopenia and a “bamboo” appearance of the spine. **Conclusions:** It is important that in the approach of low back pain in primary health care, we seek to recognize possible serious and potentially disabling etiologies that may underlie the complaint of low back pain. For that, it is essential to recognize the red flags related to low back pain, in addition to its characterization as mechanical or inflammatory. Given the role of primary health care in offering care based on comprehensiveness and the prevention of injuries, the importance of a detailed clinical assessment of low back pain at this level of health care is reaffirmed.

Keywords: Low back pain; Musculoskeletal diseases; Case reports; Primary health care.

Resumen

Introducción: La lumbalgia es una patología prevalente que tiene un impacto importante en la capacidad funcional y la calidad de vida, y su correcto abordaje en Atención Primaria de Salud es fundamental para la identificación y establecimiento de un diagnóstico etiológico precoz de posibles patologías que puedan estar relacionadas con los resultados, condiciones morbosas y limitaciones funcionales graves. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 56 años, hipertenso, remitido a servicio especializado de reumatología con antecedentes de dolor lumbar de más de 20 años. El examen físico reveló la presencia de deformidades de la columna y amplias limitaciones de movimiento. Los exámenes radiológicos muestran esclerosis de las articulaciones sacroiliacas, osteopenia difusa y una apariencia de “bambú” de la columna. **Conclusiones:** Es importante que al abordar la lumbalgia en Atención Primaria de Salud busquemos reconocer las posibles etiologías graves y potencialmente incapacitantes que pueden subyacer a la queja de lumbalgia. Con este objetivo, es fundamental reconocer las llamadas “banderas rojas” relacionadas con la lumbalgia, además de su caracterización como mecánica o inflamatoria. Dado el papel de Atención Primaria de Salud a la hora de ofrecer una atención basada en la integralidad y prevención de enfermedades, se reafirma la importancia de una evaluación clínica detallada de la lumbalgia en este nivel de atención sanitaria.

Palabras clave: Dolor de la región lumbar; Enfermedades musculoesqueléticas; Informes de casos; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A lombalgia é definida pela presença de dor, tensão muscular ou rigidez localizada abaixo da margem costal e acima das pregas glúteas inferiores, com ou sem dor isquiática associada. Quando crônica (com mais de três meses de duração) está associada à incapacidade funcional, afetando significativamente a qualidade de vida.¹ É um problema de saúde comum, que afeta de 80 a 85% das pessoas,² sendo o segundo sintoma mais prevalente associado às consultas com médicos da Atenção Primária à Saúde.³ Aproximadamente 20% dos indivíduos com idade entre 20 e 59 anos têm lombalgia crônica, e essa prevalência aumenta com o avançar da idade.⁴

Entende-se, portanto, diante de tamanha prevalência, a importância de um manejo clínico adequado do paciente com lombalgia crônica na atenção primária, sendo fundamental a adoção de abordagens que permitam a identificação, se presentes, de patologias graves e que requeiram tratamento especializado ou encaminhamento do paciente a serviços de urgência e emergência. Assim, relata-se um caso de insucesso na abordagem de um paciente com lombalgia crônica, o que culminou em complicações relativas à sua doença de base, resultando em extenso comprometimento funcional e de qualidade de vida.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 56 anos, leucodérmico, foi encaminhado ao ambulatório de reumatologia de um hospital público terciário por médico da atenção primária, com relato de episódios recorrentes de dor lombar, que teriam se iniciado aos 35 anos, com piora do quadro álgico à noite e com o repouso, e melhora com o uso

de anti-inflamatórios não esteroides (AINE). Em associação, o paciente também relatava rigidez articular pela manhã, com duração superior a 30 minutos. Não reportava alterações cutâneas, gastrointestinais ou oculares. Apresenta hipertensão arterial sistêmica como comorbidade e tem histórico de acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Ao exame físico, (Figura 1) exibe uma hipercifose da coluna torácica e retificação da lordose lombar, com restrição da mobilidade em todos os segmentos da coluna vertebral. Não apresentava sinais flogísticos, dor à palpação de enteses ou lesões de pele. Foram realizadas métricas usualmente utilizadas para a avaliação especializada de pacientes com lombalgia inflamatória para a investigação de espondiloartrite axial, com identificação de flexão axial lateral de 3 cm, distância occipito-parede de 27 cm, expansibilidade torácica reduzida e medida obtida no teste de Schober modificado de 0,5 cm (com todas as métricas fora dos limites de normalidade). Em sua primeira consulta no ambulatório de reumatologia, em 2021, o paciente portava exames radiográficos externos, realizados no sistema privado, que evidenciaram extenso comprometimento do esqueleto axial. Radiografias das articulações sacroilíacas demonstraram osteopenia difusa, redução dos espaços articulares e esclerose bilateral de tais articulações (Figura 2). Tomografia da coluna vertebral realizada no mesmo ano revelou extensa calcificação do ligamento longitudinal anterior ao longo de todos os segmentos da coluna (Figura 3), sendo observado o chamado aspecto de “coluna em bambu” na reconstrução tomográfica tridimensional (Figura 4), além de osteopenia severa e acentuação da cifose torácica. Tais achados radiográficos, junto com as manifestações clínicas apresentadas pelo paciente, corroboraram o diagnóstico de espondiloartrite axial (espondilite anquilosante).



Figura 1. Paciente em posição ortostática lateral, sendo observada hipercifose em coluna torácica e retificação da lordose lombar.



Figura 2. Radiografia simples em incidência de Ferguson demonstrando osteopenia difusa, redução dos espaços articulares e esclerose de articulações sacroilíacas.



Figura 3. Tomografia computadorizada de coluna vertebral mostrando extensa calcificação do ligamento longitudinal anterior por toda a coluna.



Figura 4. Reconstrução tridimensional dos achados tomográficos, com melhor visualização do aspecto de “coluna em bambu”.

Após 14 anos do início dos sintomas, em 2010, o paciente relata ter procurado um médico ortopedista que, de acordo com as manifestações apresentadas, julgou estar diante de um quadro de lombalgia inflamatória, especificamente de uma espondiloartropatia axial, e orientou o paciente a procurar um médico reumatologista. No entanto, por dificuldades sociais, o paciente relata não ter conseguido manter seguimento com tal especialista, tendo tido acesso a um serviço público especializado em reumatologia apenas no ano de 2021, 25 anos depois do início dos sintomas, após ter sido referenciado por médico da Atenção Primária à Saúde ao serviço de reumatologia disponível em um hospital público terciário local, pela identificação de manifestações clínicas sugestivas de um quadro de lombalgia inflamatória.

Como condutas iniciais propostas pela equipe de reumatologia, optou-se pela prescrição de analgésicos para as queixas álgicas apresentadas pelo paciente e, mesmo com a doença já em estágio avançado, por uma tentativa de tratamento com imunobiológicos. Foi, então, emitido pela equipe assistente um laudo para a solicitação de medicamentos (LME) e aquisição do Etanercept (um anti-TNF-alfa que pode ser utilizado no tratamento da espondilite anquilosante), com realização de todas as profilaxias e exames necessários ao início do uso de tal medicamento. Todavia, o paciente, por dificuldades financeiras e de locomoção, não foi capaz de dar andamento ao processo para adquirir o medicamento na Secretaria de Saúde. Diante de tais dificuldades sociais, foi acionada a equipe de assistência social com relato de tal problemática. Contudo, até o momento da elaboração deste artigo, o paciente mantém-se sem o uso do imunobiológico, não tendo conseguido adquiri-lo pelo sistema público de saúde. Ao longo do seguimento pela equipe de reumatologia, o paciente mantém as queixas manifestas nas primeiras consultas, mas relata melhora do quadro álgico após o uso dos analgésicos prescritos, estando, também, em acompanhamento periódico com equipe multiprofissional (composta de nutricionistas, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas) e com equipe de saúde da família da região em que reside.

DISCUSSÃO

As diretrizes que norteiam a prática clínica recomendam que a abordagem diagnóstica das lombalgias seja guiada pelo tipo de lombalgia apresentada, que pode ser causada por distúrbios viscerais, por doenças específicas da coluna vertebral ou síndromes radiculares ou, ainda, ser uma lombalgia considerada não específica.^{1,5} Na atenção primária, cerca de 90% dos pacientes apresentam lombalgias não específicas e em menos de 1% dos casos elas são causadas por distúrbios viscerais ou da coluna vertebral.^{1,6,7} Fraturas vertebrais, doenças inflamatórias, neoplasias e infecções são algumas das patologias potencialmente causadoras de dor lombar.⁸

Realizar uma terapêutica estritamente sintomática das lombalgias, negligenciando a investigação correta de suas causas, pode fazer com que doenças potencialmente graves e incapacitantes causadoras de dor lombar sejam subdiagnosticadas, levando a consequências prejudiciais ao paciente⁹ e afetando severamente o seu prognóstico.

Nesse contexto, em que doenças graves possam ser subjacentes a uma simples queixa de dor lombar, devem ser consideradas, na avaliação clínica inicial do paciente, as chamadas *red flags*, as quais correspondem a sinais e sintomas que, quando presentes, sugerem a existência de patologias mais sérias e que demandam maior investigação clínica.^{10,11} Existe uma grande variedade de *red flags* que devem ser avaliadas de acordo com a doença subjacente.¹⁰ O uso de medicações endovenosas, presença de cateteres vasculares de longa permanência, de sítios de infecção e fraturas recentes da coluna vertebral são algumas das relacionadas à presença de abscessos epidurais, por exemplo.^{10,12} Da mesma forma, o histórico de câncer ou a presença de achados clínicos sugestivos de neoplasias, no contexto das lombalgias, são algumas das manifestações que nos remetem à necessidade de investigação de processos neoplásicos.^{10,13}

Em um estudo realizado por Galliker e colaboradores, foi feita uma análise de dez outros trabalhos que avaliaram 84 *red flags* relacionadas a 12 diferentes patologias graves da coluna vertebral.¹⁰ Nesse estudo, constatou-se que os sinais de alerta que possuíam maior acurácia diagnóstica na identificação de doenças graves eram suspeita e/ou histórico de câncer, uso de fármacos injetáveis, presença de cateteres vasculares de longa permanência, anemia, presença de sítios infecciosos no organismo, histórico de trauma com déficits neurológicos e distensão vesical ou suprapúbica ao exame físico.¹⁰

Na atenção primária se deve, também, estar atento às condições sugestivas de patologias de maior severidade, que demandam intervenções imediatas e que constituem indicações para o encaminhamento do paciente para serviços de urgência e emergência. Entre essas condições que demandam condutas mais emergenciais, tem-se a presença de uma suspeita de compressão de cone medular ou de síndrome da cauda equina; perda de força progressiva; dor intensa e refratária ao tratamento clínico otimizado; dor lombar aguda ou alterações neurológicas em paciente com diagnóstico de neoplasia acometendo a coluna vertebral; suspeita de infecção; ou, ainda, suspeita de fratura ou luxação associada a traumatismos recentes.¹⁴

No presente relato de caso, observa-se uma evolução extremamente desfavorável de um quadro de espondilopatropia axial, uma doença da coluna vertebral cujo achado clínico fundamental é a presença de uma lombalgia inflamatória.⁴ A lombalgia inflamatória caracteriza-se pela presença de dor lombar crônica, com duração superior a três meses, insidiosa, que se inicia antes dos 40 ou 45 anos de idade, capaz de provocar despertares noturnos, que tem a atividade física como fator de melhora, cursa com rigidez matinal superior a 30 minutos, apresentando, além disso, boa resposta terapêutica ao uso de AINE.^{4,15} Diferenciá-la da lombalgia mecânica é muito importante, o que pode ser realizado ainda na atenção primária, com base na avaliação dos parâmetros descritos na tabela extraída e adaptada de um estudo realizado por Magrey et al. (Tabela 1).⁴

Tabela 1. Características que permitem diferir as lombalgias mecânicas das lombalgias inflamatórias.

Variáveis	Lombalgia Inflamatória	Lombalgia Mecânica
Idade de início	Antes dos 40 a 45 anos	Qualquer idade
Velocidade de início	Início insidioso	Variável, podendo ser um quadro agudo
Cronicidade	Duração do quadro superior a 3 meses	Duração variável
Dor noturna	A dor geralmente piora à noite e é capaz de provocar despertar noturno.	Variável
Efeito da atividade física ou da movimentação	A dor melhora com a atividade física, mas não com o repouso, sendo minimamente alterada por mudanças de posição.	A dor melhora com o repouso e piora com a movimentação.
Rigidez matinal	Persiste por mais de 30 minutos e pode ser severa.	É de curta duração.
Resposta aos AINE (anti-inflamatórios não esteroides)	Boa resposta	Variável
Localização e características da dor	A dor pode afetar qualquer área da coluna vertebral, não irradia para as pernas e não causa dormência, queimação ou formigamento.	A dor pode ocorrer em qualquer área da coluna vertebral e é capaz de provocar dormência, queimação ou formigamento.

Fonte: Magrey et al.⁴

Para uma correta definição da dor lombar do tipo inflamatória, também podem ser utilizados os critérios propostos pela 2ª edição do livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia, publicado em 2021, que incluem: idade de início da dor lombar inferior aos 40 anos, início insidioso do quadro de dor, ausência de melhora da dor no repouso e ocorrência de dor à noite. A presença de quatro desses cinco critérios permite definir o quadro de dor lombar como de característica inflamatória.¹⁶ A presença de dor lombar crônica, de início antes dos 40 anos e de característica inflamatória constitui condição clínica indicativa da necessidade de encaminhamento de um paciente assistido na atenção primária a um médico reumatologista.¹⁴

As espondiloartropatias axiais são doenças que acometem, sobretudo, o esqueleto axial, mas que podem atingir as articulações periféricas, ênteses e órgãos tais como pele, olhos e intestino.⁴ Critérios de classificação para essas doenças foram estabelecidos em 2009 pela Sociedade Internacional de Avaliação de Espondiloartrites (*Assessment of SpondyloArthritis international Society* — ASAS).^{4,17} Os critérios elaborados pelo ASAS consideram a presença de lombalgia crônica com característica inflamatória, a positividade do HLA-B27 (marcador genético relacionado à fisiopatologia dessas doenças), a presença de sacroileíte aos exames de imagem, radiografia simples e/ou ressonância nuclear magnética, e a existência de achados sugestivos de espondiloartrites, tais como entesite, uveíte, dactilite, psoríase, doença inflamatória intestinal, boa resposta a AINE, história familiar de espondiloartrite e elevação da proteína C reativa.^{4,17}

O paciente deste estudo relatou ter apresentado em 1996, pela primeira vez, manifestações de uma lombalgia inflamatória. O quadro de lombalgia caracteristicamente inflamatório teria se iniciado com uma dor que, ao longo dos anos, foi se intensificando, estando associada a despertares noturnos, rigidez matinal prolongada e tendo como fatores de melhora a movimentação e o uso de AINE, contemplando vários dos critérios de classificação propostos pelo ASAS. Apenas em 2010, durante uma consulta com um médico ortopedista, o paciente foi orientado a procurar assistência reumatológica. Segundo informações

fornechas pelo próprio paciente, ele teria se consultado com um reumatologista no sistema privado, com o qual não manteve seguimento por carência de recursos financeiros, passando por uma nova avaliação reumatológica apenas em maio de 2021, quando teve acesso a um serviço de atenção especializada em reumatologia pertencente a um hospital público terciário situado no interior do estado de Minas Gerais. O diagnóstico tardio, o atraso no início da terapêutica e a ausência de seguimento clínico por vários anos contribuíram para que o quadro do paciente evoluísse de modo bastante desfavorável, com deformidades, restrição de movimentos e comprometimento de sua capacidade funcional.

As espondiloartropatias são doenças muito subdiagnosticadas na prática clínica, existindo diversos fatores contribuintes para tal.⁴ Entre eles, destaca-se a elevada prevalência das lombalgias,⁴ a ausência de achados que sejam exclusivos a essas condições ao exame físico, sobretudo naqueles pacientes com espondiloartropatias em estágio inicial;⁴ a ausência de biomarcadores séricos ou de imagem específicos a essas doenças; o início gradual das manifestações clínicas,^{4,18-21}; a boa resposta, com remissão de sintomas, ao uso de AINE^{4,19} e a dificuldade de acesso a uma avaliação reumatológica especializada.^{4,19}

Há estatísticas que demonstram que o período médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico da espondiloartropatia axial é de cinco a sete anos, o que revela um atraso diagnóstico importante dessa condição.^{4,20-23} Nos Estados Unidos, esse tempo de atraso mostra-se ainda maior, podendo ser de até 14 anos, com a apresentação de evidências de que o encaminhamento dos pacientes com essa condição para o reumatologista é um fator capaz de reduzir substancialmente esse tempo de atraso,^{19,24,25} denotando a importância do acesso a esses profissionais e da identificação inicial de achados clínicos sugestivos de uma lombalgia de característica inflamatória ainda na atenção primária, com adequado encaminhamento desse pacientes para uma avaliação reumatológica especializada.

No Brasil, o acesso a serviços especializados em reumatologia ainda é limitado, observando-se uma inequidade na distribuição de reumatologistas pelo País, com maior concentração deles nas capitais e nos grandes municípios, sobretudo das Regiões Sul e Sudeste, em que se encontram 2/3 desses profissionais.²⁶ Mesmo o paciente do caso relatado residindo em um município com um serviço público de assistência reumatológica disponível, observou-se um atraso importante no acesso dele à assistência médica que lhe era necessária.

Neste caso, pode-se hipotetizar que o atraso no diagnóstico e no início da terapêutica possam ser atribuídos a múltiplos fatores: à não percepção inicial do paciente quanto à gravidade de sua condição de saúde, o que o fez muitas vezes deixar de procurar por assistência médica, e a uma carência de acesso a informações e a recursos. Podemos, assim, denotar a importância de uma abordagem clínica pormenorizada da dor lombar ainda na atenção primária, levando-se em conta as *red flags* e a caracterização das lombalgias inflamatórias, sendo essas etapas fundamentais ao diagnóstico precoce e à instituição de uma adequada terapêutica no contexto das espondiloartropatias axiais.

CONCLUSÃO

Tendo em vista a atuação da atenção primária no oferecimento de um cuidado em saúde pautado na integralidade da assistência e na prevenção de agravos referentes às mais diversas patologias, reafirma-se a importância da assistência médica prestada por esse nível de atenção à saúde aos pacientes com queixa de dor lombar.

É fundamental que ainda nesse nível de atenção, diante de um quadro de lombalgia, seja adotada uma abordagem clínica cautelosa e guiada pela busca por achados que possam ser sugestivos de gravidade

ou de patologias específicas que demandam propedêutica e avaliação especializada, como é o caso das lombalgias inflamatórias. Estas são condições mórbidas relevantes, as quais, muitas vezes, podem estar associadas, quando não reconhecidas e tratadas de modo adequado, a desfechos clínicos funestos, caracterizados por extrema limitação funcional, como evidenciado no caso relatado por este artigo.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

GSK: Conceituação, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Escrita. LABR: Conceituação, Metodologia, Escrita. MFAR: Conceituação, Metodologia, Escrita. MSR: Conceituação, Metodologia, Escrita. CRM: Conceituação, Metodologia, Escrita.

REFERÊNCIAS

1. Vlaeyen JWS, Maher CG, Wiech K, Zundert JV, Meloto CB, Diatchenko L, et al. Low back pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2018;4(52). <https://doi.org/10.1038/s41572-018-0052-1>
2. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;378(9802):1560-71. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60937-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60937-9)
3. Cypress BK. Characteristics of physician visits for back symptoms: a national perspective. *Am J Public Health*. 1983;73(4):389-95. <https://doi.org/10.2105/ajph.73.4.389>
4. Magrey MN, Danve AS, Ermann J, Walsh JA. Recognizing Axial Spondyloarthritis: A Guide for Primary Care. In: *Mayo Clinic Proceedings*. 2020;95(11):2499-508. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.02.007>
5. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19(12):2075-94. <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1502-y>
6. Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RW, de Vet HC, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ*. 2013;347:f7095. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7095>
7. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care with acute low back pain. *Arthritis Rheum*. 2009;60(10):3072-80. <https://doi.org/10.1002/art.24853>
8. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391(10137):2356-67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
9. Cecin HA. Diretriz I: Fundamentos do diagnóstico das doenças da coluna vertebral lombar. *Rev Bras Reumatol*. 2008;48(Suppl. 1):3-7.
10. Galliker G, Scherer DE, Trippolini MA, Rasmussen-Barr E, LoMartire R, Wertli MM. Low Back Pain in the Emergency Department: Prevalence of Serious Spinal Pathologies and Diagnostic Accuracy of Red Flags. *Am J Med*. 2020;133(1):60-72. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.06.005>
11. Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *Eur Spine J*. 2016;25(9):2788-802. <https://doi.org/10.1007/s00586-016-4684-0>
12. Davis DP, Salazar A, Chan TC, Vilke GM. Prospective evaluation of a clinical decision guideline to diagnose spinal epidural abscess in patients who present to the emergency department with spine pain Clinical article. *Journal of neurosurgery. Spine*. 2011;14(6):765-70. <https://doi.org/10.3171/2011.1.SPINE1091>
13. Reinus WR, Strome G, Zwemer Jr FL. Use of lumbosacral spine radiographs in a level II emergency department. *American Journal of Roentgenology*. 1998;170(2):443-7. <https://doi.org/10.2214/ajr.170.2.9456961>
14. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Protocolos de Regulação Ambulatorial – Reumatologia Adulto: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>
15. Strand V, Singh JA. Evaluation and management of the patient with suspected inflammatory spine disease. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(4):555-64. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.12.008>

16. Shinjo SK, Moreira C, eds. Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia. 2ª ed. Barueri: Manole; 2021.
17. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(6):777-83. <https://doi.org/10.1136/ard.2009.108233>
18. Reveille JD. Biomarkers for diagnosis, monitoring of progression, and treatment responses in ankylosing spondylitis and axial spondyloarthritis. *Clin Rheumatol*. 2015;34(6):1009-18. <https://doi.org/10.1007/s10067-015-2949-3>
19. Deodhar A, Mittal M, Reilly P, Bao Y, Manthana S, Anderson J, et al. Ankylosing spondylitis diagnosis in US patients with back pain: identifying providers involved and factors associated with rheumatology referral delay. *Clin Rheumatol*. 2016;35(7):1769-76. <https://doi.org/10.1007/s10067-016-3231-z>
20. Aggarwal R, Malaviya AN. Diagnosis delay in patients with ankylosing spondylitis: factors and outcomes an Indian perspective. *Clin Rheumatol*. 2009;28(3):327-31. <https://doi.org/10.1007/s10067-008-1049-z>
21. Jones A, Harrison N, Jones T, Rees JD, Bennett AN. Time to diagnosis of axial spondylarthritis in clinical practice: signs of improving awareness? *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53(11):2126-7. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keu294>
22. Jovani V, Blasco-Blasco M, Ruiz-Cantero MT, Pascual E. Understanding how the diagnostic delay of spondyloarthritis differs between women and men: a systematic review and metaanalysis. *J Rheumatol*. 2017;44(2):174-83. <https://doi.org/10.3899/jrheum.160825>
23. Kiltz U, Baraliakos X, Karakostas P, Igelmann M, Kalthoff L, Klink C, et al. The degree of spinal inflammation is similar in patients with axial spondyloarthritis who report high or low levels of disease activity: a cohort study. *Ann Rheum Dis*. 2012;71(7):1207-11. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2011-200508>
24. Danve A, Deodhar A. Axial spondyloarthritis in the USA: diagnostic challenges and missed opportunities. *Clin Rheumatol*. 2019;38(3):625-34. <https://doi.org/10.1007/s10067-018-4397-3>
25. Deodhar A, Mease PJ, Reveille JD, Curtis JR, Chen S, Malhotra K, et al. Frequency of axial spondyloarthritis diagnosis among patients seen by US rheumatologists for evaluation of chronic back pain. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68(7):1669-76. <https://doi.org/10.1002/art.39612>
26. Albuquerque CP. Inequalidade na distribuição de reumatologistas no Brasil: correlação com local de residência médica, Produto Interno Bruto e Índice de Desenvolvimento Humano. *Rev Bras Reumatol*. 2014;54(3):166-71. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2013.08.003>