

14

Tratamento da Síndrome Dolorosa Miofascial: Revisão da Literatura

Marcus Vinícius Mercês dos Santos Dias

Fisioterapeuta graduado pela
Universidade Católica do Salvador.
E-mail: vini_ba@hotmail.com

Robson da Fonseca Neves

Mestre em Saúde Comunitária
pelo ISC/UFBA, professor da
UCSAL e FSBA

ABSTRACT RESUMO RESUMEN ABSTRACT

resumo

O objetivo deste estudo foi sistematizar o conhecimento sobre os efeitos dos tratamentos utilizados na síndrome dolorosa miofascial à base de infiltração com anestésico local, agulhamento seco, tratamento medicamentoso e tratamento com modalidade física, apontada pelas publicações científicas no período de 1998 a 2007. Foi possível inferir que a terapêutica mais eficaz para o tratamento da síndrome dolorosa miofascial é a utilização da toxina botulínica, por proporcionar uma melhor eficácia terapêutica para tratar o paciente, promovendo alívio da dor em média de 58%, principalmente em longo prazo.

Palavras-chave: Dor miofascial; Síndrome da dor miofascial; Tratamento síndrome miofascial; Tratamento dor miofascial.

abstract

The goal of this study was to systematize the produced knowledge on the effects of the treatments used in painful miofascial syndrome based on the infiltration of local anesthetics, dry needling, medicine treatment and different physical treatments, shown in some of the scientific publication during the period between 1998 and 2007. It was easy to claim that the best option for the treatment of the painful miofascial syndrome is the use of the BTX-A, because it provides the best therapeutic efficacy to treat the patient, promoting pain relief an average of 58% specially for a longer period.

Key words: Myofascial pain; Myofascial pain syndrome; Myofascial syndrome treatment; Myofascial pain treatment.

resumen

El objetivo de este estudio fue sistematizar el conocimiento en los efectos de los tratamientos utilizados en el síndrome miofascial doloroso basada en la infiltración de los anestésicos locales, el agujamiento seco, tratamiento de la medicina y diversos tratamientos físicos, demostrados en algo de la publicación científica durante el período entre 1998 y 2007. Fue fácil afirmar que la mejor opción para el tratamiento del síndrome miofascial doloroso es el uso del BTX-A, porque proporciona la mejor eficacia terapéutica para tratar el paciente, promoviendo la relevación del dolor al promedio de el 58% especialmente por un período más largo.

Palabras-clave: Dolor miofascial; Síndrome del dolor miofascial; Tratamiento del síndrome miofascial; Tratamiento dolor miofascial.

A síndrome dolorosa miofascial (SDM) é uma desordem regional neuromuscular caracterizada pela presença de locais sensíveis nas bandas musculares tensas/contraturadas, ocorrência de dor em queimor, peso ou dolorimento, às vezes em pontadas, dor e diminuição da força muscular, limitação da amplitude de movimento (ADM) e, em alguns casos, fadiga muscular, produzindo dor referida em áreas distantes ou adjacentes. Os fenômenos autonômicos, que podem ser concomitantes com a zona de referência do ponto-gatilho (PG), incluem: vasoconstricção, sudorese e pilo ereção. Os distúrbios proprioceptivos que podem estar associados são: desequilíbrio, tontura, zumbido e distorção do peso dos objetos (LIANZA, 1995).

Os PGs ativos são um foco de hiperirritabilidade sintomática no músculo ou na fáscia, que causam um padrão de dor referida específico para cada músculo e produzem dor espontânea ao movimento. Os PGs latentes não causam dor durante as atividades físicas normais e são dolorosos à palpação. Eles formam um *pool* de PGs decorrentes de traumas mecânicos que ocorrem durante as atividades de vida diárias (AVD's) do paciente. Quando suficientemente carregados (fatores de ativação), tornam-se ativos, produzindo quadros dolorosos (LEITÃO, 1995; WESCHENFELDER, 2007).

A síndrome dolorosa miofascial é uma das causas mais comuns de dor músculo esqueléticas, acomete músculo, tecido conectivo e fâscias, podendo ser decorrentes de acometimento por processos degenerativos, metabólicos, inflamatórios, infecciosos, neoplásicos, macro ou micro traumatismos de inúmeras estruturas, principalmente nas regiões cervical, cintura escapular e lombar. Apesar de a SDM ser umas das causas mais comuns de dor e incapacidade em doentes que apresentam algias dessa natureza, muitos profissionais da área de saúde não a reconhecem. Sabe-se que a SDM costuma acometer pacientes na faixa etária entre 31 a 50 anos de idade, e isto sugere que os indivíduos nas faixas etárias mais ativas são acometidos por esta síndrome (WESCHENFELDER, 2007; YENG, 2001).

A não identificação da SDM é responsável por numerosos diagnósticos errôneos e insucessos terapêuticos de sintomas dolorosos crônicos. A avaliação parcial que não atente para os fatores desencadeantes e perpetuantes podem redundar em ausência de controle da condição algica e em perpetuação de síndrome dolorosa (LIANZA, 1995; YENG, 2001).

Várias são as modalidades de tratamento para a SDM, e a grande maioria delas utiliza métodos de manipulação dos pontos dolorosos, sob a forma de estímulos térmicos, manuais, elétricos, sonoros e perfurantes. Os recursos terapêuticos à disposição incluem infiltrações com anestésico local, uso de medicamentos (antiinflamatórios e miorrelaxantes), medidas físicas de termoterapia, eletroterapia, diatermia e programas de exercícios que visam ao melhor condicionamento muscular, alinhamento postural e relaxamento. Tais for-

mas de tratamento podem ser usadas em associação ou isoladamente (FURTADO, 2002; LIMA, 1999).

O objetivo deste estudo foi revisar a literatura sobre os tratamentos a base de infiltração com anestésico local, agulhamento seco, tratamento medicamentoso e tratamento com modalidades físicas à base de ultra-som e acupuntura utilizados na SDM de forma isolada e/ou associada quanto a seu efeito sobre a dor crônica.

Material e Métodos

O presente estudo consiste em uma revisão da literatura sobre Tratamento da Síndrome Dolorosa Miofascial. Uma busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas Medline, Lilacs e biblioteca eletrônica Scielo. Foram coletados artigos com publicações nos idiomas português, inglês, espanhol e selecionadas referências encontradas em estudos empíricos. O período de publicações científicas foi de 1998 a 2007, utilizando as seguintes palavras-chave: Tratamento Síndrome Dolorosa Miofascial, Tratamento Dor Miofascial, Síndrome Miofascial, Tratamento Síndrome Miofascial e seus correlatos.

Foram utilizados como critério de inclusão os artigos empíricos que abordavam o Tratamento da Síndrome Dolorosa Miofascial através de infiltrações com anestésicos, utilização de medicamentos e modalidade física. Foram excluídos artigos que abordavam tratamentos não físicos, ou seja, intervenções comportamentais, educativas, psicossociais, tratamento psicossomático e outras técnicas como a hipnose e a auto-hipnose, a yoga e a biodança, além dos artigos que abordavam o tratamento em animais e estudos de revisão sobre o tema.

Resultados e Discussão

Para a realização deste trabalho, foram encontrados 1328 artigos científicos referentes ao tratamento da Síndrome Dolorosa Miofascial, somando-se o resultado de todas as bases de dados. No total, foram selecionados 40 artigos relacionados ao tema, sendo excluídos 26 porque não se enquadravam nos critérios de seleção propostos.

Infiltração com Anestésico Local

INFILTRAÇÃO ISOLADA:

Unno et al (2005) investigaram 20 pacientes, que foram divididos em dois grupos, demonstrando que a toxina botulínica do tipo A (BTX-A) foi mais eficaz que o anestésico local na infiltração do ponto-

gatilho para o tratamento da SDM durante oito semanas. Os escores de intensidade de dor reduziram significativamente em 60% com o uso da BTX-A em relação ao anestésico local, com 32%. Embora o uso de anestésico local para infiltração de PGs tenha sido uma boa opção, a aplicação da BTX-A foi uma alternativa melhor para pacientes portadores de SDM crônica, promovendo alívio prolongado, diferentemente do anestésico local que, após a sua infiltração, tem alívio adequado da dor, porém com recorrência. O alívio prolongado da dor é importante, pois permite relaxamento do músculo acometido durante tempo suficiente para a recuperação do paciente.

Castro et al (2006) avaliaram 20 pacientes submetidos à infiltração com BTX-A durante três meses, confirmando os resultados obtidos por Unno et al (2005), ao apresentarem redução na intensidade da dor em pelo menos 50%, afirmando que o objetivo terapêutico com a SDM é o restabelecimento da função perdida. Se não obtiver resposta terapêutica adequada, deve-se atuar sobre os TGP (*trigger point*) com infiltrações de anestésicos locais somente ou com esteróides em um máximo de três infiltrações por semana. Quando se consegue alívio de dor, a duração é limitada, sendo necessária a aplicação da BTX-A, por prolongar a melhorar da dor. Andrés et al (2003), no seu estudo parecido com os anteriores (CASTRO, 2006; UNNO, 2005), investigaram 77 pacientes durante três meses, confirmando a eficácia e segurança da BTX-A ao apresentar como resultado diminuição no escore da dor em 72%, baseado no fato que o alívio da dor está diretamente relacionado à redução do tônus ou atenuação do espasmo muscular resultante da ação direta da toxina na junção neuromuscular.

Porta (2000) randomizou 40 pacientes no período de oito semanas, dividindo-os em dois grupos. Confirmou que a BTX-A mostrou-se eficaz no tratamento da SDM em relação ao esteróide metilprednisolona, além da redução significativa na intensidade da dor em 71%, contra 33% do esteróide, e alívio prolongado por um período de até 90 dias. A BTX-A apresenta uma vantagem potencial de minimizar o desconforto ocasionado com os procedimentos repetitivos das injeções. Furtado et al (2002), no seu estudo semelhante à Porta (2000), submeteram 38 pacientes à infiltração com anestésico e medicação oral durante um mês, obtendo como resultado redução na intensidade da dor no grupo submetido à infiltração de TGP aparentemente maior, 65% contra 44%. Porém, quando submetidos à análise estatística, demonstraram a grande variância dos resultados, com diferença não significativa, propondo-se que a terapêutica medicamentosa miorrelaxante seja repensada como mais uma escolha para o tratamento da síndrome miofascial.

Kamanli et al (2005) avaliaram 29 pacientes durante um mês e observaram que a injeção de anestésico local, tratamento com agulhamento seco e injeção de BTX-A tiveram eficácia terapêuticas sobre os pontos-gatilhos (PGs) de todos os pacientes, com aumento no limiar

de dor em 70%, 20% e 40% nos músculos que continham PGs e redução no nível de dor em 71%, 29% e 55%, respectivamente. A injeção com anestésico foi mais prática e rápida, causou menos distúrbio que o agulhamento seco e teve melhor custo-benefício do que a BTX-A, parecendo ser a melhor escolha para o tratamento da SDM. Em contraste com os trabalhos anteriores, Graboski et al (2005) avaliaram a intensidade da dor em 18 pacientes no período de dez semanas em que receberam BTX-A e o anestésico local, bupivacaína, observando que os resultados foram comparáveis, em ambos os grupos, com redução na intensidade da dor em 75% e 73% respectivamente. Embora estatisticamente significativo, não houve tendência a maior magnitude no alívio e duração da dor com a BTX-A, sugerindo que se, na verdade, a toxina é um agente mais eficaz, o tamanho do efeito foi muito menor do que o esperado e o seu custo é muito elevado. Além disso, a duração máxima do alívio da dor foi de apenas quatro semanas, contrapondo-se a estudos (ANDRÉS, 2003; CASTRO 2006) que relatam efeitos com duração de até três meses.

Portanto, apesar do resultado desfavorável do uso da BTX-A em apenas um estudo (KAMANLI, 2005), pode-se afirmar que a utilização da toxina nos estudos anteriores (PORTA, 2000; UNNO, 2005) representou o melhor método no tratamento da SDM, principalmente por prevenir a recorrência da dor e promover alívio, em longo prazo, minimizando os custos e o desconforto do agulhamento semanal. Dessa forma, por se tratar de uma patologia com tendência à cronificação, se faz necessário a utilização de um tratamento que proporcione alívio em longo prazo, mesmo que o custo seja um pouco alto, com a intenção de prevenir e/ou minimizar os distúrbios associados.

INFILTRAÇÃO ASSOCIADA COM OUTRA TERAPÊUTICA:

Imamura et al (1998) acompanharam 29 pacientes durante cinco meses, utilizando tratamento fisioterápico convencional e infiltração de lidocaína a 1% sem vasoconstrictor associado ao tratamento convencional. Os resultados confirmaram a redução na intensidade da dor em 54,9% e 58,4%, respectivamente e que o efeito anestésico imediato decorre, provavelmente, da quebra mecânica da banda de tensão e do PG, restaurando o comprimento normal da fibra muscular e da ADM articular, evitando sobrecarga. A prevenção da recorrência dos pontos gatilhos e de dolorimento após a sua inativação foi obtida através de exercícios domiciliares de alongamentos e relaxamento muscular, realizado de forma regular e progressiva. Lima et al (1999), no seu estudo parecido com o de Imamura et al (1998), confirmaram resultados semelhantes ao investigarem 25 pacientes portadores de lombalgia crônica submetidos à infiltração de xilocaína a 1% sem vasoconstrictor associado a tratamento fisioterápico durante quatro semanas, observando redução na intensidade da dor em 39,4% e aumento no limiar de tolerância da dor em 73%.

Apesar de estes estudos abordarem resultados positivos, não se pode chegar a uma conclusão afirmativa por se tratar apenas de dois estudos e pelo fato de estes abordarem períodos com duração de tratamentos distintos, não sendo possível avaliar a efetividade tanto a curto (IMAMURA, 1998) como em longo prazo, (LIMA, 1999), nestas abordagens.

Tratamento Medicamentoso

Pimenta et al (1998) avaliaram e acompanharam 11 pacientes com dor crônica miofascial, utilizando a infusão de fármacos morfínicos, durante 19 meses. A redução na intensidade da dor foi de 55% ao final do tratamento. A duração diária dos episódios dolorosos apresentou mudança substancial; antes da terapia, sete doentes informaram sentir dor durante seis ou mais horas/dia e, ao final, apenas um. Antes do tratamento, somente um paciente apresentava episódios dolorosos/dia com menos de uma hora de duração e, ao final, isto foi relatado por seis deles. Apesar da melhora do quadro algico ter sido significativa e os efeitos colaterais não terem sido muito importantes, a melhora da funcionalidade não ocorreu na mesma proporção.

Malanga et al (2002) submeteram 29 pacientes durante três semanas ao tratamento da SDM com o agente farmacológico tizanidina. Neste estudo, comprovou-se eficácia e segurança desta substância no tratamento da SDM, ao promover redução significativa na intensidade da dor em 89% e aumento no seu limiar em 61% dos pacientes, sendo considerado um medicamento de primeira linha para este tratamento.

Os resultados apresentados com esta terapêutica foram eficazes, principalmente, no aspecto de atenuação da dor, no entanto, mais estudos se fazem necessários, principalmente no sentido de abordar o impacto desse tratamento sobre a melhora das funções para as AVD's e também o potencial de complicações decorrentes do uso dessa terapêutica.

Tratamento com Modalidade Física

Gam et al (1998) acompanharam 58 pacientes com TGP miofasciais no pescoço e ombros que foram divididos em três grupos, sendo que dois destes submetidos a ultra-som (u.s.), massagem e exercícios, e um deles, a ultra-som simulado (falso) e exercícios. A duração do tratamento foi de 6 semanas. Um dos grupos que recebeu tratamento com u.s., massagem e exercícios foi o grupo-controle e somente recebeu tratamento após seis semanas. Os resultados demonstraram que os grupos de tratamento com u.s., massagem e exercícios e u.s. (falso)

e exercícios obtiveram redução significativa no número e intensidade de dor nos TGP em 53% e 45%, respectivamente, quando comparados com o grupo de controle, 28%, mas nenhuma diferença entre U.S. verdadeiro e o falso (sham). O U.S. não ofereceu redução da dor; aparentemente, a massagem e o exercício reduziram o número e a intensidade de dor nos TGP, mas esta redução teve pouco impacto nas queixas sobre o pescoço e ombros dos pacientes.

Apesar de um bom tamanho da amostra e este tipo de tratamento ser um dos mais usados pelos fisioterapeutas nas clínicas, há pouca evidência sobre a ação específica destas terapêuticas nos casos de SDM crônica.

Irnich et al (2001) investigaram 177 pacientes com dor crônica no pescoço oriunda da SDM durante três semanas, submetendo-os a tratamento com acupuntura, massagem e acupuntura a *laser* simulado (falso), obtendo como resultado redução na intensidade 57%, 25% e 32% e limiar da dor em 24%, 8%, 17%, respectivamente. A massagem teve apenas um efeito mínimo na dor crônica, confirmando não haver eficácia quando utilizada de forma isolada, embora seja um tratamento muito comum. Os resultados relacionados à intensidade da dor obtidos com acupuntura a *laser* falso foram similares aos da massagem, 32% e 25%, respectivamente. Isso talvez tenha acontecido em virtude dos benefícios obtidos durante a palpação para identificação dos pontos dolorosos. Smith et al (2007), semelhantemente a Irnich et al (2001), avaliaram 27 pacientes portadores da SDM na junção têmporo-mandibular durante cinco semanas, tratando-os com acupuntura real (verdadeira) e acupuntura simulada (falsa). Os resultados relataram que a acupuntura real obteve redução significativa na intensidade da dor quando comparados com acupuntura simulada, 50% e 9%, respectivamente.

Mediante os resultados obtidos, mesmo tratando-se apenas de dois artigos, ficaram patentes os efeitos fisiológicos da acupuntura no tratamento da dor crônica, apesar de limitados. Portanto, estudos randomizados com um bom rigor científico são necessários para determinar a real da eficácia da acupuntura, visto que, os que foram abordados (IRNICH, 2001; SMITH, 2007), apresentaram disparidade tanto no tamanho da amostra quanto nas modalidades terapêuticas comparadas.

Considerações Finais

Os resultados apontam para a utilização da BTX-A, por proporcionar uma melhor eficácia terapêutica para tratar o paciente, promovendo alívio da dor, principalmente em longo prazo, minimizando a recorrência das sintomatologias. A utilização da infiltração com anestésico local isolada é uma boa opção, pois promove alívio da dor,

porém, em curto prazo, havendo a necessidade de várias infiltrações, o que proporciona desconforto local, além da necessidade de vários atendimentos, o que gera mais custos. O tratamento medicamentoso com agentes morfínicos e tizanidina mostraram-se boa opção terapêutica, mesmo que isoladamente, porém, tenha sido difícil realizar uma conclusão real da sua efetividade, por se tratar apenas de dois estudos. A opção terapêutica com modalidade física pode ser uma boa alternativa, já que, no decorrer do tratamento, mostraram seu efeito, mesmo mínimo. Mas, a sua utilização de forma dissociada não mostrou benefícios evidentes, tanto em curto como em longo prazo.

Pode-se concluir também que novos estudos com maior rigor metodológico se fazem necessários para o estabelecimento de um consenso sobre quais modalidades terapêuticas são realmente eficazes no tratamento da síndrome dolorosa miofascial, no sentido de minimizar as incapacidades e o afastamento do trabalho, conseqüentes da cronificação desta patologia. Este estudo apresenta o mérito de esclarecer alguns aspectos relacionados a essa terapêutica e servirá como base de estímulo para futuras pesquisas acadêmicas e suporte para profissionais da área de saúde que tratam da dor crônica.

Referências

ANDRÉS J. et al. Use of Botulinum Toxin in the Treatment of Chronic Myofascial Pain. **The Clinical Journal of Pain**; 19(4): 269-275, 2003

CASTRO M. et al. Tratamiento del Síndrome de Dolor miofascial con Toxina Botulinica tipo A. **Rev. Soc. Esp. Dolor**; 2: 96-102, 2006 Marzo.

FURTADO R.N.V. et al. Síndrome miofascial: comparação entre o tratamento com infiltração de Trigger points e medicação oral (ciclo-benzaprina). **Rev. Acta Fisiátrica**, 2002; 9(3): 117-126.

GAM A.N. et al. Treatment of myofascial trigger – points with ultrasound combined with massage and exercise a randomized controlled trial. **Pain**; 77(1): 73-9, 1998 Jul.

GRABOSKI C.L. et al. Botulinum toxin A versus bupivacaine Trigger point injections for the treatment of Myofascial pain síndrome: A randomised double blind crossover study. **Pain**; 118: 170-175, 2005.

IMAMURA M. et al. Fascite Plantar: estudo comparativo. **Rev. Bras. Ortopedia**, 1998 Março; 31(7): 561-566.

IRNICH D. et al. Randomised trial of acupuncture compared with conventional massage and “sham” laser acupuncture for treatment of chronic neck pain. **BMJ**; 322: 1574-8, 2001 June.

KAMANLI A. et al. Comparison of lidocaine injection, botulinum toxin injection, and dry needling to trigger points in myofascial pain syndrome. **Rheumatol Int**; 25(8): 604-11, 2005 Oct.

LEITÃO A.; LEITÃO V.A. Síndrome Miofascial. IN: Musse, CA, editor. **Clínica de Reabilitação**. 1ª edição. São Paulo. Ed. Atheneu, 1995. P.151-165.

LIANZA, S. Síndrome Dolorosa Miofascial. IN: Musse CA, editor. **Medicina de Reabilitação**. 2ª edição. São Paulo: Ed. Guanabara Koogan AS, 1995. P.163-177.

LIMA I.C.M. et al. Tratamento da lombalgia crônica pela inativação de pontos – gatilhos miofasciais. **Rev. Acta Fisiátrica**, 1999; 6(1): 10-13.

MALANGA G.A. et al. Tizanidine Is Effective in the Treatment of Myofascial Pain Syndrome. **Pain Physician**; 5(4): 422-432, 2002.

PIMENTA C.A.M et al. Opiáceo intratecal na dor crônica não neoplásica. **Arq. Neuropsiquiatria**, 1998; 56(3): 398-405.

PORTA M. A comparative trial of botulinum toxin type A and methylprednisolone for the treatment of myofascial pain syndrome and

pain from chronic muscle spasm. **Pain**; 85: 101-105, 2000.

SMITH P. et al. The efficacy of acupuncture in the treatment of temporomandibular joint myofascial pain: a randomized trial. **J Dent**; 35(3): 259-67, 2007 Mar.

UNNO E.K.; SAKATA R.K.; ISSY A.M. Estudo Comparativo entre Toxina Botulinica e Bupivacaina para Infiltração de Pontos Gatilho em Síndrome Miofascial Crônica. **Rev. Bras. Anestesiologia**, 2005 Abril; 55(2): 250-55.

WESCHENFELDER V.; AGNE J.E. Efeitos da hidrocinestoterapia no tratamento da Síndrome Dolorosa Miofascial: um estudo de caso. **Rev. Digital** (Buenos Aires), 2007 Março; 106(11): 120-6.

YENG L.T.; TEIXEIRA M.J.; KAZIYAMA H.H.S. Síndrome Dolorosa Miofascial. **Rev. Med.** (São Paulo),80(ed. esp. pt.1):94-110, 2001.