

# Síndrome Miofascial

Dr. Roberto E. Heymann\*



Divulgação

\* Assistente Doutor da Disciplina de Reumatologia da Unifesp. Coordenador do Ambulatório de Fibromialgia da Disciplina de Reumatologia da Unifesp. Presidente da Comissão de Dor, Fibromialgia e Outras Síndromes Dolorosas de Partes Moles da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

No passado, a educação médica tradicional abordava a dor musculoesquelética focalizando-se primariamente nas articulações, ossos e nervos. O músculo, e principalmente a dor miofascial, recebiam pouca atenção, e conseqüentemente muitos pacientes com quadros dolorosos miofasciais permaneciam sem diagnóstico, sofrendo por anos a fio.

Atualmente, a síndrome miofascial (SMF) tem sido reconhecida como uma importante causa de dor, e provavelmente a principal causa de lombalgias, cefaléias tensionais e dores orofaciais crônicas. Alguns estudos observaram a presença de alguma queixa miofascial em 74% a 85% de pacientes que freqüentavam clínicas especializadas em dor.

É um quadro de dor musculotendínea regional geralmente de evolução crônica, associado obrigatoriamente à presença de um ponto gatilho ou "trigger point" (PG). Acomete ambos os sexos, apresentando um pico de prevalência entre os 31 a 50 anos, durante a fase de maior atividade física.

A presença do PG é essencial ao seu diagnóstico. Apresenta-se como um pequeno ponto sensível, que pressionado reproduz parcial ou totalmente a dor referida pelo paciente. A dor na zona referida

geralmente é distal ao PG e a sua intensidade é modulada diretamente pela sua manipulação. No quadro 1 estão listados os critérios necessários para sua caracterização.

O quadro clínico depende basicamente da localização do PG e de sua zona de dor referida (ilustração 1), além de outras co-morbidades freqüentemente associadas. Os PG podem estar presentes em qualquer estrutura musculotendínea (quadro 2), encontrando-se geralmente dentro de uma banda de contração muscular (banda rígida).

Associada à dor, freqüentemente observamos limitação de movimento na região acometida, decorrente da rigidez e da contração muscular ali presentes. A tentativa de alongar a musculatura retraída pode levar ao agravamento da dor e ocasionar contrações prolongadas, obrigando o paciente a assumir posições viciosas. Freqüentemente este se queixa de uma fraqueza subjetiva, causada pela fadigabilidade precoce do músculo afetado.

Muitas vezes, outros sinais e sintomas, que não a dor, tais como dormência, formigamento e vertigens tornam-se proeminentes, dificultando o diagnóstico da SMF.

Embora com menos freqüência daquela observada na fibromialgia, a SMF associa-se a sintomas-satélites, dentre os quais se destacam os distúrbios de sono, as alterações do humor (depressão principalmente), os sintomas gastrointestinais disfuncionais (em especial o cólon irritável) e a fadiga.

Várias condições lesivas ou não ao músculo podem precipitar ou perpetuar o quadro miofascial. Dentre as mais freqüentes podemos citar: macrotraumas, microtraumas, isquemia, inflamação, sobrecarga funcional, estresse emocional, disfunções endócrinas, deficiências nutricionais e infecções crônicas.

## Quadro 1. Critérios para caracterização dos PGs

### Critérios para Trigger Points

#### Critérios essenciais

- Banda muscular palpável.
- Presença de nódulo sensível nesta banda.
- Reprodução sintomática com a pressão sobre o ponto doloroso.
- Limitação de movimento pela dor.

#### Outras observações

- Observação da "twitch response" após agulhamento ou palpação do TP.
- Dor ou alteração da sensibilidade na distribuição deste TP.
- ENMG demonstrando atividade elétrica espontânea na banda rígida ou no próprio TP.

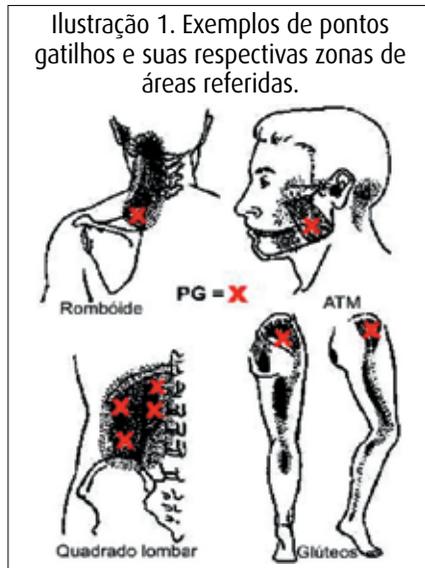
A síndrome miofascial se superpõe, em diversos aspectos, com a síndrome da fibromialgia. Na realidade, muitas das publicações do passado referentes à “fibrosite” descreviam pacientes com o que atualmente é classificado como síndrome miofascial.

Enquanto a síndrome da fibromialgia é marcada pela presença de dor difusa, a síndrome miofascial é definida como a presença de dor muscular regional, caracterizada pelo achado dos PGs. No quadro 3 estão listadas as diferenças e semelhanças entre a fibromialgia e a síndrome miofascial.

Deve-se deixar claro, no entanto, que os PGs, característicos da dor miofascial, são freqüentemente encontrados em pacientes com fibromialgia, da mesma forma que muitos pacientes diagnosticados como portadores de síndrome miofascial podem ter uma dor generalizada e presença de “tender points”. Portanto, a fibromialgia deve fazer parte do diagnóstico diferencial da dor miofascial, porém em situações bem específicas. No quadro 4 estão listadas as diferenças entre “trigger points” e “tender points”.

Talvez essas duas condições façam parte do espectro de uma única síndrome, pois as manifestações de fadiga, distúrbio do sono, os vários sintomas disfuncionais e os aspectos psicológicos evidenciados na fibromialgia também são encontrados na síndrome miofascial, mas em menor freqüência e intensidade.

A síndrome miofascial mimetiza vários quadros de dores regionais, freqüentes na rotina clínica diária, como por exemplo as dor-



salgias, as cefaléias tensionais, as síndromes temporomandibulares, as cervicobraquialgias e certas lombalgias. Os principais diagnósticos diferenciais da síndrome miofascial estão listados no quadro 5.

Devido a enorme heterogenicidade clínica da SMF, não existe até o presente momento nenhum tratamento universalmente aceito, deixando ao clínico a escolha da terapia mais apropriada. De um modo geral, a terapia se baseia no incremento da atividade central inibitória da dor, através de medicamentos e técnicas comportamentais; e na diminuição do estímulo nociceptivo periférico, através de técnicas de relaxamento, reabilitação e inativação dos “trigger points”. Semelhante ao que ocorre em outros quadros de dor crônica, a terapêutica da SMF freqüentemente requer uma equipe multidisciplinar.

O primeiro passo consiste em informar o paciente quanto à natureza da doença, suas causas, evolução e terapêutica.

Os fatores geradores ou perpetuadores do quadro miofascial devem ser identificados e eliminados quando possível. A postura e a mecânica corporal, bem como suas relações com o ambiente de trabalho, devem ser consideradas e modificadas quando necessário, a fim de que possam prevenir posturas inadequadas e diminuir a fadiga muscular. Bruxismo e apertamento dentário, se detectados, devem ser corrigidos através de exercícios, do uso de placa dentária ou até de correções de oclusões dentárias.

Orientações quanto à higiene do sono devem ser feitas, na presença de distúrbios do sono.

A inativação dos PGs é um dos principais objetivos no tratamento da síndrome miofascial. Sua eliminação é essencial para o alívio da dor e o restabelecimento da normalidade funcional local.

O método mais empregado na inativação dos PGs é o seu agulhamento. Neste procedimento utilizamos uma agulha hipodérmica, que deve ser inserida no PG, com intenção de desativá-lo. Apesar de a efetividade ser semelhante quando realizado a seco ou associado ao anestésico, deve-se, para melhorar a tolerabilidade e o conforto do paciente, adicionar anestésico, de preferência a lidocaína a 1,0% sem vasoconstritor. O agulhamento pode eventualmente ocasionar dor e desconforto imediato após sua aplicação, especialmente se são manipulados múltiplos pontos.

### Quadro 2. Grupos musculares mais comumente afetados pela síndrome miofascial

- Músculos da região cervical posterior.
- Músculos esternocleidomastóideo e escaleno.
- Trapézio.
- Infra-espinhoso.
- Supra-espinhoso.
- Elevador da escápula, rombóide e musculaturaparavertebral dorsal.
- Músculos extensores e flexores do antebraço.
- Músculos peitorais (maior e menor).
- Musculatura paravertebral lombar (ou sacrolombar) e o quadrado lombar.
- Músculos glúteos, tensor da fáscia lata e piriforme.

### Quadro 3. Semelhanças e diferenças entre a síndrome miofascial e a fibromialgia

Características	Síndrome miofascial	Fibromialgia
Dor musculoesquelética	Localizada	Generalizada
Etiologia	Traumática	Traumática?
Trigger points	Presentes	Ausentes
Tender points	Ausentes	Presentes
Fadiga importante	Eventual	Muito freqüente
Sono não reparador	Freqüente	Freqüente
Parestesias	Menos freqüente	Mais freqüente
Sintomas depressivos	Freqüente	Freqüente
Cólon irritável	Menos freqüente	Mais freqüente
Sensação de edema	Menos freqüente	Mais freqüente

Os riscos do agulhamento dos PGs incluem sangramentos, aplicação venosa por engano dos anestésicos, formação de hematomas locais, infecções cutâneas, lesão de nervos periféricos, pneumotórax, quebra da agulha, reações alérgicas e síncope vasovagal. Deve-se contra-indicar o agulhamento nas desordens hemorrágicas, durante o uso de anticoagulantes, na presença de infecção local ou sistêmica, quando há histórico de alergia ao agente anestésico, no trauma muscular agudo ou quando há medo intenso de agulha.

Pelo seu custo elevado, associado ao fato de sua efetividade não ser claramente superior ao agulhamento, o emprego da toxina botulínica na inativação dos PGs é controverso, devendo ser considerado como alternativa terapêutica na falha das opções tradicionais.

Seja qual for o método utilizado para inativar os PGs, este deverá estar sempre associado a manobras de alongamento muscular da região referida de dor.

O uso de medicamentos muitas vezes é essencial. Dependendo da classe, atuam diminuindo os estímulos nociceptivos periféricos ou atuam no controle somatossensorial central, estimulando a ação das vias inibitórias do sistema nervoso central. Há quatro classes de medicamentos que podem ser úteis: os antidepressivos (especialmente os antidepressivos tricíclicos), antiinflamatórios e analgésicos, os relaxantes musculares e os anticonvulsivantes. A escolha de um destes deve-se basear no quadro clínico doloroso e na apresentação de co-morbidades. De modo geral, deve-se utilizar os princípios

utilizados no tratamento das dores crônicas não-malignas.

Durante os períodos de agudização da dor, a utilização de analgésicos simples ou opióides pode ser recomendada no sentido de aliviar a sintomatologia. O mesmo princípio é aplicado para uso de AINH, que podem contribuir com a analgesia momentânea local. Esta classe de medicamentos também é útil, durante o período inicial de reabilitação, proporcionando alívio sintomático após sessões de exercícios.

Os antidepressivos oferecem o mesmo potencial de alívio sintomático ao observado em outras condições dolorosas crônicas. Em geral, utilizamos a amitriptilina em doses que variam de 12,5 a 50 mg.

Os anticonvulsivantes apresentam, no momento, poucas evidências para sua utilização nos quadros de dor miofascial, pois a maioria dos estudos foi realizada sem grupos controle. Dentre eles, a gabapentina apresenta ação analgésica entre doses que variam de 600 a 1.800 mg.

Os relaxantes musculares podem ser empregados em quadros de espasmos musculares importantes. A ciclobenzaprina, que apresenta ação central semelhante a amitriptilina, tem sido empregada em doses que variam entre 5 a 30 mg, com bons resultados. A tinadizina é outra opção em doses de 8 a 16 mg.

A reabilitação do doente é alcançada através da correção das disfunções mecânicas e sistêmicas que interferem na capacidade de recuperação do músculo. A cinesioterapia em casos de síndrome miofascial visa aprimorar e otimizar a atividade mecânica muscular e proporcionar analgesia, recuperação da expansibilidade, força,

resistência à fadiga e o restabelecimento do condicionamento fisiológico.

Distúrbios comportamentais, como depressão, ansiedade e irritabilidade são fatores perpetuadores da dor, e portanto devem ser imediatamente identificados e tratados. Técnicas como o biofeedback, as manobras de relaxamento, procedimentos cognitivo-comportamentais, entre outros, são também eficazes como auxiliares na reabilitação dos doentes com SMF. ♦

## BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Bengtsson A, Henriksson KG, Jorfeldt L et al. Primary fibromyalgia: a clinical and laboratory examination of 55 patients. *Scand J Rheumatol*. 1986;15:340-347.
2. Brown BR. Diagnosis and therapy of common myofascial syndromes. *Jama*. 1978;239:646.
3. Cooper BC, Alleva M, Cooper DL et al. Myofascial pain dysfunction: analysis of 476 patients. *Laryngoscope*. 1986;96:1099.
4. Ehman RL. Interpretation of magnetic resonance images. in magnetic resonance of the musculoskeletal system. Ed. Thomas H. Berquist. Raven Press. 1986;23-64.
5. Fishbain DA, Goldberg M, Meagher BR et al. Male and female chronic pain patients categorized by dsm iii psychiatric diagnostic criteria. *Pain*. 1986;26:181-197.
6. Fourie LJ. The scapulothoracic syndrome. *S Afr Med J*. 1991;79:721-724.
7. Friction J, Kroening R, Haley D. Myofascial pain syndrome: a review of 164 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1982;60:615-623.
8. Simons DG. Special review. Muscle pain syndromes. Part II. Historical review. *Am J Phys Med*. 1976;56:15-42.
9. Sola AE, Kuitert JH. Myofascial trigger point pain in the neck and shoulder girdle. *Northwest Med*. 1955;54:980.
10. Sola AE, Williams RL. Myofascial pain syndromes. *Neurology*. 1956;6:91.
11. Travell J, Rinzler SH. The myofascial genesis of pain. *Postgrad Med*. 1952;17:425.
12. Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Baltimore: Williams and Wilkins. 1983.
13. Williams DC. Approach to the patient with neck and low back pain. *Rheumatology secrets*. Ed. Sterling G. West. Hanley & Belfus and Mosby. 1997;348-353.
14. Wolfe F, Simons DG, Fritton JR et al. The fibromyalgia and myofascial pain syndromes: a preliminary study of tender points and trigger points in persons with fibromyalgia, myofascial pain syndrome and no diseases. *J Rheumatol*. 1992;19:944-951.
15. Yap EG. Myofascial pain. An overview. *Ann Acad Med Singapore*. 2007;36:43-8.
16. Yunus MB. Fibromyalgia syndrome and myofascial pain syndrome: clinical features, laboratory tests, diagnosis, and pathophysiologic mechanisms. In: Edward S. Rachlin. *Myofascial Pain and Fibromyalgia*. Mosby Ed. 1994;3-29.

### Endereço para correspondência:

R. Conselheiro Brotero, 1.539 - conj. 52  
CEP 01232-010 - São Paulo - SP.

### Quadro 4. Diferenças entre “trigger” e “tender points”

Trigger point	Tender point
Único ou múltiplos	Múltiplos
Qualquer músculo	Locais simétricos predeterminados
Causam dor referida	Não causam dor referida
Banda tensa	Ausência de banda tensa
“Twitch response” presente	“Twitch response” ausente
Sinal do pulo presente	Sinal do pulo raro

### Quadro 5. Principais diagnósticos da síndrome miofascial

- Diagnóstico diferencial da Síndrome Miofascial
- Espasmo muscular
- Deficiência muscular
- Fibromialgia
- Síndrome facetária
- Artropatias mecânicas e inflamatórias
- Radiculopatias
- Tendinites e tenossinovites e bursites
- Miopatias