



musculoesquelética

Fascículo 04

DOR MUSCULOESQUELÉTICA

Dra. Fabíola Peixoto Minson

CRM 90.398

- Anestesiologista, Área de Atuação em Dor AMB (Associação Médica Brasileira)
- Coordenadora do Centro Integrado de Tratamento de Dor São Paulo- SP
- Coordenadora da Equipe de Tratamento da Dor do Hospital Albert Einstein São Paulo
- Diretora Administrativa da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED) Gestão 2009-2010

Dra Liége Mentz-Rosano

CRM-SP 114.133

- Ortopedista / Especialização em Dor pelo HC-FMUSP
- Membro da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED)
- Membro da International Association for the Study of Pain (IASP)



A dor musculoesquelética é a dor mais prevalente na população mundial, atingindo todas as faixas etárias. A incidência de dor crônica tem aumentado muito nos últimos anos em função de modificações nos hábitos de vida e no meio ambiente, além de inúmeras outras razões, como aumento do estresse e aumento das cobranças no mundo corporativo.¹ A dor musculoesquelética estará presente na vida de todos os adultos em algum momento ao longo de sua vida, seja em um único episódio ou de maneira recorrente.

As dores musculoesqueléticas podem ser ocasionadas por traumas, processos infecciosos, lesões por esforço excessivo, originadas por vícios posturais, sobrecargas mecânicas, lesões traumáticas não tratadas adequadamente, câncer, entre outras causas. A dor pode ser aguda e de fácil resolução, ou pode ser persistente, tornando-se crônica. É muito comum a recorrência ou a persistência destas dores, levando à cronicidade. A dor crônica musculoesquelética é caracterizada pela persistência de desconforto doloroso por mais de três meses. Alguns autores caracterizam a dor crônica como aquela que persiste por um período acima de seis meses e outros, ainda, acima de 12 meses.²

Apoio



Ferreira e cols realizaram um estudo na cidade de São Paulo que mostrou que 28,7% da população acima de 18 anos sofre de dor crônica, 22,1% tem problemas na coluna, 19,6% tem dor de cabeça e enxaqueca, 14% tem ansiedade e outros transtornos psiquiátricos e 9% tem depressão. A pesquisa mostrou, ainda, que 32,9% das pessoas que sofrem deste mal não utilizaram nenhum medicamento nos últimos doze meses, 42% dos indivíduos procuraram ajuda médica e outros 15,5% tomaram algum remédio por decisão própria.³

A presença de dor indica a ocorrência de alguma lesão real ou potencial, tendo um papel de defesa que alerta para a ocorrência de uma possível lesão. Por outro lado, a dor crônica corresponde a mecanismos de adaptação, especialmente musculoesqueléticos e psicocomportamentais, que levam à incapacidade e repercussões biopsicossociais desfavoráveis.^{4,5}

SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL

A Síndrome Dolorosa Miofascial (SDM) caracteriza-se por ser uma condição dolorosa muscular que afeta, geralmente de maneira isolada, várias regiões do corpo, como coluna cervical, coluna lombar, cintura escapular, cintura pélvica e vários outros pontos do corpo (Tabela 1). No exame físico, apresenta bandas musculares tensas palpáveis, representados pelos nódulos musculares, onde se identificam pontos intensamente dolorosos, os pontos-gatilho⁶ (Figura 1) que, quando estimulados, ocasionam dor intensa local que pode se irradiar para outros locais próximos ao ponto de dor (Figura 2).

Costuma afetar apenas uma região do corpo de cada vez. A dor pode ser ocasionada por algum trauma (acidentes), por sobrecarga em determinadas regiões (erguer peso, alterações posturais, atletas de final de semana) ou por estresses emocionais. Pessoas afetadas pela Síndrome Dolorosa Miofascial, podem ter alterações no sono, fadiga e intolerância a exercícios físicos.⁷

Infelizmente, muitos profissionais da área da saúde tem dificuldade para reconhecer a SDM, apesar de apresentar uma prevalência de 85-93% em

centros de dor e ser uma das causas mais comuns de dor e incapacidade em pessoas com dores musculoesqueléticas.^{5,8}

Características da SDM:

- 1- dor difusa em um músculo ou grupo muscular
- 2- dor regional em peso, queimação ou latejamento
- 3- surtos de dor à distância ou referida
- 4- queixas de parestesia sem padrão neurológico
- 5- banda muscular tensa palpável
- 6- presença de pontos-gatilho ativos e/ou latentes
- 7- reprodução das queixas pela compressão do PG
- 8- *twitch response* à palpação ou inserção de agulha no PG
- 9- diminuição da dor após estiramento do músculo ou infiltração do PG
- 10- encurtamento muscular

Tabela 1: Características da Síndrome Dolorosa Miofascial.⁶

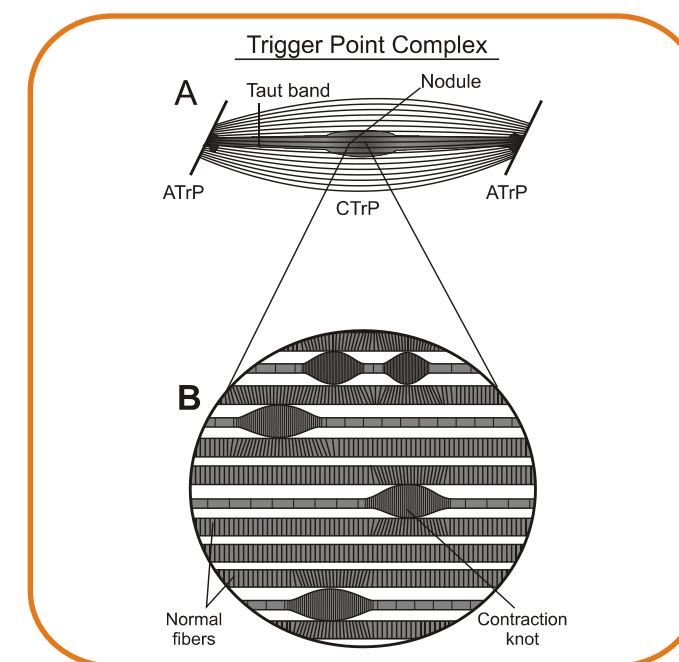


Figura 1: Ilustração da anatomia do ponto-gatilho.

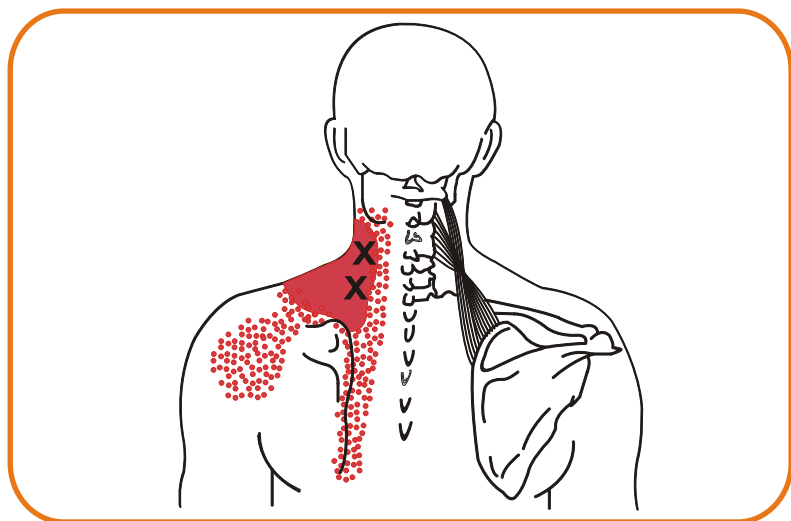


Figura 2: Representação de ponto-gatilho (x) e área de dor referida (pontilhado).

CERVICALGIA

As dores na região cervical são mais frequentes nas mulheres e ocorrem em 55% das pessoas em alguma fase da vida. Dentre as causas mais comuns de cervicalgia estão: anormalidades musculoesqueléticas, neurológicas, viscerais, tegumentares e condições sistêmicas, ou localizadas a distância, como o tórax e a cabeça, podendo ser de natureza traumática, inflamatória, degenerativa e neoplásica. Os músculos mais afetados nesta região são: trapézio, elevador da escápula, esternocleidomastoideo, esplênicos e escalenos. Problemas ocupacionais como posturas inadequadas mantidas durante períodos prolongados, em ambientes insatisfatórios do ponto de vista ergonômico ou psicológico, podem gerar dores na região cervical.⁹

LOMBALGIA

A dor lombar é uma das queixas mais comuns nos consultórios médicos. Cerca de 80% das pessoas sofreram ou sofrerão de lombalgia em algum momento na vida. A prevalência de lombalgia aumenta com o avançar da idade, com discreta predominância no sexo feminino. A dor lombar está mais relacionada com certas atividades profissionais onde se exigem esforços

excessivos ou posturas inadequadas por tempo prolongado. Outros aspectos também podem estar relacionados, como fatores psicossociais, desmotivação, insatisfação com a atividade profissional, depressão e gestação.⁷

A lombalgia pode ser aguda, com duração de até três meses, com recuperação espontânea em cerca de 90% dos doentes. Entretanto, mais da metade dos doentes podem ter recorrência dos sintomas e mais de um terço pode apresentar cronificação da dor. Vários fatores podem contribuir para a cronicidade, entre eles: falta de correção dos fatores desencadeantes, fatores posturais, fatores psicossociais, benefícios ou perdas secundárias, imobilismo, doenças associadas (alterações psiquiátricas, uso de drogas, depressão, ansiedade), fatores mecânicos e degenerativos e lesões do sistema nervoso periférico ou central.

Podemos citar alguns fatores de risco para a ocorrência de dores lombares, como fatores constitucionais: aumento de peso, fraqueza dos músculos paravertebrais e abdominais e frouxidão ligamentar; fatores ocupacionais: gerados por sobrecarga na região lombar ao erguer pesos excessivos ou permanecer muito tempo numa mesma posição. Os hábitos de vida diários, como fumo, alcoolismo e sedentarismo, também são fatores de risco.

Os exames complementares como Raio-X, Ressonância Nuclear Magnética e Tomografia Computadorizada devem ser realizados de acordo com a história clínica e o exame físico, para descartar hérnias discais, estenose do canal medular, tumores e neuropatias.

O diagnóstico correto é fundamental para que o tratamento tenha um bom resultado. Após feito o diagnóstico, o primeiro passo é o controle da dor, que pode ser feito inicialmente através de medicações anti-inflamatórias, miorrelaxantes e analgésicas. O repouso não deve ser prolongado, devendo durar de dois a, no máximo, sete dias, pois pode levar a atrofia muscular, dificultando a reabilitação e aumentando a incapacidade do indivíduo. Nos casos de dores crônicas, pode-se usar também medicações psicotrópicas e antidepressivas, por suas propriedades analgésicas e miorrelaxantes, reguladoras do sono e do humor. Analgésicos opioides fracos ou potentes podem ser necessários.

A cinesioterapia é essencial no tratamento das lombalgias, assim como a correção postural. As atividades físicas devem ser estimuladas no momento certo. Alguns casos podem se beneficiar de infiltrações em pontos dolorosos ou pontos-gatilho, com anestésicos locais e técnicas de medicina intervencionista, como bloqueios peridurais ou radiculotomias por radiofrequência.

O tratamento cirúrgico deve ser indicado somente após a adequada tentativa de tratamento conservador, havendo indicações precisas para tal. Somente 1 a 3% dos doentes requerem tratamento cirúrgico.

FIBROMIALGIA

A Síndrome Fibromiálgica (SFM) é uma doença em estudo crescente, de etiologia desconhecida, caracterizada por ocorrência de dor musculoesquelética generalizada crônica, fadiga, alterações no sono, estresse, entre outros sintomas. A prevalência da Fibromialgia independe da idade ou nível sócio-econômico e cultural, afetando 2-10% da população, sendo quatro a sete vezes mais comum em mulheres.¹⁰

Muitas atividades podem piorar os sintomas da fibromialgia, como digitar, permanecer sentado ou caminhar por muito tempo, estresse, levantamento de peso, realização de movimentos repetitivos e manutenção de qualquer posição por tempo prolongado. Atividades discretamente sedentárias, que permitam tarefas variadas e mudanças de posição, são mais bem toleradas. As queixas apresentadas pelos fibromiálgicos são dor generalizada, localizada no hemicorpo direito e/ou esquerdo, acima e abaixo da cintura, além do eixo axial (região cervical, face anterior do tórax, dorso e região lombar), com duração superior a três meses. Muitos doentes apresentam, assomadamente, ansiedade, depressão, nervosismo, insônia, cefaléia, síndrome do cólon irritável, infecções urinárias de repetição, irregularidades no fluxo menstrual, sensibilidade ao frio, déficits de memória e concentração e câimbras nas pernas, condições clínicas mais frequentemente vistas em SFM que na população em geral.

A dor crônica compromete diversos aspectos da vida diária, relacionados a estresses emocionais, comprometimento da produtividade e do nível de educação e maior frequência de divórcios. O estresse pode desempenhar papel relevante na mediação e perpetuação dos sintomas da fibromialgia. Muitos doentes referem que os primeiros sintomas iniciaram após períodos de estresse ou após traumas; ou que os sintomas se agravaram após estresses físicos ou emocionais de curta duração. É comum a queixa de desconfiança e falta de credibilidade por parte de amigos, familiares e profissionais da saúde, por serem as queixas poliformes e subjetivas, os exames complementares normais, por haver recorrência dos sintomas e melhora não significativa com as terapias empregadas. O descondicionamento físico é característico na fibromialgia, predispondo microtraumatismos musculares e fadiga crônica.

O tratamento da fibromialgia baseia-se na abordagem interdisciplinar, incluindo o controle da dor e da fadiga, a melhora do padrão do sono, o controle do estresse, melhora do humor, condicionamento físico e reintegração psicossocial.¹¹ Para isto, uma grande variedade de medicamentos pode ser utilizada, como anti-inflamatórios não esteroidais, corticoesteroides, opioides, anestésicos locais, ansiolíticos, neurolépticos, miorrelaxantes, anticonvulsivantes e antidepressivos.

Além da terapia medicamentosa, podem ser utilizados meios físicos como calor, massagem e eletroterapia, condicionamento físico, hidroterapia, acupuntura, infiltrações de pontos dolorosos ou pontos-gatilho, cinesioterapia e tratamento psicoterápico. Programas educativos são de grande importância.¹²

A prevenção da recorrência dos sintomas e a manutenção da qualidade de vida são fundamentais no processo de reabilitação do fibromiálgico.

TRATAMENTO

O princípio do tratamento das dores musculoesqueléticas deve basear-se no conceito da multidisciplinaridade (figura 3). Devem agir, conjuntamente, diversos profissionais como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos e educadores físicos. Antes de pensarmos no tratamento, devemos lembrar que o diagnóstico bem feito é fundamental para tratarmos não só a dor, mas também a causa da dor. Avaliações cirúrgicas devem ser realizadas em casos específicos e sempre que necessário.



Figura 3. Conceito da multi e interdisciplinaridade no tratamento da dor.¹³

Os objetivos do tratamento da dor musculoesquelética estão demonstrados na tabela a seguir (tabela 2):

Objetivos do tratamento da dor musculoesquelética:

- controle da dor, com medicações, meios físicos, etc
- controle da fadiga
- melhora do padrão de sono
- controle das anormalidades do humor
- melhora da funcionalidade
- reintegração psicossocial
- prevenção da recorrência dos sintomas
- melhora e manutenção da qualidade de vida

Tabela 2: Objetivos do tratamento da dor musculoesquelética

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

O tratamento medicamentoso pode e deve ser utilizado em todas as fases da dor. Atualmente, o arsenal de medicações disponíveis e medicações adjuvantes no tratamento da dor é muito extenso. Na dor musculoesquelética, podemos fazer uso de várias medicações citadas a seguir.

O anti-inflamatório não esteroidal (AINE) é uma das medicações mais usadas por médicos nos pronto-socorros, por ortopedistas nos ambulatórios e por desportistas como automedicação. Apresentam boa eficácia nas dores agudas relacionadas a processos inflamatórios decorrentes de traumas ou esforços, assim como outras doenças de origem inflamatória, devendo ser empregados no primeiro degrau da escada analgésica da OMS. (Figura 4)

Os relaxantes musculares são extremamente importantes em dores de origem muscular, como a Síndrome Dolorosa Miofascial e a Fibromialgia. Entre eles, podemos citar a orfenadrina, a ciclobenzaprina, a tizanidina, o carisprodol e o baclofeno.

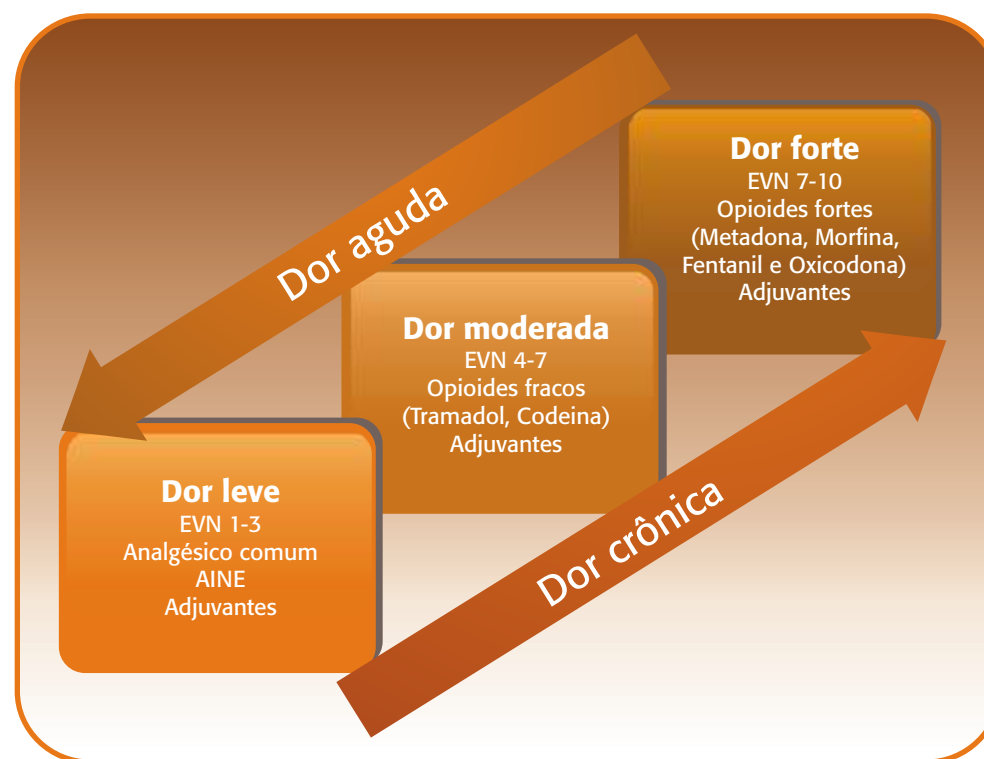


Figura 4: Escada analgésica da OMS.¹⁴

Habitualmente, analgésicos comuns são utilizados tanto na fase aguda quanto na fase crônica das dores musculoesqueléticas, para dores leves (primeiro degrau) ou como adjuvantes quando se utilizam opioides.

Analgésicos mais potentes como os opioides fracos e fortes podem ser utilizados nos casos de dores intensas que não apresentaram melhora com analgésicos fracos e medicações adjuvantes. Os opioides fracos (tramadol e codeína) são empregados no segundo degrau da escada analgésica e os opioides fortes (metadona, morfina, fentanil e oxycodona) no terceiro degrau.

A associação de opioides fracos com analgésicos comuns tem sido cada vez mais frequente na prática médica. As medicações adjuvantes são fundamentais nas dores crônicas.

Podemos associar às medicações citadas acima, antidepressivos tricíclicos, antidepressivos duais, inibidores seletivos da recaptação de serotonina, anticonvulsivantes e benzodiazepínicos.

Medicações tópicas (*Cordia verbenacea*, Capsaicina e AINE) tem demonstrado bons resultados, principalmente quando associadas à massagem terapêutica.

TRATAMENTO NÃO-MEDICAMENTOSO

Na fase aguda da dor musculoesquelética, devemos iniciar com medidas analgésicas antes de iniciarmos com exercícios de fortalecimento e condicionamento físico. Como medidas analgésicas, podemos citar os meios físicos (calor, massagem e eletroterapia). Como adjuvantes temos a acupuntura, a psicoterapia, a meditação, entre outros.

Após a diminuição da dor intensa podemos iniciar com liberação miofascial, exercícios de fortalecimento muscular, intensificar os exercícios de alongamento muscular, hidroginástica, hidroterapia e outras atividades físicas, conforme a tolerância de cada paciente.

Na Síndrome Dolorosa Miofascial é importante a inativação dos pontos-gatilho, tanto os ativos quanto os latentes. A inativação pode ser feita através de técnicas de liberação miofascial, agulhamento seco e bloqueios anestésicos. Outros procedimentos da medicina intervencionista na dor também podem ser usados. Na Fibromialgia, devemos primeiro tratar a dor generalizada para depois pensarmos em fazer a inativação de pontos isoladamente, para não correremos o risco de termos uma piora na dor do paciente. Os encurtamentos e espasmos musculares também devem ser tratados, mesmo quando assintomáticos, para evitarmos a recidiva dos sintomas.

Os programas educativos são de extrema importância para pacientes que sofrem com dores crônicas, principalmente na Fibromialgia, pois melhora o entendimento do paciente sobre o que acontece no seu corpo e melhora a adesão ao tratamento. Devem ser realizadas correções nos fatores agravantes, precipitantes e/ou perpetuantes das dores, como alterações posturais, falta de condicionamento físico, cargas excessivas no trabalho ou nas atividades físicas e equipamentos inadequados no ambiente de trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, LeResche L, Von Korff M, editors. Epidemiology of pain. *Seattle: IASP Press; 1999.*
2. LeResche L. Epidemiologic perspectives on sex differences in pain. In Fillingim RB, editor. Sex, gender, and pain. Progress in pain research and management, Vol. 17. *Seattle: IASP Press; 2000.* p. 233-49.
3. Ferreira KASL. EPI-dor: retratos da dor no Brasil. Universidade de São Paulo. Instituto Câncer "Octávio Frias de Oliveira". Centro Interdisciplinar de Dor HCFMUSP. Liga de Dor FMUSP/EEUSP. Universidade de Guarulhos UnGa
4. Croft PR, Papageorgiou AC, Ferry S, Thomas E, Jayson MI, Silman AJ. Psychologic distress and low back pain. Evidence from a prospective study in the general population. *Spine* 1995;20:2731-7.
5. Teixeira, MJ. Dor: Síndrome Dolorosa Miofascial e Dor Musculoesquelética. *Roca*, 2008.
6. Travell JG, Simons DG. Dor e Disfunção Miofascial *Manual dos pontos-gatilho*. - 2.ed. *Porto Alegre: Artmed*, 2005.(parte superior do corpo; v.1) p. 91-153.
7. Von Korff M, LeResche L, Dworkin SF. First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain* 1993;55:251-8.
8. Teixeira, MJ. Dor: Princípios e Prática. *Síndrome dolorosa*. - *Porto Alegre : Artmed*, 2009
9. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the UW workforce. *JAMA* 2003;290:2443-54.
10. Russell IJ, Bieber CS. Myofascial pain and fibromyalgia syndrome. In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. *Melzack and Wall's textbook of pain, 5th ed.* *Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005.* p. 669-81.
11. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004;292:2388-95.
12. Langhorst J, Musial F, Klose P, Hauser W. Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Rheumatology (Oxford)* 2009;48:1155-9.
13. Häuser W, Bernardy K, Arnold B, Offenbacher M, Schiltenswolf M. Efficacy of multicomponent treatment in fibromyalgia syndrome: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arthritis Rheum* 2009;61:2162-4.
14. Eisenberg E, Marinangeli F, Birkahahn J, Paladini A, Varrassi G. Time to modify the WHO analgesic ladder? *Pain Clinical Updates*. 2005;13(5):1-4

CRISTÁLIA, SEMPRE CONTRIBUINDO COM A EVOLUÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DA MEDICINA BRASILEIRA.



Fundado em 1972, com capital 100% nacional, o Cristália é um complexo farmoquímico, farmacêutico e biotecnológico, líder na produção e comercialização de anestésicos e adjuvantes para anestesia na América Latina. Foi a primeira empresa a disponibilizar analgésicos opioides orais ao mercado brasileiro, marcando o avanço no tratamento da dor no país.

Seu posicionamento de mercado prioriza a inovação aberta, o incentivo à pesquisa e a produção de medicamentos a preço justo. Foi considerada a empresa mais inovadora do país pela Sociedade Brasileira Pró-Inovação Tecnológica (Protec) em conjunto com o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) em outubro de 2009.

Com sua linha DOR & INFLAMAÇÃO, ocupa uma posição de destaque nas áreas de Ortopedia, Reumatologia, Neurologia, Oncologia e Dor, oferecendo opções terapêuticas da mais alta qualidade e confiabilidade.

Linha Dor &
Inflamação
CRISTÁLIA
Valoriza a vida sem dor

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

Sempre um passo à frente...

www.cristalia.com.br