

Síndrome dolorosa miofascial como diagnóstico diferencial de dor abdominal crônica. Relato de caso

Myofascial pain syndrome as a diagnosis of chronic abdominal pain. Case report

Elisa Jaime de Menezes¹, Eloisa Gasparini Saque², Graciele Bianchi Marcon²

DOI 10.5935/2595-0118.20210021

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor abdominal crônica pode ter origem em estruturas viscerais, somáticas ou nervosas. O diagnóstico é desafiador e, em casos prolongados e com evolução atípica, deve-se considerar a síndrome dolorosa miofascial. O objetivo foi relatar um caso de dor crônica abdominal após cirurgia perpetuada pela presença de pontos-gatilho na musculatura da parede abdominal.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 15 anos, submetido a apendicectomia sem intercorrências. Devido à persistência da dor pós-operatória, foi prescrita gabapentina e analgésicos. Após 45 dias, continuava com dor incapacitante, impedindo-o de realizar suas atividades habituais. Foi submetido à revisão cirúrgica, não elucidativa, e outras tentativas de controle algico, como bloqueio anestésico do plano transversal abdominal e lidocaína por via transdérmica, sem sucesso. Encaminhado ao ambulatório de acupuntura, apresentando marcha antálgica, defesa voluntária à palpação de hipocôndrio e fossa ilíaca direita, presença de pontos-gatilho em músculo reto abdominal e quadrado lombar direito, com dor referida em fossa ilíaca direita, sem sinais ou sintomas de dor neuropática. Foi realizado o agulhamento dos pontos-gatilho, eletroestimulação nos pontos motores dos referidos músculos e orientação de alongamentos. Na fase de monitoramento, o paciente apresentou melhora gradual dos sintomas, suspensão dos fármacos e retorno às suas atividades.

CONCLUSÃO: A síndrome dolorosa miofascial é uma das causas mais comuns de dor e incapacidade, é pouco diagnosticada e deve ser considerada entre os diagnósticos diferenciais.

Descritores: Acupuntura, Dor crônica, Síndromes da dor miofascial.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Chronic abdominal pain may originate in visceral, somatic or nervous structures. Diagnosis is challenging and, in prolonged cases with atypical development, the possibility of a myofascial pain syndrome should be considered. The objective was to report a case of post-surgical chronic abdominal pain perpetuated by the presence of trigger points in the musculature of the abdominal wall.

CASE REPORT: Male patient, 15 years old, underwent appendectomy without complications. Due to the persistence of pain after surgery, gabapentin and analgesics were prescribed. After 45 days, the patient still had disabling pain, preventing him from performing usual activities. The patient underwent surgical revision, which was not conclusive, and other attempts at pain control, such as anesthetic block of the abdominal transverse plane and transdermal lidocaine, without success. He was then referred to the acupuncture clinic, presenting antalgic gait, voluntary guarding to palpation of the hypochondrium and right iliac fossa, presence of trigger points in the rectus abdominis and right quadratus lumborum muscles, with pain referred at right iliac fossa, with no signs or symptoms of neuropathic pain. The needling of trigger points, electrostimulation at the motor points of referred muscles and stretching guidance were performed. During the follow-up period, the patient presented a gradual improvement in symptoms, suspension of the drugs in use and return to activities.

CONCLUSION: Myofascial painful syndrome is one of the most common causes of pain and disability, is still underdiagnosed and should be considered among the differential diagnosis.

Keywords: Acupuncture, Chronic pain, Myofascial pain syndromes.

INTRODUÇÃO

A dor abdominal crônica pode ter origem em estruturas viscerais, somáticas ou nervosas. O diagnóstico pode ser desafiador, principalmente em casos mais prolongados e com evolução atípica, devendo ser considerada a síndrome dolorosa miofascial (SDM) entre os diagnósticos diferenciais.

O objetivo deste relato foi apresentar um caso de dor crônica abdominal após cirurgia perpetuada pela presença de pontos-gatilho (PG) na musculatura da parede abdominal. A dor não cessou mesmo depois de diversos tratamentos e não foi relacionada a qualquer alteração anatômica, funcional ou laboratorial. A dor melhorou após desativação dos PG e tratamento integral do paciente.

Elisa Jaime de Menezes – <https://orcid.org/0000-0003-2148-0018>;
Eloisa Gasparini Saque – <https://orcid.org/0000-0002-3548-2826>;
Graciele Bianchi Marcon – <https://orcid.org/0000-0002-6930-7620>.

1. Hospital Ruth Cardoso, Departamento de Anestesiologia, Balneário Camboriú, SC, Brasil.
2. Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, Departamento de Anestesiologia, Itajaí, SC, Brasil.

Apresentado em 29 de julho de 2020.

Aceito para publicação 03 de março de 2021.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Rua Julieta Lins, 200, Ap. 801 – Pioneiros
88331-010 Balneário Camboriú, SC, Brasil.
E-mail: elo.gaspa@gmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 15 anos, previamente hígido, iniciou com dor abdominal em hipogástrio com irradiação para fossa ilíaca direita (FID) e inapetência. Evoluiu com permanência da dor, com localização na FID, sendo internado e submetido à apendicectomia aberta sob raqui-anestesia com bupivacaína hiperbárica 16mg, morfina 80µg e sufentanil 6µg. Não houve intercorrências anestésicas ou cirúrgicas no perioperatório.

Mesmo depois da cirurgia a dor persistiu, sendo prescrita gabapentina 300mg a cada 8h, codeína 30mg de 6/6 horas e dipirona 500mg de 6/6 horas por 15 dias. Após 45 dias da cirurgia o paciente referiu dor intensa, que o incapacitava de retomar suas atividades habituais, incluindo frequentar a escola. Foi internado para investigação e tratamento da dor. Os exames laboratoriais não apresentavam anormalidades, assim como a tomografia computadorizada de abdômen e pelve, que não evidenciou alterações significativas.

Foi realizado bloqueio analgésico do plano transversal abdominal guiado por ultrassom, com 10mL de ropivacaína a 0,5% e 4mg de dexametasona, com piora da dor no dia da realização do bloqueio e retorno da intensidade e características iniciais da dor no dia seguinte.

Foi indicada revisão da cirurgia, não sendo encontrada alteração anatômica, sendo mantida a prescrição anterior acrescida de lido-caína transdérmica.

Não houve melhora na dor mesmo após o uso do adesivo de lido-caína. O paciente foi encaminhado ao ambulatório de acupuntura, com quase três meses de evolução, com a dor pela escala analógica visual (EAV) de intensidade 8 a 9, chegando a 10 nos momentos de piora. Quando questionado sobre as características da dor, referiu ser dor intensa constante, localizada principalmente na cicatriz em FID, sem dor referida para membros inferiores ou dorso, sem sensação de choque, formigamento e queimação.

Ao exame físico do abdômen, apresentava cicatriz de McBurney sem sinais flogísticos, presença de ruídos hidroaéreos, dor à palpação de hipogástrio e fossa ilíaca bilateral, mais intensa à direita, com defesa voluntária. À palpação evidenciaram-se PG nos músculos reto abdominal e oblíquo interno, com dor referida no local e em FID, com dor à digitopressão na região do músculo quadrado lombar e musculatura paravertebral direitos e ao pinçamento e rolamento da pele adjacente aos pontos dolorosos. Exame neurológico sumário sem alterações.

Fatores de piora relatados ao ficar muito tempo em pé, muito tempo sentado, levantar-se da cama ou da cadeira e após micção. Fatores de melhora com o uso de codeína e ficar em decúbito dorsal. Sentia dor ao ficar em decúbito lateral direito, não notava diferença com a flexão da coxa sobre o quadril. Era despertado durante a noite pela dor, mas não notava que fosse pior que os outros momentos do dia. Não retornou às suas atividades habituais, inclusive a escola.

Foram realizadas sessões semanais de acupuntura durante quatro semanas e agulhamento dos PG identificados nos músculos reto abdominal e quadrado lombar direitos, que caracteristicamente podem causar dor referida em FID, e eletroestimulação 2Hz por 15 minutos dos pontos-motores dos referidos músculos. Houve boa resposta com diminuição da intensidade da dor para 4 a 5, segundo a EAV. Retorno à escola com restrição de não realizar atividades físicas por

60 dias. Suspendeu o uso do anticonvulsivante e opioide por não sentir necessidade deles. Além do agulhamento seco e da eletroestimulação, também foi prescrita ciclobenzaprina 10mg à noite por 7 dias e orientação para realizar alongamentos específicos diariamente, como estratégias terapêuticas complementares.

DISCUSSÃO

A dor crônica abdominal pode ter origem em estruturas viscerais do aparelho digestório e urogenital, estruturas somáticas, principalmente musculares ou articulares, estruturas nervosas como medula espinhal e os cinco últimos nervos torácicos, além de ter origem distante como na dor referida ou por lesões sistêmicas^{1,2}.

A localização em região de FID pode representar afecções viscerais funcionais ou anatômicas em apêndice, intestino delgado, ceco, rim, ureter direito, tuba uterina e ovário direitos, epidídimo direito e afecções em estruturas musculoesqueléticas como hérnia e psóite, ou neurológicas regionais². Pode também se originar do cólon sigmoide como resultado de uma dor visceral referida de órgão contralateral, devido a uma estimulação mesentérica³.

A inervação sensitiva e neurovegetativa das estruturas abdominais ocorre pelo nervo vago, nervos parassimpáticos sacrais, nervos simpáticos e pelo sistema nervoso mioentérico⁴.

As dores relacionadas a afecções viscerais são causadas por distensões ou estiramento de vísceras, tração de peritônio, processos inflamatórios ou isquêmicos^{2,4}. Normalmente vêm acompanhadas de outros sintomas, podendo ser sistêmicos ou não, alterações em hábito intestinal ou de aspecto físico de fezes ou urina, relação com alimentação e alterações em exames laboratoriais e/ou de imagens⁴. Como a distribuição periférica das vias aferentes sensitivas viscerais não é metamérica, sua localização torna-se imprecisa^{4,5}. Quando há ativação do mecanismo de “projeção-convergência-sensibilização-facilitação” neuronal no corno dorsal da medula espinhal, torna-se mais precisa e é chamada de “dor visceral referida”⁶. Localiza-se nos dermatômeros e miotômeros supridos pelos neurônios que se projetam nos mesmos segmentos medulares supridos pela víscera acometida⁶. A partir do momento que essas afecções comprometem o peritônio parietal adjacente, essa dor pode passar a ser localizada e corresponder ao local da parede abdominal comprometido, chamada então de “dor parietal”⁶.

O paciente apresentou um quadro algico não acompanhado de alterações neurovegetativas ou outros sintomas, sem alterações funcionais de órgãos, com ausência de alterações laboratoriais e anatômicas avaliadas por exame físico, de imagem e pela reabordagem cirúrgica, afastando a possibilidade diagnóstica de dor visceral.

Dores de origem neuropática normalmente vêm acompanhadas de sensação de queimação, choque, pontada ou parestesia, com localização segmentar da raiz ou raízes comprometidas⁷. Associa-se também à hiperalgesia, hiperestesia, hiperpatia ou alterações sensitivas, motoras ou neurovegetativas⁷.

O paciente não apresentou as sensações caracteristicamente associadas à dor neuropática, não foi responsivo a fármacos moduladores e nem ao bloqueio nervoso sensitivo da parede adjacente. A dor não teve distribuição dermatômica e não foi associada a outros achados neurológicos, como alteração de sensibilidade e motricidade – o que afastaria o diagnóstico de dor neuropática.

As dores abdominais também sofrem interferência de modulações psicológicas que podem tanto gerar hiperalgesia como agravar uma dor visceral, somática ou neurogênica prévia⁸. O paciente teve uma associação com fatores psicossociais, como o estado pós-cirúrgico. Esse tipo de dor pode ser somatoforme, aprendida, histérica ou hipocondríaca⁸. A dor aprendida é aquela que persiste após o tratamento visceral abdominal⁸. Ocorrem nesses casos alterações neurovegetativas por modificação da atividade glandular e motora, devido à alteração de secreção hipotalâmica-hipofisária, o que não corresponde ao relato⁸.

Por fim, as dores abdominais de origem miofascial são geradas pela musculatura da parede abdominal, mimetizando afecções viscerais^{2,5,9}. As dores miofasciais ocorrem em músculo ou grupamento muscular, tecidos conectivos ou fâscias, não obedecendo a padrão radicular ou neuropático periférico¹⁰. De forma mais direcionada, pode ocorrer dor em região de FID causada pela musculatura dorsal, como quadrado lombar e psoas¹¹. Ocorre limitação na amplitude de movimento gerado pela musculatura acometida e há um encurtamento muscular durante o estiramento passivo¹⁰. Tensão e fadiga muscular também são encontrados¹⁰. Tem como característica ser em peso, queimor, latejamento ou pontada, podendo ser contínua ou episódica¹⁰.

Ao exame clínico, evidenciou-se uma banda muscular tensa e palpável, que contém PG^{9,10,12,13}. Quando estimulados por palpação ou agulhamento geram dor que pode ser localizada ou referida em regiões previamente padronizadas^{10,12,13}. Além disso, pode haver um reflexo de contração muscular (*twitch response*) durante esses estímulos^{9,12,13}.

Sobrecargas dinâmicas como traumatismo e atividade muscular ou estáticas posturais podem levar à formação dos PG que se perpetuam devido a alterações emocionais ou na execução de movimentação de forma inapropriada¹³. Ademais, os PG podem ser ativos ou latentes, dependendo do grau de sintomas, da dor à palpação e disfunção associada¹³.

O diagnóstico baseia-se na história clínica bem detalhada da dor, exame clínico e exames adicionais para descartar outras causas de dor, sendo dependente de treinamento profissional¹⁰. Por esse motivo, não costuma ser facilmente reconhecida e diagnosticada, ainda que seja uma das mais comuns causas de dor e incapacidade^{10,15}. Quando a investigação não revela alterações estruturais ou funcionais, as síndromes dolorosas miofasciais e aspectos psicológicos da dor devem ser pesquisados¹⁴.

O estudo¹⁶, que incluiu 54 pacientes com dor abdominal não visceral, evidenciou que 77% apresentava a SDM, sendo que em 68,6% dos casos a dor se instalou após um procedimento cirúrgico. Os principais músculos acometidos na região abdominal são o reto abdominal e oblíquo. Em região abdominal, geralmente ocorre dor referida no mesmo quadrante abdominal, podendo ocasionalmente ser em outro quadrante ou região lombar ou dorsal. Reações somatoviscerais podem estar presentes¹⁶.

O tratamento para a SDM consiste na inativação dos PG, cinesioterapia, reabilitação muscular, orientações posturais e retirada de fatores desencadeantes^{13,16}, sendo recomendados hábitos saudáveis de vida, controle dos componentes psicossociais e comportamentais que devem ser mantidos por longo prazo para melhor resposta¹³.

Fármacos anti-inflamatórios não hormonais, relaxantes musculares de ação periférica, com destaque para a tizanidina, a trazodona, as fenotiazinas e o clonazepam podem ser usados^{18,19,20}. A injeção local de tropisetrona ou toxina botulínica e emplastos de lidocaína a 5% mostraram ação positiva no tratamento²⁰. Os antidepressivos tricíclicos, gabapentina, pregabalina e cetamina ainda não tem eficácia demonstrada no tratamento da SDM²⁰. Já os opioides não são indicados para controle²⁰. O paciente fez uso de codeína com alívio da dor, porém, sem resolução. Ao final recebeu o relaxante muscular ciclobenzaprina por um período relativamente curto, apresentando boa resposta.

Métodos físicos, como massoterapia, hidroterapia, eletroterapia, crioterapia, calor superficial ou profundo, laser a frio, alongamento, agulhamento ou injeções de PG diminuem a tensão muscular e inativam os PG^{12,13,17,18}. Esses métodos têm uma ação lenta e não são totalmente resolutivos em casos cronicados¹⁷.

Quando não há melhora com os métodos físicos, há indicação de inativação dos PG, que pode ser feita com agulhamento seco, acupuntura ou injeção de anestésico local^{12,17}. Esses métodos produzem ruptura mecânica e cessam a atividade disfuncional das placas motoras terminais, além de melhorar o sono e ansiedade e estimular o sistema supressor de dor^{12,17}.

A boa resolução do quadro em pouco tempo de tratamento pode ser devida ao tempo curto de dor, não superior a três meses, pois a cronificação da dor aguda ocorre devido à ativação de várias vias neuronais interligadas durante um período longo de tempo²¹ de três ou mais meses²³. As mudanças funcionais ainda não bem estabelecidas pela característica transicional estão associadas a um melhor prognóstico²³, como ocorreu no presente relato.

CONCLUSÃO

O relato apresentado demonstrou a dificuldade para o diagnóstico da SDM por profissionais não treinados, apesar de ser bastante frequente e de tratamento relativamente simples. Sua identificação precoce pode prevenir a perpetuação da dor e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Elisa Jaime de Menezes

Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Redação - Preparação do original, Supervisão

Eloisa Gasparini Saque

Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão

Graciele Bianchi Marcon

Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição

REFERÊNCIAS

- Boeyens L. Une variante clinique inhabituelle de la pubalgie chez la femme: le cas d'une sportive. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1989;16:339.
- Al-Chaer ED; Traube RJ. Biological basis of visceral pain: recent developments. Pain. 2002;96(3):221-5.
- Zakka TM, Teixeira MJ, Yeng LT. Abdominal visceral pain: clinical aspect. Rev Dor. 2013;14(4):311-4.

4. Struller F, Weinreich F-J, Horvath P, Kokkalis M-K, Beckert S, Konigsraine A, et al. Peritoneal innervation: embryology and functional anatomy. *Pleura Peritoneum*. 2017;2(4):153-61.
5. Olden KW. Rational management of chronic abdominal pain. *Comp Ther*. 1998;24(4):180-6.
6. Sikandar S, Dickenson A. Visceral pain - the ins and outs, the ups and downs. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6(1):17-26.
7. Colloca L, Ludman T, Bouhassira D, Baron R, Dickenson AH, Yarnitsky D, et al. Neuropathic pain. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;16;3:17002.
8. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*. 1986;3(Suppl):S1-226.
9. Niraj G. Pathophysiology and management of abdominal myofascial pain syndrome (AMPS): a three-year prospective audit of a management pathway in 120 patients. *Pain Med*. 2018;19(11):2256-66.
10. Fischer AA. New developments in diagnosis of myofascial pain and fibromyalgia. *Phys Med Rehabil Clin North America*. 1997;8(1):1-21.
11. Simons DG, Travell JG. Myofascial origins of low back pain 2. Torso muscles. *Postgrad Med*. 1983;73(2):81-92.
12. Muscolino JE. Abdominal wall trigger point case study. *J Bodyw Mov Ther*. 2013;17(2):151-6.
13. Donnelly JM, Peñas CF, Finnegan M, Freeman JL, Travell, Simons & Simons' Myofascial pain and Dysfunction: the trigger point manual. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.
14. Chou R, Haegerich TM, Dowell D. CDC Guideline for prescribing opioids for chronic pain – Unites States. *JAMA*. 2016;315(15):1624-45.
15. Batista JS, Borges AM, Wibelinger LM. Physical therapy treatment for miofascial pain syndrome and fibromyalgia. *Rev Dor*. 2012;13(2):170-4.
16. Yeng LT, Teixeira MJ, Romano MA, Picarelli H, Settini MM, Greve JMD. Distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho. *Rev Med*. 2001;80(Ed. Esp):422-42.
17. Borg-Stein J, Simons DG. Myofascial pain. *Arch Phys Med Rehabil*, 2002;83(1):40-7.
18. Simons DG. Myofascial pain syndromes: where are we? Where are we going? *Arch Phys Med Rehabil*. 1988;69(3 Pt1):207-12.
19. Graff-Radford SB. Myofascial pain: diagnosis and management. *Curr Pain Headache Rep*. 2004;8(6):463-7.
20. Malanga GA, Gwynn MW, Smith R, Miller D. Tizanidine is effective in treatment of myofascial pain syndrome. *Pain Physician*. 2002;5(4):422-32.
21. da Costa Santos CM, de Mattos Pimenta CA, Nobre MR. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(3):508-11.
22. Reis LA, Torres Gde V. Influence of chronic pain in the functional capacity of institutionalized elderly. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):274-80.
23. McGreevy K, Bottros MM, Raja SN. Preventing chronic pain following acute pain: risk factors, preventive strategies and their efficacy. *Eur J Pain*. 2011;5(Suppl 2):365-72.