

# Tratamento fisioterapêutico na síndrome da dor miofascial e fibromialgia\*

## *Physical therapy treatment for myofascial pain syndrome and fibromyalgia*

Juliana Secchi Batista<sup>1</sup>, Aline Morás Borges<sup>2</sup>, Lia Mara Wibelinger<sup>3</sup>

\* Recebido da Universidade de Passo Fundo (UPF). Passo Fundo, RS.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** Dentre as condições dolorosas crônicas que acometem o sistema musculoesquelético destacam-se, a síndrome da dor miofascial e a fibromialgia; enquanto a fibromialgia corresponde a uma condição dolorosa difusa, a síndrome da dor miofascial é caracterizada pelo envolvimento localizado. O objetivo deste estudo foi revisar os estudos da literatura, a fim de identificar e agrupar informações sobre a síndrome da dor miofascial e a fibromialgia.

**CONTEÚDO:** Foram selecionados 29 artigos por meio da consulta aos indexadores de pesquisa nas bases de dados eletrônicas Medline, LILACS e Scielo publicados nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando os descritores *myofascial pain syndrome/ síndrome da dor miofascial, fibromyalgia/ fibromialgia, physical therapy in myofascial pain syndrome/ fisioterapia na síndrome da dor miofascial and/ e physical therapy in fibromyalgia/ fisioterapia na fibromialgia*, publicados no período de 1991 a 2012.

**CONCLUSÃO:** Os programas de fisioterapia promovem os maiores ganhos na diminuição do impacto dos sintomas da síndrome da dor miofascial e da fibromialgia na vida dos pacientes, daí a importância do trabalho multidisciplinar e educativo no qual o fisioterapeuta, participa informando e instruindo corretamente os pacientes.

**Descritores:** Fibromialgia, Síndromes da dor miofascial, Sistema musculoesquelético.

### SUMMARY

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Myofascial pain syndrome and fibromyalgia are among chronic pain conditions affecting the musculoskeletal system. While fibromyalgia is a diffuse pain, myofascial pain syndrome is characterized by its localized involvement. This study aimed at reviewing the literature to identify and group information about myofascial pain syndrome and fibromyalgia.

**CONTENTS:** Electronic Medline, LILACS and Scielo databases were queried in the search for articles published in English and Portuguese, using the keywords *myofascial pain syndrome / síndrome de dor miofascial, fibromyalgia / fibromialgia, physical therapy in myofascial pain syndrome / fisioterapia na síndrome de dor miofascial, and physical therapy in fibromyalgia / fisioterapia na fibromialgia*, published from 1991 to 2012. Twenty-nine articles were selected.

**CONCLUSION:** Physical therapy programs promote more gains to decrease the impact of myofascial pain syndrome and fibromyalgia symptoms on patients' lives, thus the importance of the multidisciplinary and educative work, where the physical therapist participates, accurately informing and guiding patients.

**Keywords:** Fibromyalgia, Myofascial pain syndrome, Musculoskeletal system.

### INTRODUÇÃO

A síndrome da dor miofascial (SDM) é uma desordem regional neuromuscular caracterizada pela presença de locais sensíveis nas bandas musculares tensas/contraídas, ocorrência de dor em queimação, peso ou dolorimento, às vezes em pontadas, dor e diminuição da força muscular, limitação da amplitude de movimento e, em

1. Fisioterapeuta. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Passo Fundo, RS, Brasil.
2. Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo (UPF). Passo Fundo, RS, Brasil.
3. Fisioterapeuta. Docente da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo (UPF). Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC). Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência:

Juliana Secchi Batista

Rua Pedro Vargas, 460/401 – Centro  
99500-000 Carazinho, RS.

E-mail: ju.secchi@hotmail.com

alguns casos, fadiga muscular, produzindo dor referida em áreas distantes ou adjacentes. Os fenômenos auto-nômicos, 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, ton-tura, zumbido e distorção do peso dos objetos<sup>1</sup>.

A SDM é uma das causas mais comuns de dor musculoesqueléticas, acomete músculo, tecido conectivo e fâscias, podendo ser decorrentes de acometimento por processos degenerativos, metabólicos, inflamatórios, infecciosos, neoplásicos, macro ou microtraumatismos de inúmeras estruturas, principalmente nas regiões cervical, cintura escapular e lombar. Apesar de ser umas das causas mais comuns de dor e incapacidade em pacientes que apresentam algias dessa natureza, muitos profissionais da área de saúde não a reconhecem. Sabe-se que a dor miofascial costuma acometer pacientes na faixa etária entre 31 e 50 anos de idade, e isto sugere que os indivíduos nas faixas etárias mais ativas são mais acometidos<sup>2,3</sup>.

A fibromialgia (FM) é considerada uma doença crônica de difícil tratamento, que afeta, principalmente, mulheres entre 40 e 60 anos, uma faixa etária de atividade profissional produtiva. A doença é caracterizada por dores musculares difusas, presença de pontos dolorosos chamados “*tender points*”, distúrbios do sono, rigidez e fadiga. A dor não possui origem inflamatória, não causa degeneração nem é progressiva; é crônica e sistêmica<sup>4,5</sup>. Por vezes, o nível da dor é tão intenso, que interfere no trabalho, nas atividades de vida diária e na qualidade de vida (QV) dos pacientes<sup>6,7</sup>.

Em muitos países industrializados sua prevalência varia de 1% a 4% da população geral, sendo a segunda afecção reumatológica mais frequente, superada apenas pela osteoartrite degenerativa<sup>8</sup>.

Neste sentido, o objetivo deste estudo foi revisar os estudos da literatura, a fim de identificar e agrupar informações sobre a SDM e a FM.

## CONTEÚDO

Procedeu-se a uma busca da literatura, por meio da consulta aos indexadores de pesquisa nas bases de dados eletrônicas (Medline, LILACS e Scielo). O levantamento foi realizado com os seguintes descritores: *myofascial pain syndromel* síndrome da dor miofascial, *fibromyalgia* fibromialgia, *physical therapy in myofascial pain syndrome* fisioterapia na síndrome da dor miofascial *and/e physical therapy in fibromyalgia* fi-

sioterapia na fibromialgia. Definiram-se como critérios de inclusão: artigos de língua inglesa e portuguesa, realizados com indivíduos portadores da SDM e FM publicados no período de 1991 a 2012 em periódicos especializados e indexados nas bases de dados consultadas. Foram encontrados 79 artigos, sendo realizada a leitura dos resumos, após, foram excluídos 50 artigos que não se enquadravam nos critérios de inclusão. Dos artigos excluídos 25 o foram por abordarem somente à qualidade de vida de pacientes com doenças reumáticas e outros 25 eram relativos à pesquisas realizadas com pacientes que apresentavam síndrome da dor miofascial por disfunção da articulação temporomandibular, sendo assim, ao final, foram selecionados 29 artigos que foram lidos na íntegra e incluídos na revisão.

## SÍNDROME DA DOR MIOFASCIAL

A síndrome da dor miofascial é uma afecção que acomete músculos, fâscias, ligamentos, tecidos pericapsulares, tendões e bursas. Caracteriza-se pela ocorrência de dor muscular em regiões endurecidas, onde estão presentes bandas de tensão palpáveis e pontos extremamente dolorosos, os PG<sup>9</sup>.

A definição tradicional e restrita da síndrome da dor miofascial é a dor que surge dos PG nos músculos. Os PG são áreas pequenas e sensíveis no músculo que espontaneamente ou por compressão causam dor para uma região distante, conhecida como dor referida<sup>10</sup>.

Os PG são localizados em uma área dolorosa em uma faixa muscular e podem estar ativos ou latentes. PG ativos são dolorosos com ou sem movimento, enquanto os PG latentes só são dolorosos a palpação. Os PG não podem ser confundidos com os *tender-points* vistos na síndrome da FM. Os PG são dolorosos no local da palpação, mas também podem irradiar dor para outros pontos<sup>3</sup>.

Os PG miofasciais são tipicamente localizados pelo exame físico e pela palpação. O diagnóstico dos *trigger-points* é feito pela exploração física, que deve levar em conta os sinais físicos demonstrados, incluindo: presença de tensão palpável em uma zona musculoesquelética, a presença de nódulos doloridos hipersensíveis na zona de tensão muscular, contração local visível ou palpável à compressão<sup>11</sup>.

Um músculo com PG não trabalha efetivamente. A banda de tensão restringe o alongamento do músculo e, por isso, há limitação de movimento. A fraqueza é produzida pela dor induzida pela inibição muscular, assim como com o encurtamento muscular. A coordena-

nação é afetada bem como a inibição reflexa da atividade antagonista dos músculos é prejudicada<sup>12</sup>.

A SDM é maior causa de dor musculoesquelética; há uma alta prevalência em pacientes com dor regional de natureza musculoesquelética. Ela é uma das mais frequentes causas de dor nas costas e de dor no pescoço. Em um estudo onde 164 pacientes referiram uma dor clínica, com dor crônica na cabeça e no pescoço de pelo menos seis meses de duração, 55% tinham o diagnóstico primário de SDM. O mesmo autor coloca que sua prevalência aumenta com a idade. O número crescente de indivíduos envelhecendo em nossa sociedade faz com que se justifique o crescimento dessa situação patológica, afetando cada vez mais as atividades da vida diária e consequentemente, a capacidade funcional dos acometidos. Dessa forma, a SDM, atualmente, ocasiona um impacto significativo na qualidade de vida dos que sofrem dos seus sintomas<sup>13</sup>.

O sucesso do tratamento através da fisioterapia depende do máximo ganho da amplitude de movimento (ADM), o que significa rompimento das contraturas dos sarcômeros envolvidos<sup>14</sup>. Exercícios de alongamento da região cervical e da musculatura da cintura escapular melhoram a postura e a dor em pacientes com cefaleia cervicogênica ou do tipo tensional. A cinesioterapia visa aprimorar e otimizar a atividade mecânica gerada pelos músculos e proporcionar analgesia, recuperação da expansibilidade tecidual, força, resistência à fadiga e restabelecimento da cinestesia, isto é, dos padrões gestuais fisiológicos, graças à inibição dos fatores irritantes e limitadores. Deve-se restabelecer a expansibilidade e o comprimento isométrico do músculo e dos folhetos teciduais superficiais. Para isso, utiliza-se a técnica de alongamento passivo, ativo assistido ou ativo e manobras de liberações ou inativações miofasciais como massagem da zona reflexa e massagens transversas profundas, seguidas de contrações isométricas para manutenção e recuperação do trofismo muscular<sup>15</sup>.

Em fases avançadas, há necessidade de condicionamento cardiorrespiratório, pois, como ocorre em pacientes com lombalgia crônica, alongamentos realizados no domicílio não evitam a recorrência de dor, enquanto os exercícios de fortalecimento e condicionamento cardiorrespiratório realizado regularmente previnem-na. As atividades físicas regulares contribuem não apenas para a melhora física, mas proporcionam benefícios psicológicos, melhoram e causam bem estar, além de eliminar a fobia aos exercícios. Os exercícios ativos induzem parti-

cipação no enfrentamento de dor crônica. Os exercícios em grupo reduzem também os estresses psicológicos e facilitam a sua socialização<sup>16</sup>.

Diversas modalidades como a massoterapia, o calor superficial com bolsas térmicas, ou profundo com ultrassom, ondas curtas, micro-ondas, a crioterapia com compressas de gelo, aerossóis congelantes, a hidroterapia com turbilhão, tanque de Hubbard associado à hidromassagem e terapia na piscina e a eletroterapia com a estimulação elétrica transcutânea, correntes farádicas, iontoforese de agentes analgésicos e de anti-inflamatórios, que podem ser utilizados para reduzir a tensão muscular e inativar os PG<sup>17</sup>.

A terapia manual consiste do uso de técnicas de massagem tecidual. As técnicas de liberação miofascial, como a massagem transversa profunda, a massagem de zona reflexa, a Shiatsu, a de Rolfing, a de John Barnes e a miofasciaterapia, entre outras, liberam o músculo e a fâscia e baseiam-se na pressão manual sobre as fâscias musculares, liberando as restrições faciais. A dor muscular pode ocorrer após o tratamento, sendo recomendado o uso de gelo, calor ou de corrente elétrica para seu alívio<sup>18</sup>.

O processo de reabilitação geralmente é prolongado e dependente da educação e da responsabilidade do paciente e do desenvolvimento de parceria entre fisioterapeuta-paciente, baseada na confiança mútua. Em longo prazo, a conduta não reside apenas no tratamento dos PG, mas na identificação e modificação dos fatores contribuintes, visto que estes estão relacionados aos aspectos biopsicossociais dos pacientes<sup>19</sup>.

## FIBROMIALGIA

A fibromialgia é uma doença crônica e sistêmica, caracterizada por dores musculares generalizadas, distúrbios do sono, rigidez articular, fadiga muscular, alterações psicológicas e baixa tolerância ao esforço físico. Sem origem inflamatória, a dor não causa degeneração e nem é progressiva, podendo ocorrer de forma isolada ou associada a outras doenças reumáticas<sup>20,21</sup>.

Manifesta-se predominantemente em mulheres em faixa etária produtiva, no entanto, pode acometer crianças, adolescentes e idosos<sup>22</sup>. Apesar de acometer muitas pessoas em todo o mundo, pois sua prevalência é de 2%, sua fisiopatologia ainda é tão incerta e multicausal quanto a sua etiologia. Fatores sociais, emocionais, familiares, aliados a uma característica de maior resposta aos estímulos dolorosos, o baixo nível de condicionamento cardiovascular e desempenho muscular são as hipóteses mais plausíveis<sup>20,23</sup>.

O diagnóstico é puramente clínico, uma vez que não há alterações laboratoriais nem achados radiológicos determinantes. Desde 1990, o Colégio Americano de Reumatologia estabeleceu critérios diagnósticos para a FM. São eles: dor difusa, por mais de três meses no lado esquerdo e direito do corpo e dor em 11 dos 18 *tender points* específicos no corpo<sup>24</sup>.

A FM é uma doença recente<sup>25</sup>, por vezes, o seu desconhecimento pelos profissionais de saúde e a falta de estudos para o estabelecimento de terapias físicas específicas para o tratamento, determina que a sintomatologia perdure por muito tempo até que ela seja tratada<sup>20</sup>. Ao abordar a questão das limitações funcionais decorrentes da FM e seus impactos na QV, torna-se necessário ampliar a perspectiva do impacto dos sintomas, pois as áreas afetadas tornam-se tão importantes quanto à doença<sup>26</sup>.

A fisioterapia atua no sentido de diminuir os sintomas, melhorando o controle da dor e manutenção ou melhora das habilidades funcionais dos pacientes. Além disso, outra meta da fisioterapia deve ser o papel educativo, para que os ganhos da intervenção possam permanecer em longo prazo e os pacientes consigam se tornar menos dependentes dos cuidados de saúde. Incentivam-se estilos de vida mais participativos e funcionais que contribuam no restabelecimento físico e emocional do paciente<sup>26</sup>.

O exercício é uma parte integral da terapia física na FM. Estudos recentes indicam que o exercício aeróbico, na intensidade adequada para um indivíduo, pode melhorar a função, os sintomas e o bem estar<sup>27</sup>. O mecanismo responsável pelos efeitos analgésicos ainda não está claro, mas estudos mostram que atividade física aeróbica acarreta consistente ativação do sistema opioide endógeno que, por sua vez, ocasiona aumento no limiar de dor e sua tolerância, resultando numa resposta analgésica. Outra contribuição da atividade física na diminuição da dor está relacionada com a quebra do ciclo vicioso: dor – imobilidade – dor, que proporciona ao paciente encorajamento para retornar as atividades diárias<sup>28</sup>.

Uma pesquisa concluiu que os exercícios, ou outras formas de tratamento fisioterapêutico, aliados aos tratamentos farmacológicos, podem melhorar muito a qualidade de vida dos portadores de FM. Além disso, salientaram a importância da abordagem multidisciplinar do paciente portador desta síndrome devido à sua elevada morbidade<sup>27</sup>.

Foi realizado um ensaio clínico aleatório com dois grupos de intervenção: hidrocinesioterapia e cinesioterapia convencional. Houve melhora da QV em am-

bos os grupos. Ainda, os alongamentos e os exercícios aeróbicos de baixa intensidade empregados em ambos os protocolos foram considerados os prováveis responsáveis pelos efeitos benéficos observados nas duas modalidades terapêuticas analisadas. Os exercícios cinesioterapêuticos podem ser aplicados em grupos de pacientes fibromiálgicos promovendo melhor qualidade de vida para os pacientes com baixo custo financeiro em sua aplicação<sup>29</sup>.

A SDM é a maior causa de dor que acomete o sistema musculoesquelético, com o surgimento de PG dolorosos ou latentes nos músculos, que podem irradiar dor para outros pontos. A FM é uma doença crônica e sistêmica, caracterizada por dor muscular generalizada, com a presença de dor difusa, por mais de três meses no lado esquerdo e direito do corpo e dor em 11 dos 18 *tender points* específicos no corpo, o que difere dos PG vistos na SDM.

## CONCLUSÃO

Os programas de fisioterapia promovem os maiores ganhos na diminuição do impacto dos sintomas da SDM e da FM na vida dos pacientes, daí a importância do trabalho multidisciplinar e educativo no qual o fisioterapeuta, participa informando e instruindo corretamente os pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Bennett RM, Goldenberg DL. Fibromyalgia, myofascial pain, tender points and trigger points: splitting or lumping? *The Journal of Pain* 2011;13(3):3-5.
2. Bigongiari A, Franciulli PM, Souza FA, Mochizuki LARC. Análise da atividade eletromiográfica de superfície de pontos gatilhos miofasciais. *Rev. Bras. Reumatol* 2008;48(6):319-24.
3. Yeng LT, Teixeira MJ, Kaziyama HHS. Síndrome dolorosa miofascial. *Rev Med* 2001;80(Pt 1):94-110.
4. Estefani GA, Arice MC. Diagnóstico diferencial e a fisioterapia na fibromialgia e síndrome miofascial. *Fisioter Mov* 2002;14(2):47-51.
5. Rocha MO, Oliveira RA, Oliveira J, Hidroterapia, pompage e alongamento no tratamento de fibromialgia: relato de caso. *Fisioter Mov* 2006;19(2):49-55.
6. Martinez JE, Atra E, Ferraz MB, et al. Fibromialgia: aspectos clínicos e socioeconômicos. *Rev Bras Reumatol* 1992;32(5):225-30.
7. Wolfe F, Aarflot T, Bruusgaard D, et al. Fibromyalgia and disability. Report of the Moss International Working

Group on medico-legal aspects of chronic widespread musculoskeletal pain complaints and fibromyalgia. *Scan J Rheumatol* 1995;24(2):112-8.

8. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, et al. Fibromyalgia vs rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. *J Rheumatol* 1995;22(2):201-4.

9. Balbino LF, Vieira LR. Avaliação objetiva da síndrome dolorosa miofascial: uso da termografia antes e após tratamento associando mesoterapia a bloqueio anestésico. *Acta Fisiatr* 2005;12(3):115-7.

10. Lin TY, Kaziyama HHS, Teixeira MJ. Síndrome dolorosa miofascial. *Rev Med São Paulo* 2001;80(ed. esp. Pt.1):94-110.

11. Lavelle ED, Lavelle W, Smith HS. Myofascial trigger points. *Med Clin North Am* 2007;91(2):229-39.

12. Pearce JM. Myofascial pain, fibromyalgia or fibrositis? *Eur Neurol* 2004;52(2):67-72.

13. Gerwin RD. Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep* 2001;5(5):412-20.

14. Yap EC. Myofascial pain--an overview. *Ann Acad Med Singapore* 2007;36(1):43-8.

15. Gal PLM, Kaziyama HH, Lin TY, et al. Síndrome miofascial. Abordagem fisiátrica. *Arq Bras Neurocirurg* 1991;10(4):181-7.

16. Nichols DS, Glenn TM: Effects of aerobic exercise on pain perception, affect, and level of disability in individuals with fibromyalgia. *Phys Ther* 1994;74(4):327-32.

17. Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentación, pathogenesis, outcome measures, and treatment. *J Rheumatol Suppl* 2005;75:6-21.

18. Mendonça LLF, Marques AP, Matsutani LA, et al. Exercícios de alongamento para pacientes com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol* 2002;42(1):49-50.

19. Ramsey SM. Holistic manual therapy techniques. *Prim Care* 1997;24(4):759-86.

20. Teixeira MJ. Assistência ao doente com dor. *Rev Med* 1998;1:105-9.

21. Santos LC, Krueel LFM. Síndrome de fibromialgia: fisiopatologia, instrumentos de avaliação e efeitos do exercício. *Motriz* 2009;15(2):436-48.

22. Silva TFG, Suda EY, Marçulo CA, et al. Comparação dos efeitos da estimulação elétrica nervosa transcutânea e da hidroterapia na dor, flexibilidade e qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. *Fisioter Pesq* 2008;15(2):118-24.

23. Riberto M, Pato TR. Fisiopatologia da fibromialgia. *Acta Fisiatr* 2004;11(2):78-81.

24. Rocha MO, Rocha MO, Oliveira RA, et al. Hidroterapia, pompagem e alongamento no tratamento da fibromialgia- relato de caso. *Fisioter Mov* 2006;19(2):49-55.

25. Jentoft ES, Kvalvik AG, Mengshoel AM. Effects of pool-based and land-based aerobic exercise on women with fibromyalgia / chronic widespread muscle pain. *Arthritis Care Res* 2001;45(1):42-7.

26. Marques AP, Matsutani LA, Ferreira EAG, et al. A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia: uma revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol* 2002;42(1):42-8.

27. Mosmann A, Antunes C, Oliveira D, et al. Atuação fisioterapêutica na qualidade de vida do paciente fibromiálgico. *Scientia Med* 2006;16(4):172-7.

28. Dall'Agno L, Martele M. Hidroterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia. *Rev Dor* 2009;10(3):250-4.

29. Hecker CD, Melo C, Tomazoni SS, et al. Análise dos efeitos da cinesioterapia e da hidroterapia sobre a qualidade de vida de pacientes com fibromialgia – um ensaio clínico randomizado. *Fisioter Mov* 2011;24(1):57-64.

Apresentado em 01 de fevereiro de 2012.

Aceito para publicação em 21 de maio de 2012.