Tratamento da síndrome da dor miofascial através de agulhamento seco e infiltração com anestésico: Revisão de Literatura

Treatment of myofascial pain syndrome through dry needling and/or infiltration with anesthetic: Literature Review

Kênia Milane PINTO[I]
Stephanie Lorraine Delima URBANO[I]
Roberto Brígido de Nazareth PEDRAS[II]

Correspondência para/Correspondence to:
Kenia Milane PINTO
keniamilane@gmail.com

RESUMO

A Síndrome da dor Miofascial é uma condição de dor musculoesquelética aguda ou crônica, caracterizada por dor regional associada a Pontos Gatilhos miofasciais. Um Ponto Gatilho é uma área de hipersensibilidade no músculo e podem ser desenvolvidos após uma lesão inicial de fibras musculares. A infiltração anestésica envolve a inserção de uma agulha no Ponto Gatilho com a deposição do anestésico. O agulhamento seco consiste em múltiplas inserções de uma agulha na região do Ponto Gatilho. OBJETIVO: Avaliar a efetividade do tratamento da Síndrome Dolorosa Miofascial através do agulhamento seco e/ou infiltração com anestésico, por meio de revisão de literatura. MATERIAL E MÉTODOS: A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura de artigos retirados das bases de dados Bireme, PubMed, Lilacs e BBO. CONCLUSÃO: Tanto o agulhamento seco e a infiltração com anestésico parecem ser efetivos no tratamento da Síndrome Dolorosa Miofascial.

Palavras-chave: Ponto Gatilho. Síndrome Dolorosa Miofascial. Tratamento. Dor miofascial. Disfunção temporomandibular.

ABSTRACT

The Myofascial Pain Syndrome (MPS) is an acute musculoskeletal pain or chronic condition, characterized by regional pain associated with Triggers Points (TPs) myofascial. ATP is a hypersensitivity area in the muscle and can be developed after an initial injury to the muscle fibers. The anesthetic infiltration involves inserting a needle into the TP with the deposition of the anesthetic. The dry needling consists of multiple insertions of a needle in to the TP region. To evaluate the effectiveness of treatment of MPS through the dry needling and / or infiltration with anesthetic through literature review. METHODS: The methodology used was a literature review of articles taken from Bireme databases, PubMed, Lilacs and BBO. CONCLUSION: Both dry needling and infiltration anesthetic seem to be effective in the treatment of MPS.

Keywords: *Trigger Point. Myofascial Pain Syndrome. Treatment. Myofascial pain. Temporomandibular disorder.*

[I]Acadêmicas do Curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva. [II]Professor Adjunto da Escola de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva. Coordenador do Serviço de Dor Orofacial da Clínica da Dor do HC/UFMG. Presidente da Comissão de DTM e Dor Orofacial do CRO-MG.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Dor Miofascial (SDM) é um termo descritivo usado para definir uma condição de dor musculoesquelética aguda ou crônica dos tecidos moles. É caracterizada por dor regional, com sintomatologia não apenas sensorial, mas, também, motora e autonômica, associada com Pontos-Gatilhos (PGs) miofasciais ativos em músculos estriados esqueléticos, que podem originar dor referida, tensão muscular e incapacidade de realizar tarefas do cotidiano.[1-4]

A SDM afeta principalmente adultos, havendo predominância do sexo feminino1 e deve ser considerada em pacientes com dor muscular mastigatória localizada nas regiões pré-auricular ou mandibular, frontal e temporal, ou mediante a existência de PGs à palpação. A dor miofascial dos músculos mastigatórios geralmente está associada com a dor provocada pela função mandibular e com a limitação de abertura, e em geral é profunda, moderada a intensa e acompanhada por fadiga, rigidez, tensão e mobilidade reduzida. [1,5,6]

Um PG miofascial é uma área de hipersensibilidade no músculo esquelético e de acordo com Lavelle et al.[3] (2007) e Hsieh[7] (2007), pode se desenvolver após uma lesão inicial de fibras musculares. Esta lesão pode incluir um evento traumático perceptível ou microtraumas repetitivos para os músculos. Além disso, a tensão muscular aumentada e a fadiga tornam os PGs adicionais mais susceptíveis a serem ativados, como também a combinação de fatores predisponentes com eventos estressores desencadeantes.[3]

O tratamento atual da SDM é multidisciplinar e deve ser abordado sob várias perspectivas[5] e divide-se em técnicas não invasivas e invasivas, entre elas o agulhamento seco e a infiltração com substâncias anestésicas.

O agulhamento seco tem sido considerado uma alternativa terapêutica a ser utilizada como tratamento da dor miofascial, é bem tolerado, e amplamente utilizada.[8] A infiltração com anestésicos locais em PGs é outro método de tratamento utilizado não apenas para obter alívio de curto prazo da dor, mas para alcançar efeitos terapêuticos duradouros.[9]

Apesar da SDM ser uma patologia com elevada prevalência e que causa grande incapacidade,[1] ainda é pouca abordada no contexto da odontologia, e por isso a necessidade de se avaliar a efetividade do seu tratamento através do agulhamento seco e da infiltração com anestésico, através de revisão de literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura de artigos retirados das bases de dados Bireme, PubMed, Lilacs e BBO.

REVISÃO DE LITERATURA

A SDM é uma causa comum e tratável de morbidade. Quando não diagnosticada ou não tratada, pode evoluir para dor crônica associada a problemas psicossociais e funcionais, podendo contribuir para mais sofrimento, ansiedade e até mesmo depressão. Seu diagnóstico e tratamento precoces podem ajudar a reduzir as complicações psicossociais sobrepostas.[4]

Tendo em vista a etiologia multifatorial da SDM, várias terapias vêm sendo estudadas ao longo dos anos, como o controle de hábitos parafuncionais e posturais, reeducação nutricional, condicionamento físico, utilização de medicações analgésicas, antiinflamatórias, relaxantes musculares e antidepressivos tricíclicos, dentre outros, fisioterapia e placas estabilizadoras.[10,11]

Outra modalidade no tratamento da dor miofascial, indicada para a eliminação de PGs, é a infiltração intramuscular com anestésico local, que pode ser utilizada quando da existência de um PG ativo ou quando este está associado à reprodução da queixa do paciente.[11] Acredita-se que a inserção da agulha no PG seja responsável pelo rompimento do mesmo e a utilização da medicação, além de tornar a técnica menos dolorida, assegura um efeito mais duradouro, e acelerara a cicatrização da área.[11] A infiltração anestésica é uma técnica intervencionista que envolve a inserção de uma pequena agulha no PG com a deposição do anestésico, com seringas descartáveis.[6]

Os anestésicos locais usados para infiltração produzem anestesia por apenas algumas horas, e a quantidade e a concentração de solução injetada não parecem ser críticas.[9] Além disso, a baixa concentração dos mesmos diminui o risco de reações adversas. Recomenda-se uma dose máxima, para infiltração com anestésico, de 100 mg de procaína, 50 à 100 mg de lidocaína, ou 25 à 50 mg de bupivacaína.

A técnica do agulhamento seco utiliza seringas com agulhas descartáveis ou agulhas de acupuntura e consiste em múltiplas inserções de uma agulha na região do PG miofascial.[6] Além de propiciar relaxamento muscular, o agulhamento seco frequentemente ajuda a melhorar o sono e diminuir a ansiedade.[12]

A decisão entre tratar os PGs miofasciais por injeções depende, principalmente, do treinamento e prática do profissional. Além disso, é importante ressaltar que esta injeção não associada a um plano de tratamento adequado, irá proporcionar alívio rápido, porém não duradouro dos sintomas.[11]

No estudo de Silva et al.[6] (2007), foram selecionados aleatoriamente através do RDC/TMD, dezesseis pacientes com dor miofascial e designados para dois grupos, sendo o grupo um de pacientes submetidos a agulhamento seco e infiltração anestésica com lidocaína de 0,5% e o grupo dois de pacientes submetidos a agulhamento seco. Ambos receberam apenas uma sessão de aplicação. O limiar de dor por pressão foi registrado antes do tratamento e dez minutos, um, sete, quinze, vinte e um e trinta dias após o tratamento. Uma Escala visual analógica (EVA) foi utilizada em todos os períodos de avaliação. Os autores concluíram que não houve diferença entre os grupos para o limiar de dor por pressão antes da aplicação do tratamento, mas este aumentou significativamente quando comparado após o tratamento para os dois grupos. A EVA mostrou diferenças entre os grupos ao longo do tempo. O grupo em que foi feita a aplicação de lidocaína 0,5% apresentou os valores mais baixos de EVA quando comparado com o grupo de agulhamento seco, mas após trinta dias não houve diferenças entre eles. Apesar destas diferenças na avaliação com a EVA e considerando que não havia diferenças no limiar de dor por pressão antes do tratamento, conclui-se que, neste estudo, ambos os grupos foram capazes de interromper os mecanismos de ponto de disparo e aliviar os sintomas de SDM.

Cavalcanti et al.[10] (2009), relataram um caso clínico de uma paciente de quarenta e sete anos do sexo feminino, com queixa de dor na face acometendo a região dos dentes superiores, seio maxilar e temporal direito e esquerdo com mais de dois anos de duração. Para o exame físico usaram-se os critérios de Alencar Jr e Batista (2005) e após a realização da anamnese e exame físico completo, chegou-se ao diagnóstico de SDM, dor muscular local, deslocamento do disco com redução na ATM direita e retrodiscite/capsulite. O tratamento proposto para a paciente consistiu de orientação sobre o controle de hábitos, posturas e estresse, exercícios de alongamentos mandibulares, termoterapia, tratamento farmacológico, placa oclusal e infiltração de anestésico com lidocaína 2%, diluída em soro fisiológico na proporção de 1:1. Diante dos resultados obtidos concluiu-se que a técnica de infiltração em PGs miofasciais é uma opção efetiva durante o tratamento dos pacientes com SDM. Porém, este tratamento também deve ser direcionado para os fatores etiológicos relacionados ao aparecimento, manutenção ou ativação dos PGs miofasciais.

No estudo de Gonzalez-Perez et al.[5] (2011), foram selecionados trinta e seis pacientes com SDM em região temporal e mandibular, selecionados consecutivamente entre maio e setembro de 2008. Foram comparadas diferenças de dor com uma EVA e amplitudes dos movimentos mandibulares antes e depois da aplicação do tratamento com agulhamento seco. Os pacientes foram diagnosticados baseando-se em sinais clínicos e técnicas de imagem. Foram realizadas três sessões de agulhamento seco por paciente em um intervalo de uma semana, e avaliações clínicas com duas semanas, um mês, dois meses e seis meses após o término do tratamento. Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre a intervenção terapêutica e a melhoria da dor e da movimentação da mandíbula, que continuaram até 6 meses após o tratamento. A redução da dor foi maior quanto maior era sua intensidade antes da aplicação do

tratamento. Os resultados sugerem que o agulhamento seco no PG pode ser eficaz no tratamento de pacientes com SDM.

Segundo Gerwin[8] (2010), em sua tese sobre SDM, Cummings & White (2001), revisaram vinte e três artigos e encontraram que o efeito do agulhamento seco era independente do material injetado. Eles não encontraram ensaios de qualidade suficientes para testar a efetividade do agulhamento seco sobre o placebo. Sua conclusão foi que agulhamento seco de PGs miofascial parece ser efetivo, apesar de três estudos não constatarem diferença entre agulhamento seco e infiltração anestésica. Além disso, estudos controlados são necessários para determinar se infiltrações anestésicas em PGs miofaqsciais são mais efeitivos do que o placebo.

O estudo de Lewit[9] (1979) avaliou a curto e a longo prazo, o efeito do agulhamento seco no tratamento da SDM crônica. Foram selecionados duzentos e quarenta e um pacientes entre doze e setenta e um anos, nos quais foram tratados com agulhamento seco trezentos e doze pontos de dor. A analgesia imediata foi alcançada em 86,8% dos casos, quando o local mais doloroso foi tocado pela agulha. Dos casos que foram acompanhados, em noventa e dois pontos o alívio foi permanente, em cinqüenta e oito durou vários meses, em sessenta e três várias semanas, e por vários dias, em trinta e dois pontos de dor. A efetividade do tratamento foi relacionada com a intensidade da dor produzida no PG miofascial e a precisão com que o local de tensão máxima foi localizado pela agulha.

DISCUSSÃO

As infiltrações estão se tornando parte integrante da terapêutica multidisciplinar utilizada para reabilitar pacientes com dor miofascial e sua aplicação em PGs miofasciais possibilita a inativação rápida dos mesmos.[10]

Gerwin[8] (2010) e Yeng et al.[12] (2001), concluíram que tanto o agulhamento seco quanto a infiltração anestésica são efetivos no tratamento da SDM e que o anestésico local não é absolutamente necessário. Sugerem que o ato mecânico de agulhamento dos PGs e das bandas de tensão muscular é o que ocasiona alívio da sintomatologia. Yeng et al.[12] (2001), afirmam ainda que ambas as técnicas, além de reduzir a dor, também melhoram a amplitude do movimento, aumenta a tolerabilidade aos exercícios e melhora a microcirculação. Segundo os autores, a procaína proporciona efeito mais prolongado, mas a lidocaína proporciona início mais rápido e a bupivacaína analgesia durando quatro a seis vezes mais que a procaína e duas a três vezes mais que a lidocaína. No entanto, nenhum dos dois trabalhos menciona critérios diagnósticos para a SDM.

Silva et al.[6] (2007) concluiram que as duas técnicas são efetivas para aliviar os sintomas da SDM, e que não há diferenças entre elas. Segundo os autores, a presença de sintomas relacionados aos PGs miofasciais indica que o tratamento pode exigir mais do que uma abordagem única de injeções ou interação com outras especialidades. Além disso, apontam a necessidade de estudos controlados para a verificação de seu efeito sobre a resposta do paciente.

No estudo Gonzalez-Perez[5] (2011) os pacientes foram diagnosticados através de um protocolo baseado em sinais clínicos e exames de imagem, o que torna o trabalho menos consistente e o autor considera que mais estudos a respeito do assunto sejam necessários. Lewit[9] (1979) não menciona qual foi a ferramenta utilizada para o diagnóstico dos pacientes e associa o sucesso do tratamento com a exata localização do PG pela agulha. Apesar de estes trabalhos utilizarem ferramentas diagnósticas distintas, concluem que o agulhamento seco foi efetivo no tratamento da SDM.

Cavalcanti et al.[10] (2009) concluíram que a infiltração anestésica em PGs foi efetiva, controlando a dor e proporcionando bem-estar. Entretanto, o trabalho foi um relato de caso clínico, o que implica em um estudo com um nível de evidência baixo.

CONCLUSÃO

Em vista dos aspectos observados, entende-se que os trabalhos apontam a efetividade do tratamento da SDM com agulhamento seco e infiltração anestésica.

As substâncias anestésicas parecem ter efeito menos importante em comparação com o efeito mecânico da inserção da agulha.

As técnicas são consideradas de simples execução, baixo risco e pouco invasivas, mas ainda assim é recomendado que sejam aplicadas por profissionais devidamente treinados e mediante plano de tratamento adequado.

São necessários mais trabalhos com maior nível de evidência para a avaliação da efetividade do tratamento da SDM com agulhamento seco e infiltração anestésica.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues VAF. Síndrome Dolorosa Miofascial no contexto da Medicina Dentária [dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2013. 64p.

2. Gerber NL, Sikdar S, Hammomb J, Shah J. A Brief Overview and Update of Myofascial Pain Syndrome and Myofascial Trigger Points. Journal of the Spinal Research Foundation. 2011; 6(1):55-64.

3. Lavelle ED, Lavelle W, Smith HS. Myofascial Trigger Points. Anesthesiology Clin. 2007; 25(4):841-51.

4. Yap EC. Myofascial Pain – An Overview. Ann Acad Med Singapore. 2007; 36(1):43-8.

5. Gonzalez-Perez LM, Infante-Cossio P, Granados-Nuñez M, Urresti-Lopez FJ. Treatment of temporomandibular myofascial pain with deep dry needling. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 012 Sep 1; 17(5):e781-5.

6. Silva ROF, Conti PCR, Araújo CRP, Silva RS. Evaluation of dry needling and 0.5% lidocaine injection therapies in myofascial pain trigger points in masticatory muscles. Dental Press J. Orthod. 2012; 17(2): 113-18.

7. Hsieh YL, Kao MJ, Kuan TS, Chen SM, Chen JT, Hong CZ. Dry Dry needling to a key myofascial trigger point may reduce the irritability of satellite MTrPs. Am J Phys Med Rehabil. 2007; 86(5):397-403.

8. Gerwin RD. Myofascial Pain Syndrome. In: Mense S, Gerwin RD (Eds.). Muscle Pain: diagnosis and treatment. Springer; 2010. p. 15-83.

9. Lewit K. The needle effect in the relief of myofascial pain. Pain. 1979; 6(1):83-90.

10. Cavalcanti MOA, Lima JMC, Lucena LBS, Oliveira LMC, Batista AUD. Técnica de injeção em trigger-points: relato de caso clínico. Robrac. 2009; 18 (45):1-10.

11. Venancio RA. Efeito de diferentes substâncias na técnica de injeção em trigger points em paciente portadores de dor miofascial e cefaléia crônica [tese]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia; 2005. 89p.

12. Yeng LT, Kaziyama HHS, Teixeira MJ. Síndrome dolorosa miofascial. Rev Med (São Paulo). 2001; 80(1): 94-110.