

Tratamento da lombalgia crônica pela inativação de pontos-gatilho miofasciais – experiência da Divisão de Medicina Física da FMUSP

Inês Cristina de Mello Lima*
Helena Hideko K. Seguchi**
Marta Imamura**
Elizabeth Tsubomi Saito***
Clara de Paiva Pinho****
Satiko Tomikawa Imamura**

RESUMO

A lombalgia é uma das causas frequentes de incapacidade. Este estudo apresenta protocolo e avaliação dos resultados dos efeitos terapêuticos, utilizando-se a técnica de injeção do ponto-gatilho de Fischer no tratamento da dor lombar crônica em um grupo de 25 pacientes, 8 homens e 17 mulheres, que não responderam à abordagem convencional. Os resultados mostraram melhora estatisticamente significativa na intensidade da dor e algometria. Os autores concluíram que a inativação dos pontos-gatilho é uma modalidade terapêutica eficiente no tratamento da lombalgia crônica quando outras falham.

UNITERMOS

Lombalgia. Tratamento. Pontos-gatilho.

SUMMARY

Low back pain is one of the most frequent cause of disability. This study presents the protocol and evaluation of the therapeutic effects using trigger point injections to treat chronic low back pain on a group of 25 patients, 8 males and 17 females that did not respond to conventional approach. The results showed statistically significant improvement in pain intensity and dolorimetry. The authors concluded that trigger point injection is a efficient therapeutic method of chronic low back pain treatment when others fail.

KEYWORDS

Low back pain. Treatment. Trigger point.

Trabalho realizado no Ambulatório da Divisão de Medicina Física do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

* Ex-médica estagiária colaboradora da Divisão de Medicina Física do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

** Médica assistente da Divisão de Medicina Física do IOT e do Ambulatório de Dor da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da FMUSP

*** Médica assistente da Divisão de Medicina Física e Reabilitação do HC da FMUSP

**** Fisioterapeuta da Divisão de Medicina Física do IOT/HC da FMUSP

Endereço para correspondência:

Rua Clementino do Monte, 317 – apto. 302, Farol – CEP 57055-190- Maceió – AL
Tel.: (082) 241-4495

Introdução

Com a evolução da espécie, o homem passou a ter na coluna vertebral sua alavanca de suporte, cuja mobilização se dá de forma constante. Em seu trabalho, quase sempre em oposição à gravidade, sofre ação de forças em diferentes sentidos e intensidade. Essas mudanças antropométricas fazem com que o homem possua uma maior predisposição a patologias da coluna, sendo a lombalgia o sintoma experimentado por cerca de 60% a 90% da população em algum momento da vida.

De acordo com Herring⁵, mesmo na presença de dor ciática, a maior parte das lombalgias evolui de forma benigna, com resolução do processo em pequeno espaço de tempo. Essas queixas relacionam-se com lesões musculares ou ligamentares agudas.

Há, no entanto, um grupo de pacientes que cursam de forma crônica e até mesmo incapacitante.

As síndromes dolorosas miofasciais possuem grande frequência na prática clínica relacionadas à dor lombar. São definidas como afecções dolorosas que acometem fáscia e músculos⁹, e qualquer músculo corporal pode desenvolver uma síndrome miofascial.

O objetivo deste ensaio clínico é demonstrar os resultados iniciais obtidos, utilizando-se a técnica de injeção de pontos-gatilho (TPI – *trigger point injection*) no tratamento da dor lombar crônica de origem miofascial em pacientes que não responderam satisfatoriamente à abordagem convencional, e os músculos mais frequentemente envolvidos nessa afecção dolorosa.

Material e método

Este levantamento inclui 25 pacientes (tabela 1), 8 homens e 17 mulheres, referendados à Divisão de Medicina Física do IOT/HC da FMUSP, cuja queixa principal era lombalgia, acompanhada ou não da irradiação. A idade média foi de 50 anos (24-70 anos), e o tempo de doença variou entre 2 meses e 50 anos (média de 9 anos). Os doentes incluídos no protocolo haviam sido anteriormente tratados com fisioterapia habitual, e 97% encontravam-se em uso de medicação analgésica e/ou antiinflamatória, sem obtenção de resultados satisfatórios. Todos foram submetidos a pesquisa para elucidação diagnóstica (Tabela 2).

A dor lombar era avaliada pela utilização da escala visual analógica de dor (VAS) que consiste de uma linha de 10 cm de extensão em que uma das extremidades representa a ausência de dor e

Tabela 1
Estudo da casuística (N=25)

| | | | |
|-----------------|----------------|-----|--------------------------|
| Homens | 8 | 32% | - M:H=2.1:1 |
| Mulheres | 17 | 68% | |
| Idade média | 50a | | (24-70a) |
| Tempo da doença | M=9a (108m) | | (2m-50a) ou (2m-600m) |

Tabela 2
Diagnósticos

| | Nº de pacientes | % |
|--|-----------------|----|
| Mecânica | 12 | 48 |
| Protusão/hérnia discal | 3 | 12 |
| Retocolite inflamatória (sem sinais radiológicos de sacroileíte) | 1 | 4 |
| Doença de Parkinson | 1 | 4 |
| Amputação de membro inferior | 1 | 4 |
| Pós-laminectomia | 7 | 28 |

a outra, dor insuportável. A intensidade da dor foi avaliada pela medida da pontuação dessa linha feita pelo paciente em graduação de dor de 0 (ausência de dor) a 10 (dor insuportável).²

Pontos de maior intensidade de dor – pontos-gatilho – foram pesquisados e demarcados por meio de exame físico cuidadoso e detalhado, sendo então aplicado, perpendicularmente aos pontos-gatilho, um tipo de algômetro de pressão descrito por Fischer⁴, que consiste em um medidor do limiar de pressão – dinamômetro – com calibração de 0 a 10 kgf, capaz de medir a força aplicada, acoplado a uma extremidade de borracha cilíndrica de 1 cm de diâmetro. A pressão é aplicada a uma velocidade constante de 1 kg/seg até o nível em que é percebida como dor ou desconforto. Padronizou-se o valor de 1 kgf a força mínima que causa dor e 10 kgf o nível máximo já considerado dentro dos limites de normalidade.

Os procedimentos acima descritos eram realizados ao início e após a realização do procedimento.

Após essa avaliação inicial, procedia-se a inativação dos pontos-gatilho por meio de injeções de 1 a 5 mL de xilocaína a 1%, sem vasoconstritor, precedidas de minucioso cuidado asséptico com álcool iodado. Inativavam-se os pontos que apresentavam menor limiar doloroso medido por meio da algometria, de acordo com a técnica para abordagem de cada músculo específico preconizado por Fischer.

As sessões realizavam-se uma vez a cada semana, sendo seguidas imediatamente de aplicação de calor superficial com forno de Bier no músculo injetado durante 20 minutos, eletroestimulação

com corrente farádica por 20 minutos e orientação para alongamento muscular, três sessões em dias consecutivos. Foram incluídos neste trabalho todos os pacientes que se submeteram a um número mínimo de três aplicações.

Análise estatística: Realizou-se estatística descritiva dos parâmetros ordinais (quantitativos) de idade, tempo de doença, escala visual analógica de dor (VAS) e limiar de tolerância de dor medido em kgf (Algometria): média (M), desvio-padrão (DP), erro-padrão da média (EPM), valores máximos (Max) e mínimo (Min), número de casos (N) e diferencial percentual ($\Delta\%$).

As comparações entre as amostras pareadas não-paramétricas (pré e pós-procedimento) foram realizadas pelo teste de Wilcoxon.

Adotou-se o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), bilateral, em todos os casos e os resultados significantes foram assinalados com um asterisco (*).

Resultados

Para obtenção dos resultados finais utilizamos o VAS inicial na primeira e última consulta considerada. As pressões obtidas por meio da algometria aqui aplicadas correspondem à média obtida no início e ao final do tratamento no ponto-gatilho do músculo predominante acometido e infiltrado. A redução no VAS e o aumento do limiar de tolerância à pressão após o tratamento indicariam sua efetividade.

Como resultado observamos melhora média de 39,4% ($\alpha=0,05$) com média de VAS inicial de 7,1 e final de 4,3 (Tabela 3).

Quando utilizamos a medida armada com o algômetro, notamos melhora média de 73% ($\alpha=0,05$) com média inicial de 3,7 e final de 6,4 (Tabela 4).

Tabela 3
Estatística descritiva de escala visual analógica (VAS) pré e pós-inativação de pontos dolorosos – comparação pelo teste de Wilcoxon ($\alpha=0,05$ bilateral)

| | VAS | |
|-----|------|-----|
| | Pré | Pós |
| M | 7,1 | 4,3 |
| DP | 2,4 | 3,0 |
| EPM | 0,5 | 0,6 |
| Max | 10,0 | 9,0 |
| Min | 3,0 | 0,0 |
| N | 25 | 25 |

Melhor $\Delta\% = 39,4$
Wilcoxon |—————|
N=25 T =73
T obtido = 30,5*
($\alpha = 0,05$ bilateral)

Tabela 4
Estatística descritiva da algometria pelo dolorímetro de Fischer pré e pós-inativação dos pontos dolorosos – comparação pelo teste de Wilcoxon ($\alpha=0,05$ bilateral)

| | Algômetro | |
|-----|-----------|------|
| | Pré | Pós |
| M | 3,7 | 6,4 |
| DP | 1,6 | 2,3 |
| EPM | 0,3 | 0,5 |
| Max | 7,1 | 10,0 |
| Min | 1,0 | 2,4 |
| N | 24 | 24 |

Melhor $\Delta\% = + 73,0$
Wilcoxon |—————|
N=24 T_c=73
T obtido
($\alpha = 0,05$ bilateral)

Discussão

A lombalgia crônica é um sintoma, e não uma doença, em que com frequência múltiplos fatores etiológicos atuam em um mesmo indivíduo.

A “incompetência dos tecidos moles” é o termo utilizado por Mooney⁶ para descrever o grupo de doentes que sofrem de lombalgia miofascial, sem obstante apresentar alterações quer sejam neurológicas, ortopédicas, quer sejam radiológicas, e, no entanto, sofrem com limitações da mobilidade lombar, espasmo muscular localizado e um ponto-gatilho doloroso.

Nos dias atuais, a dor de origem miofascial é considerada a principal causa de lombalgia⁸, podendo estar associada com outros problemas lombares, afetando 80% dos pacientes que procuram o consultório médico.

Há variados recursos terapêuticos à disposição, incluindo o uso de medicamentos, medidas físicas de termoterapia e diatermia e programas de exercícios que visam o melhor condicionamento muscular, alinhamento postural e relaxamento. Tais formas de tratamento podem ser usadas em associação ou isoladamente, no entanto, algumas vezes não se consegue obter o resultado esperado naqueles processos com evolução mais crônica.

A infiltração com anestésicos de pontos-gatilho em tecidos moles já era preconizada por Steindler em 1938⁸ no tratamento de algias da região lombar e afirmava que tal procedimento proporcionava alívio à maioria dos doentes. Enfatizava a importância de utilizar a agulha como “guia” para localização do ponto-gatilho antes da infiltração. Tinha como objetivo já o relaxamento do espasmo muscular com alívio da dor.

A técnica aplicada neste trabalho segue a descrita por Fischer. O alívio da dor é obtido não

somente pela infiltração de produtos anestésicos locais, como também pela associação do efeito mecânico do agulhamento repetido em sentidos variados no mesmo local da aplicação, rompendo a banda muscular, o que facilita o alongamento de áreas contraturadas.

Na população estudada, houve predominância do sexo feminino sobre o masculino (2,1:1), em concordância com Andersson¹ que afirma ser mais comum a procura por assistência médica pelas mulheres, quando comparadas aos homens. Essa relação pode estar associada com fatores socioeconômicos envolvidos na gênese da dor.

Com a utilização da Técnica de Fischer, obtivemos um resultado de melhora com significância estatística ($\alpha=0,05$) quando avaliamos por meio do VAS e com uso de algômetro.

Embora utilizado como índice de avaliação de dor, o VAS exige maior capacidade de abstração e envolve a interpretação individual do doente na avaliação de sua dor, podendo apresentar um índice grande de respostas inadequadas. Dessa forma podemos justificar a menor média de melhora ao utilizar tal parâmetro, quando comparado com o uso de algômetro que se mostra como um método de avaliação de forma mais objetiva, no qual obtivemos uma média de melhora maior.

Esses resultados confirmam a efetividade da técnica nas algias lombares crônicas de origem miofascial que se mostraram resistentes às outras formas de tratamento. A melhora obtida foi independente da presença ou não de patologias associadas.

Em nossa casuística encontramos um número importante de doentes (17 pac. = 68%) que apresentaram ponto-gatilho em músculo quadrado lombar, embora de acordo com Travell e Simons⁹ seja o músculo menos diagnosticado com causa de lombalgia miofascial. Esses mesmos autores citam o músculo glúteo máximo como importante estrutura envolvida na origem da dor lombar miofascial; em nossa estatística não houve confirmação desse dado, sendo o músculo glúteo médio (14 pac. = 56%), seguido do músculo piriforme (7 pac. = 28%), os que se mostraram acometidos com maior frequência (Tabela 5).

Tabela 5
Músculos envolvidos

| Músculo | Nº de pacientes | Frequência |
|-----------------|-----------------|------------|
| Quadrado lombar | 17 | 68% |
| Glúteo médio | 14 | 56% |
| Piriforme | 7 | 28% |
| Glúteo máximo | 4 | 16% |

Embora apresentando-se como uma forma eficiente de tratamento da lombalgia crônica, devemos considerar não somente os benefícios, como também os riscos inerentes à técnica aplicada. Cuidados com discrasias sangüíneas, uso de drogas e nível de compreensão do paciente devem ser observados na indicação desse método. Não devemos esquecer que a abordagem do doente portador de dor lombar crônica é multidisciplinar e sua eficácia a longo prazo se relaciona diretamente com a adesão do paciente ao tratamento proposto.

Referências bibliográficas

1. ANDERSON, G.B.J. – Epidemiological aspects on low-back pain in industry. *Spine*, 6:53-60, 1981.
2. CHAPMAN, R.S. & SYRJALA, K.L. – Measurement of pain. In: BONICA, J.J. *The management of pain*. 2.ed. Londres, Lea & Febiger, 1990. cap. 32, p. 580-94.
3. DELISA, J.A. – **Rehabilitation medicine: principles and practice**. 2 ed. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1993.
4. FISCHER, A.A. – Pressure Algometry (Dolorimetry) in the differential diagnosis of muscle pain. In: RACHLIN, E.S. **Myofascial pain and fibromyalgia: trigger point management**. Missouri, Mosby, 1994. p.121-41.
5. HERRING, S.A. – The physiatrist as the primary cares specialist. *Physical Medicine and Rehabilitation*. **Clin. North Am.**, 2:1-5, 1991.
6. MOONEY, V. – The syndromes of low back pain disease. **Orthop. Clin. North Am.**, 14:505-15, 1983.
7. NJOO, K.H.; der DOES, E.V. – The occurrence an inter-rater reliability of myofascial trigger point in the quadratus lumborum and gluteus medius: a prospective study in non-specific low back pain patients and controls in general practice. *Pain*, 58: 317-23, 1994.
8. SHEON, R.P. e cols. – **Dor reumática dos tecidos moles: diagnóstico, tratamento, prevenção**. 2. ed. Rio de Janeiro, Revinter, 1989. p. 169-214.
9. TRAVEL, J.G. & SIMONS, D.G. – **Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual, the lower extremities**. Baltimore. Willians & Wilkins, 1992. v. 2.
10. WILKINSON, H.A. – **Alternative therapies for the failed back syndrome**. In: FRYMOYER, J.W. *The adult spine: principles and practice*. New York, Raven Press, 1991. v.2, cap. 99, p. 2069-91, 1991.