

**Trabalho 112****ASPECTOS PERICIAIS NO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DA DOR MIOFASCIAL DE
ORIGEM OCUPACIONAL**

**Renata Bittar Britto Arantes¹, Esp.
Sâmia Marques Bittar Britto Arantes², Esp.
Kleber José do Prado Campos¹, Esp.
Raquel Barbosa Cintra¹, Esp.
Eduardo Costa Sá¹, MSc.**

¹Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, LIM - 40, Brasil. renatabittar@yahoo.com.br

²Avenida Tenente Virmondes 268, CEP 38400110 Uberlândia - MG, Brasil.

Resumo

Introdução: a Síndrome da Dor Miofascial (SDM) é uma disfunção muscular regional representada por pontos gatilhos (PG) que geram dor local e referida em áreas distantes. É considerada uma mialgia não inflamatória, que pode acometer além da musculatura, o tecido conectivo e as fáscias de qualquer parte do corpo. Ocorre como consequência de um estresse metabólico muscular local, que produz uma crise energética com contração do sarcômero, gerando isquemia tecidual e deficiência metabólica, ocasionando a dor muscular. É uma causa importante de dor regional músculo-esquelética persistente e que pode gerar incapacidade. O início da patologia pode estar relacionada à sobrecarga dinâmica ou estática, ou ainda, à realização de movimentos repetitivos que ocorrem durante as atividades de vida profissional ou diária. Existem vários critérios diagnósticos descritos na literatura para a caracterização dos PG, porém não há consenso. **Objetivo:** identificar os critérios objetivos da SDM que podem ser utilizados como diagnóstico pericial, através de uma revisão bibliográfica. **Método:** realizada consulta à base de dados <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> e ao acervo da biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), sendo os descritores utilizados: Síndrome da Dor Miofascial (*Myofascial Pain Syndromes*), exame físico (*physical examination*), músculo esquelético (*skeletal muscle*), laudo pericial (*expert report*). Foram analisados os artigos publicados entre os anos 1995 e 2010. Foram incluídos os artigos com enfoque principal em dados objetivos que pudessem ser encontrados na SDMe, e foram excluídos os artigos relacionados com a odontologia. **Resultados:** após a análise de 1217 artigos, foram selecionados 25 que preenchiam os critérios de inclusão. Para o diagnóstico da SDM, é necessário questionar ao examinado sobre a sua profissão e as suas atividades, assim como a presença de fatores de risco ergonômico na função e nos hábitos de vida diários. Para o estabelecimento denexo causal da patologia com o trabalho, é de grande relevância que o médico solicite uma perícia *in loco*, pois de acordo com Musse (1995), a “análise biomecânica dos eventos geradores de sintomas será de extremo auxílio na identificação dos músculos responsáveis pela SDM. Os autores mais citados nos textos de revisão foram Simons (2005), Musse (1995), Yeng et al. (2001) e os autores da SBED (2009/2010). Apesar de não haver consenso diagnóstico, os critérios mais utilizados pelos autores pesquisados foram: banda tensa palpável, sensibilidade local de um nódulo em banda tensa e identificação visual ou tátil da resposta contrátil. **Conclusão:** os critérios: banda tensa palpável, sensibilidade local de um nódulo em banda tensa e identificação visual ou tátil da resposta contrátil devem ser usados, juntamente com a análise ergonômica do trabalho, pelo médico perito para estabelecimento do diagnóstico da SDM relacionada com o trabalho.

**Trabalho 112**

Palavras-chave: Síndrome da Dor Miofascial, exame físico, músculo esquelético, laudo pericial.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Americana de Dor (2010), a SDM é uma patologia legítima. Segundo estudo norte americano, a SDM afeta 95% da população portadora de dor crônica e mais de 9 milhões de pessoas no país, sendo uma das maiores causas de morbidade da sociedade moderna (MALANGA et al., 2010). Porém, muitos casos são subdiagnosticados devido a ausência de marcadores objetivos da síndrome (BOHR, 1996; CARAMÊS et al., 2009; TOUGH et al., 2007; YAP, 2007).

A SDM é uma disfunção muscular regional representada por pontos gatilhos (PG) que geram dor local e referida em áreas distantes, sendo esta causada pelo reflexo somato-somático. É considerada uma mialgia não inflamatória, que pode acometer além da musculatura, o tecido conectivo e as fáscias de qualquer parte do corpo, principalmente as regiões cervical, cintura escapular, lombar, musculatura da articulação têmporo-mandibular, epicôndilos, antebraços e coxas. Ocorre como consequência de um estresse metabólico muscular local, que produz uma crise energética com contratura do sarcômero, gerando isquemia tecidual e deficiência metabólica, ocasionando a dor muscular. É uma causa importante de dor regional músculo-esquelética persistente e que pode gerar incapacidade (MUSSE, 1995; SBED 2009/2010; SIMONS, 2005; YAP, 2007; YENG et al., 2001).

O início da patologia pode estar relacionada a sobrecarga dinâmica ou estática ou ainda, a realização de movimentos repetitivos que ocorrem durante as atividades de vida profissional ou diária (CARAMÊS et al., 2009; MALANGA et al., 2010; SIMONS et al., 2005 ; WHEELER, 2004; YENG et al., 2001).

**Trabalho 112**

Existem vários critérios diagnósticos descritos na literatura para a caracterização dos PG, porém não há consenso. Os autores discutem no presente trabalho alguns parâmetros sobre a SDM que o médico perito pode utilizar para consubstanciar o seu laudo pericial.

2. OBJETIVO

Identificar os critérios objetivos da SDM que podem ser utilizados como diagnóstico pericial, através de uma revisão bibliográfica.

3. MÉTODOS

Foram consultadas bases de dados *on line* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> e o acervo da biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), sendo os descritores utilizados: Síndrome da Dor Miofascial (*Myofascial Pain Syndromes*), exame físico (*physical examination*), músculo esquelético (*skeletal muscle*), laudo pericial (*expert report*). A análise feita envolveu artigos publicados entre os anos 1995 e 2010. Os critérios de inclusão foram: artigos com enfoque principal em dados objetivos que pudessem ser encontrados na SDM. Os critérios de exclusão foram: artigos com enfoque na área odontológica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise de 1217 artigos, 25 apresentaram um enfoque nos dados objetivos utilizados para diagnosticar a SDM e por isto foram incluídos no estudo. Também foram utilizadas uma tese de dissertação de mestrado e 4 livros do acervo da biblioteca da FMUSP.



Trabalho 112

Para o diagnóstico da SDM precisamos avaliar a profissão e as atividades realizadas do examinado, assim como a presença de fatores de risco ergonômico na função e nos hábitos de vida diários. Para o estabelecimento denexo causal da patologia com o trabalho, é de grande relevância que o médico perito solicite perícia *in loco*, pois de acordo com Musse (1995) a “análise biomecânica dos eventos geradores de sintomas será de extremo auxílio na identificação dos músculos responsáveis pela SDM.” (MUSSE, 1995; YENG et al., 2001).

O examinador deve saber reconhecer os pontos gatilhos para que ele possa diferenciar a SDM da fibromialgia, que possui os *tender points* (PASDM, 1995).

Os autores mais citados nos textos de revisão foram Simons (2005), Musse (1995), Yeng et al. (2001) e os autores da SBED (2009/2010), por isto que foram os nossos autores referência do estudo em questão. Os critérios objetivos citados por estes autores foram divididos neste estudo em: essenciais ao diagnóstico, menores e não utilizados como critério pelos autores analisados (tabela 1).

Tabela1. Principais critérios diagnósticos selecionados pelos autores para o diagnóstico de Síndrome da Dor Miofascial

| | Simons | Musse | Yeng | SBED |
|---|--------|-------|------|------|
| Banda tensa palpável | I | I | I | I |
| Sensibilidade local de um nódulo em banda tensa | I | I | I | I |
| Reconhecimento da dor | I | II | I | II |
| Limite doloroso de ADM em alongamento | I | I | I | II |
| Identificação visual ou tátil da resposta contrátil | II | II | II | II |
| Dor referida típica | II | I | II | I |
| Alterações eletromiográficas compatíveis | II | 0 | II | 0 |
| Queixa de dor regional | 0 | I | 0 | 0 |
| Presença de "sinal do pulo" | 0 | 0 | 0 | II |
| Fraqueza muscular e músculo em aperto | 0 | 0 | 0 | II |
| Alívio da dor através de manobras | 0 | II | 0 | 0 |
| Imagem da resposta contrátil local por agulhamento | II | II | II | 0 |

Para: II= MENOR
I= ESSENCIAL
0= NÃO UTILIZADO COMO CRITÉRIO

Apesar de não haver consenso diagnóstico, os critérios mais utilizados pelos nossos autores referência foram: banda tensa palpável, sensibilidade local de um nódulo em banda tensa e identificação visual ou tátil da resposta contrátil. Estes critérios devem ser usados pelo

**Trabalho 112**

perito para estabelecimento do diagnóstico da SDM. Com relação aos outros critérios citados, os mesmos podem ser utilizados como auxiliares ao diagnóstico, mas não como definidores.

5. CONCLUSÃO

Os critérios: banda tensa palpável, sensibilidade local de um nódulo em banda tensa e identificação visual ou tátil da resposta contrátil devem ser usados, juntamente com a análise ergonômica do trabalho, pelo médico perito para estabelecimento do diagnóstico da SDM relacionada com o trabalho.

6. REFERÊNCIAS

Bohr T MD. Problems with myofascial pain syndrome and fibromyalgia syndrome. *Neurology*. v. 46, fasc. 3, p. 593-597. 1996.

Caramês J, Carvalhão F, Real Dias MC. Dor miofascial por pontos gatilho. Uma doença multidisciplinar. *Acta Reumatol Port*. v. 34, p. 38-43. 2009.

Malanga GA, Colon EJC. Myofascial low back pain: a review *Phys Med Rehabil Clin N Am*. v. 21, p. 711-724. 2010.

Musse CAI. Síndrome dolorosa miofascial. In: *Medicina de Reabilitação São Paulo: Guanabara Koogan*, 1995. Cap. 11, p.164-177.

Protocolo de atendimento na síndrome dolorosa miofascial (PASDM). *Acta fisiátrica*. v. 2, fasc. 2, p. 34-45. 1995.

Simons DG, Travell JG, Simons LS. Introdução. In: *Dor e Disfunção Miofascial Manual dos Pontos Gatilhos Volume 1 – Parte Superior do Corpo São Paulo: Artmed*, 2005. Cap 2,3,4, p. 29-153.

Simons DG. Revisión de los enigmáticos puntos gatillo miofasciales como causa habitual de dolor e disfunción musculo esqueléticos enigmáticos. *Fisioterapia*. v. 27, fasc. 2, p. 103-120. 2005.

Myofascial pain – Sociedade brasileira para o estudo da dor 2009/2010 (SBED)

Tough EA, White AR, Richards S, Campbell J. Variability of Criteria Used to Diagnose Myofascial Trigger Point Pain Syndrome – Evidence From a Review of the Literature. *Clin J Pain*. v. 23. p. 278-286. 2007.

Wheeler AH. Myofascial Pain Disorders. Theory to Therapy. *Drugs*. v. 64. fasc. 1, p. 45-62. 2004.

Yap EC. Myofascial Pain – An Overview. *Ann Acad Med Singapore*. v. 36. p. 43-48. 2007.

Yeng TL, Kaziyama HHS, Teixeira MJ. Síndrome dolorosa miofascial. *Rev. Med. (São Paulo)*. v. 80, ed. esp. pt.1, p. 94-110. 2001.