

## **PREVALÊNCIA DOS PONTOS GATILHOS MIOFASCIASIS NO MÚSCULO TRAPÉZIO EM MULHERES COM CEFALEIA.**

**Beatriz Corrêa Tinoco<sup>1</sup>; Daniella Araújo de Oliveira**

<sup>1</sup>Estudante do curso de Fisioterapia – CCS – UFPE. E-mail:beatriz.correa-@live.com

<sup>2</sup>Docente/perquisador do depto de Fisioterapia – CCS – UFPE.  
E-mail:Sabino\_daniella@ig.com.br

**Sumário:**A cefaleia é considerada uma queixa comum e frequentemente observada na prática clínica. Devido à alta prevalência o interesse nos mecanismos patogênicos que possam estar envolvidos com essas cefaleias vem aumentando, entre eles, a conexão com os pontos gatilhos miofasciais (PGMs). Sendo assim o objetivo desse estudo é esclarecer a importância dos PGM na gênese das cefaleias primárias, migrânea e cefaléia do tipo tensional e buscar novas ferramentas mais confiáveis para um diagnóstico e avaliação mais precisos. Trata-se de um estudo observacional transversal, primeiramente foram coletados os dados relacionadas à caracterização da cefaléia, com perguntas baseadas nos critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia (ICHD-II, 2004) realizado no departamento de fisioterapia da UFPE e obtenção de imagens do trapézio superior realizado no Serviço de radiologia do Multimagem. Foi encontrada uma correlação significativa entre a presença de PGM e as características da cefaléia só possível quando levamos em consideração a quantidade de PGM totais. Fica definida a importância dos pontos gatilhos miofasciais, na gênese das cefaléias primárias.

**Palavras-chave:** cefaleia; PGM; tratamento

### **INTRODUÇÃO**

A cefaleia é considerada uma queixa comum e frequentemente observada na prática clínica. Entre os tipos de cefaleias primárias, as mais frequentes são a migrânea e a cefaleia tipo tensional (CTT) (1). Devido à alta prevalência o interesse nos diversos mecanismos patogênicos que possam estar envolvidos com essas cefaleias vem aumentando, entre eles, a conexão entre os pontos gatilhos miofasciais (PGMs) com as dores de cabeça.(2-4). Os PGMs são definidos como um ponto hipersensível dentro de uma banda tensa em um músculo esquelético que provocam um padrão de dor referida e local de forma espontânea ou durante a palpação(5). A atividade nociceptiva gerada pelos PGMs leva a sensibilização de neurônios sensoriais periféricos e subsequente sensibilização central (6-7), contribuindo para o desencadeamento ou cronificação das crises de cefaleia (8-9). Sendo alta a prevalência das cefaleias primárias, justifica-se a necessidade de estudos que ajudem a explicar em parte a fisiopatologia e a importância dos PGM na sua gênese para estabelecer e direcionar o tratamento fisioterapêutico através de ferramentas úteis para pacientes com distúrbios miofasciais associadas a esta cefaleia, fornecendo um tratamento alternativo, sem utilização de medicamentos para esses pacientes. Apesar do ponto gatilho ser uma importante fonte de dor muscular, seu diagnóstico ainda permanece sendo realizado através do exame físico, tanto na clínica, quanto para fins de pesquisas, baseado nos critérios de Simons(10) sendo eles: presença

de uma banda tensa palpável no músculo esquelético, presença de um ponto sensível hiperirritável dentro de uma banda tensa, presença de dor referida em resposta à compressão dos pontos gatilhos, resposta de contração local a palpação. No entanto os dados disponíveis sobre a confiabilidade do exame físico para os PG são conflitantes. Neste contexto deve-se buscar novas ferramentas mais confiáveis para um diagnóstico e avaliação mais precisos como a ressonância magnética(11).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado no Serviço de radiologia do Multimagem. Foi obtida uma amostra aleatória, pareada por idade. Para seleção aleatória foi realizado um sorteio, utilizando o número de matrícula das alunas, fornecido pela coordenação do curso de Fisioterapia da UFPE. Primeiramente foram coletados os dados relacionadas à caracterização da cefaléia, com perguntas elaboradas pelas pesquisadoras, baseadas nos critérios estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaleia (ICHD-II, 2004). Para a análise dos pontos gatilhos miofaciais, estes foram detectados, seguindo os critérios de diagnóstico clínico de Simons e Travell, Posteriormente demarcados com o uso de uma cápsula de óleo com a composição de Ác. Linolênico (632mg) e Ác. Gama-Linolênico (113mg) com a finalidade de evidenciar a localização dos pontos na imagem (Figura 1B). As imagens dos músculos trapézio (fibras superiores) foram obtidas bilateralmente nos planos: coronal, axial e sagital com as técnicas de exame: T1, T2 Jat Sat, T1 Jat Sat pré e pós-contraste. Foram formados três grupos, um grupo com participantes sem cefaléia, outro formado por mulheres com CTT e o terceiro com mulheres com migrânea.

## RESULTADOS

Foi encontrada uma correlação significativa entre a presença de PGM e as características da cefaléia só é possível quando levamos em relação à quantidade de PGM totais. Nas imagens analisadas não foi possível detectar os pontos gatilhos. Esse fato pode estar relacionado a alguns fatores que descreveremos a seguir: a qualidade do equipamento, sabe-se que a quanto maior a quantidade de Tesla melhor resolução das imagens. Com a utilização do equipamento da marca PHILIPS MRI Scanner 1.5 Tesla não foi possível detectar a presença dos pontos gatilhos miofaciais e ainda a bobina de cabeça e pescoço permite a captação da imagem de modo que a porção descendente e a transversa do trapézio de ambos os lados possam ser vista. Conforme o NATIONAL RESEARCH COUNCIL (1996) as bobinas locais, por serem menores que as bobinas de cabeça e pescoço, são projetadas para propósitos ou áreas anatômicas específicas, tendo a vantagem fundamental de apresentarem um desempenho superior (12).

## CONCLUSÃO

Fica definida a importância dos pontos gatilhos miofasciais, na gênese das cefaléias primárias, favorecendo assim, indivíduos que sofrem com esse tipo de dor de cabeça, fornecendo uma nova alternativa de tratamento fisioterapêutico e não medicamentoso. Este tratamento alternativo consiste nas técnicas fisioterapêuticas para a dissolução desses PGM que incluem terapia elétrica, terapia de frio e calor, anestésico local e ainda técnicas de terapia manual como Stretch, massagem, compressão isquêmica, e técnicas de liberação miofascial(13) que podem ser auxiliares aos métodos medicamentosos ou substituí-los em alguns casos, para isso são necessários novos estudos para definir a o real resultado dessas técnicas para as cefaleias primárias.

que podem ser auxiliares aos métodos medicamentosos ou substituí-los em alguns casos, para isso é necessário novos estudos para definir a o real resultado dessas técnicas para as cefaleias primárias.

### AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo não seria possível sem o auxílio da Propesq, a Universidade Federal de Pernambuco e ao Serviço de radiologia do Multimagem, a orientadora Daniella Araujo, a Mestranda Mariana Queiroz e as graduandas Caroline Palácio e Giselle Santos.

### REFERENCIAS

1. LIPTON RB, SCHER A, KOLODNER K, LIBERMAN J, STEINER T, STEWART W. Migraine in the United States epidemiology and patterns of health care use. *Neurology* 2002; 58(6):885-94.
2. Alonso-Blanco C, Fernández-de-las-Peñas C, Fernández-Mayoralas DM, de-la-Llave-Rincón AI, Pareja JA, Svensson P. Prevalence and anatomical localization of muscle referred pain from active trigger points in head and neck musculature in adults and children with chronic tension-type headache. *Pain Medicine* 2011; 12(10):1453-63.
3. Fernandez-de-las-Peñas C, Caminero AB, Madeleine P, Guillem-Mesado A, Ge H-Y, Arendt-Nielsen L, et al. Multiple active myofascial trigger points and pressure pain sensitivity maps in the temporalis muscle are related in women with chronic tension type headache. *The Clinical journal of pain* 2009; 25(6):506-12.
4. Fernandez-de-las-Peñas C, Caminero AB, Madeleine P, Guillem-Mesado A, Ge H-Y, Arendt-Nielsen L, et al. Multiple active myofascial trigger points and pressure pain sensitivity maps in the temporalis muscle are related in women with chronic tension type headache. *The Clinical journal of pain* 2009; 25(6):506-12.
5. Bron C, Dommerholt JD. Etiology of Myofascial Trigger Points. *Current pain and headache reports*. 2012;16(5):439-44.
6. Xu Y-M, Ge H-Y, Arendt-Nielsen L. Sustained nociceptive mechanical stimulation of latent myofascial trigger point induces central sensitization in healthy subjects. *The Journal of Pain*. 2010;11(12):1348-55.
7. Nijs J, Van Houdenhove B, Oostendorp RA. Recognition of central sensitization in patients with musculoskeletal pain: Application of pain neurophysiology in manual therapy practice. *Manual Therapy*. 2010;15(2):135-41.
8. Calandre E, Hidalgo J, García-Leiva J, Rico-Villademoros F. Trigger point evaluation in migraine patients: an indication of peripheral sensitization linked to migraine predisposition? *European journal of neurology*. 2006;13(3):244-9.
9. Malick A, Burstein R. Peripheral and central sensitization during migraine. *Functional neurology*. 2000;15(3):28-35.
10. Simons DG, Travell JG, Simons LS. *Travell & Simons' Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. Upper half of body. Vol. 1: Wolters Kluwer Health; 1999.*
11. Chen Q, Basford J, An K-N. Ability of magnetic resonance elastography to assess taut bands. *Clinical Biomechanics*. 2008;23(5):623-9.

12. De Moraes L. Contribuição para a funcionalidade e a segurança em ressonância magnética: uma abordagem para a qualidade da imagem. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Março de 2003.
13. Hou C-R, Tsai L-C, Cheng K-F, Chung K-C, Hong C-Z. Immediate effects of various physical therapeutic modalities on cervical myofascial pain and trigger-point sensitivity. Arch Phys Med Rehabil 2002;83:1406-14.