

TRATAMENTO FISIOTERÁPICO DA CEFALÉIA DE TENSÃO, ATRAVÉS DA DESATIVAÇÃO DOS TRIGGER POINTS

Elaine Aparecida R. Garcia

Izabel Cristina Ludvig

Orientação: Fisioterapeuta Fernando Pierette Ferrari

Orientação Metodológica: Prof. Ms. Heitor Romero Marques

Esta pesquisa visa estabelecer uma proposta terapêutica para o tratamento da cefaléia de tensão, através da desativação dos *trigger points*, possibilitando análise e averiguação de resultados, análise dos recursos fisioterapêuticos, elencar os principais grupos musculares acometidos e sua resposta frente ao tratamento.

Sabe-se que um dos fatores causais da cefaléia de tensão são os *trigger points*, sendo estes diagnosticados através de dores generalizadas ou sensibilidade evidente, envolvendo três ou mais locais anatômicos pelo menos com três meses de duração. O *trigger point* é um foco irritável na estrutura do tecido mole que, quando estimulado, freqüentemente por deformidade mecânica, contração ou apalpação, gera a dor referida.

Os dados foram coletados mediante a avaliação de pacientes, constando uma ampla anamnese, exame físico facial e tronco superior, além da localização dos *trigger points*. Após a avaliação aplicou-se a proposta terapêutica pré-estabelecida.

A dor miofascial é caracterizada pela presença de zonas de gatilho (*trigger point*) que são palpáveis como nós ou nódulos e que são encontrados dentro das faixas musculares distendidas. É frequentemente provocada quando o paciente utiliza o músculo afetado ou as articulações controladas por aquele músculo.

O espasmo muscular é uma causa muito comum para o aparecimento da dor e é a base para muitas síndromes dolorosas. Parte dessa dor resulta, provavelmente, do efeito direto do espasmo muscular estimulando os mecanorreceptores sensíveis à dor. No entanto, é possível que a dor também seja resultante do efeito indireto do espasmo muscular por meio da isquemia provocada pela compressão dos vasos sanguíneos

Esta síndrome pode ocorrer por um trauma de qualquer tipo, mas deve ser considerado como o agente causal. O trauma físico pode ser por causas externas, o trauma mecânico pode ser postural ou por estresse físico muscular sustentado e o trauma psicológico pode ser a tensão, a ansiedade, a raiva ou o estresse.

Pacientes com síndrome da dor miofascial apresentam dor ou rigidez quando os músculos afetados são estendidos ou fortemente contraídos na posição menor.

Os *trigger points* são pontos-gatilho hiperirritados encontrados nos músculos. Estes TP podem ser ativos ou latentes.

O músculo trapézio é o que mais frequentemente apresenta *trigger point*, os mesmos levando à dor de cabeça na região temporal. Existem seis *trigger points* com padrões de dores distintas, encontradas nas porções superiores, médias e inferiores, estando dois *trigger points* em cada porção, é encontrado um sem resposta autonômica não dolorosa.

Os *trigger points* encontrados na região do trapézio superior são a maior fonte de dor no pescoço por tensão. Esta dor é unilateral e acima do processo mastóide.

O padrão de dor referida é mais ou menos como a referida na região cervical do TP₁. Está localizado na borda livre do trapézio. O TP₃ refere dor severamente ao músculo paravertebral superior, área do mastóide adjacente e acrônico. Também refere dor profunda e fatigante sobre a região supra-escapular. O TP₄ produz uma queimação, com dor referida descendo ao longo da borda medial da escápula.

No trapézio médio encontram-se os *trigger points* números **5**, **6** e **7**. TP₅ tem dor em queimação superficial, é referida medialmente entre o TP; o processo espinhoso de C₇ e T₁. O TP₆ é encontrado próximo ao acrômio, provocando dor ao topo do ombro (acrômio); TP₇ latente, localizado aproximadamente entre T₂ e T₄. Quando apalpado pode produzir uma sensação desagradável de calafrio com ereção pilomotora, na parte lateral do braço homolateral e coxa.

Os TP₂ e TP₃ estão na região intermediária do músculo, referindo dor ascendente na área mesotemporal e descendente ao dente maxilar intermediário no mesmo lado. O TP₄ sugere dor atrás e acima do próprio músculo.

Trigger Point no esplênio da cabeça refere dor ao vértex da cabeça. TP na porção superior do esplênio do pescoço refere uma dor difusa através do interior da cabeça, até atrás do olho no mesmo lado e algumas vezes sobre o couro cabeludo no occipito.

O TP₁ está acima da base do pescoço, refere dor ascendente à região suboccipital, algumas vezes abaixo do pescoço para a borda da espinha da escápula. TP₂ está 2 a 4 cm abaixo do occipito, referindo dor no occipito em direção ao vértex. Existe ainda o TP₃ logo abaixo do limite occipital e na inserção do semi espinhal da cabeça.

O levantador da escápula é o segundo músculo que mais ocorre TP. O TP na porção superior refere dor à sua zona de localização, na borda vertebral da escápula e região posterior do ombro. TP na porção inferior pode provocar dor no ângulo inferior da escápula, limitando a rotação.

Para efetivação desta pesquisa, os pacientes foram submetidos à avaliação fisioterapêutica sendo encaminhados por um neurologista, após diagnosticada a cefaléia de tensão. A avaliação envolve dados de identificação do paciente, uma ampla anamnese, seguida de exame físico detalhado, avaliando face, postura de cabeça e tronco, amplitude de movimento da cabeça e testes especiais da coluna cervical para eliminar patologias associadas.

Através de alongamento de grupos musculares específicos foi possível eliminar o quadro álgico que há muito incomodava pacientes que procuravam o alívio dos sintomas com analgésicos para cefaléia ou enxaqueca.

Foi possível, assim, verificar a eficácia da proposta terapêutica mesmo em casos de cefaléia de tensão provocada pela dor miofascial dando origem aos TP. O mesmo resultado não pode ser alcançado nas cefaléias tensionais associadas a problemas psíquicos e enxaqueca.