

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

**SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL COMO SEQUELA PÓS-CIRÚRGICA DE
GLIOMA CEREBRAL: RELATO DE CASO**

SAHMARA CRISTINA SANTOS DOS SANTOS

Manaus, AM

2019

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE ODONTOLOGIA

**SÍNDROME DOLOROSA MIOFASCIAL COMO SEQUELA PÓS-CIRÚRGICA DE
GLIOMA CEREBRAL: RELATO DE CASO**

SAHMARA CRISTINA SANTOS DOS SANTOS

Trabalho de Conclusão de Curso, na forma de Relato de Caso Clínico, apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Dr. Lioney Nobre Cabral

Manaus – AM

2019



Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde
Curso de Odontologia

TERMO DE APROVAÇÃO

A Ac. **Sahmara Cristina Santos dos Santos** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: **Síndrome dolorosa miofascial como sequela pós-cirúrgica de glioma cerebral: relato de caso**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Lioney Nobre Cabral (Orientador)

Examinador 2

Examinador 3

Manaus, 10 de junho de 2019.



Escola Superior de Ciências da Saúde
Av. Carvalho Leal, N. 1777, Cachoeirinha,
CEP: 69065-001 / Manaus-AM
www.uea.edu.br

Dedico este trabalho a minha avó, Maria Aparecida, que está no céu, mas enquanto viva, nos cobriu com seu amor e carinho. Tenho certeza que continua a cuidar de mim. Obrigada por nunca me abandonar. Sinto muito a sua falta e o amor continua maior que tudo.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de começar agradecendo a Deus, pois sem Ele não estaria aqui de forma alguma. O Senhor é minha força, meu apoio e meu refúgio. Nada tenho a pedir, somente a agradecer, pois estás no controle da minha vida em Ti eu confio.

Agradeço imensamente aos meus pais Maria de Fátima e Lourenço Marques, por todo amor e dedicação ao me criar e me conduzir até aqui. Não foi fácil, mas em cada passo que dei, sabia que estariam ao meu lado. Espero ser digna de todo o sacrifício e de todo o suor derramado, saibam que mesmo que eu viva mil anos jamais conseguirei agradecer o suficiente. Vocês são os melhores pais que Deus poderia me dar e eu os amo com todo o meu ser. Agradeço também a minha irmã que amo e admiro, Sahmira Santos, por todo o apoio, conselhos e companheirismo nos momentos difíceis, muito obrigada. A toda a minha família, avô, tios, tias, primos e primas que acompanharam meus passos - de Parintins a Portugal - obrigada pelos pensamentos positivos e pelas palavras de carinho. Aos meus avôs maternos, Sebastião e Celina que me olham e me guardam junto a Deus e que me abençoam sempre, aonde quer que eu vá.

Ao meu namorado André Luiz, que há 12 anos compartilha comigo os mesmos sonhos e objetivos. Encontrar você foi a melhor coisa que aconteceu em minha vida e serei eternamente grata a Deus por isso. Obrigada por crescer, sonhar e caminhar comigo. Obrigada, acima de tudo por acreditar em mim. Você é minha força e meu porto seguro. Obrigada também pela Luna, pois ela é o nosso amor, nossa força e nossa motivação em quatro patinhas. *I love you 3000.*

As amigas que a Universidade do Estado do Amazonas me deu, a começar pela minha dupla de clínica Thaysa Mattos, com quem compartilhei momentos felizes e tristes, muito obrigada pela parceria e espero que ela dure para a vida além dos muros da UEA.

Raquel Lima que sempre está ao meu lado e com quem sei que posso contar sempre, tenho você em minhas orações e em meu coração, saiba que admiro demais sua determinação e empenho em tudo o que faz, obrigada por tudo. Liz Rodrigues, obrigada por ser uma amiga incrível que sempre está ao nosso lado, obrigada por todos os risos e brigadeiros. Do fundo do coração obrigada por tornarem tudo mais fácil durante esses anos de faculdade, amo vocês.

Ao meu orientador Professor Doutor Lioney Nobre Cabral por ser um ser humano incrível e de uma sabedoria singular, obrigada por me guiar e compartilhar seus ensinamentos comigo, sem o senhor esse trabalho jamais seria possível. Aos professores que me ensinaram mais que um ofício, me ensinaram a ser uma pessoa melhor. Espero honrar todos os ensinamentos passados a mim e que possa usá-los da melhor maneira possível.

Por fim, quero agradecer ao grupo BTS, pois conhecer suas músicas me salvaram e me deram a determinação que precisava para continuar nessa caminhada. Mesmo sem nunca saberem, suas letras falaram comigo e diminuíram a dor que remédio algum conseguiu apaziguar. Obrigada a esses sete garotos da Coreia do Sul que me ensinaram a lutar pelos meus sonhos e a amar a mim mesma. Falamos um só idioma, o amor.

“Mesmo as cicatrizes formadas pelos meus erros, são minhas constelações.”

Answer: Love Myself – BTS

RESUMO

A Síndrome Dolorosa Miofascial atinge grande parte da população e é caracterizada pela presença de pontos-gatilhos que irradiam a dor para outras áreas do corpo e é geralmente causada por movimentos repetitivos, por distúrbios temporomandibulares ou traumas. Possui um diagnóstico complexo, pois a queixa do paciente é inespecífica e generalizada, por este motivo o profissional examinador precisa realizar uma boa anamnese e um bom exame clínico além de ter conhecimento sobre a síndrome para que o diagnóstico seja preciso. Entre os tratamentos possíveis, pode ser citado a aplicação de toxina botulínica, aplicação de anestésico local, uso de laser, placas mio-relaxantes e exercícios de fisioterapia. Este trabalho objetiva mostrar a Síndrome Dolorosa Miofascial associada ao trauma pós-cirúrgico de um Glioma cerebral em uma paciente de 21 anos de idade do que se apresentou na Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) queixando-se de dor por toda a face de forma generalizada, acompanhada de fortes dores de cabeça. O tratamento proposto foi o uso de placa mio-relaxante concomitantemente a exercícios de fisioterapia com o devido acompanhamento do quadro clínico.

Palavras-Chave: síndrome dolorosa miofascial, dor facial, glioma cerebral

ABSTRACT

Myofascial Pain Syndrome affects a large part of the population and is characterized by the presence of trigger points that radiate pain to other areas of the body and is usually caused by repetitive movements, temporomandibular disorders or trauma. It has a complex diagnosis, since the patient's complaint is nonspecific and generalized, for this reason the professional examiner needs to perform a good anamnesis and a good clinical examination besides having knowledge about the syndrome for the diagnosis to be accurate. Possible treatments include the application of botulinum toxin, application of local anesthetic, laser use, myorelaxant plaques and physical therapy exercises. This work aims to show myofascial Pain Syndrome associated with post-surgical trauma of a cerebral glioma in a 21-year-old female patient who presented at the Dental Polyclinic of the University of the State of Amazonas (UEA) complaining of pain all over the face in a generalized way, accompanied by severe headaches. The proposed treatment was the use of myorelaxant plaque concomitant to physiotherapy exercises with the proper followup of the clinical condition.

Key words: miofascial pain syndrome, facial pain, cerebral glioma

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Placa miorelaxante que a paciente fazia uso antes do tratamento na Policlínica Odontológica da UEA.....	22
Figura 2: Registro da abertura máxima de boca com valor obtido de 35mm.....	23
Figura 3: Registro da restrição mandibular excêntrica presente no lado esquerdo (A) como no lado direito (B).....	23
Figura 4: Aferição do padrão de dor do lado direito (A) e esquerdo (B) sendo utilizada a cor amarela para dolorimento, laranja para dor e vermelho para reação de fuga.....	24
Figura 5: Modelo de trabalho pronto para montagem no articulador.....	25
Figura 6: Montagem do modelo de estudo em articulador semi ajustável com a impressão da mordida em cera 7.....	25
Figura 7: Placa miorelaxante confeccionada na Policlínica Odontológica da UEA.....	26
Figura 8: Foto inicial da paciente antes da instalação da placa miorelaxante.....	26
Figura 9: Instalação da placa miorelaxante.....	27
Figura 10: Exercício de fisioterapia que consiste em forçar a abertura de boca com os dedos indicador e polegar em forma de pinça.....	28
Figura 11: Exercício de fisioterapia onde o cabo de vassoura passa por trás das costas e entre os antebraços de forma a manter a postura, sem forçar, por 10 segundos.....	28
Figura 12: Exercício de fisioterapia onde posiciona-se a mão em punho a baixo do queixo e abre-se a boca sem forçar.....	29
Figura 13: Anestesia local com lidocaína na região de trapézio para alívio da sensação dolorosa.....	30
Figura 14: Avaliação final da musculatura da paciente lado direito (A) e lado esquerdo (B).....	31
Figura 15: Aspecto da paciente após três semanas de uso da placa miorelaxante.....	31

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos.....	Erro! Indicador não definido.
3. REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Síndrome Dolorosa Miofascial	15
3.2 Glioma	19
4. RELATO DE CASO	21
5. DISCUSSÃO	32
6. CONCLUSÃO	36
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	40

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome Dolorosa Miosfascial, também conhecida como miosite, mioalgia, fibrosite, tensão muscular entre outros sinônimos, é a forma mais comum de dor na região da face. Seu diagnóstico depende do histórico clínico do paciente e de achados durante exames físicos. Por esse motivo, muitos profissionais da saúde e o próprio paciente não a reconhecem. Geralmente acomete músculos, tecido conectivo e fáscias, principalmente na região cervical e lombar.¹

É uma condição dolorosa muscular regional e caracteriza-se pela identificação de Pontos Gatilhos, que são pontos intensamente dolorosos em bandas musculares tensas. Esses Pontos Gatilhos podem ocasionar dor local ou referida quando estimulados pela palpação digital ou pela punção com agulha e seu aparecimento dá-se por traumatismos, excessos de uso (sobrecargas dinâmicas) ou pela má postura (sobrecarga estática) que ocorrem durante a rotina do paciente. Podem aparecer pontos adicionais ou satélites em áreas de referência do Ponto Gatilho principal ou original.¹

Clinicamente Síndrome Dolorosa Miofascial é caracterizada pela manifestação dos seguintes achados: dor muscular regional, existência de uma banda de tensão que apresenta dolorimento à palpação, presença de Pontos Gatilhos de alta sensibilidade que produz dor local e irradiada, rigidez muscular e movimento restringido.²

O diagnóstico é realizado através do exame físico que consiste na palpação dos Pontos Gatilhos para definir sua localização e sua resposta local e a obtenção de dados do histórico do paciente recolhidos durante a anamnese que deve ser minuciosa e investigar dados como possíveis traumatismos, eventos de sobrecarga muscular, deve-se dar atenção a postura do paciente e assimetria de membros e quadros de comprometimento neurológico, como pode acontecer em casos de Gliomas.³

O Glioma é o tumor maligno primário mais comum do sistema nervoso central e um de suas principais características é sua natureza infiltrativa em estruturas corticais e destruição de vias mielinizadas dentro do cérebro. Raramente, os gliomas são considerados inoperáveis somente devido à sua localização anatômica e biópsia cirúrgica seguido de radiação, quimioterapia, terapia imunológica ou tratamento de campo elétrico é a estratégia. O principal no planejamento cirúrgico do glioma é saber se os déficits pósoperatórios induzidos cirurgicamente serão temporários ou permanentes.⁴

Por causa das funções essenciais do tálamo estruturas circunvizinhas, bem como a dificuldade cirúrgica a abordagem da linha média, biópsia e ressecção foram raras no passado. Mas com técnicas cirúrgicas melhoradas, total ou parcial a ressecção é agora mais frequentemente realizada, particularmente para tumores não infiltrantes de baixo grau. ⁴

Geralmente os sintomas desse tipo de tumor se apresentam como cefaleias, convulsões, dificuldades de pensamento ou de expressão, alterações de comportamento ou cognição, enfraquecimento ou paralisia numa parte ou lado do corpo, perda de equilíbrio, alterações na visão e náusea ou vômitos.⁵

De fato, o tratamento do glioma deixará sequelas, sejam temporárias ou permanentes. Muitas dessas perdas podem comprometer o sistema motor, desalinhando membros e até mesmo causando hemiplegias no paciente. A Síndrome Dolorosa Miofascial também lista como uma sequela do tratamento cirúrgico do glioma e, muitas vezes agravada pelos demais déficits na musculatura no geral.⁶

A Síndrome Dolorosa Miofascial é uma forma muito comum de dor entre a população e seu tratamento é relativamente simples e com o custo financeiro baixo, porém, pela falta de diagnósticos precisos, a maioria dos casos não é tratada e acabam evoluindo para o estágio crônico da síndrome, levando muitas vezes a incapacidade do indivíduo. Portanto

é de grande importância o relato do caso, para acompanhamento da evolução do tratamento proposto e a concomitante melhora da sintomatologia dolorosa do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Relatar o caso clínico sobre síndrome dolorosa miofascial como sequela pós-cirúrgica de glioma cerebral.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o estágio da síndrome dolorosa miofascial em que o paciente se encontra antes do tratamento.
- Propor tratamento para diminuição da dor miofascial.
- Relacionar a síndrome como sequela pós-cirurgia cerebral.
- Acompanhar e reavaliar o estágio da síndrome dolorosa miofascial após tratamento proposto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Síndrome Dolorosa Miofascial

A síndrome dolorosa miofascial tem sua definição clássica como sendo uma dor subaguda ou crônica, cuja sintomatologia pode ser autonômica, sensorial e motor com origem em pontos gatilhos ativos. É caracterizada por dor muscular local ou irradiada e pela presença de uma banda de tensão mais consistente e dolorosa, que pode ser identificada durante a palpação, cujo centro se encontra no ponto gatilho que corresponde a uma zona de maior sensibilidade e consistência sendo este a origem da dor. Portanto, a dor miofascial tem três componentes básicos: uma banda palpável no músculo afetado, um ponto de gatilho e dor referida.^{2 3}

Há várias barreiras teóricas e metodológicas que trazem limitação a investigação epidemiológica sobre dor. Grande parte das dificuldades é dá-se pela na natureza complexa da dor que apresenta numerosos e diferentes aspectos fisiopatológicos e soma-se a isso as interações psicológicas e sociais e a grande diversidade de apresentações e de fatores causais. Apesar disso, há estudos epidemiológicos que nos mostram que a dor miofascial é uma doença que atinge em maior número a população feminina, com idade entre os 30-50 anos, afetando mais comumente os músculos da região cervical posterior, o músculo esternocleidomastoideo, o músculo trapézio, os músculos levantadores da escápula e os músculos posturais axiais. É estimado que a prevalência da dor musculoesquelética identificada como dor miofascial localizada é muito elevada. Dos estudos consultados a prevalência teve variação de 28 a 65%.^{7 8 9}

Quanto aos mecanismos que geram a ocorrência da dor é importante saber que o primeiro passo na seqüência de eventos que dão origem o fenômeno sensitivo doloroso é a transformação dos estímulos ambientais em potenciais de ação, gerando estímulos ao nociceptores que podem ser fibras mielínicas ou amielínicas. O nociceptor é especializado

na transformação de eventos físicos e/ou químicos que ocorrem nos tecidos em potenciais da ação interpretados como dolorosos no SNC.^{10 11}

Os pontos gatilhos, por sua vez, são definidos como uma disfunção neuromuscular que evolui para um estado patológico distrófico. Após uma lesão muscular é produzida uma resposta inflamatória e, por consequência há liberação de neuropeptídeos e o aparecimento de células de resposta inflamatória. Os neuropeptídeos irão excitar as fibras nervosas sensitivas e somáticas, produzindo mediadores químicos neurovaso-ativos que atuam provocando fenômenos de isquemia e sensibilizando os nociceptores. Este fenômeno é chamado de sensibilização periférica e da origem ao espasmo muscular. O estímulo continuado dos nociceptores conduz a ativação dos nociceptores vizinhos, que provoca a sensibilização central e pode ser responsável pela dor referida. O outro fator que é preciso ter em conta é a hiperalgesia, que provavelmente se origina de um aumento das respostas nociceptivas.¹²

Os pontos gatilhos podem ser classificados em ativos, quando eles são a causa direta da dor; em latentes que podem causar disfunção durante manobras com o músculo, mas não são dolorosos à palpação, estes são os mais frequentes e podem permanecer inativos até que sejam ativados por uso excessivo do músculo ou estresse; primário, que não a causa subjacente responsável pela sua produção; secundário que é originado por estresse ou espasmos musculares; e os satélites que é o ponto para onde a dor irá irradiar.^{13 14}

A fisiopatologia dos pontos gatilhos tornou-se melhor entendido, com base em estudos eletrofisiológicos recentes em humanos e animais e tem sido hipotetizado que existem múltiplos locais pontos-gatilhos sensíveis em uma só região. O estudo histológico sugeriu que esses locais sensíveis podem ser sensibilizados por nociceptores.¹⁵

O diagnóstico passa por um exame físico detalhado onde irá ser determinada a localização dos pontos gatilhos e a resposta local da banda muscular tensa e uma história clínica completa, investigada durante a anamnese e deve revisar os eventos de saúde de forma cronológica, o uso de medicamentos e os fatores que interferem na dor. Os doentes com pontos gatilhos ativos em geral se queixam de dor mal localizada num segmento do corpo e referida à distância. Alguns doentes podem se queixar de parestesias ou de adormecimento regionais.¹⁶

Quanto ao diagnóstico diferencial afecções funcionais, inflamatórias, infecciosas, degenerativas ou metabólicas podem simular a síndrome dolorosa miofascial, como por exemplo: espasmos musculares, deficiência muscular, fibromialgia, disfunções vertebrais mínimas e disfunções articulares degenerativas ou inflamatórias, radiculopatias, tendinites, miopatia e distrofias musculares, dor nos músculos espásticos em decorrência de neuropatias centrais e afecções metabólicas. Exames complementares como a eletromiografia, podem ajudar no diagnóstico preciso da síndrome dolorosa miofascial.¹⁶

O tratamento da síndrome dolorosa miofascial deve abranger a complexidade de cada caso. Analgésicos e anti inflamatórios são importantes para o controle da dor e devem ser a primeira atitude terapêutica. As atividades físicas são fundamentais e são a base do tratamento, pois melhoram não apenas o condicionamento cardiovascular e muscular, como também diminuem o número e a intensidade dos pontos gatilhos o que melhora o quadro de dor. O agulhamento seco dos pontos gatilho se mostram eficazes no tratamento da dor musculoesquelética proporciona relaxamento muscular, estimula o sistema supressor endógeno de dor e, com frequência, melhora o sono e diminui a ansiedade.¹⁷

A infiltração de toxina botulínica do tipo A vem sendo realizada, com resultados analgésicos satisfatórios pois ela age diretamente no músculo afetado, provocando relaxamento e a conseqüente redução da dor. Após essa redução o paciente consegue

realizar exercício físico que é necessário para sua recuperação e a melhora da qualidade de vida. É importante frisar que no período em que o paciente estiver sob os efeitos do medicamento, o processo de reabilitação deve ser intensificado com medidas físicas para obter uma melhor eficácia do tratamento.^{18 19}

Quando aplicado corretamente, a terapia com laser de baixa intensidade mostrou efeitos satisfatórios na desativação dos pontos- gatilhos, embora seja ainda bastante oneroso. Nas áreas de ponto- gatilhos, a terapia a laser melhora a microcirculação, aumentando assim o suprimento de oxigênio para células hipóxicas, e ajudando a remover o metabolismo celular e subprodutos. Uma vez estabilizada, a microcirculação quebra o ciclo vicioso de dor-espasmo-dor.^{20 21}

O agulhamento seco e fisioterapia em associação, que são dois métodos conhecidos no controle da síndrome dolorosa miofascial, considerando que o agulhamento é um método simples por não se fazer necessário o uso de equipamentos sofisticados, se mostraram eficazes no controle da dor. A dor deve ser controlada através da eliminação dos pontos gatilhos. Assim como no agulhamento em seco a injeção de soluções anestésicas com associação à fisioterapia, também é uma modalidade terapêutica que está em alta, pois atuam diretamente no mecanismo da dor dos pontos gatilhos, diminuindo a sintomatologia dolorosa. Sendo assim, o mais eficaz dos tratamentos propostos. A toxina botulínica não é uma das principais terapias de escolha e isso se deve ao custo alto e o desconforto, porém pode sua utilização seletiva em pacientes com síndrome dolorosa miofascial que são resistentes às intervenções convencionais.²²

3.2 Glioma

O glioma segue como o tumor maligno primário mais comum do sistema nervoso central. Uma de suas características é a natureza infiltrativa de seu crescimento. Dada sua natureza e sua infiltração em estruturas corticais e a destruição de vias mielinizadas dentro do cérebro, é importante compreender as relações entre as áreas corticais tradicionais do cérebro e as vias subcorticais da matéria branca que possibilitam a conectividade e a função do cérebro. Por esse motivo, esforços têm sido feitos para elucidar relações individualizadas entre anatomia e funcionalidade para preservar o máximo de função possível durante a cirurgia e outros tratamentos padronizados.⁴

A identificação precisa da localização anatômica da neoplasia é crítica no planejamento cirúrgico e avaliar a eficácia da terapia e recorrência do tumor no pós-operatório. Como os gliomas são principalmente uma doença da substância branca responsável pela conectividade do cérebro, o planejamento para a ressecção cirúrgica do glioma requer a compreensão de como ele está conectado, bem como células de glioma sequestram essas vias, a fim de escapar da massa tumoral sólida. O próximo passo lógico na cirurgia do glioma é ressecção do tumor sólido e de todos os tecidos ao redor do tumor até o ponto de importantes vias corticais e subcorticais conectadas esse método foi proposto como uma técnica potencial para melhorar a sobrevida global.^{4 5}

A variabilidade individual demonstrada na conectividade cerebral nas estruturas corticais e subcorticais do cérebro humano são complicadas pela natureza infiltrativa difusa dos gliomas. A conectividade cerebral é interrompida pela migração preferencial do tumor ao longo da mielinização dos tratos de fibra. O tratamento orientado se mostra complexo, pois os gliomas não só distorcem a anatomia normal, mas também desfazem a plasticidade neural.^{5 6}

Os sintomas clínicos comumente descritos pelos pacientes são atribuídos à localização específica responsável por possíveis alterações endócrinas, defeitos visuais e alterações comportamentais, bem como por sintomas secundários a uma hidrocefalia obstrutiva (cefaleia e náuseas). Também há relatos de convulsões, febre, perda da função motora aumento da pressão intracraniana e graus de paresia.²³

O tratamento dos gliomas de baixo grau é discutível. Jovens, que apresentem somente crise convulsiva, sem efeito de massa, pode ficar em observação até que sintomas neurológicos apareçam, quando então estaria indicado o tratamento cirúrgico. A observação seria apenas uma estratégia temporária. A cirurgia é indicada quando ocorre hipertensão intracraniana, déficit focal ou edema vasogênico. Em alguns casos, não é observada diferença na sobrevida, independente se a remoção cirúrgica do tumor havia sido total, parcial, ou realizada biópsia.²⁵

A radioterapia, convencional, intersticial ou radiocirurgia, pode ser utilizada como tratamento paralelo. Este é um tratamento reconhecido como e aumenta a sobrevida dos pacientes a ela submetidos. Acredita-se que os gliomas são moderadamente radiosensíveis e a radioterapia é mais recomendada nos casos de remoção parcial do tumor ou recidiva. Já a quimioterapia não mostra resultados satisfatórios no tratamento dos gliomas, por tanto seu uso é restringido dependendo do caso.²⁵

A mortalidade cirúrgica dos gliomas é baixa. A remoção cirúrgica total do tumor aumenta a sobrevida e o intervalo sem a doença e pode curar o paciente. A ressecção cirúrgica deve preservar áreas eloquentes para evitar sequelas neurológicas temporárias ou permanentes.²⁶

4 RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 21 anos de idade, procurou a Policlínica da UEA com queixa de dor facial e na região de ombros e pescoço. No primeiro atendimento foi realizada a anamnese onde foi relatado que a dor era mais intensa no lado esquerdo. O padrão de dor era iniciado na cabeça e se difundia para a musculatura da face e do pescoço e teve início em 2015 quando era de característica mais difusa, no entanto no momento do atendimento a paciente já conseguia relatar pontos específicos de dor. Também durante a anamnese foi possível constatar o histórico de neoplasia em sistema nervoso central, especificamente Glioma, diagnosticado aos cinco anos de idade. A mãe da paciente relata que os primeiros sintomas foram febre e falta de equilíbrio, não conseguindo permanecer sentada ou em pé. A mãe procurou o serviço de saúde e, após exames, foi constatado o diagnóstico. O tumor foi operado em junho de 2002 com posterior quimioterapia e radioterapia, a paciente também fez transplantes de células tronco e em 2004 fez mais duas cirurgias à base de radiação. Após todos os tratamentos descritos os médicos a declararam curada. No entanto as cirurgias deixaram sequelas e, dentre elas, destacam-se a hemiplegia do lado direito do corpo e a escoliose. Na tentativa de corrigir, ou amenizar, estas sequelas a paciente foi submetida a vários tratamentos.

Em 2015, como relatado acima, começam as fortes dores na região da Articulação Temporomandibular (ATM) que incapacitavam a paciente de realizar suas tarefas rotineiras. Vários tratamentos foram feitos para diminuir a dor, entre eles, foi relatado a realização de injeções de corticóide na região da ATM que não causaram o efeito esperado, e três artroscopia sendo a primeira em maio de 2016, a segunda em junho de 2017 e a última em fevereiro de 2018, nenhuma com êxito. A paciente relatou que começou a fazer uso de uma placa miorrelaxante em março de 2018, porém não conseguia utilizá-la com frequência, pois sentir dor (Figura 1).



Figura 1: Placa mio-relaxante que a paciente fazia uso antes do tratamento na Policlínica Odontológica da UEA.

No primeiro atendimento foi realizada a avaliação das desordens temporomandibulares como manda o protocolo da Policlínica Odontológica da UEA obtendo os seguintes resultados: a paciente não relatou nenhuma atividade parafuncional; a abertura máxima de boca registrada foi de 35 mm, estando abaixo da amplitude de boca considerada normal (Figura 2); a restrição mandibular excêntrica estava presente no lado direito e esquerdo (Figura 3); não possuía desvio ou deflexão na abertura de boca; não ocorria desvio em protrusão; sensação de zumbido na orelha esquerda; sensação de plenitude auricular na orelha esquerda; tontura e vertigem ausentes; sem sensibilidade tátil na ATM; com presença de crepitação em ambos os lados direito e esquerdo com padrão de localização na abertura e no fechamento de boca.

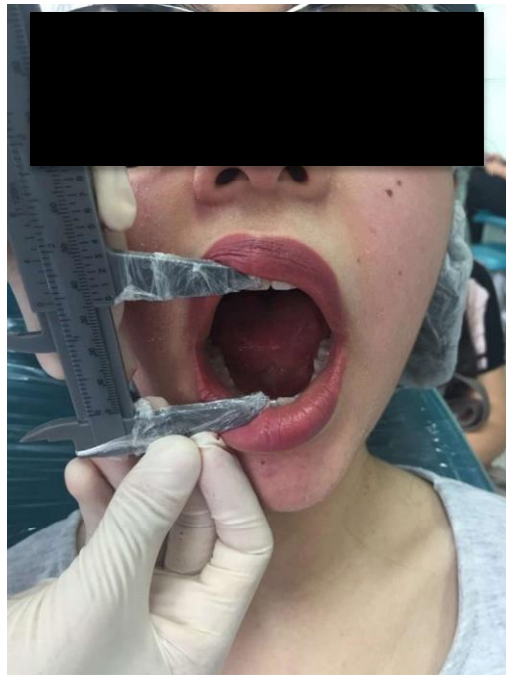


Figura 2: Registro da abertura máxima de boca com valor obtido de 35mm.



Figura 3: Registro da restrição mandibular excêntrica presente tanto no lado esquerdo (A) como no lado direito (B).

Ainda sobre a avaliação das disfunções temporomandibulares foi realizada a palpação digital dos músculos temporal, masseter, esternocleidomastóideo e cervicais posteriores (trígono suboccipital) para que fossem feitas as aferições de dor, dolorimento e reação de fuga dos locais supracitados. Os resultados foram: do lado direito presença de dolorimento na porção posterior do músculo temporal; pontos de dor na porção média e anterior do músculo temporal, músculo masseter e músculo occipital; e reação de fuga nos músculos esternocleidomastoideo e trapézio. Do lado esquerdo os pontos de dolorimento concentraram-se no músculo temporal e a região de dor foi sentida no músculo masseter e em uma pequena região do esternocleidomastoideo; a reação de fuga estava presente quando da palpação dos músculos esternocleidomastoideo, occipital e trapézio (Figura 4).



Figura 4: Aferição do padrão de dor do lado direito (A) e esquerdo (B) sendo utilizada a cor amarela para dolorimento, laranja para dor e vermelho para reação de fuga.

A paciente trouxe, na primeira consulta, os modelos de trabalho vazados com gesso especial, das arcadas superior e inferior juntamente com a impressão da mordida em cera 7, pois foram feitos em laboratório particular e eram recentes (Figura 5). Posteriormente foi realizada a montagem dos modelos de trabalho no articulador semiajustável em relação cêntrica, no laboratório da Policlínica Odontológica da UEA (Figura 6) e, então enviado ao laboratório que presta serviços à disciplina de Estomatologia para a confecção da nova placa mio-relaxante (Figura 7).



Figura 5: Modelo de trabalho pronto para montagem no articulador.

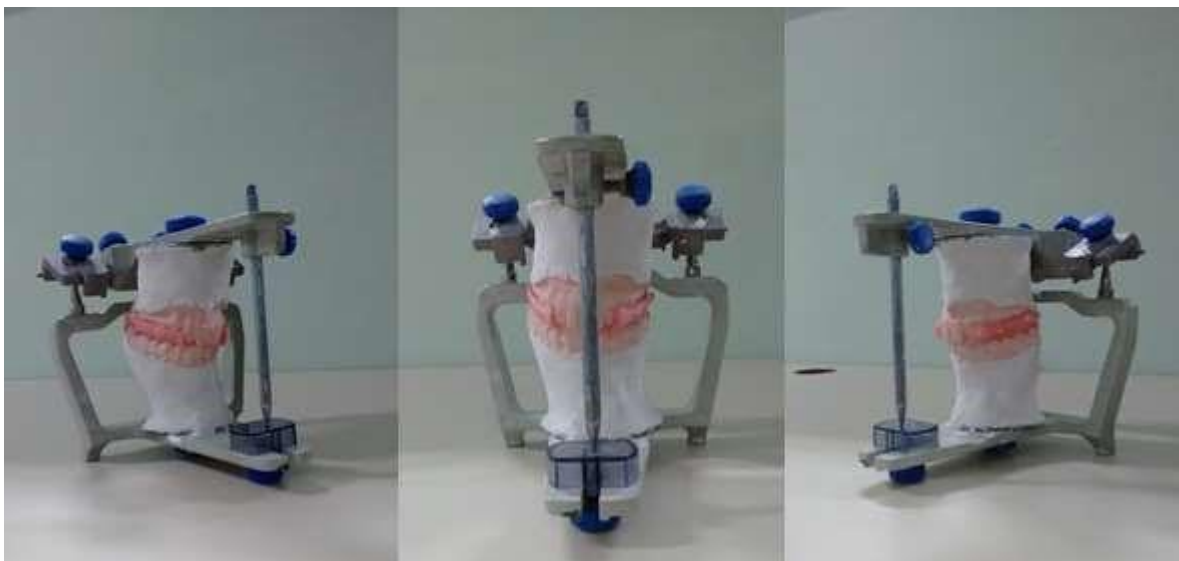


Figura 6: Montagem do modelo de estudo em articulador semi ajustável com o registro da mordida e cera 7.



Figura 7: Placa mio-relaxante confeccionada na Policlínica Odontológica da UEA.

A paciente retornou à Policlínica Odontológica da UEA duas semanas depois e nesse momento foi realizada a foto inicial da paciente (Figura 8).



Figura 8: Foto inicial da paciente antes da instalação da placa mio-relaxante.

Posteriormente foi realizada a instalação da placa (Figura 9) e os ajustes necessários para que o uso da placa não comprometesse a oclusão e nem causasse dor, pois isso iria de completo desencontro ao objetivo do tratamento, podendo, até mesmo, agravar o quadro de dor já instalado. Foi determinado que o uso da placa seria o dia todo, retirando apenas para se alimentar e para devida higienização oral e da própria placa miorreaxante.

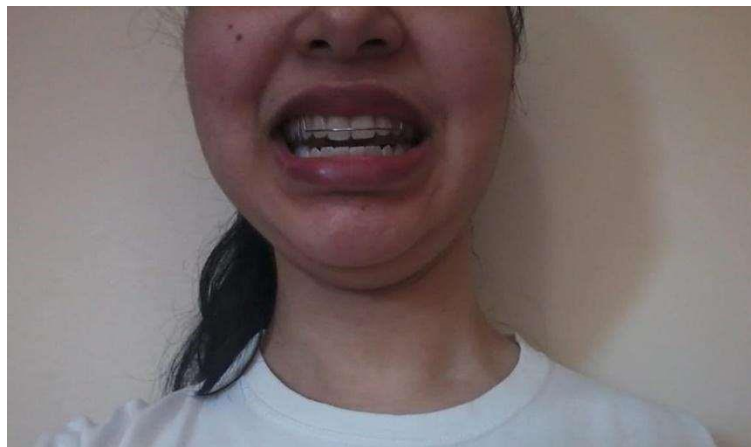


Figura 9: Instalação da placa miorreaxante.

Houve, também, orientação quanto aos exercícios de fisioterapia que a paciente deveria realizar pelo menos três vezes ao dia enquanto utilizava a placa. O primeiro exercício consistia em posicionar o dedo indicador e polegar em forma de pinça apoiados nos incisivos centrais superiores e inferiores, e forçar a abertura de boca com repetição de 10 vezes (Figura 10); o segundo exercício era utilizar um cabo de vassoura e posicioná-lo na parte posterior do corpo sendo segurado pelos braços de forma a manter a postura da paciente sem forçar, por 10 segundos (Figura 11) e o terceiro exercício consistia em colocar a mão fechada em punho no queixo indo contra a abertura da boca, mas sem forçá-la (Figura 12).



Figura 10: Exercício de fisioterapia que consiste em forçar a abertura de boca com os dedos indicador e polegar em forma de pinça.



Figura 11: Exercício de fisioterapia onde o cabo de vassoura passa por trás das costas e entre os antebraços de forma a manter a postura, sem forçar, por 10 segundos.



Figura 12: Exercício de fisioterapia onde posiciona-se a mão em punho abaixo do queixo e abre-se a boca, sem forçar.

Na primeira semana de preservação a paciente retornou reclamando de dor na região de ATM e de não conseguir usar a placa por muito tempo, foi verificado se a paciente estava realizando os exercícios de forma correta e constatado que os mesmos estavam sendo feitos de forma errada, o que pode ter potencializado a dor e conseqüentemente o não alcance do objetivo do tratamento. Foi realizado, portanto a correção dos exercícios e os ajustes necessários na placa miorrelaxante. Nesse mesmo dia foi realizada a técnica de anestesia local com lidocaína na região de trapézio com o objetivo de alcançar os pontos gatilhos e, conseqüentemente, aliviar a sensação dolorosa (Figura 13).



Figura 13: Anestesia local com lidocaína na região de trapézio para alívio da sensação dolorosa.

Na semana seguinte a paciente não se queixou mais de incômodo ou dor durante no uso da placa e reportou significativa melhora nas dores que sentia na região da face e do pescoço. Novamente houve reforço dos exercícios e ajuste da placa miorrelaxante. Na terceira semana de acompanhamento, foi feito novamente a palpação da musculatura para verificar a evolução do tratamento e foi observado o seguinte resultado: do lado direito a região posterior e média do músculo temporal e o músculo masseter apresentaram dolorimento durante a palpação digital, enquanto os músculos masseter, esternocleidomastoideo e trapézio apresentaram dor; do lado esquerdo a região posterior e anterior do músculo temporal e o músculo masseter apresentaram padrão de dolorimento, já na porção anterior do músculo temporal e no músculo esternocleidomastoideo em sua maior porção apresentavam dor à palpação, a reação de fuga ainda podia ser observada nos músculos occipital e trapézio e na porção esternal do músculo esternocleidomastoideo (Figura 14).

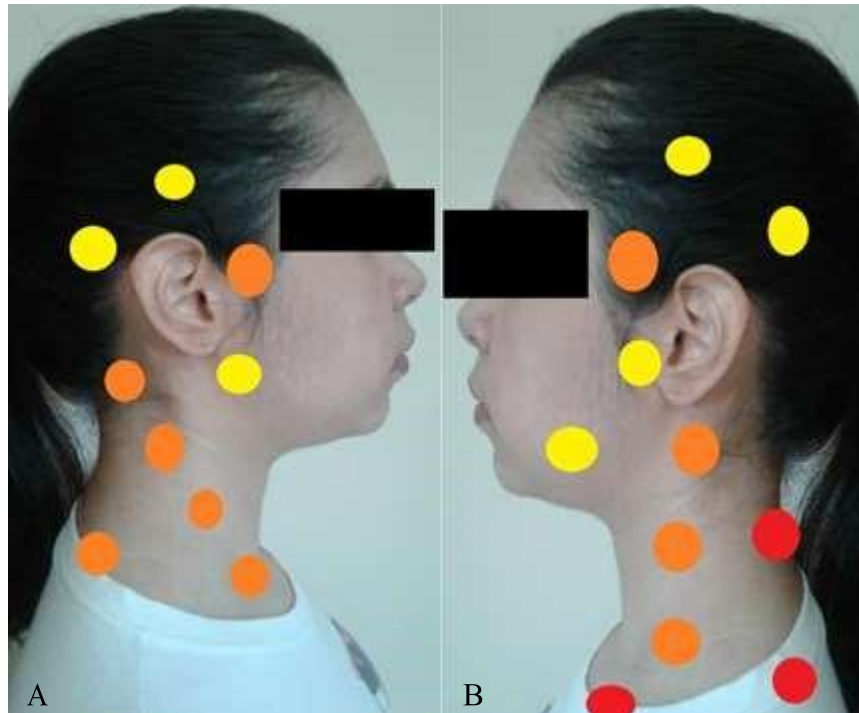


Figura 14: Avaliação final da musculatura da paciente do lado direito (A) e lado esquerdo (B).

O aspecto da paciente após três semanas de tratamento, foi registrado nesse mesmo dia (Figura 15). A paciente ainda faz acompanhamento na Policlínica de Odontologia da UEA, pois este é um tratamento a longo prazo, visto que a dor miofascial é de ordem crônica e pode agravar-se se não for corretamente tratada e acompanhada.

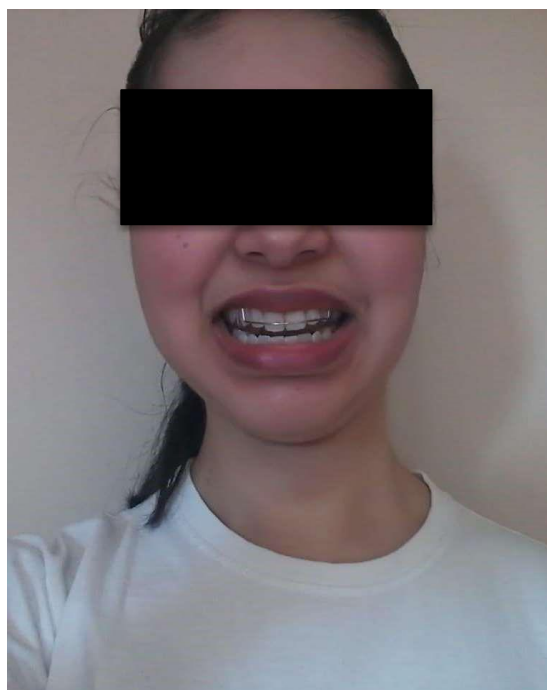


Figura 15: Aspecto da paciente após três semanas de uso da placa miorreaxante.

5 DISCUSSÃO

Estudos mostram que o glioma manifesta-se mais comumente em adultos na faixa etária entre 30 e 60 anos de idade, o que não condiz com o caso apresentado visto que a paciente foi diagnosticada aos 5 anos de idade. ^{5 6 23 24}

O prognóstico da doença depende do grau de malignidade da neoplasia e os estudos mostram que a taxa de sobrevivência pós cirurgia é entre 5 há 10 anos o que, novamente, não concorda com relato de caso em questão, onde a paciente encontra-se curada há 17 anos. ^{23 24}

O tratamento proposto, na maioria dos casos analisados, é a cirurgia para a retirada total do tumor, quando possível, e posterior tratamento radioterápico e quimioterápico e isso mostrou-se verdadeiro no caso relatado, pois foi exatamente o tratamento realizado pela paciente ao ser diagnosticada com a neoplasia. ^{4 25 26}

Nos casos estudados, as sequelas pós cirúrgicas são comuns, pois o tratamento cirúrgico é invasivo e acabam lesionando regiões importantes, que comprometerão áreas sensoriais e motoras, causando falta de percepção de frio e hemiplegias, por exemplo, como no caso relatado por este trabalho. ^{4 25 26}

Quanto a síndrome dolorosa miofascial, os autores concordam que a complexidade da doença torna difícil o seu diagnóstico o que faz os estudos variarem em porcentagens muito distintas, pois a análise depende de diversos fatores, por exemplo um exame clínico bem feito e uma anamnese bem detalhada. ^{1 7 8 15}

Há predileção pelo sexo feminino, principalmente quando acomete os membros superiores e a cervical, sendo 75% dos casos, concordando com o caso relatado. Porém, quando associada a neoplasias a maioria dos diagnósticos, 53%, foram em pacientes do sexo masculino, o que não foi o caso de relato. ^{1 7}

As causas são muitas, porém as mais citadas pelos autores são: estresse, fadiga, lesões por esforço repetitivo, traumas de impacto e alterações neurológicas. No caso relatado, a causa foi uma sequela pós-cirúrgica envolvendo regiões cerebrais que comprometem áreas motoras e sensoriais, enquadrando-se, portanto em alterações neurológicas. ^{2 3 10 14}

Os sintomas, em geral, começam de forma difusa e aguda, onde o paciente não consegue identificar a origem da dor, pois ela está presente em toda face de forma generalizada. Na maioria dos casos, dores de cabeça e na região cervical são frequentes, o que se mostrou verdadeiro segundo informações coletadas da paciente quando de sua descrição do padrão de dor que a acometia. ^{2 3 10 14}

No caso relatado, os pontos gatilhos da paciente encontravam-se na região de músculos cervicais, esternocleidomastoideo e trapézio, concordando com os estudos que mostram uma predileção dos pontos gatilhos por essa região pois é onde a carga muscular concentra-se com mais intensidade, em especial a cervical, sendo a maioria dos casos analisados. ^{2 3 14}

Existem vários tratamentos para a síndrome dolorosa miofascial e sua escolha dependerá de fatores como, causa, nível de dor e localização dos pontos gatilhos. Uma técnica usada é o agulhamento seco e a acupuntura que mostram bons resultados, porém não no caso aqui relatado, pois não conseguiriam atingir os pontos gatilhos em profundidade o suficiente para desativá-los e promover o alívio da dor. ^{13 17 21 22}

O uso da toxina botulínica também é bastante relatada e é uma alternativa de tratamento válida, visto que a substância consegue desativar os estímulos dolorosos que o ponto gatilho transmite e sua duração é de 2 a 6 semanas. Nesse tempo é necessário educar o paciente quanto aos exercícios de fisioterapia e sua correta execução, para melhor resposta muscular. O tratamento não foi a escolha devido ao custo da toxina botulínica em comparação ao anestésico local utilizado (lidocaína). ^{16 18 20}

O uso de várias técnicas para tratamento para a síndrome dolorosa miofascial se faz necessária devido à complexidade de sua etiologia, de modo que a associação de tratamentos traz um retorno positivo maior do que usando tratamentos de forma isolada. No caso relatado foi utilizado três tratamentos distintos, mas que trabalham em conjunto: infiltração de lidocaína na região de pontos gatilhos, exercícios fisioterápicos simples e uso da placa miorelaxante. ^{9 11 12 13 16}

A infiltração com anestésico local é considerada uma boa alternativa na escolha do tratamento para a síndrome dolorosa miofascial, já que apresenta bons resultados com o custo não tão elevado, se comparado com a toxina botulínica, por exemplo. Esta técnica consiste em injetar o anestésico local na região de pontos gatilhos de modo a desativá-los e, dessa forma, promover o alívio da dor. ^{9 12 13 18 19 20 22}

A lidocaína foi o anestésico local utilizado no caso clínico apresentado e obteve resultados parecidos com os relatados pelos autores estudados. A infiltração foi feita na região do músculo trapézio do lado direito, em pontos gatilhos específicos e foi relatado pela paciente, alívio das dores referidas, principalmente do lado esquerdo do corpo, o que corrobora a análise dos casos estudados. ^{9 12 13 18 19 20 22}

Estudos mostram que a prática de fisioterapia é muito importante para a recuperação dos músculos onde os pontos gatilhos se encontram. Os exercícios devem ser simples e sem forçar nenhuma área que já esteja tensionada. De modo geral, o foco é a ergonomia e a postura do paciente, bem como o trabalho com os músculos faciais e a ATM. ^{11 16}

A fisioterapia associada a outros métodos de tratamento mostra uma eficácia maior do que praticada de modo isolado, o que se mostrou verdadeiro no caso relatado, visto que em uma semana realizando os exercícios corretamente a paciente relatou uma melhora significativa das dores. O uso da placa miorelaxante, ajuda na eficácia dos exercícios utilizados como tratamento, ajudando no relaxamento da musculatura e,

consequentemente, no alívio da dor. Não se pode utilizar a placa mio-relaxante com os músculos tensionados, pois isso agravará o quadro de dor, logo concorda-se que as práticas fisioterápicas são indispensáveis no caso apresentado, para que ajam melhores resultados no tratamento proposto. ^{11 16}

6 CONCLUSÃO

De acordo com o relato do caso clínico tratado neste trabalho foi possível concluir que:

- A Síndrome Dolorosa Miofascial pode ter sido causada pelo trauma pós-cirúrgico para o tratamento do glioma cerebral ainda na infância e foi agravando-se com o passar dos anos sem o devido tratamento, o que levou ao quadro crônico de dor em que a paciente estava ao chegar na Policlínica Odontológica da UEA.
- A paciente demonstrou uma melhora considerável, principalmente nas regiões de esternocleidomastoideo e cervical onde a dor era mais concentrada e levava a reação de fuga durante a palpação.
- Em comparação aos tratamentos pelos quais a paciente foi submetida anteriormente, a utilização da placa mio-relaxante combinada aos exercícios de fisioterapia mais as aplicações locais de lidocaína, obtiveram melhores resultados.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Yeng LT, Kaziyama HH, Teixeira MJ. Síndrome dolorosa miofascial. JBA, Curitiba. 2003; 3(9): 27-43.
- 2 Afonso C, Jacinto J, Síndrome Miofascial: Diagnóstico e abordagem em MFR. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. 2009; 17(1): 39-42.
- 3 Solis CJ, Síndrome de Dolor Miofascial, Diagnóstico y Tratamiento. Revista Medica de Costa Rica y Centromerica. 2014; 71(612): 683 – 689.
- 4 Kanakondla S, Toms AS. Cerebral Connectivity and High-grade Gliomas: Evolving Concepts of Eloquent Brain in Surgery for Glioma. AIMS Medical Science. 2017; 4(1): 52–70.
- 5 Gupta A, Nathan S, Kthryn M. Pediatric Thalamic Gliomas An Updated Review. Arch Pathol Lab Med. 2017; 14: 1316 – 1323.
- 6 Kramm CM, Butenhoff S, Rausche U, et al. Thalamic high-grade gliomas in children: a distinct clinical subset? Neuro Oncol. 2011;13(6):680–689.
- 7 Teixeira, M.J., Teixeira, W.G.J., Santos, F.P.S., Andrade, D.C.A., Bezerra, S.L., Figueiró, J.B., Okada, M. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. Rev. Med., 2001; 80(1):1-21.
- 8 Issy AM, Sakata RK. Dor músculo-esquelética. Revista Brasileira De Medicina 2005; 62(12): 72-79.
- 9 Kaziyama, H.H.S., Lin, T.Y., Teixeira, M.J., Piagge, F.D. Síndrome fibromiálgica. Rev. Med., 2001; 80(1):111-27.
- 10 Teixeira, M. J. Mecanismos de ocorrência de dor. Rev. Med., 2001; 80(1): 22-62.
- 11 Romero-Reyes M, Uyanik JM. Orofacial pain management: current perspectives. Journal of Pain Research 2014; 7: 99–115.

- 12 Rocha CACB, Sanchez TG, Siqueira JTT. Pontos-gatilho Miofasciais: Ocorrência e Capacidade de Modulação em Pacientes com Zumbido. *Arq. Int. Otorrinolaringol. / Intl. Arch. Otorhinolaryngol* 2016; 10(3): 210-217.
- 13 Chou LW, Kao MJ, Lin JG. Probable Mechanisms of Needling Therapies for Myofascial Pain Control. *Hindawi Publishing Corporation Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2012; 11.
- 14 Hong CZ, Simons DG. Pathophysiologic and Electrophysiologic Mechanisms of Myofascial Trigger Points. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79: 863-72.
- 15 Kao MJ, Han TI, Kuan TS, Hsieh YL, Su BH, Hong CZ. Myofascial Trigger Points in Early Life. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88: 251-4.
- 16 Borg-Stein J, Iaccarino MA. Myofascial Pain Syndrome Treatments. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2014; 25: 357–374.
- 17 Brahin BC, Araújo JO, Queiroz DA, Neto ND, Tinelli D, Bachour C, Cury SEV. Eficácia da técnica de agulhamento seco no controle da síndrome da dor miofascial: uma revisão crítica da literatura. *Cadernos UniFOA*. 2017; 34; 105-124.
- 18 Unno EK, Sakata RK, Issy AM. Estudo Comparativo entre Toxina Botulínica e Bupivacaína para Infiltração de Pontos-Gatilho em Síndrome Miofascial Crônica. *Rev Bras Anesthesiol* 2005; 55(2): 250 – 255.
- 19 Furtado R, Carazzato S, Farias C, Chamlian T, Masiero, D. Síndrome miofascial: comparação entre o tratamento com infiltração de trigger points e medicação oral (ciclobenzaprina). *Acta Fisiátrica*. 2002; 9 (3): 117-126.
- 20 Graboski CL, Gray DS, Burnham RS. Botulinum toxin A versus bupivacaine trigger point injections for the treatment of myofascial pain syndrome: a randomized double blind crossover study. *Pain*. 2005;118(1-2):170-5.

- 21 Uemoto L, Garcia MAC, Gouvêa CVD, Vilella OV, Alfaya TA. Laser therapy and needling in myofascial trigger point deactivation. *Journal of Oral Science*, 2013; 55(2): 175-181.
- 22 Venâncio RA, Alencar FGP, Zamperini C. Difference Substances and Dry-Needling Injections in Patients with Myofascial Pain and Headaches. *The Journal of Craniomandibular Practice*. 2008; 26(2): 1-8.
- 23 Sanches SP, Yamashita S, Freitas CCM, Resende LAL. Glioma cordoide do terceiro ventrículo: descrição de um novo caso. *Radiol Bras*. 2012; 45(5): 288–290.
- 24 Lynch JC, Câmera L, Escosteguy C, Kislánov S, Pereira C, Bertel J. Glioma Supratentorial de Baixo Grau em Adulto: Eperiência com 23 pacientes operados. *Arq Neuropsiquiatria* 2004; 62(2-B): 507-512.
- 25 Furnari F.B., Fenton T., Bachoo R.M., et al, “Malignant astrocytic glioma: genetics, biology and paths to treatment”, *Genes and Development*, 2007; 21: 2683- 2710.
- 26 Pirzkall A, Nelson SJ, McKnight TR, et al. Metabolic Imaging Of Low-grade Gliomas with Three Dimensional Magnetic Resonance Spectroscopy. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*, 2002; 53 (5): 1254–1264.

ANEXOS: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO NA UEA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Paciente: _____

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento a esta Universidade para que por intermédio de seus Professores, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento na minha pessoa, ou da minha responsabilidade, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo das especialidades.

Tenho pleno conhecimento que esta Clínica e/ou Laboratório, aos quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudante e profissionais de Odontologia. Concordo pois, com toda orientação seguida quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, possam ser utilizadas para fins acadêmicos e/ou científicos, podendo ficar de posse da INSTITUIÇÃO.

Estou ciente e autorizo a utilização de fotografias, filmagens, modelos de gesso, exames laboratoriais, radiografias e toda e qualquer forma de material relacionado a minha pessoa e meu tratamento para fins didáticos: aulas, congressos, apresentações e publicações científicas de toda e qualquer natureza.

Comprometo-me a seguir todas as orientações necessárias ao pós-operatório, inclusive com relação aos medicamentos prescritos, a retornar periodicamente para manutenção e controle do tratamento conforme determinação da equipe, podendo ainda ser designado outro profissional apto para realizar acompanhamentos.

Todas estas normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução do C.F.O 042/03, resolução CNS/MS 196/96 e com a declaração de Helsinque II.

Manaus, 09 de Abril de 2018._____
Assinatura do Paciente_____
Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente

