

ANÁLISE DAS ALTERAÇÕES DA CINTURA PÉLVICA EM PORTADORES DE FIBROMIALGIA

Caroline S. de B¹. Teixeira, Carla R. Quintanilha¹, Fabíola P. dos Santos¹, Flávio Aimbire¹, Regiane Albertini de Carvalho¹

¹Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade Ciências da Saúde, Av. Shishima Hifumi s/n Urbanova, regiane@univap.br

Resumo- Fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica de etiopatogenia desconhecida, que acomete preferencialmente mulheres, sendo caracterizada por dores musculoesqueléticas difusas, sítios dolorosos específicos, associados freqüentemente a distúrbios do sono, fadiga, cefaléia crônica, distúrbios psíquicos e intestinais funcionais. O objetivo deste estudo é analisar a ocorrência de disfunção pélvica em portadores de Fibromialgia, como possíveis de serem desencadeados por Pontos Gatilho localizados nesta região. Participaram deste estudo 10 mulheres, 5 eram portadores da Síndrome de Fibromialgia e 5 fizeram parte do grupo controle. A avaliação constou de palpação de Pontos Gatilho, avaliação física e realização de testes especiais da região pélvica e escala analógica da dor. Foi possível verificar através deste estudo, que pessoas portadoras da Síndrome de Fibromialgia têm tendência a alterações da cintura pélvica devido à presença de Pontos Gatilho ativos. No entanto, pessoas comuns sujeitas ao "estresse da vida cotidiana" acabam desestruturando o sistema musculoesquelético de forma global, desenvolvendo também alterações da cintura pélvica.

Palavras-chave: Fibromialgia, postura, cintura pélvica
Área do Conhecimento:

Introdução

Fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica de etiopatogenia desconhecida, que acomete preferencialmente mulheres, sendo caracterizada por dores musculoesqueléticas difusas, sítios dolorosos específicos, associados freqüentemente a distúrbios do sono, fadiga, cefaléia crônica e distúrbios psíquicos e intestinais funcionais (HELFENTEIN & FELDMAN, 2002; MARTINEZ, 1998; CHAITOW, 2002; GOLDENBERG, 1987).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a freqüência da Fibromialgia nos adultos é de 5 a 8% nos ambulatórios de clínica geral e de 10 a 15% nos de reumatologia, com uma faixa etária entre 30 e 60 anos, onde 80 a 90 % são do sexo feminino. Nos ambulatórios de pediatria as queixas dolorosas musculoesqueléticas chegam até 26% dos casos novos atendidos, e desta população 55 a 88 % dos casos podem vir a preencher os critérios da doença, com uma faixa etária entre 9 a 15 anos (PROVENZA, 2002; SEDA, 1992; WOLFE, et al, 1995).

O diagnóstico da Fibromialgia apresenta grande dificuldade de conseguí-lo tendo em vista ser puramente clínico e baseado em uma vasta lista de sinais e sintomas, não havendo exames específicos que favoreçam a sua conclusão.

Em virtude de a dor muscular ser o sintoma primário da Fibromialgia, pensou-se no sistema musculoesquelético como originário da síndrome. De acordo com uma recente revisão bibliográfica

de WEIGENT et al. (1998), a maioria dos estudos controlados sobre o tecido muscular de pacientes com Fibromialgia, não mostra forte evidência de que o defeito neste músculo possa ser a causa primária da síndrome. Contudo, alguns pesquisadores (FAMAIEY et al., 1991; OLSEN e PARK, 1998) sugerem que as alterações ou anormalidades bioquímicas dos músculos poderiam contribuir para os sintomas da Fibromialgia.

FAMAIEY et al. (1991), em seu estudo, observaram um padrão de tetania latente e uma redução da habilidade de relaxamento do músculo, assim como um nível de cálcio sanguíneo reduzido nos pacientes com Fibromialgia. Outra hipótese seria a existência de um distúrbio funcional do sistema neuroendócrino, que poderia contribuir para o desenvolvimento dos sintomas da Fibromialgia. Este distúrbio funcional seria caracterizado por uma perturbação da resposta ao estresse, causada por alteração dos padrões de liberação de corticotropina, tireotropina e hormônio de crescimento e, conseqüentemente, as anormalidades dos níveis hormonais contribuiriam para o espectro dos sintomas fibromiálgicos. Por exemplo, o hormônio de crescimento que parece estar reduzido na Fibromialgia (GRIEP et al., 1994), teria como significado clínico, uma baixa reparação tecidual muscular ao microtrauma e o aumento da transmissão nociceptiva das fibras nervosas periféricas aos neurônios do corno dorsal da medula espinhal. Dentro deste contexto e sabendo que qualquer alteração muscular acarretará em

compensações posturais e que a cintura pélvica por ser uma região de cargas ascendentes e descendentes torna-se sensível e propensa a desenvolver a cascata de alterações musculoesqueléticas, o objetivo deste estudo é analisar a ocorrência de disfunção pélvica em portadores de Fibromialgia.

Materiais e Métodos

Indivíduo

Participaram deste estudo 5 mulheres do sexo feminino com idade entre , com diagnóstico médico de Fibromialgia. As pacientes foram submetidas a uma anamnese fisioterapêutica para confirmação da Fibromialgia e verificação de distúrbios pélvicos associados. Critérios de inclusão: Possuir 11 dos 18 pontos sensíveis a digito pressão. Critérios de exclusão: Estar realizando tratamento de reeducação postural.

Métodos de análise

A avaliação constou de palpação de Trigger Point, avaliação física e realização de testes especiais da região pélvica e escala analógica da dor.

Resultados

A figura 1.6, 1.7 e 1.8 refere-se ao exame da região pélvica plano horizontal. A assimetria da região é indicativa de atrofia muscular, obliquidade pélvica ou diferença no comprimento das pernas. A figura 1.6 demonstrou assimetria da crista ilíaca em 3 participantes do G.F (grupo Fibromialgia), e o mesmo resultado foi obtido no G.C (grupo controle). Quanto à assimetria da espinha Ilíaca Postero-Superior o resultado foi positivo para 4 do G.F e 2 do G.C, como mostra a figura 1.7. A assimetria da prega Glútea foi verificada em 4 participantes do G.F e apenas 1 do G.C. (fig. 1.8).

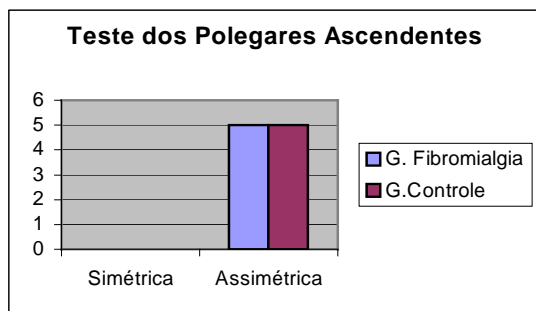


Fig. 1.6 – Nivelamento da Crista Ilíaca em portadores de fibromialgia comparado com o grupo controle.

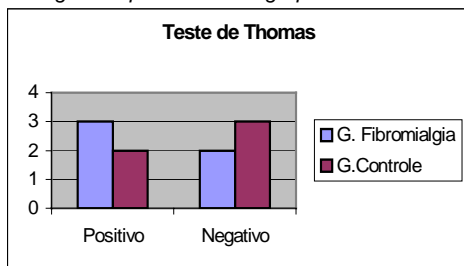


Fig. 1.7 – Nivelamento da Espinha Ilíaca Postero-Superior em portadores de fibromialgia comparado com o grupo controle.

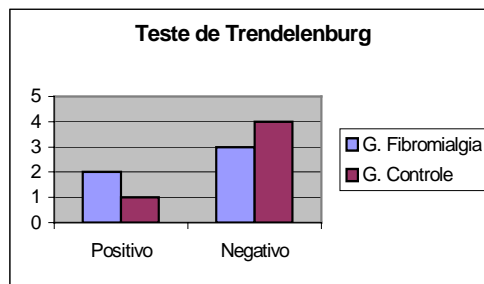


Fig. 1.8 – Nivelamento da Prega Glútea em portadores de fibromialgia comparado ao grupo controle.

Durante a análise postural observou-se que 3 do G.F possuíam anteversão e 2 retroversão, já no G.C 2 apresentavam anteversão pélvica como representado na figura 1.9.

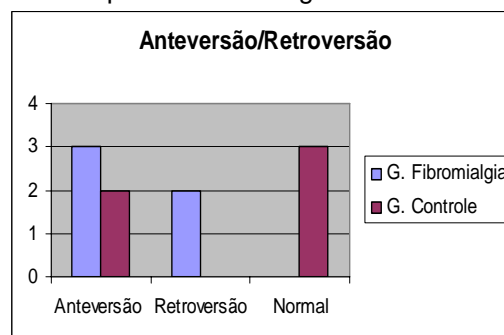


Fig. 1.9 – Posição da cintura Pélvica (Anteversão/Retroversão) em portadores de fibromialgia comparado com o grupo controle.

Nos teste específicos obtiveram-se os seguintes resultados: Teste dos Polegares Ascendentes positivo em todas (fig2) demonstrando uma possível fixação em rotação posterior unilateral da pelve.

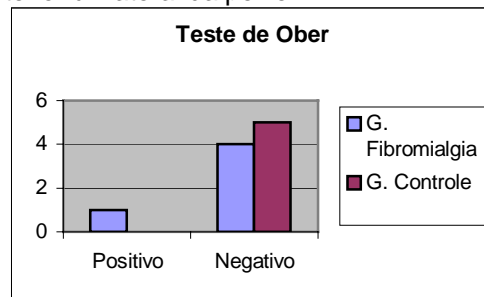


Fig. 2 – Teste dos Polegares Ascendentes em portadores de fibromialgia comparado com grupo controle. Em relação ao teste de tomas (Fig. 2.1).

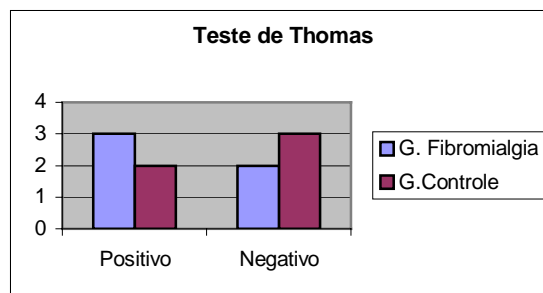


Fig. 2.1 – Teste de Thomas para verificação de contratura fixa em flexão em portadores de fibromialgia comparado com o grupo controle.

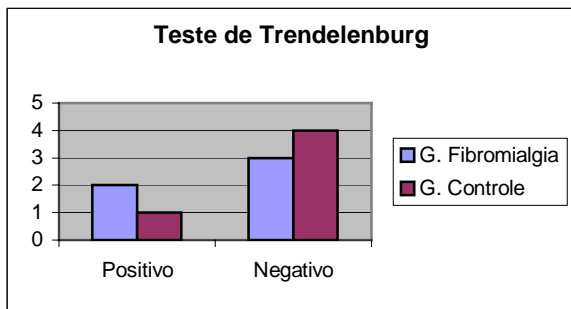


Fig. 2.2 – Teste de Trendelenburg para avaliar a força do Glúteo Médio em portadores de fibromialgia comparado com o grupo controle.

Detectou-se contratura fixa da faixa iliotibial através do Teste de Ober em apenas 1 do G.F. como representado na fig. 2.3.

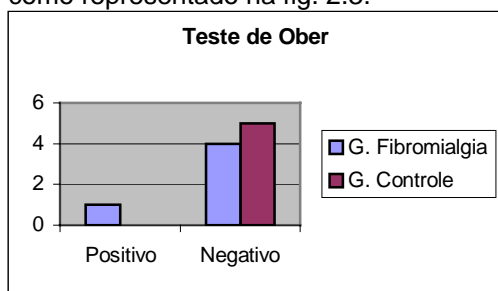


Fig. 2.3 – Teste de Ober para detectar contratura da faixa iliotibial em portadores de fibromialgia comparado com o grupo controle.

Na palpação dos 18 pontos sensíveis da Fibromialgia o G.F. obteve o máximo de 18 e o mínimo de 15 pontos gatilho, por sua vez o G.C. obteve máximo de 10 e o mínimo de 0 pontos gatilho. Numa análise mais específica dos pontos localizados na região Glútea e do trocanter Maior, 4 participantes do G. F. e 2 G. C. apresentaram ponto sensível a digito pressão na região Glútea, na região do Trocanter Maior 3 do G.F e 2 do G. C. apresentaram sensibilidade.

Tabela 1 – Representação dos pontos gatilho encontrado no G.F. e G.C.

Grupo Controle	0	2	2	6	10
Grupo Fibromialgia	15	15	16	17	18

A Escala Analógica da dor onde foi colocada a intensidade generalizada de dores no corpo, apontou que o G.C. possui um nível de dor menor que 4 e o G. F. um nível sempre maior que 4, sendo que, 2 participantes deste grupo referiam dor insuportável chegando a 10.

Tabela 2 – Escala Analógica da dor.

Grupo Controle	0	0	1	3	4
Grupo Fibromialgia	4	5	6	10	10

O Teste de força muscular seguiu os parâmetros da escala de Kendall e através de uma média dos resultados foi avaliado grau 3 em extensores de quadril no G.F. e grau 4 no G.C.; em abdutores de quadril grau 4 no G.F. e 5 no G.C. Os demais grupos musculares testados (Flexores e adutores de quadril) não apresentaram alterações de força.

DISCUSSÃO

Observa-se que a Cintura Pélvica por ser uma região de concentração de cargas ascendente e descendente, torna-se sensível e propensa a desenvolver a cascata de alterações musculoesqueléticas. Ademais, tanto o grupo Portador da Síndrome da fibromialgia, assim como o grupo controle, possuíam algum tipo de distúrbio da Cintura Pélvica.

Contudo, o Grupo portador da síndrome da fibromialgia sobressaiu sobre o grupo controle quanto a padrões de assimetria, da espinha ilíaca Postero-Superior e de Prega Glútea, uma vez que obteve maior incidência da postura em anteversão e maior concentração de contratura fixa em flexão de quadril, como foi percebido pelo Teste de Thomas, Teste de Trendelenburg positivo, determinando fraqueza de Glúteo Médio e um índice no Teste de Ober, que aponta contratura da fixa Iliotibial. Ressalta-se, ainda, que o grupo patológico apresentou elevado número de pontos gatilhos e maior nível de dor.

Diversos fatores podem concorrer para padrões de disfunção postural em portadores da Síndrome da Fibromialgia, estando interligados numa visão global da estrutura corporal. Embora a dor seja componente que define a fibromialgia, consenso é que a Síndrome da Fibromialgia não é o originalmente um problema musculoesquelético, mas algo que emerge como resultado de desequilíbrios neuromorais com características musculoesqueléticas muito específica BUSQUET,2001:

- A evidencia a lesão do chicote cervical acarreta mudanças na região suboccipital;
- A evidencia de que existe em muitos casos um histórico de hiper mobilidade sugere que padrões de compensações terão evoluído;
- A poderosa relação entre os sintomas de hiperrespiração (tendência a hiperventilação) pede uma atenção maior sobre a restauração da integridade estrutural e funcional da função respiratória;
- A evidencia opressiva dos pontos gatilho miofasciais como parte da dor experimentada pelo paciente com Síndrome da Fibromialgia.

- O nível de angústia emocional sempre terá associado consigo padrões de compensação e adaptações miofasciais. (CHATIOW, 2002)

Salienta-se que todas estas alterações podem ser verificadas também em indivíduos normais como evidenciado no grupo controle, por estarem sujeitos ao “estresse cotidiano da vida”. Estas alterações são ocasionadas por anomalias congênitas, maus hábitos posturais e respiratórios adquiridos, fatores de uso excessivo por movimentos repetitivos e padrões emocionais conturbados. (CHATIOW, 2002)

O padrão postural encontrado nos Portadores da Síndrome da Fibromialgia comprova a Síndrome Cruzada Inferior descrita por Janda (1982), sendo que esta teoria caracteriza o estresse de longa duração, envolvendo músculos do tipo I (posturais), como causa de seu encurtamento. Contrariamente, tem-se que os músculos do tipo II (fásicos) ao sofrerem estresse semelhante enfraquecerão sem encurtar em seu comprimento total. (JANDA, 1982).

Sob este panorama, verifica-se ao seguinte desequilíbrio básico: Flexores do quadril, Iliopsoas, Reto femoral, Tensor da Fáscia Lata, Adutores curtos e Eretores da coluna no tronco todos contraídos e encurtados, enquanto, músculos Abdominais e Glúteos encontram-se todos fracos. (JANDA, 1982).

Outrossim, a tória da Síndrome Cruzada Inferior pode ser confirmada também pelo Teste de Thomas, que demonstra contratura fixa em flexão de quadril, pelo Teste de Trendelenburg positivo, que determina fraqueza de Glúteo Médio, assim como pelo Teste de Ober positivo, que aponta contratura da faixa Iliotibial, alterações estas, com elevado índice em portadores da Síndrome da Fibromialgia se analisado em face aos dados obtidos com o Grupo Controle.

Segundo Janda (1982), a Síndrome Cruzada Inferior mantém a pelve em elevação, resultando em tensão em L5-S1 no plano sagital, afirmação esta, que pôde ser confirmada ao observar-se que as pessoas Portadoras da Síndrome da Fibromialgia possuíam acentuação da lordose lombar, mantendo a pelve em uma posição de anteversão.

Quanto à atuação dos pontos gatilho, em relação à disfunção pélvica, sabe-se que o músculo será espontaneamente doloroso se os gatilhos estiverem ativos. Pode haver aumento do tônus, apenas em parte, do músculo que estará hiperirritável, enquanto áreas vizinhas, do mesmo músculo, podem ser inibidas, fator este que explica a fraqueza da musculatura Glútea, uma vez que o Glúteo Médio é um ponto gatilho. (CHATIOW, 2002).

Os músculos piriformes também estão comumente envolvidos em tensões causadas por

pontos gatilho, sendo que em 20% dos indivíduos são penetrados pelo nervo ciático, de forma que a Síndrome do Piriforme pode produzir pressão ciática direta e dor. Por sua vez, o envolvimento arterial do encurtamento do piriforme produz isquemia da extremidade inferior, e em decorrência da fixação relativa do sacro, acarreta disfunção sacroilíaca e dor no quadril. (CHATIOW, 2002)

Conclusão

Não foi possível observar diferenças entre os grupos.

1. BUSQUET, L. **As Cadeias Musculares**. 1 ed. Belo Horizonte: Edições Busquet, 2001.
2. CHAITOW, L. **Síndrome da Fibromialgia Um Guia para Tratamento**. São Paulo: Manole, 2002 .
3. FORSETH K. O.; GRAN J. T.: The prevalence of fibromyalgia among women aged 20-49 years in Arendal, Norway. **Scand J Rheumatol** 21: 74-78, 1992.
4. GOLDENBREG, D.L. Fibromyalgia syndrome: an emerging but controversial condition. **JAMA**, v. 257, p.2782-7, 1987.
5. HELFENSTEIN M.; FELDMAN D.; Prevalencia da síndrome da fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos (LER). **Revista Brasileira de Reumatologia** 38: 71-77, 1998.
6. MARTINEZ J. E., **Avaliação da qualidade de vida de pacientes de fibromialgia comparado com pacientes com artrite reumatóide**: Tese de Doutorado; São Paulo, 1993.
7. OLSEN, N.J.; PARK, J.H.; PHOTHIMAT,P.; OATES, C.T.; HERNANZ-SCHULMAN, M. – Use of 31P magnetic resonance spectroscopy to detect metabolic abnormalities in muscle of patients with fibromyalgia. **Arthritis RHEUM.**, 41:406-413, 1998.
8. PROVENZA, J. R.; Morita, D.M.; Makaota, N.M.; Cunha, M.L.; Oliveira, I.C.; Volpi, D.J.; Pontes, A.R.; Rama, N.H.: Spect cerebral em pacientes com fibromialgia **Revista Brasileira de Reumatologia** v 42, n.1, p.25-29, 2002.
9. RUSSELL, I.J. – Neurohormonal aspects of fibromyalgia syndrome. **Rheum Dis Clin North Am** 15:149-69, 1989
10. SEDA H.: Reumatismo, conceito, história, nomenclatura, classificação, epidemiologia In H. Seda, **Reumatologia**, 2ª ed. Rio de Janeiro: **Cultura Médica** 3-24, 1982.
11. WOLFE F.; Ross K.; Anderson J. et al: The prevalence and characteristic of fibromyalgia in the general population. **Arthr Rheum** 38: 19-28, 1995.