

11 de agosto de 2020

<http://justnews.pt/noticias/uso-da-toxina-botulinica-na-sindrome-miofascial>



## Uso da toxina botulínica na síndrome miofascial

David Almeida e Reis

Médico Interno de Formação Específica de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar Universitário de São João

A toxina botulínica é uma neurotoxina produzida pela bactéria *Clostridium botulinum*. Esta toxina atua ao inibir a libertação de acetilcolina na junção neuromuscular(1). Existem 7 serótipos diferentes, sendo que a toxina botulínica tipo A é a que tem maior interesse clínico.

Nas últimas duas décadas, a eficácia e o perfil de segurança bem tolerado da toxina botulínica fizeram com que os seus usos clínicos aumentassem, tanto a nível terapêutico como no âmbito da estética.

Atualmente, tem indicação para ser injetada diretamente no músculo esquelético afetado, para o tratamento de distonia cervical, espasmo hemifacial, blefarospasmo e espasticidade do adulto no membro superior e no inferior após acidente vascular cerebral e da criança com idade igual ou superior a dois anos, mas apenas no membro inferior.

No músculo liso, a sua injeção tem como indicações a hiperatividade neurogénica do detrusor e a hiperatividade idiopática da bexiga. Está também indicada na hiperfunção de glândulas exócrinas, como acontece nos casos da sialorreia e da hiperhidrose axilar.

Para além de todas estas indicações aprovadas, a toxina botulínica é ainda usada em algumas indicações off-label, como, por exemplo, disfonia espasmódica, tremor, dissinergia do esfíncter do detrusor e hiperhidrose palmar ou plantar(2).

Mais recentemente, têm decorrido estudos para esclarecer o papel da toxina botulínica em distúrbios relacionados com dor(2). Esta tem indicação na enxaqueca crónica desde 2010 e tem sido usada off-label no tratamento de osteoartrite, dor neuropática, lombalgia e síndromes miofasciais.

A síndrome miofascial associa-se a dor aguda ou crónica, com sintomas autonómicos, sensoriais e motores, originados a partir de trigger points ativos(3,4).

Tem uma prevalência entre 30 e 90%(3), com maior atingimento da população feminina, entre os 30 e os 50 anos. Pode afetar qualquer músculo ou grupo muscular, sendo os mais comumente afetados os músculos cervicais posteriores, o músculo esternocleidomastoídeo, o músculo trapézio, o músculo elevador da omoplata e os músculos posturais axiais(3,4).

O tratamento é dirigido à dessensibilização das estruturas hipersensíveis, inicialmente com programas de MFR, com intervenção de múltiplos agentes, como a massagem ou a eletroestimulação, mas em estádios mais avançados com a punção dos trigger-points, seja uma punção seca ou com infiltração de substâncias anestésicas locais ou de toxina botulínica(3).

Nas últimas duas décadas, a eficácia e o perfil de segurança bem tolerado da toxina botulínica fizeram com que os seus usos clínicos

umentassem, tanto a nível terapêutico como no âmbito da estética.

Os anestésicos locais são os fármacos mais utilizados, mas dada a sua curta duração de ação podem cursar com recorrência precoce da crise algica. O alívio prolongado da dor é importante, pois, permite o relaxamento do músculo acometido por tempo suficiente para a recuperação do doente(5).

Tem sido feita crescente investigação sobre esta temática, nomeadamente sobre a aplicabilidade da toxina botulínica nesta patologia. A toxina botulínica atua na diminuição do processo de nociceção, via inibição de libertação de acetilcolina, levando à interrupção do ciclo espasmo-dor(3). A sua ação inicia-se dias a semanas após a infiltração, durando entre 6 semanas e 6 meses( 5).

Efetivamente, há evidência de que se associa a uma melhoria na intensidade e duração da dor na síndrome miofascial, havendo, contudo, evidência limitada para suportar o seu uso disseminado na prática clínica(3).

Nota: São coautoras deste artigo Ana Isabel Silva e Sílvia Magalhães (Especialistas de MFR, CHUSJ).

#### Referências bibliográficas:

1. Simpson D, Zakin E. Evidence on botulinum toxin in selected disorders, *Toxicon* (2018), doi: 10.1016/j.toxicon.2018.01.019.
2. Elena Fonfria, Jacque Maignel, Stephane Lezmi, Vincent Martin, Andrew Splevins, Saif Shubber, Mikhail Kalinichev, Keith Foster, Philippe Picaut and Johannes Krupp. The Expanding Therapeutic Utility of Botulinum Neurotoxins. *Toxins* 2018, 10, 208; doi: 10.3390/toxins10050208.
3. Soares A, Andriolo RB, Atallah ÁN, da Silva EMK. Botulinum toxin for myofascial pain syndromes in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 7. Art. No.: CD007533. DOI: 10.1002/14651858.CD007533.pub3.
4. Afonso C, Jacinto J. Síndrome Miofascial: diagnóstico e abordagem de MFR. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. Vol 17. 2009.
5. Unno E, Sakata R, Issy A. Comparative study between botulin toxin and bupivacaine for triggering points infiltration in chronic myofascial syndrome. *Rev Bras Anestesiol* 2005; 55:2:250-255.



EURO-MUSCULUS X JUNTOU FISIATRAS EUROPEUS EM LISBOA

**LIVE**

**MEDICINA FÍSICA**

**E DE REABILITAÇÃO**

Publicações justNews

EDITORA: JOSE ALBERTO DOMES  
COORDINADORA GERAL: ANA VAZ  
EDITORA: SÍLVIA MAGALHÃES  
WWW.JUSTNEWS.PT

**XIV JORNADAS INTERNACIONAIS DE MFR**  
PORTO, 10 E 11 DE OUTUBRO 2019

Artigos originais de:  
Tiago Pimenta  
Ana Vaz  
João Pinto Ramos  
Mafalda Oliveira  
Helena Tavares  
Pedro Lopes  
Rui Prado Costa

Serviço de MFR do CH de Lisboa Ocidental

**SOBRECARGA DE ATIVIDADE NÃO IMPEDE ENVOLVIMENTO EM TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO**

Artigo publicado na LIVE Medicina Física e de Reabilitação 14.