

FIBROMIALGIA: UM DESAFIO CLÍNICO

José Eduardo Martinez*

RESUMO

Fibromialgia é uma síndrome clínica caracterizada por dor músculo-esquelética difusa associada à dor à palpação de áreas musculares circunscritas, conhecidas como pontos dolorosos. Atualmente, a teoria fisiopatológica mais aceita é que a fibromialgia é uma síndrome de amplificação dolorosa resultante do desequilíbrio entre os mecanismos de estímulo da transmissão dos estímulos dolorosos periféricos e aqueles de inibição. Os sintomas incluem dores músculo-esqueléticas difusas, distúrbios do sono, fadiga, rigidez matinal de curta duração, sensação de edema, parestesias. A associação com outras síndromes de natureza funcional é uma constante. Entre elas, pode-se citar depressão, ansiedade, cefaléia crônica e síndrome do cólon irritável. O impacto da fibromialgia na qualidade de vida é considerado global, envolvendo aspectos pessoais, profissionais, familiares e sociais.

Descritores: fibromialgia, qualidade de vida.

ABSTRACT

Fibromialgia is a clinical syndrome characterized by diffuse muscle-skeletal pain associated to tender points on palpation. The most accepted physiopathologic theory is that Fibromialgia is a syndrome of painful amplification resulting from the unbalance between the transmission pain stimulus mechanism and those of inhibition. The symptoms include diffuse muscle-skeletal pain, sleep disturbances, fatigue, edema sensation and parestesias. The association with other syndromes of functional nature is a constant. Among them, it can be mentioned: depression, anxiety, chronic migraine and the syndrome of the irritable colon. The impact of Fibromialgia in the quality of life is considered global, involving personal aspects, professionals, family and social.

Key-words: fibromyalgia, quality of life.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome clínica caracterizada por dor músculo-esquelética difusa associada à dor à palpação de áreas musculares circunscritas, conhecidas como pontos dolorosos.¹ Sua prevalência é estimada em torno de 2% da população geral com franco predomínio feminino e com incidência desde os 12 aos 70 anos de idade.^{2,3}

Os primeiros relatos de casos cujos pacientes descritos apresentavam quadros clínicos semelhantes ao que hoje é descrito como fibromialgia ocorreram no final dos séculos 9 e 10, em artigos sobre dor lombar crônica, mas foi em meados da década de 70 que o conceito atual da síndrome foi estabelecido.^{1,2}

Durante as décadas de 70 e 80, as séries de casos publicadas permitiram conhecer o real espectro clínico da

fibromialgia, e observou-se o avanço do conhecimento fisiopatológico e sua relação com outras síndromes funcionais.^{1,2,3}

Atualmente, a teoria fisiopatológica mais aceita é que a fibromialgia é uma síndrome de amplificação dolorosa resultante do desequilíbrio entre os mecanismos de estímulo da transmissão dos estímulos dolorosos periféricos e aqueles de inibição. Associam-se, ainda, evidências de resposta anormal ao estresse e desautonomia.⁴

O objetivo deste artigo é rever os principais aspectos desta síndrome, que tem se mostrado um desafio na prática clínica diária.

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico da fibromialgia foi definido através de estudos descritivos de grandes séries de casos publicados por alguns autores como Yunus *et al.*,¹ Clark *et al.*,² Wolfe *et al.*³ e Smythe e Moldosky.⁵ Todos eles mostraram concordância em suas descrições quanto aos sintomas e sinais do exame físico.

Do ponto de vista epidemiológico, há o predomínio do sexo feminino, da raça branca e a idade de início varia dos 12 aos 55 anos.

Os sintomas incluem dores músculo-esqueléticas difusas, distúrbios do sono, fadiga, rigidez matinal de curta duração, sensação de edema, parestesias. A associação com outras síndromes de natureza funcional é uma constante. Entre elas, pode-se citar depressão, ansiedade, cefaléia crônica e síndrome do cólon irritável. Esta sintomatologia altera-se em intensidade de acordo com algumas condições ditas fatores moduladores. Entre elas, a literatura cita, mais freqüentemente, alterações climáticas, grau de atividade física, estresse emocional, entre outras.

Um grupo de pacientes estudado por nós, em 1990, na cidade de Sorocaba (SP), apresenta manifestações semelhantes aos encontrados nas grandes séries da literatura.⁶ Além das queixas necessárias para a inclusão nesse estudo, foi encontrada freqüência alta dos seguintes sintomas: fadiga (95,7%), artralgia (93,7%), distúrbios do sono (91,4%), cefaléia crônica (91,4%), sensação de parestesias (87,2%), rigidez matinal (76,5%) e fogachos (76,5%). Esse mesmo trabalho apontou associação entre fibromialgia e depressão, ansiedade e distúrbio de personalidade.

O principal sintoma é, sem dúvida, a dor difusa. O caráter da dor já recebeu diversas descrições: peso, aperto, queimação, dolorimento, etc. Habitualmente, a dor é referida como generalizada, porém, não é rara a presença de áreas de maior intensidade. Geralmente, essas regiões estão associadas a distúrbios posturais ou atividades físicas repetitivas.

Fazem também parte da sintomatologia dolorosa a alodínea e as disestesias. Conceitua-se como alodínea a dor resultante de estímulo que não seria normalmente doloroso. Disestesia é a sensação desagradável que varia desde amortecimento até agulhadas sentidas nas extremidades.

A presença de vários fatores que podem influenciar a sintomatologia é uma constante na literatura internacional. Observa-se, em nossos casos, a presença das seguintes características moduladoras: alterações climáticas, grau de atividade física e estressores emocionais. Não encontramos, nesse sentido, discordâncias com achados da literatura.

Quanto ao exame físico, a única alteração característica é a hipersensibilidade dolorosa a dígito - pressão em áreas musculares circunscritas e específicas. O número de pontos a ser pesquisado varia de acordo com alguns autores entre 12 e 24 áreas. O Comitê Multicêntrico para a Classificação da Fibromialgia do Colégio Americano de Reumatologia padronizou a pesquisa de 18 áreas músculo-esqueléticas circunscritas.⁷

Ainda quanto ao exame físico, Granges e Littlejohn,⁸ em trabalho recente, referem que existem outros sinais clínicos de importância ao diagnóstico, além dos pontos hipersensíveis à dor. Os sinais referidos por esses autores são os seguintes: limiar de tolerância à dor através de dolorimetria, hiperemia reativa da pele, complacência tissular do trapézio e músculos intercostais e teste da prega cutânea.

Em relação aos exames subsidiários (laboratoriais, radiológicos, cintilográficos e outros), eles caracterizam-se pela quase ausência de anormalidade nesta síndrome. Entretanto, deve-se citar o aparecimento de anormalidades no sono quando os pacientes são submetidos ao exame de polissonografia. Essas são dadas por ondas *alpha* durante as fases não REM do sono.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

A necessidade de uniformização das características clínicas e laboratoriais para a inclusão de pacientes em trabalhos científicos, e mesmo para auxiliar no diagnóstico de casos individuais, motivou alguns autores a proporem critérios de classificação ou diagnóstico. As várias publicações nesse sentido eram concordes em relação aos sintomas centrais, porém, variavam em relação aos sintomas acompanhantes e quanto ao número de pontos dolorosos.

Até que em 1990, o Colégio Americano de Reumatologia tentando uma uniformização, publicou trabalho⁷ de seu Comitê Multicêntrico para Classificação da Fibromialgia, chefiado por Wolfe, estabelecendo critérios para classificação e que são os seguintes:

1) História de dor difusa: dor difusa é aquela presente em todas as regiões do aparelho locomotor, incluindo o componente axial.

2) Dor em 11 de 18 pontos dolorosos a serem pesquisados:

- | | |
|---------------------------------|------------------------|
| - Occipitais | - Coluna cervical (2) |
| - Trapézios | - Supra-espinhosos |
| - 2º espaços intercostais | - Epicôndilos laterais |
| - Glúteos | - Grande trocânteres |
| - Interlinha medial dos joelhos | |

São considerados pacientes com fibromialgia aqueles que preencherem ambos os critérios por um período mínimo de três meses. A presença de outra doença associada não exclui o diagnóstico.

A proposta da uniformização de critérios diagnósticos para fins de inclusão em trabalhos científicos, e mesmo como auxiliar nos diagnósticos de casos individuais, é desejável, interessante e encontra um bom apoio nos critérios propostos

pelo Colégio Americano de Reumatologia. A simplicidade desse grupo de critérios facilita o diagnóstico dos pacientes, porém, não fornece uma boa caracterização para a síndrome, que nos parece bastante mais complexa do que está enunciada na definição do CAR. Por outro lado, a experiência mostra as dificuldades metodológicas em um estudo desse tipo. Ainda para dificultar tem-se uma ausência quase total da positividade dos exames subsidiários, ao contrário do que ocorre em muitas outras doenças reumáticas. Aliás, nesse sentido, na grande maioria das vezes esses exames são realizados para se afastar outras doenças.

IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

O impacto da fibromialgia na qualidade de vida é considerado global, envolvendo aspectos pessoais, profissionais, familiares e sociais que, em certos casos, são comparáveis aos causados por outras doenças crônicas também incapacitantes, como a artrite reumatóide.⁹

Uma questão central para os fibromiálgicos é a dificuldade para a execução de tarefas, sejam profissionais ou não. Os pacientes mostram-se extremamente inseguros quanto ao seu desempenho pessoal, gerando um estado crônico de revolta em relação a sua saúde.¹⁰

Outro aspecto sempre relatado nos estudos qualitativos é o impacto negativo na vida social. Indiferença por parte de amigos e familiares, problemas conjugais e diminuição da frequência de atividades de lazer e mesmo religiosas.¹⁰

O medo da dor futura é um dos fatores mais citados como influenciadores do bem-estar. Não saber como será o dia seguinte é uma das dúvidas cruciais para os pacientes com fibromialgia.¹¹ Pacientes com maior medo de dor futura referem maior incapacidade e maior quantidade de emoções negativas, e apresentam maior intensidade de dor e maior número de pontos dolorosos.¹²

A influência da fibromialgia na vida conjugal tem sido referida constantemente. Bernard *et al.*, em estudo publicado em 2000, revelaram que 94% de pacientes com fibromialgia, estudados por eles e que eram separados ou divorciados, atribuíram o final do casamento à FM. Nesse mesmo estudo, cerca de 70% dos pacientes referiram que a FM afetou negativamente suas vidas sexuais.¹³ A qualidade de vida dos maridos de pacientes com fibromialgia também é significativamente afetada. Ocorrem mudanças no papel do marido na família tanto em relação à responsabilidade como sobrecarga de tarefas.¹⁴

A associação, frequentemente descrita, entre fibromialgia e depressão ou ansiedade também faz parte do tema qualidade de vida. Kurtze *et al.* relacionam o complexo “ansiedade - depressão” com a intensidade do desconforto causado pela doença, redução da habilidade para o trabalho e da qualidade de vida. A ansiedade e a depressão associadas aumentam o consumo de café e cigarros entre o subgrupo dos ansiosos e depressivos. Esse “complexo” determinaria um subgrupo de pacientes com maior gravidade e mais refratários ao tratamento.¹⁵

A co-morbidade, bastante freqüente na fibromialgia, se relaciona de forma importante na vida do fibromiálgico. A literatura aponta a fibromialgia como um fator importante de piora da qualidade de vida nos pacientes com lupus eritematoso sistêmico.¹⁶ Por outro lado, doenças crônicas, em especial aquelas com queixas dolorosas como, por exemplo, a artrite

reumatóide, podem ser fator desencadeante da própria fibromialgia.¹⁷

Em estudo recente, Bernatsky *et al.* referem que 66,7% de seus pacientes têm alguma co-morbidade médica (osteoartrite, osteoporose, hipertensão arterial, hipotireoidismo, *Diabetes mellitus*, hipercolesterolemia e anemia), 5,6% tem distúrbios psiquiátricos (depressão e ansiedade) e 36,15% tem distúrbios funcionais (intestino irritável, síndrome da fadiga crônica e bexiga disfuncional).¹⁸

TRATAMENTO

Não existe qualquer modalidade terapêutica que isoladamente de conta de todas as necessidades dos pacientes com fibromialgia. O primeiro passo é um trabalho de educação em saúde que esclareça sobre a natureza desta síndrome, seu prognóstico e as possibilidades terapêuticas.

O tratamento farmacológico da fibromialgia deve fazer parte de um programa que inclui atividade física controlada e intervenções psicocomportamentais; dentre os sintomas que costumam responder melhor à farmacoterapia estão a dor, os distúrbios do sono, os distúrbios do humor, a fadiga e algumas co-morbidades.¹⁹

Os medicamentos centrais em qualquer proposta terapêutica atual são aqueles que atuam na modulação da dor, melhorando a atuação dos neurotransmissores responsáveis pela inibição do transporte do estímulo doloroso. A maior parte desses fármacos se encontra na classe dos antidepressivos.^{19,20}

Os ensaios clínicos controlados randomizados realizados em fibromialgia mostraram eficácia parcial da amitriptilina, ciclobenzaprina e, mais recentemente, da venlafaxina e duloxetine.²¹

Considera-se importante, também, a associação com analgésicos comuns ou opiáceos para atenuar a ação de fatores periféricos geradores de dor. Medicamentos específicos para distúrbios associados, como os do sono e a ansiedade, também podem ser empregados.¹⁹

CONCLUSÃO

A fibromialgia é uma síndrome clínica que tem sido motivo freqüente de controvérsia na literatura, inclusive sobre sua existência individualizada. Atualmente, a literatura médica aponta esta síndrome como um das principais causas de impacto na qualidade de vida entre pacientes com dor músculo-esquelética crônica. Independente das lacunas que ainda existam no seu conhecimento fisiopatológico, o fato é que hoje é possível prestar uma assistência adequada com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de nossos pacientes. O tratamento deve ser multiprofissional e multidisciplinar e, sobretudo, deve se caracterizar como uma parceria entre profissionais de saúde, pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yunus MB, Masi AB, Calabro, JJ, Miller, KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum.* 1981; 11:151-71.
2. Clarck S, Campbell SM, Forehand ME; Tindall EA, Bennet RM. Clinical characteristics of fibrositis. *Arthritis Rheum.* 1985; 28:132-7.
3. Wolfe F, Hawley DJ, Cathey MA, Caro X, Russel, JJ. Fibrositis: symptom frequency and criteria for diagnosis. *J Rheumatol.* 1985; 12:1159-63.
4. Smythe, HA. Incarnations of fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2005; 32:1422-6.
5. Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bull Rheum Dis.* 1977; 28:928-31.
6. Martinez JE, Atra E, Ferraz MB, Silva, PSB. Fibromialgia: aspectos clínicos e sócioeconômicos. *Rev Bras Reumatol.* 1992; 32(5):225-30.
7. Multicenter Criteria Committee. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for Classification of Fibromialgia. *Arthritis Rheum.* 1990; 33:169-72.
8. Granges G, Littlejohn RS. A comparative study of clinical signs in fibromyalgia/fibrositis syndrome, healthy and exercising subjects. *J Rheumatol.* 1993; 20:344-51.
9. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, Atra E. Fibromyalgia vs rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. *J Rheumatol.* 1995; 22:201-4.
10. Martinez JE, Cruz CG, Aranda C, Boulos FC, Lagoa LA. Disease perceptions of Brazilian fibromyalgia patients: do they resemble other countries patient' perceptions. *Int J Rehabil Res.* 2003; 26:223-7.
11. Turk DC, Robinson JP, Burwinkle T. Prevalence of fear of pain and activity in patients with fibromyalgia syndrome. *J Pain.* 2003; 5:483-90.
12. de Gier M, Peters ML, Vlaeyen JW. Fear of pain, physical performance and attentional processes in patients with fibromyalgia. *Pain.* 2003; 104:121-30.
13. Bernard AL, Prince A, Esall P. Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care Res.* 2000, 13:42-50.
14. Söderberg S, Strand M, Haapala M, Lundman B. Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. *J Adv Nurs.* 2003; 42(2):143-50.
15. Kurtze N, Gundersen KT, Svebak. The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *Br J Med Psychol.* 1999; 72:471-84.
16. Gladman DD, Urowitz MB, Gough J, MacKinnon A. Fibromyalgia is a major contributor to quality of life in lupus. *J Rheumatol.* 1997; 24(11):2145-8.
17. Wolfe F, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2004; 31(4):695-700.
18. Bernatsky, S, Dobkin PL, De Civita M, Penrod JR. Comorbidity and physician use in fibromyalgia. *Swiss Med Wkly.* 2005; 35:76-81.
19. White KP, Harth M. An analytical review of 24 controlled clinical trials for fibromyalgia syndrome (FMS). *Pain.* 1996; 64:211-9.
20. Simms RW. Controlled trials of therapy in fibromyalgia syndrome. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1994; 8:917-34.
21. Goldenberg DL. Treatment of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin N Am.* 1989; 15:6171.