

COMORBIDADE DA FIBROMIALGIA COM CEFALÉIA E DISTÚRBIOS DO SONO

Janaína Letícia Ghiraldi¹, Humberto Cenci Guimarães,¹ Gilberto Santos Novaes²

RESUMO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome dolorosa de etiopatogenia desconhecida, caracterizada por dores musculares difusas, pontos dolorosos à digito-pressão e associada a distúrbios do sono (DS) e cefaléia. Atinge preferencialmente mulheres. Um questionário foi aplicado a 69 pacientes, 33 com FM (Classificação do American College of Rheumatology, 1990) e 36 pacientes controles. Para o diagnóstico de cefaléia, utilizou-se a Classificação do Comitê Internacional de Cefaléia, 1988. DS foi mais freqüente no grupo de FM (81,8%) do que no grupo controle (36,1%) ($p < 0,001$). Cefaléia também foi mais freqüente nos pacientes com FM (66,6%) do que nos controles (36,1%) ($p < 0,02$). Não houve correlação entre os sintomas DS e cefaléia na FM ($p < 0,632$) de tal modo que estes podem aparecer de forma independente na FM. No grupo com FM o tipo de cefaléia mais frequente foi enxaqueca com ou sem aura ($p < 0,04$). Os resultados mostraram que FM está frequentemente associada à cefaléia tipo enxaqueca com ou sem aura e aos DS.

Descritores: fibromialgia, doenças reumáticas, cefaléia, transtornos do sono, enxaqueca.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 2, n. 1, p. 16-18, 2000

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome reumática freqüente caracterizada por dores difusas, sítios dolorosos específicos à digito-pressão, assim como distúrbios do sono (DS) e cefaléia.^{5,13}

Sua etiopatogenia é desconhecida, provavelmente de etiologia multifatorial e envolvendo alterações em neurotransmissores da dor, neuroendócrinas, do ritmo do sono, psicológicas, musculares, do sistema nervoso periférico e imunitárias.¹

A FM é mais comum em mulheres (80 a 90 % dos casos) em idade de 30 a 50 anos, porém as manifestações clínicas em homens tendem a ser mais intensas.^{1,6} O mais longo estudo prospectivo até o momento realizado, mostra que a FM pode ter a duração de até 15 anos após o início da sua sintomatologia.⁴

O diagnóstico é eminentemente clínico e, atualmente, utilizam-se os critérios diagnósticos do Colégio Americano de Reumatologia (CAR) de 1990.¹⁹ Na anamnese, o paciente geralmente relata dor generalizada e outros sintomas acompanhantes, como o sono não restaurador e a cefaléia crônica. No exame físico específico, pesquisam-se 18 sítios, os *tender points*, por meio da digito-pressão dos mesmos. A presença de dor em 11 *tender points* associada às

queixas anteriores fazem o diagnóstico de FM.^{1,9,16,17} Os exames complementares não demonstram alterações, fazendo exceção a polissonografia que pode exibir aparecimento de ondas alfa durante a quarta fase do sono não-REM, período em que deveriam predominar as ondas delta, mais lentas.^{1,5,8,9,17}

Os pacientes com FM queixam-se de sono leve e pouco restaurador. Eles com freqüência acordam cansados, com fadiga, dor, letargia e exaustão física.^{3,4,7,8,10,17,18}

Estudos relatam que DS, de qualquer natureza, está presente em até 100% dos casos de FM.⁸ Outros estudos prospectivos relatam incidência de até 40% deste distúrbio, na síndrome.^{3,18} Ainda que o sono não restaurador, motivado pela insônia, seja o tipo de distúrbio mais comum, há relatos de outras alterações como: bruxismo, despertar precoce, movimentos involuntários dos membros por tempo prolongado durante o sono, dificuldade de manutenção do sono, hipersonia, sonolência diurna e apnéia noturna.^{3,4,8,10,17,18}

A cefaléia crônica caracteriza-se por ser um sintoma freqüente nos pacientes com FM.^{3,9,11} Neste particular, as observações têm sido de uma cefaléia crônica de leve a moderada intensidade, ocorrendo em mais de um episódio por semana, numa incidência estatisticamente maior que a observada na população geral.^{3,13} Uma caracterização mais detalhada desta manifestação, em pacientes com FM, não tem sido realizada até o momento.

As evidências clínicas apontam para uma correlação entre os DS e cefaléia na FM, particularmente envolvendo a insônia.¹¹

Desta forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar a presença e as características da cefaléia, bem como das alterações do sono, em pacientes com FM comparados a indivíduos controles sem FM.

METODOLOGIA

Foram estudados 69 pacientes, selecionados de forma aleatória, subdivididos em dois grupos, com e sem fibromialgia. Não se levou em conta, para a inclusão nesta casuística, fatores como:

Trabalho realizado na Disciplina de Reumatologia do Depto. de Medicina – CCMB/PUC-SP

¹ Médicos residentes.

² Professor associado do Depto. de Medicina.

Correspondência: Gilberto Santos Novaes
Depto. de Medicina. Pça. Dr. José Ermírio de Moraes, 290, Sorocaba-SP, CEP 18030-230.

Recebido em 22/05/2000

Aceito para publicação em 30/06/2000

sexo, idade, cor, nacionalidade, grau de escolaridade ou profissão. Como critérios de exclusão, observou-se a presença de doenças neurológicas, oftalmológicas ou otorrinolaringológicas graves que, em seus cursos naturais, seriam passíveis de causar cefaléia.

Assim, um grupo foi constituído de 33 pacientes com o diagnóstico de FM, por um mesmo médico reumatologista, segundo os critérios diagnósticos do CAR, 1990.¹⁹ Este grupo correspondia a 32 mulheres e 1 homem, com média de idade de 42,58 ± 2,02 anos.

O grupo controle foi composto por 36 pacientes, com média de idade de 41,43 ± 2,37 anos, sendo 32 mulheres. Este grupo controle foi constituído de pacientes que procuraram consulta no Pronto Atendimento de Reumatologia e que não apresentavam manifestações de FM. Na tabela I são denotadas as características de distribuição por sexo e número de pacientes do estudo.

Tabela I - Número de pacientes com fibromialgia (FM) e controles (sem FM).

Sexo	FM		Controle	
	n	%	n	%
Masculino	1	1,4	4	5,8
Feminino	32	46,4	32	46,4
Total	33	47,8	36	52,2

Todos os pacientes e controles responderam de maneira verbal, em uma só abordagem, a 38 perguntas formuladas a respeito da presença e características dos sintomas cefaléia e DS.

Vinte e oito questões foram obtidas a partir de um questionário validado por Tannuri *et al*,¹⁵ 1997, para diagnóstico de cefaléia em pacientes de ambulatório. As demais perguntas foram formuladas pelos autores deste estudo buscando determinar a presença ou não de DS nos pacientes.

Cefaléia foi considerada presente quando ocorria pelo menos uma vez, a cada duas semanas, durante o último ano.¹² A caracterização da cefaléia fez-se com base na classificação proposta pela Sociedade Internacional de Cefaléia, em 1988.²

Em relação ao DS, neste estudo se propôs a determinar apenas sua presença ou não, nos pacientes fibromiálgicos e controles.

Aplicou-se aos resultados o teste de qui-quadrado e considerou-se significativo $p < 0,05$.¹⁴

RESULTADOS

Dos 33 pacientes fibromiálgicos estudados, 27 (81,8%) apresentaram DS, enquanto somente 6 (18,2%) não tinham este sintoma ($p < 0,05$). Estes resultados foram comparados àqueles do grupo controle, no qual somente 13 pacientes (36,1%) tiveram DS, enquanto 23 (63,9%) não o apresentaram (Gráfico 1). Tais resultados foram estatisticamente significantes mostrando que DS são prevalentes em pacientes com FM.

A cefaléia esteve presente em 22 (66,7%) pacientes com FM e somente em 13 (36,1%) pacientes sem FM ($p < 0,02$), (Gráfico 2).

Analisou-se também, a correlação entre os dois sintomas pesquisados nos grupos FM e controle procurando determinar se a presença de um dos sintomas estaria associada ao outro; porém esta correlação não foi observada nas comparações dos grupos FM ($p < 0,632$) e controle ($p < 0,888$), respectivamente.

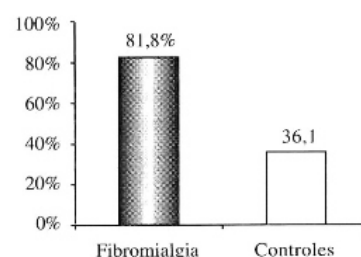


Gráfico 1 - Percentual de pacientes com DS na FM (n = 33) e controles (n = 36).

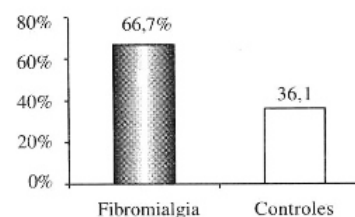


Gráfico 2 - Percentual de pacientes com cefaléia na FM (n = 33) e controles (n = 36).

Na casuística, os tipos de cefaléia mais frequentes foram: enxaqueca, com e sem aura ($p < 0,04$), observadas em 7 (34,3%) dos pacientes com fibromialgia, cada uma.

Em relação à frequência dos outros tipos de cefaléia, três (9,1%) pacientes com FM tinham cefaléia tensional episódica, e três (9,1%) tinham cefaléia tensional crônica. Um (3,3%) paciente apresentou cluster e 12 (36,4%) pacientes não manifestavam cefaléia.

No entanto, ao se comparar os diferentes tipos de cefaléia encontrados em ambos os grupos não foram notadas diferenças significantes entre fibromiálgicos e controle ($p = 0,97$).

DISCUSSÃO

A população estudada foi predominantemente composta de mulheres, fato esperado, uma vez que a fibromialgia é muito mais prevalente no sexo feminino, por razões ainda desconhecidas.

Este estudo confirmou uma maior frequência de DS e cefaléia do tipo enxaqueca, com ou sem aura, em pacientes com FM quando comparados a pacientes sem fibromialgia.

Em relação ao DS, a incidência encontrada nos doentes é semelhante à de estudos já publicados.^{3,10} No entanto, em relação à cefaléia, esta esteve presente em dois terços dos pacientes, com uma taxa superior às casuísticas publicadas, que relatam incidência de até 40%, considerando-a como um sintoma de menor expressão.^{1,4,16} De qualquer modo, demonstra-se que a cefaléia é mais frequente em pacientes com FM do que em indivíduos sem fibromialgia.

Outros estudos até o momento realizados não especificam o tipo de cefaléia predominante em pacientes com fibromialgia. Neste estudo a enxaqueca, com e sem aura, foram os tipos de cefaléia mais frequentemente encontrados na FM. Destaca-se um paciente, que apresentou cefaléia tipo "cluster", a qual é um tipo de cefaléia pouco comum, e ainda não descrita em pacientes com FM.

Não houve correlação entre cefaléia e DS na FM e nos controles. Tal fato significa que estes sintomas podem aparecer de forma independente nos pacientes com FM.

Em conclusão, neste estudo verificou-se que a cefaléia e o DS são freqüentes em pacientes com FM, não havendo correlação entre DS e cefaléia, e que as enxaquecas são os tipos de cefaléia mais freqüentes em pacientes com fibromialgia.

SUMMARY

Comorbidity of fibromyalgia with headache and sleep disorders

Fibromyalgia (FM) is a painful syndrome of unknown etiopathogenesis, characterized by generalized musculoskeletal pain, tender points and, sometimes associated with sleep disorders (SD) and headaches. A questionnaire was applied to 69 patients, 33 of whom with FM (American College of Rheumatology Classification, 1990) and 36 control patients. The International Headache Society classification criteria (1988) were used to diagnose headache. SD was more frequent in the FM group (81.8%) than in the control group (36.1%) ($p < 0.001$). Headache was also more common in the FM patients (66.6%) than in the control group (36.1%) ($p < 0.022$). There was no comorbidity between SD and headache in FM ($p < 0.632$) which means that they can appear independently in FM. The most common type of headache in FM was migraine with or without aura ($p < 0.04$). The results show that FM is frequently associated with migraine with or without aura and SD.

Key-words: fibromyalgia, rheumatic disease, headache, sleep disorders, migraine.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALLINA GARCÍA, F.J.; MARTIN LASCUEVAS, P.; IGLESIAS GARCÍA, A.; HERNÁNDEZ MEJIÁ, R.; CUETO ESPINAR, A. La fibromialgia. Revisión clínica. *Rev. Clin. Esp.*, v.195, n.5, p. 326-31, 1995.
2. CLASSIFICATION and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia*, v.8, suppl.7, p. 1-96, 1988.
3. JENNUM, P.; DREWES, A.M.; ANDREASEN, A.; NIELSEN, K.D. Sleep and other symptoms in primary fibromyalgia and in healthy controls. *J. Rheumatol.*, v.20, n.10, p. 1756-9, 1993.
4. KENNEDY, M.; FELSON, D.T. A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.*, v.39, n.4, p. 682-5, 1996.
5. MARTINEZ, J.E.; ATRA, E.; FERRAZ, M.B.; SILVA, P.S.B. Fibromialgia: aspectos clínicos e sócio-econômicos. *Rev. Bras. Reumatol.*, v.32, n.5, p. 225-30, 1992.
6. MASI, A.T.; YUNUS, M.B. Concepts of illness in populations as applied to fibromyalgia syndromes. *Am. J. Med.*, v.81, n.3 A, p. 19-25, 1986.
7. MOLDOFSKY, H. Sleep and musculoskeletal pain. *Am. J. Med.*, v.81, n.3 A, p. 85-9, 1986.
8. MOLDOFSKY, H. Sleep and fibrositis syndrome. *Rheum. Dis. Clin. North Am.*, v.15, n.1, p. 91-103, 1989.
9. MOLDOFSKY, H.; SCARISBRICK, P.; ENGLAND, R.; SMYTHE, H. Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. *Psychosom. Med.*, v.37, n.4, p.341-51, 1975.
10. MOLONY, R.R.; MacPEEK, D.M.; SCHIFFMAN, P.L.; et al. Sleep, sleep apnea and the fibromyalgia syndrome. *J. Rheumatol.*, v.13, n.4, p.797-800, 1986.
11. PAIVA, T.; BATISTA, A.; MARTINS, P.; MARTINS, A. The relationship between headaches and sleep disturbances. *Headache*, v.35, n.10, p.590-6, 1995.
12. SFIKAKIS, P.P.; MITSIKOSTAS, D.D.; MANOUSSAKIS, M.N.; FOUKANELI, D.; MOUTSOPOULOS, H.M. Headache in systemic lupus erythematosus: a controlled study. *Br. J. Rheumatol.*, v.37, n.3, p. 300-3, 1998.
13. SILBERSTEIN, S.D. Tension-type and chronic daily headache. *Neurology*, v.43, n.9, p.1644-9, 1993.
14. SWINSCOW, T.D.V. *Estatística um ao quadrado*. São Paulo: Manole, 1998.
15. TANNURI, A.C.A.; FUCCILOLO, D.Q.; LOBATO, M.L.; TITAN, S.M.O.; GALVÃO, T.F.G.; BENSENOR, I.J.M. Validação de questionário para diagnóstico de cefaléia em ambulatório de complexidade terciária. *Rev. Med. (São Paulo)*, v.76, n.2, p. 142-153, 1997.
16. WOLFE, F. The clinical syndrome of fibrositis. *Am. J. Med.*, v.81, n.3 A, p.7-14, 1986.
17. WOLFE, F. The fibromyalgia syndrome: a consensus report on fibromyalgia and disability. *J. Rheumatol.*, v.23, n. 3, p.534-9, 1996.
18. WOLFE, F.; ROSS, K.; ANDERSON, J.; RUSSELL, I.J. Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. *J. Rheumatol.*, v.22, n. 1, p.151-6, 1995.
19. WOLFE, F.; SMYTHE, H.A.; YUNUS, M.B. et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.*, v. 33, n.2, p.160-72, 1990.