

REVISITANDO A FIBROMIALGIA: O DESAFIO DIAGNÓSTICO CONTINUA

FIBROMYALGIA REVISITED: THE CHALLENGE TO A DIAGNOSES REMAINS

José Eduardo Martínez¹, Laura Christina Martínez²

RESUMO

Fibromialgia é uma síndrome clínica caracterizada por dor musculoesquelética difusa associada a 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 musculoesqueléticas 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 diagnóstico é totalmente clínico. Os critérios publicados em 1990 pelo Colégio Americano de Reumatologia têm como objetivo a inclusão em estudos científicos. Recentemente esta mesma instituição publicou critérios preliminares para o diagnóstico e acompanhamento destes pacientes.

Descritores: fibromialgia, diagnóstico, qualidade de vida.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a clinical syndrome characterized by widespread musculoskeletal pain associated with areas of the body known as tender points which, when pressured gently, cause an exaggerated pain response. The most accepted physiopathological theory is that the pain in fibromyalgia results from an unbalance between the pain transmission stimulus mechanism and the pain inhibition one. The symptoms range from widespread musculoskeletal pain; disruptive sleep patterns; fatigue; short-lived generalized stiffness (generally in the morning); edema sensation and paresthesia. There is a constant association with other functional syndrome such as: depression, anxiety, migraine and irritable bowel syndrome. In 1990 The American College of Rheumatology developed a set of criteria to diagnose fibromyalgia and include it in scientific studies so as to help with the upcoming of a patient's diagnosis and its follow up.

Key words: fibromyalgia, diagnosis, quality of life.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome clínica caracterizada por dor musculoesquelética difusa frequentemente acompanhada de fadiga, distúrbios do sono, distúrbios cognitivos e outros distúrbios somáticos.¹ Sua prevalência é estimada em torno de 2% da população geral com franco predomínio feminino.²

A teoria fisiopatológica mais aceita é baseada em uma anormalidade na transmissão dos estímulos dolorosos, levando a uma amplificação dolorosa, resultante do desequilíbrio entre os mecanismos de aferência e aqueles de inibição. Essa teoria está amplamente amparada pela literatura e clinicamente se

apresenta com dor difusa espontânea, hiperalgesia e alodínia.

As explicações fisiopatológicas ainda se completam com evidências de resposta anormal ao estresse e disautonomia.³ As relações fisiológicas e fisiopatológicas entre os sistemas nervoso somático e autônomo, endócrino (Eixo Hipotálamo-Hipofisário-Adrenal) e mesmo o imunológico explicam a complexidade de sua sintomatologia.⁴

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico da fibromialgia foi definido através de estudos descritivos de grandes séries de casos.^{1,3,5,6}

Do ponto de vista epidemiológico há o predomínio do sexo feminino, etnia branca. A idade de início varia dos 12 aos 55 anos, com maior prevalência entre os 35 e 60 anos. A predominância tão marcante do gênero feminino não tem uma explicação estabelecida e pode envolver questões biológicas, psicológicas e culturais.²

Os sintomas incluem dores musculoesqueléticas 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 podem-se citar depressão, ansiedade, cefaleia crônica e a síndrome do intestino irritável. Estes sintomas alteram-se em intensidade de acordo com fatores moduladores, tais como alterações climáticas, grau de atividade física, estresse emocional, entre outras.⁷

O sintoma que define a síndrome é a dor difusa espontânea e exagerada em relação aos estímulos dolorosos periféricos, caracterizando hiperalgesia. 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. Faz também parte da sintomatologia dolorosa a alodínia, ou seja, a dor resultante de estímulo que não seria normalmente doloroso.⁷

Quanto ao exame físico, a única alteração característica é a hipersensibilidade dolorosa à 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 (CAR) padronizou a pesquisa de 18 áreas musculoesqueléticas circunscritas.⁸

Em relação aos exames subsidiários (laboratoriais, radiológicos, cintilográficos e outros), eles caracterizam-se pela quase ausência de anormalidade nessa síndrome.⁹

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 4, p. 6-9, 2010

1. Professor do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Acadêmica do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

Recebido em 28/5/2010. Aceito para publicação em 17/6/2010.

Contato: jemartinez@puccsp.br

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO E GRAVIDADE¹⁰

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 CAR, tentando uma uniformização, publicou trabalho⁸ 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
 - Trapézios
 - 2º espaços intercostais
 - Glúteos
 - Interlinha medial dos joelhos
 - Coluna cervical (2)
 - Supraespinhosos
 - Epicôndilos laterais
 - Grandes trocânteres

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 CAR. A simplicidade desse grupo de critérios facilita o diagnóstico das pacientes, porém não fornece uma boa caracterização para a síndrome, que nos parece bastante mais complexa do que está enunciado na definição do CAR. 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 em outras doenças.

As críticas aos Critérios de Classificação levaram o CAR a aprovar um grupo de critérios preliminares para diagnóstico e acompanhamento da FM. Esses critérios recentemente publicados são compostos de dois índices: Índice de Dor Generalizada (IDG) e Índice de Gravidade dos Sintomas (IGS).

O IDG é calculado pela soma de 19 áreas corpóreas possíveis referidas como doloridas pelos pacientes.

O IGS é composto por avaliação com escores de 0 a 3 dos sintomas fadiga, sono não restaurador, distúrbios cognitivos e distúrbios somáticos. Considera-se o diagnóstico de fibromialgia quando as três condições abaixo forem satisfeitas:

- 1) O IDG maior ou igual a 7 e índice de gravidade dos sintomas (IGS) maior ou igual a 5, ou IDG entre 3 e 6 e a pontuação IGS maior ou igual a 9.
- 2) Os sintomas estão presentes em intensidade estável de pelo menos três meses.
- 3) O paciente não ter uma doença que de outra forma explique a dor.

ÍNDICE DE DOR GENERALIZADA

Número de áreas apontadas como doloridas pelos pacientes
(0 a 19)

MANDÍBULA E	MANDÍBULA D
OMBRO E	OMBRO D
BRAÇO E	BRAÇO D
ANTEBRAÇO E	ANTEBRAÇO D
QUADRIL E	QUADRIL D
COXA E	COXA D
PERNA E	PERNA D
CERVICAL	DORSO
TÓRAX	LOMBAR
ABDOMEN	

ESCALA DE GRAVIDADE DOS SINTOMAS

Marque a intensidade dos sintomas, conforme você está se sentindo nos últimos sete dias.

FADIGA (cansaço ao executar atividades)	0	1	2	3
SONO NÃO REPARADOR (acordar cansado)	0	1	2	3
SINTOMAS COGNITIVOS (dificuldade de memória, concentração, etc.)	0	1	2	3
SINTOMAS SOMÁTICOS (dor abdominal, dor de cabeça, dor muscular, dor nas juntas, etc.)	0	1	2	3

Esses critérios ainda são considerados preliminares porque têm de ser validados pelo uso na prática diária. Eles não substituem os Critérios de Classificação e podem ser usados de forma complementar. A decisão de não usar a contagem dos pontos dolorosos vem da constatação que na prática eles são pouco utilizados.

TRATAMENTO

Não existe qualquer modalidade terapêutica que isoladamente dê conta de todas as necessidades dos pacientes com FM. O primeiro passo é um trabalho de educação em saúde, tanto dos médicos como dos pacientes, que esclareça sobre a natureza dessa síndrome, seu prognóstico e as possibilidades terapêuticas. A falta de reconhecimento dessa entidade tem conduzido médicos a realizarem investigações diagnósticas desnecessárias, que muitas vezes promovem preocupação e estresse dispensáveis em seus pacientes. E pior, muitos desses indivíduos têm sido submetidos a procedimentos iatrogênicos, tais como imobilizações gessadas, infiltrações e cirurgias, que terminam por agravar ainda mais o quadro clínico. Muitos são os portadores dessa síndrome encaminhados para os mais diversos especialistas devido ao quadro clínico polimorfo que exibem.¹¹

O tratamento farmacológico da FM 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 comorbidades.¹²

Os medicamentos centrais em qualquer proposta terapêutica atual são aqueles que agem melhorando a atuação dos neurotransmissores responsáveis pela inibição da dor, como a serotonina e a norepinefrina (antidepressivos tricíclicos ou duais), ou ainda modulando os canais de cálcio nos neurônios intermediários em nível medular (antiepilépticos).^{12,13}

Os ensaios clínicos controlados randomizados e várias revisões sistemáticas mostraram eficácia parcial da amitriptilina,¹⁴ ciclobenzaprina,¹⁵ duloxetine¹⁶ entre os antidepressivos,¹⁷ e pregabalina¹⁸ e gabapentina¹⁹ entre os epilepticos.¹⁹ Entre esses medicamentos, os únicos aprovados pela ANVISA, com indicação para FM em bula, são a pregabalina e a duloxetine, embora os demais tenham seu efeito comprovado.

Considera-se importante também a associação com

analgésicos comuns ou opioides fracos 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.¹²

CONCLUSÃO

A FM é uma das principais causas de impacto na qualidade de vida entre pacientes com dor musculoesquelética crônica. O diagnóstico é exclusivamente clínico. O tratamento deve ser multiprofissional e multidisciplinar e, sobretudo, deve se caracterizar como uma parceria entre profissionais de saúde, pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

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. Cavalcante AB, Sauer JF, Chalot SD, Assumpção A, Lage LV, Matsutani LA et al. A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *Rev Bras Reumatol.* 2006; 46(1):40-8.
3. Clark S, Campbell SM, Forehand ME, Tindall EA, Bennet RM. Clinical characteristics of fibrositis. *Arthritis Rheum.* 1985; 28:132-7.
4. Adler GK, Geenen R. Hypothalamic-pituitary-adrenal and autonomic nervous system. *Rheum Dis Clin North Am.* 2005; 31(1):187-202.
5. Wolfe F, Hawley DJ, Cathey MA, Caro X, Russel JJ. Fibrositis: symptom frequency and criteria for diagnosis. *J Rheumatol.* 1985; 12:1159-63.
6. Smythe HA. Incarnations of fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2005; 32: 1422-6.
7. Helfenstein M, Feldman D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. *Rev Bras Reumatol.* 2002; 42(1):8-14.
8. Multicenter Criteria Committee. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for Classification of Fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1990; 33:169-72.
9. Siena C, Helfenstein Jr M. Equívocos diagnósticos envolvendo as tendinites: impacto médico, social, jurídico e econômico. *Rev Bras Reumatol.* 2009; 49(6):712-25.
10. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Res.* 2010; 62(5):600-10.

11. Araújo LR. Fibromialgia: construção e realidade na formação dos médicos. *Rev Bras Reumatol.* 2006; 46(1):56-60.
12. White KP, Harth M. An analytical review of 24 controlled clinical trials for fibromyalgia syndrome (FMS). *Pain.* 1996; 64:211-9.
13. Simms RW. Controlled trials of therapy in fibromyalgia syndrome. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1994; 8:917-34.
14. Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ, Haraoui B, McCain GA, Bykerk VP et al. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine, and placebo in the treatment of fibromyalgia: a randomised, double blind clinical trial. *Arthritis Rheum.* 1994; 37:32-40.
15. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. *Arthritis Rheum.* 2004; 51:9-13.
16. Arnold LM, Pritchett YL, D'Souza DN, Kajdasz DK, Iyengar S, Wernicke JF. Duloxetine in the treatment of fibromyalgia in women: results from two clinical trials. *Pain.* 2005; 119:5-15.
17. Arnold LM, Keck PE Jr, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia: a meta-analysis and review. *Psychosomatics.* 2000; 41:104-13.
18. Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, Russell IJ, Dworkin RH, Corbin AE et al. Pregabalin for the treatment of Fibromyalgia syndrome: Results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2005; 52:1264-73.
19. Goldenberg DL. Treatment of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin N Am.* 1989; 15:61-71.

AGRADECEMOS A CONTRIBUIÇÃO FINANCEIRA DOS DOCENTES DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE - PUC-SP

Alexandre Eduardo F. Vieira
 Alfredo Bauer
 Antônio A. R. Argento
 Antônio Matos Fontana
 Antônio Rozas
 Carlos von Krakauer Hübner
 Celeste Gomez Sardinha Oshiro
 Celso Augusto N. Simoneti
 Cibele Isaac Saad Rodrigues
 Clodair Carlos Pinto
 Deborah Regina Cunha Simis
 Diana Tannos
 Edie Benedito Caetano
 Eduardo Álvaro Vieira
 Eduardo Martins Marques
 Enio Márcio Maia Guerra
 Fatima Ayres de Araújo
 Scattolin
 Fernando Biazzini
 Gilberto Santos Novaes
 Gladston Oliveira Machado
 Godofredo Campos Borges

Hamilton Aleardo Gonella
 Hudson Hübner França
 Izilda das Eiras Tâmega
 Jair Salim
 João Alberto H. de Freitas
 João Edward Soranz Filho
 João Luiz Garcia Duarte
 Joe Luiz Vieira Garcia Novo
 José Augusto Costa
 José Carlos Rossini Iglezias
 José Eduardo Martinez
 José Francisco Moron Morad
 José Jarjura Jorge Júnior
 José Mauro S. Rodrigues
 José Otávio A. Gozzano
 José Roberto Maiello
 José Roberto Pretel Pereira Job
 Júlio Boschini Filho
 Kouzo Imamura
 Luiz Antônio Guimarães Brondi
 Luiz Antônio Rossi
 Luiz Ferraz de Sampaio Neto

Magali Zampieri
 Maria Cecília Ferro
 Maria Cristina P. Fontana
 Maria Helena Senger
 Marilda Trevisan Aidar
 Neil Ferreira Novo
 Nelmar Tritapepe
 Nelson Brancaccio dos Santos
 Ronaldo D'Ávila
 Rubem Cruz Swensson
 Rudecinda Crespo
 Samuel Simis
 Sandro Blasi Esposito
 Saul Gun
 Sérgio Borges Bálamo
 Sérgio dos Santos
 Sônia Chebel Mercado Sparti
 Sonia Ferrari Peron
 Vicente Spinola Dias Neto
 Walter Barrella
 Walter Stefanuto
 Wilson O. Campagnone