

Quando
Movimento
Dói



Avalie
Compreenda
Aja

ANO MUNDIAL CONTRA DOR MUSCULOESQUELÉTICA OUTUBRO 2009 - OUTUBRO 2010

Fibromialgia

Introdução

A Síndrome Fibromiálgica (SFM) é definida como uma síndrome reumatológica, caracterizada por dor musculoesquelética crônica e difusa, com vários sintomas associados, entre os quais, os distúrbios do sono, fadiga e disfunções afetivas são particularmente frequentes.

Epidemiologia e Economia

- Afeta 2–10% da população, em todas as idades, grupos étnicos e culturais.
- Com relação ao gênero, é sete vezes mais comum em mulheres que em homens.
- O impacto da SFM na qualidade de vida dos indivíduos e na sua capacidade funcional é substancial.
- Nos Estados Unidos, cerca de 15% dos pacientes recebem benefício por incapacidade devido aos seus sintomas.

Fisiopatologia

A fisiopatologia da SFM não está completamente definida, mas um número de distúrbios neurosensoriais, neuroendócrinos e relacionados a neurotransmissores, assim como predisposição genética, têm sido implicados em sua causa.

- *Neuroendócrino*: Disfunção do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, incluindo diminuição das respostas ao cortisol; regulação anormal do hormônio do crescimento
- *Neurotransmissor*: Diminuição de serotonina no sistema nervoso central; níveis elevados de substância P e fator de crescimento neural no líquido
- *Neurosensorial*: Amplificação central da dor e/ou antinocicepção reduzida (sensibilização central, anormalidades das vias descendentes inibitórias da dor)
- *Genético*: forte agregação familiar para SFM; evidências de polimorfismos de genes dos sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos e catecolaminérgicos, na etiologia da SFM.

Alterações Clínicas

- A SFM tem um início gradual ou pós-traumático
- A dor é descrita como persistente, difusa, profunda, latejante, sensibilidade nos músculos e, mais frequentemente, contínua.
- Os sintomas clínicos associados à SFM são distúrbios afetivos, déficits cognitivos, perda de memória recente, cefaléia, sono não reparador e cansaço diurno semelhante a fadiga física.
- Uma quantidade de condições clínicas ocorrem mais frequentemente em SFM que na população em geral (comorbidades):
 - depressão
 - ansiedade
 - síndrome do cólon irritável
 - fadiga, incluindo síndrome da fadiga crônica
 - distúrbios do sono
 - dismenorréia, cistite intersticial, outras alterações reumáticas e distúrbios da articulação temporomandibular
- Pacientes com SFM tem reações anormais a estímulos dolorosos:

- hipersensibilidade a estímulos dolorosos aplicados a estruturas somáticas, não apenas em locais dolorosos mas também em regiões normais.
- limiar baixo de dor para estímulos térmico, mecânico, elétrico e químico.
- somação temporal (a dor é maior com estímulos repetidos)
- após infusão de solução salina hipertônica, há dor muscular, com uma duração mais longa e dor referida que se espalha para uma área maior do que nos controles.
- Respostas anormais à dor vistas em neuroimagens funcionais do cérebro:
 - resultados mistos para várias regiões cerebrais
 - diminuição do fluxo sanguíneo talâmico
 - aceleração da perda de massa cinzenta

Critérios Diagnósticos

Os presentes critérios para o diagnóstico de Fibromialgia são os estabelecidos pelo *American College of Rheumatology Committee* em 1990:

- 1) História de dor generalizada (envolvendo os 4 membros e o tronco) por pelo menos 3 meses de duração, e:
- 2) Sensibilidade à palpação digital (com uma pressão de 4 kg) em pelo menos 11 de 18 (9 simétricos) pontos pré-determinados do corpo, chamados *tender points* (pontos dolorosos). Um *tender point* é definido como um ponto de intensa sensibilidade em tecidos moles, em contraste com os *trigger points* (pontos gatilho) da Síndrome dolorosa miofascial.

Diagnóstico e Tratamento

- A SFM não ameaça a vida do paciente, mas causa déficits importantes, o que substancialmente compromete a sua qualidade de vida. A resolução completa dos sintomas geralmente não é alcançada, mas uma melhora significativa pode ser obtida com uma terapia adequada.
- A conduta na SFM é tipicamente multidisciplinar:
 - educação dos indivíduos afetados, seus familiares e a sociedade
 - encorajar o paciente a ter um papel ativo no seu autocuidado
 - apoio psicológico ou psiquiátrico
 - fisioterapia, primariamente com um programa de exercícios (aeróbico, alongamentos), com adição de meios físicos como massagem ou TENS, conforme a necessidade.
 - doses moderadas de medicações comprovadamente efetivas:
 - i. doses baixas de antidepressivos tricíclicos (amitriptilina)
 - ii. inibidores duais da recaptção de serotonina-norepinefrina
 - iii. inibidores seletivos da recaptção de serotonina
 - iv. anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina)
 - o Monitoração e seguimento regulares

*Tradução Dra. Faibola Peixoto Minson
e Dra. Liege Mentz*

Referências

1. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004;292:2388–95.
2. Russell IJ, Bieber CS. Myofascial pain and fibromyalgia syndrome. In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. *Melzack and Wall's textbook of pain*, 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005. p. 669–81.

