
Fibromialgia

Introdução

No século XVIII, médicos europeus já diferenciavam o "reumatismo articular" de dores nos tecidos moles, que foi chamado na época de "reumatismo muscular". Em 1904, Gowers denominou estas alterações como sendo fibrosites, enfatizando o desenvolvimento de sensibilidade em determinados pontos e observando que não havia inflamação local ou alterações sistêmicas. Moldofsky, em 1975, demonstrou anormalidades na fase IV do sono não REM, possivelmente relacionada com os sintomas da dor muscular observada em pacientes fibromiálgicos.

Nos anos 80, Yunus, através de estudos randomizados, defendeu o termo fibromialgia, que havia sido proposto anteriormente por Hench, e elaborou os critérios que auxiliaram no diagnóstico os quais foram baseados nos estudos envolvendo pacientes. A fibromialgia no entanto, só foi reconhecida como doença em 1990.

Epidemiologia

Os dados epidemiológicos referentes à prevalência da fibromialgia são variáveis de acordo com os diferentes estudos, da população avaliada, dos autores e da metodologia aplicada. Existe forte predominância em indivíduos sedentários e do sexo feminino (80 a 90% dos casos), com um pico de incidência entre os 30 e os 50 anos de idade, podendo manifestar-se em crianças, adolescentes e indivíduos mais idosos.

Etiologia/Fisiopatologia

A etiologia ainda é desconhecida embora fatores estressantes, tanto físicos quanto emocionais podem desencadear ou agravar a sintomatologia.

A fisiopatologia é baseada em possíveis alterações no metabolismo muscular, fisiologia do sono, função neurormonal, estado patológico e fluxo sanguíneo cerebral.

Não há evidências de anormalidades bioquímicas ou estruturais do tecido muscular. A maioria dos estudos acreditam tratar-se de um quadro secundário a percepção anormal da dor e inatividade. Várias teorias são propostas para explicar tal fenômeno, dentre elas temos:

- disfunção do sistema nervoso central, devido a distúrbios de sono e humor encontrados na maioria dos pacientes;
- anomalia sutil do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e de níveis de hormônios de crescimento e vários neuropeptídeos;
- diminuição do fluxo sanguíneo para áreas cerebrais que controlam a dor, tais como tálamo e núcleo caudado.

Quadro clínico

A dor difusa crônica e a hiperalgesia são os principais marcadores da fibromialgia. O paciente relata piora do quadro algico mediante lesões de partes moles, privação do sono, estresse emocional, exposição ao frio, dentre outros. A dor é predominantemente axial, mas mão e pés podem também ser acometidos, por vezes levando a hipótese diagnóstica de um quadro de artrite reumatóide "inicial". Segundo estudo realizado na Universidade da Flórida, pelo Dr. Roland Staud e colaboradores, pacientes fibromiálgicos possuem memória para a sensação dolorosa. Os pesquisadores aplicaram estímulos de calor intenso em diferentes partes das mãos de pacientes controles e fibromiálgicos com intervalos variando de 2 a 5 segundos entre as aplicações. Os pacientes fibromiálgicos apresentaram respostas mais intensas que persistiram durante os intervalos entre as aplicações, além de sentirem dor em áreas maiores em relação ao grupo controle.

Esses resultados segundo os autores, representa problemas com o processamento central da dor o que nesse estudo, não foi esclarecido.

Alguns pacientes referem ainda sensação de edema nas partes moles, sobretudo em território periarticular. Rigidez é um sintoma freqüente. Outros sintomas importantes: fadiga crônica, sono não restaurador, cefaléia (tensional), intolerância ao frio, xerostomia, retenção de líquidos, dor torácica, dispnéia, parestesias, depressão e ansiedade. Alguns quadros que caracterizam outras patologias apresentam-se com maior freqüência, como síndrome do cólon irritável, síndrome da tensão pré-menstrual, síndrome das pernas, dentre outras.

Diagnóstico

Uma vez que ainda não existe exame laboratorial que comprove a doença, o diagnóstico tem de ser feito a partir de sintomas relatados pelo paciente e de um exame clínico que mede a sensibilidade à dor em 18 pontos espalhados pelo corpo. Segundo Jamil Natur, reumatologista da Unifesp, para um paciente ser diagnosticado como fibromiálgico, ele precisa queixar-se de dor difusa há mais de três meses, ter distúrbio na qualidade do sono e apresentar sensibilidade à dor em pelo menos 11 dos 18 pontos do exame clínico. Os pontos em questão são: inserção dos músculos nucais em occipício; borda superior do trapézio (porção média); inserção muscular da borda superior da escápula; porção anterior dos espaços intertransversais de C5 a C7; segundo espaço intercostal, a 3 cm da borda do esterno; inserção muscular do epicôndilo lateral, cerca de 2 cm da proeminência óssea; quadrante súpero-lateral de glúteos; inserção muscular da porção posterior do trocanter maior; tecido gorduroso medial próximo ao joelho. A pressão exercida nos pontos deve ser de 4 Kg, o que, do ponto de vista prático, é a pressão necessária para que o leito ungueal do polegar fique esbranquiçado.

Diagnóstico Diferencial

Algumas doenças reumatológicas nas suas formas iniciais podem apresentar características semelhantes a fibromialgia, porém, na maioria das vezes, o diagnóstico é feito ao longo da sua evolução e por testes sorológicos que apresentem alterações específicas, como na artrite reumatóide, lupus eritematoso sistêmico, síndrome de Sjögren etc.

A fibromialgia pode ser confundida com Lesão por Esforço Repetitivo (LER), segundo estudo realizado há dois anos pelo Dr. Jamil Natur. Nesse estudo, o pesquisador constatou que 60% de 34 metalúrgicos de Guarulhos diagnosticados de LER apresentavam fibromialgia.

Outra patologia cujo quadro clínico assemelha-se a fibromialgia é a síndrome da fadiga crônica (SFC). Caracteristicamente, os pacientes com SFC relatam um início agudo dos sintomas após um doença infecciosa, com subsequente persistência da fadiga e do mal estar. Outros sintomas incluem: mialgia, distúrbio do sono, manifestações sugestivas de infecções (adenopatia e faringite).

A função tireoidiana deverá ser investigada, já que o hipotireoidismo pode causar sintomas semelhantes aos da fibromialgia.

Ortopedistas, reumatologistas e médicos do trabalho devem, portanto ficar atentos para não confundirem o diagnóstico.

Tratamento

Por constituir uma síndrome ainda não totalmente entendida, o seu tratamento permanece empírico. O tratamento medicamentoso inclui: antiinflamatórios, analgésicos simples, antidepressivos, sobretudo os tricíclicos, mas também fluoxetina, paroxetina e sertralina e ciclobenzaprina. Entre os tratamentos não medicamentosos estão:

melhora de condicionamento físico, alongamento muscular, acupuntura, psicoterapia e hidroterapia. A prática de alongamento e de exercícios físicos da baixa intensidade, aliada ao uso de analgésicos e antidepressivos tricíclicos, tem sido a forma mais bem sucedida. Segundo estudo realizado pela reumatologista Valéria Valim, professora da Universidade Federal do Espírito Santo, grupos de pacientes submetidos a um programa de condicionamento físico aeróbio evoluíram em todos os parâmetros analisados (dor, depressão, ansiedade, vitalidade, capacidade funcional e qualidade de vida). A pesquisadora relacionou essa melhora no estado geral dos pacientes está associada na relação sono e exercício porém a mesma alerta que pacientes acometidos pela fibromialgia levam mais tempo para se condicionar (cerca de 12 semanas). Por isso, é importante que o programa seja estabelecido gradualmente, começando com uma duração menor (cerca de 30 minutos de caminhada) e intensidade mais leve.

Prognóstico

A dor muscular e a fadiga alteram a performance motora do paciente, levando a uma grande porcentagem de afastamento do trabalho. A maioria dos pacientes consegue retornar ao trabalho, ainda que com limitações em suas funções.

Fontes:

- Folha de São Paulo, 18 de janeiro de 2001, Caderno Folha Equilíbrio, páginas 10-13.
- http://www.planetavida.com.br/resp/rm01.shtml?artg_cd_artigo=6970
- <http://www.connectmed.com.br>
- Revista Brasileira de Medicina, vol. 57, Edição Especial, páginas 45-48; dezembro de 2000