



Fibromialgia

Revisão

Prof. Dr. Pedro Schestatsky - CRM-RS: 25.102

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Neurologista do Hospital Moinhos de Vento
Ex-coordenador do Departamento de Dor da Associação Brasileira de Neurologia
Ex-coordenador do Departamento de Dor da European Neurological Society

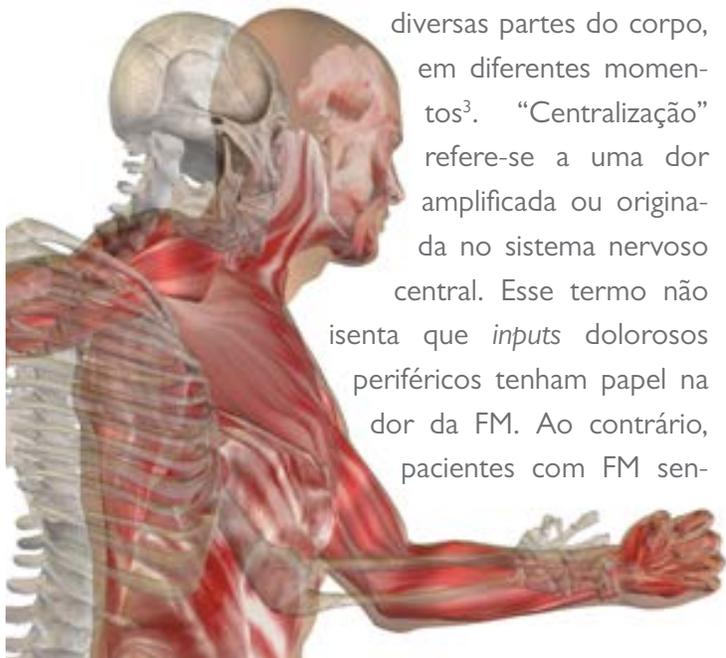
Fibromialgia (FM) é o termo corrente preferido para dor musculoesquelética difusa, tipicamente acompanhada de outros sintomas, como fadiga, déficit cognitivo, insônia e distúrbios do humor, para os quais nenhuma causa alternativa é identificada¹. No início, havia dúvidas sobre uma base não orgânica da síndrome, mas, atualmente, há evidências irrefutáveis de neuroimagem ou outras técnicas de que se trata de uma condição biologicamente plausível, ainda que influenciada em menor ou maior grau por fatores psicológicos, sociais e comportamentais².

A FM pode ser compreendida como um estado de “sensibilização central” ou, simplesmente, uma “dor central. Trata-se de um distúrbio de longa evolução com início na adolescência ou idade adulta precoce caracterizado por dores em

diversas partes do corpo, em diferentes momentos³. “Centralização” refere-se a uma dor amplificada ou originada no sistema nervoso central. Esse termo não isenta que *inputs* dolorosos periféricos tenham papel na dor da FM. Ao contrário, pacientes com FM sen-

tem mais dor do que o esperado para alguma determinada lesão musculoesquelética (dor desproporcional à lesão). Entender a “dor centralizada” é importante para os cirurgiões e outros profissionais que realizam procedimentos invasivos, uma vez que pacientes com esse distúrbio podem requerer intervenções para eliminar a dor (por exemplo, histerectomia, cirurgia de coluna etc.)⁴. Não é de se surpreender que esse fenótipo mais predisposto à dor, como pacientes com FM, prediz má resposta aos opioides ou cirurgias realizadas para reduzir a dor⁵.

Fatores psicológicos, comportamentais e sociais contribuem para a patogênese da FM e complicam seu tratamento¹. Indivíduos com FM são mais propensos a distúrbios psiquiátricos, incluindo depressão, ansiedade, transtornos obsessivo-compulsivo e de estresse pós-traumático. Neurotransmissores mediadores da transmissão da dor podem também afetar o humor, a memória, a fadiga e o sono. Fatores de risco potencialmente modificáveis para o desenvolvimento de FM incluem insônia, obesidade, sedentarismo e insatisfação no trabalho ou na vida em geral. Fatores cognitivos como ideias catastróficas sobre a dor ou medo de movimentar-se pioram a dor e são fatores prognósticos adversos à FM³. O componente psicológico da FM pode ser tratado com terapias cognitivo-comportamentais, que podem ser muito efetivas, embora infelizmente sejam



pouco utilizadas na prática clínica. Vários pacientes com FM responderão bem a intervenções simples, como redução do estresse, melhora no padrão do sono e aumento de atividade física. Essas intervenções podem ser suficientes, não sendo necessário o uso de medicamentos por via oral.

Em 2011, foram propostos novos critérios diagnósticos para FM⁶, já que o consenso anterior carecia de sensibilidade⁷. Essa nova abordagem foi bem recebida pelos clínicos, uma vez que não baseia o diagnóstico na presença de pontos sensíveis. Na prática clínica, deve-se sempre suspeitar de FM em pacientes com dores multifocais não totalmente explicadas por injúria ou inflamação tecidual. Na maioria dos casos, a dor do tipo musculoesquelética é proeminente. Uma vez que a transmissão ao longo das vias da dor no corpo é amplificada, queixa algícas podem ocorrer em qualquer local do corpo. Assim sendo, cefaleia crônica, garganta inflamada, dor visceral e hiper-responsividade sensitiva são muito comuns em indivíduos com FM³.

O tratamento da FM é otimizado na integração de abordagens farmacológicas e não farmacológicas, assim como o engajamento máximo do paciente que deve ser participante ativo de todo o processo. A FM pode ser diagnosticada e tratada no âmbito de saúde primária. Encaminhamento aos especialistas deve ocorrer somente em caso de dúvidas diagnósticas, em geral a um reumatologista ou neurologista, dependendo da predominância dos sintomas, ou naqueles casos em que há refratariedade ao tratamento convencional, para clínicas multidisciplinares especializadas ou com psiquiatras experientes. O uso isolado de fármacos para FM é intensamente desencorajado¹. Isso também ocorre no tratamento do diabetes melito, em que o uso de insulina deve ser acompa-

nhado de dieta. Recomenda-se agressividade na motivação do paciente, tanto na implementação de programa de exercícios físicos quanto nas terapias não farmacológicas personalizadas. Deve-se evitar uma postura defensiva, assim como atribuir aos medicamentos a única abordagem disponível. Se os clínicos utilizarem tratamentos não farmacológicos de forma mais contundente, com menos uso de fármacos opioides ou anti-inflamatórios não esteroides, com procedimentos mais orientados à atenuação da sensibilização central, mais efetivo será o manejo da FM².

Referências bibliográficas

1. Clauw DJ. Fibromyalgia and related conditions. *Mayo Clin Proc.* 2015;905:680-92.
2. Rahman A, Underwood M, Carnes D. Fibromyalgia. *BMJ.* 2014 Feb 24;348:g1224.
3. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA.* 2014 Apr 16;311(15):1547-55.
4. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1997 Sep;40(9):1560-70.
5. Brummett CM, Janda AM, Schueller CM, et al. Survey criteria for fibromyalgia independently predict increased postoperative opioid consumption after lower-extremity joint arthroplasty: a prospective, observational cohort study. *Anesthesiology.* 2013 Dec;119(6):1434-43.
6. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2011 Jun;38(6):1113-22.
7. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multi-center Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990 Feb;33(2):160-72.

