



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS  
CÂMARA TÉCNICA DE ESPECIALIDADES

Documento anexo do Manual de Ortopedia

**FIBROMIALGIA**

Em 1904, Gowers descreveu um conjunto de sinais e sintomas onde predominavam dores difusas pelo corpo, fadiga e distúrbio do sono, associado a endurecimento nos músculos que eram dolorosos a sua pressão. Esta condição, ele denominou de **fibrosite**.

Estudos histopatológicos posteriores, demonstraram que não havia alterações inflamatórias nos tecidos fibrosos e este termo foi gradualmente sendo abandonado.

O conceito corrente de **FIBROMIALGIA** foi colocado a partir de estudos da década de 1970, quando foram descritos os “*tender points*” e a presença dos distúrbios na fase V do sono.

Devido às controvérsias e dificuldades diagnósticas, finalmente em 1990, um comitê multicêntrico, criado pelo Colégio Americano de Reumatologia, estabeleceu os critérios para o diagnóstico da doença.

A **fibromialgia** é a causa mais comum de dor difusa crônica na prática reumatológica. Existe uma tendência mundial para que haja um aumento na sua incidência, devido ao reconhecimento desta patologia pelos profissionais médicos em geral e pelas características atuais das conjunturas econômica, social e profissional do mundo globalizado.

A qualidade de vida global e o grau de desamparo é marcado por um impacto negativo da doença na vida social e sexual das pessoas.

A fibromialgia é causa de prejuízo sócio-econômico significativo, devido à redução da capacidade para o trabalho.

**CONCEITO**

A fibromialgia é uma forma de reumatismo extra-articular, caracterizada por dores musculares crônicas, difusa, com rigidez matinal, associada a distúrbios do sono e do humor e à fadiga intensa.

Os critérios diagnósticos propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia consistem na presença de ***dor generalizada em combinação com dor em pelo menos 11 de 18 “tender points” específicos.***

## CRITÉRIOS CLASSIFICATÓRIOS

1. História de dor generalizada, definida como bilateral, acima e abaixo da linha da cintura, envolvendo também o esqueleto axial.
2. **Dor em 11 dos 18 “tender points” específicos à palpação digital (todos os pontos devem ser testados bilateralmente):**
  - ⇒ **Occipital: inserção do músculo sub-occipital**
  - ⇒ **Cervical baixo: vista anterior dos espaços intertransversos de C5 – C7**
  - ⇒ **Trapézio: borda superior do trapézio**
  - ⇒ **Supra-espinhoso: origem do músculo supra-espinhoso superiormente à borda medial da escápula**
  - ⇒ **Segunda costela: segunda junção costochondral**
  - ⇒ **Epicôndilos laterais**
  - ⇒ **Glúteos: quadrante superior externo das nádegas**
  - ⇒ **Grande trocanter**
  - ⇒ **Joelho: almofada gordurosa proximal e medial dos joelhos**

## EPIDEMIOLOGIA

Estimativas sobre a prevalência, a partir da década de 1980, em populações norte-americanas e europeias, variam de 5,7% na clínica geral e 4 a 20% na clínica reumatológica. É mais freqüente em mulheres (mais que 75% dos casos), e na faixa etária dos 30 aos 50 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Na maioria dos pacientes, o início dos sintomas é insidioso, com dores difusas pelo corpo, acompanhadas de rigidez e fadiga matinal. Os sintomas são crônicos com variações da sua intensidade no dia a dia. Podem ser exacerbados por estímulos ambientais, como exercícios físicos vigorosos, inatividade, sono não reparador e estresse emocional.

Síndrome do cólon irritável, cefaléia tensional, dismenorréia, parestesia e sensação de edema nas mãos podem estar associados, com muita freqüência, à fibromialgia.

A fadiga matinal ou o sono não reparador é decorrente do distúrbio do sono, caracterizado, na maioria das vezes, como insônia terminal.

Depressão, ansiedade e irritabilidade são queixas observadas na maioria dos pacientes.

## **ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA**

A etiologia da fibromialgia é desconhecida, mas há evidências de alterações comportamentais e neuroendócrinas.

É doença adquirida, acometendo todas as faixas etárias.

O distúrbio do sono tem sido encontrado em praticamente todos os pacientes e há tendência familiar, com clara predileção pelo sexo feminino.

Não há alterações histológicas convincentes nas estruturas envolvidas como os músculos, os tendões e as bursas.

Nos portadores de fibromialgia já foram descritos:

- Aumento na secreção de noradrenalina, comparado com controles normais.
- Concentração reduzida de serotonina no sangue, que é um neurotransmissor responsável pela regulação do sono profundo e pela interpretação do estímulo sensorial doloroso.
- Aumento da substância P no Líquor, que exerce efeito inibidor nas descargas de nervos sensoriais na presença de níveis normais ou altos de serotonina. Na deficiência de serotonina, o efeito é uma hiperalgesia.
- Níveis aumentados de glicocorticóides circulantes, o que indicaria uma ativação do eixo hipotálamo – hipófise – adrenal, como por exemplo ao estresse.
- Vários níveis de depressão e ansiedade, mas raramente depressão maior primária.
- Alteração nas fases 3 – 4 do sono não REM, caracterizada pela presença das ondas alfa, indicador de um sono não restaurador.

## EXAMES COMPLEMENTARES

Na fibromialgia, as investigações laboratoriais são irrelevantes, mas podem ser muito úteis para a exclusão de outras condições clínicas.

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é essencialmente clínico, não havendo exames complementares que favoreçam a sua realização e o estado geral do paciente está preservado. Devemos, no entanto, ressaltar que **a fibromialgia é diagnóstico de exclusão**, após serem descartadas todas as outras patologias sistêmicas ou não, que possam produzir sinais ou sintomas semelhantes.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No diagnóstico diferencial convém pesquisar com cuidado todas as patologias que causem dores musculares e periarticulares difusamente, através de uma boa anamnese e um bom exame físico, fazendo uso dos exames complementares quando necessário.

Diabetes, sífilis secundária, dislipidemias importantes e gonorréia podem apresentar dores periarticulares ou periartrites múltiplas.

O hipotireoidismo, além dos sintomas articulares e periarticulares, pode causar miopatia, mimetizando a fibromialgia.

As condições reumáticas como artrite reumatóide, lupus, polimiosite e dermatomiosite são fáceis de serem descartadas pela presença de outros sinais e sintomas, pelas alterações do estado geral e laboratoriais encontradas.

Nos pacientes mais idosos, pensar em *polimialgia reumática*, principalmente se a dor e a rigidez articular localizarem-se em cintura escapular e pélvica, associados à elevação da velocidade de hemossedimentação.

A apnéia do sono deve ser lembrada e pesquisada, pois pode produzir sintomas semelhantes, com dores no corpo e fadiga matinal.

## TRATAMENTO

O tratamento da fibromialgia é multidisciplinar, através da abordagem psicoterápica, correção do distúrbio do humor e do sono, analgesia da dor, relaxamento muscular e incentivo à prática de atividades físicas aeróbias, de baixo impacto articular (caminhada, hidroterapia, hidroginástica, natação, alongamento e fisioterapia com orientação postural). O esclarecimento sobre sua condição clínica, enfatizando-se que a patologia não leva à incapacidade permanente, nem à deformidades articulares, é de vital importância para a tranquilidade do paciente.

Os AINH e os analgésicos são coadjuvantes, mas devem ser utilizados quando os sintomas de dor são importantes ou para aumentar a adesão ao tratamento inicial.

O uso de antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina e nortriptilina (25 – 75 mg/d), a imipramina (10 – 25 mg/d) e a ciclobenzaprina (5 – 10 mg/d) têm sido indicado e com boa resposta, pois além da ação central atuando na correção do sono, tem uma ação periférica que produz relaxamento muscular (principalmente a ciclobenzaprina), documentado através da eletromiografia.

O alprazolam apresenta resultados antidepressivos e ansiolíticos semelhantes aos tricíclicos. O resultado da fluoxetina e do hypericum ainda é muito controverso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Battistella L.R., Mendonça L.L.F. Fibromialgia: fibrosite e dores miofasciais. *Terapêutica em Reumatologia*, W. Cossermelli. 2000, cap.102: 941 – 945.
2. Multicenter Criteria Committee. The American College of Rheumatology, 1990. *Criteria of Classification of Fibromyalgia*. *Arthritis rheum.*, 33: 169, 1990
3. *Reumatologia MKSAP*. American College of Rheumatology and American College of Physicians. 1999. Partes moles e Síndromes Álgicas Segmentares – Síndrome Fibromiálgica. 4: cap 16: 278 – 282.
4. Wolfe F., Ross K., Anderson J., Russell I.J., Hebert L. The prevalence and characteristics of Fibromyalgia in the general the population. *Arthritis Rheum*. 1995. 38: 19 – 28.