

# Fibromialgia: o que é, como diagnosticar e como acompanhar?

---

José Eduardo Martinez\*

## RESUMO

O objetivo deste artigo é rever as principais características clínicas, critérios diagnósticos e métodos de acompanhamento clínico da fibromialgia. O autor apresenta ainda um pequeno histórico do conhecimento desta síndrome e comenta a necessidade da divulgação do conhecimento adquirido para a partir de um diagnóstico precoce melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

## UNITERMOS

Fibromialgia. Diagnóstico. Evolução

## SUMMARY

The main objective of this article is to review the clinical characteristics, diagnostic criteria and follow up methods of the fibromyalgia syndrome. The author also presents a brief historical review of the knowledge on this syndrome. It is also commented the necessity of this knowledge divulgation in order to obtain early diagnosis to improve the patients quality of life.

## KEY-WORDS

Fibromyalgia. Diagnosis. Follow-up

## Introdução

Pode-se conceituar a Fibromialgia como uma síndrome dolorosa de etiopatogenia desconhecida que acomete preferentemente mulheres, caracterizada por dores musculares difusas, sítios dolorosos específicos, associados, freqüentemente a distúrbios do sono, fadiga, cefaléia crônica e distúrbios psíquicos e intestinais funcionais. Esta síndrome pode se apresentar isoladamente ou associada a outras síndromes ou doenças clínicas ou mesmo reumatológicas, como hipotireoidismo, lupus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide e outras.

A natureza subjetiva dos sintomas, a ausência de sinais além dos pontos dolorosos e a associação com distúrbios psiquiátricos provoca que ainda hoje discuta-se na literatura a validade da fibromialgia como diagnóstico isolado. É comum encontrar-se na literatura e mesmo em discussões com conceituados professores de Medicina a opinião que estamos lidando com uma variante de depressão ou com um dos tipos de somatização.

A uniformidade da apresentação clínica, os achados epidemiológicos e fisiopatológicos atuais já permitem que se ultrapasse essa discussão. A preocupação atual deve ser com a abordagem clínica e terapêutica desta síndrome. O estudo da

---

**Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba - CCMB - PUCSP**

\* Prof. Associado da Disciplina de Reumatologia do Departamento de Medicina.

**Endereço para correspondência:**

Praça Dr. José Erminio de Moraes, nº 290 - CEP 18030-230 - Sorocaba, SP - Brasil

fibromialgia tem sido realizado e divulgado prioritariamente no âmbito da reumatologia. Entretanto parece que o maior contingente de pacientes é atendido por clínicos gerais, em especial, nas unidades básicas de saúde, ou por especialidades afins, tais como a ortopedia e a fisioterapia. Ainda, é de fundamental importância a difusão do conhecimento sobre esta síndrome entre outros profissionais da área de saúde, tais como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

O objetivo principal deste artigo é apresentar as principais características desta síndrome, seus critérios diagnósticos e métodos de acompanhamento clínico.

## Histórico

Balfour<sup>1</sup>, em 1824 e Valleix<sup>3</sup>, em 1841, descreveram pacientes com pontos musculares hipersensíveis à palpação e passíveis de desencadear dor irradiada.

Em 1904, Stockman<sup>11</sup> descreveu áreas musculares circunscritas, inflamadas, dolorosas e sensíveis à dígito-pressão. O autor, realizando biópsias destas regiões, mostrou processo inflamatório do tecido conectivo.

Willian Gowers<sup>5</sup>, no mesmo ano, utilizou pela primeira vez o termo "Fibrosite". Defendia a existência de alterações inflamatórias no tecido fibroso do dorso, que produziriam um "reumatismo muscular", com ou sem história de trauma.

Desde essa época o termo vem sendo utilizado para uma variedade de entidades clínicas que envolviam as partes moles. Collins<sup>3</sup>, em 1940, definiu Fibrosite como um estado doloroso agudo, subagudo ou crônico dos músculos, tecido subcutâneo, ligamentos, tendões ou aponeuroses, independente da lesão anátomo-patológica que tenha originado a dor.

Smythe & Moldosfsky<sup>10</sup>, em 1977, restringe o uso da palavra Fibrosite à sintomatologia de pacientes que apresentassem dores músculo-esqueléticas difusas acompanhadas de pontos dolorosos à dígito-pressão, fadiga e distúrbios do sono.

O termo Fibrosite vem sendo criticado desde essa época, em especial pela não confirmação das alterações inflamatórias descritas por Stockman<sup>11</sup>. Em 1981, Yunus<sup>8</sup> propõe o termo "Fibromialgia", que vem sendo adotado pela maioria dos autores a partir daí.

O estudo da Fibromialgia sofreu atraso importante em razão da utilização indevida do termo Fibrosite, já que esta englobava uma grande variedade de entidades patológicas que afetavam as partes moles do sistema músculo-esquelético.

Incluía desde acometimentos localizados, de várias causas, até queixas musculares difusas da Fibromialgia propriamente dita.

## Apresentação clínica

O quadro clínico da fibromialgia foi definido através de estudos descritivos de grandes séries de casos, publicados por alguns autores como Clark et al<sup>2</sup>, Yunus et al<sup>8</sup>, Wolfe et al<sup>10</sup> e Smythe & Moldosfsky<sup>10</sup>. Todos eles mostraram concordância em suas descrições quanto aos sintomas e sinais do exame físico.

Do ponto de vista epidemiológico há o predomínio do sexo feminino, raça branca e a idade de início varia dos 12 aos 55 anos.

Os sintomas incluem dores músculo-esqueléticas 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 a depressão, ansiedade, cefaléia crônica e a síndrome do cólon irritável. Essa sintomatologia altera-se em intensidade de acordo com algumas condições, ditas fatores moduladores. Entre elas, a literatura cita mais freqüentemente alterações climáticas, grau de atividade física, estresse emocional entre outras.

Um grupo de pacientes estudado por nós em 1990, na cidade de Sorocaba, SP apresenta manifestações semelhantes às encontradas nas grandes séries da literatura<sup>7</sup>. Além das queixas necessárias para a inclusão neste estudo, foi encontrada freqüência alta dos seguintes sintomas: fadiga (95,7%), artralgia (93,7%), distúrbios do sono (91,4%), cefaléia crônica (91,4%), sensação de parestesias (87,2%), rigidez matinal (76,5%) e fogachos (76,5%). Este mesmo trabalho apontou associação entre a fibromialgia e depressão, ansiedade e distúrbio de personalidade.

O principal sintoma é sem dúvida a dor difusa. 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 à distúrbios posturais ou atividades físicas repetitivas.

Fazem também parte da sintomatologia dolorosa a alodínea e as disestesias. Conceitua-se como alodínea a dor resultante de estímulo que não seria normalmente doloroso. Disestesia é a sensação desagradável que varia desde amortecimento até agulhadas sentida nas extremidades.

A presença de vários fatores que podem influenciar a sintomatologia é uma constante na literatura internacional. Observa-se, em nossos casos, a presença das seguintes características moduladoras: alterações climáticas, grau de atividade física e estressores emocionais. Não encontramos nesse sentido discordâncias com achados da literatura.

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 padronizou a pesquisa de 18 áreas músculo-esqueléticas circunscritas<sup>5</sup>.

Ainda quanto ao exame físico, Granges & Littlejohn<sup>6</sup>, em trabalho recente, referem que existem outros sinais clínicos de importância ao diagnóstico, além dos pontos hipersensíveis à dor. Os sinais referidos por esses autores são os seguintes: limiar de tolerância à dor através de dolorimetria, hiperemia reativa da pele, complacência tissular do trapézio e músculos intercostais e teste da prega cutânea.

Em relação aos exames subsidiários (laboratoriais, radiológicos, cintilográficos e outros) eles caracterizam-se pela quase ausência de anormalidade nessa síndrome. Entretanto, deve-se citar o aparecimento de anormalidades no sono, quando os pacientes são submetidos ao exame de polissonografia. Essas são dadas por ondas alpha durante as fases não-REM do sono.

## Critérios diagnósticos

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, motivaram alguns autores a proporem critérios de classificação ou diagnóstico. As várias publicações neste 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 Colégio Americano de Reumatologia, tentando uma uniformização, publicou trabalho<sup>9</sup> 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
- Coluna cervical(2)
- Trapézios
- Supra-espinhosos
- 2º espaços intercostais
- Epicôndilos laterais
- Glúteos
- Grande trocânteres
- Interlinha medial dos joelhos

São considerados pacientes com fibromialgia aqueles que preencherem ambos os critérios por um período mínimo de 3 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 no diagnósticos de casos individuais é desejável, interessante e encontra um bom apoio nos critérios propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia. 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. Por outro lado, a experiência mostra as dificuldades metodológicas em um estudo desse tipo. 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 outras doenças.

## Avaliação clínica

O acompanhamento dos pacientes com fibromialgia baseia-se principalmente em aspectos de natureza clínica, conseqüentemente com alto grau de subjetividade, tanto por parte do paciente como do médico.

Em relação à anamnese, os principais sintomas a serem avaliados são a dor, os distúrbios do sono, fadiga e rigidez matinal. O grau de intensidade dessa sintomatologia pode ser determinado por escalas diversas, entre elas: a nominal (leve, moderada e grave), a analógica visual (10 cm) e a numérica (0 a 5, 0 a 10). Ainda, as opiniões do paciente e do médico sobre a evolução dos sintomas devem ser valorizadas.

Quanto às alterações do exame físico, investiga-se basicamente o número de pontos

hipersensíveis à digito-pressão e sua intensidade. A intensidade desse dolorimento pode ser determinada através de escalas nominal e/ou numérica. Tem sido também preconizado o uso de dolorímetro para esse fim. Dolorímetro é um aparelho que aplica pressões mensuráveis em pontos da superfície corpórea. Tem a função de estabelecer limiar de aparecimento de dor e nível de tolerância à dor.

Do ponto de vista de exames subsidiários, o acompanhamento dos pacientes com fibromialgia, em relação aos distúrbios do sono, pode ser realizado por polissonografia.

Recentemente, observa-se uma modificação no enfoque das doenças crônicas em geral e das doenças reumáticas, em particular nas últimas décadas. A partir da definição de saúde, da Organização Mundial de Saúde (OMS): estado de bem estar físico, mental e social, passou-se a se preocupar com a repercussão das doenças nas diversas dimensões da vida dos pacientes.

Denomina-se "qualidade de vida" ou avaliação do estado global de saúde, a determinação do impacto pessoal, físico, psicológico e no relacionamento social do paciente, imposto pela doença.

Em razão desses conceitos, têm sido criados questionários padronizados para estabelecer e mensurar a incapacidade e/ou alterações da qualidade de vida dos pacientes devido às doenças reumáticas. Alguns desses instrumentos são medidas da saúde global, enquanto outros são específicos para uma função ou componente da qualidade de vida ou para uma determinada doença.

Baseados nessa perspectiva realizamos, em 1993, um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de mulheres com fibromialgia por um período de 6 meses, comparando com a de pacientes com artrite reumatóide. Além da avaliação clínica os seguintes aspectos que compõem a qualidade de vida foram estudados: estado global de saúde, capacidade física, qualidade do sono e repercussão sócio-econômica<sup>8</sup>.

Estudou-se 44 mulheres com fibromialgia e o grupo controle foi composto por 42 mulheres com artrite reumatóide. As pacientes foram submetidas à avaliação clínica clássica, escala analógica numérica para dor (END), Health Assessment Questionnaire (HAQ), classificação funcional do Colégio Americano de Reumatologia (CAR), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Arthritis Helplessness Index (AHI), Post Sleep Inventory adaptado (PSI) e questionários sobre atividade sexual e repercussão sócio-econômica.

Este estudo, além de concluir que a fibromialgia implica um impacto importante na

qualidade de vida, mostrou que a quantificação deste impacto através de questionários padronizados pode ser um instrumento útil no acompanhamento da evolução clínica desta síndrome.

## Comentários finais

Não é objetivo deste artigo comentar a fisiopatologia e terapêutica da fibromialgia. Este tópico poderá ser encontrado de forma detalhada na literatura médica, em especial na reumatológica.

O aspecto mais importante a ser ressaltado é que o sofrimento adicional imposto a esses pacientes pela demora diagnóstica aumenta, em muito, a gravidade desta síndrome. Levando-se em conta que sintomas depressivos e ansiosos estão frequentemente presentes, esta incerteza diagnóstica pode ser fundamental na evolução. Esta dificuldade pode ser resolvida com a divulgação do conhecimento adquirido até então entre os médicos e paramédicos responsáveis pelo atendimento deste paciente.

## Referências bibliográficas

1. BAULFOUR apud GOLDENBERG, DL (2).
2. CLARCK, S; CAMPBELL, S M; FOREHAND, M E; TINDALL, EA & BENNET, RM - Clinical characteristics of fibrositis. *Arthritis Rheum.*, 28:132-7, 1985.
3. COLLINS apud GRAHAM, W - Síndrome de la fibrositis (reumatismo extra-articular). In: Holander - *Artritis y estados afins*, Barcelona, Salvat. 1956, p.642-56.
4. GOLDENBERG, DL - Fibromyalgia syndrome: an emerging but controversial condition. *JAMA*, 257:2782-7, 1987.
5. GOWERS apud GOLDENBERG (2)
6. GRANGES, G & LITTLEJOHN, RS - A comparative study of clinical signs in fibromyalgia/fibrositis syndrome, healthy and exercising subjects. *J. Rheumatol.*, 20: 344-51, 1993.
7. MARTINEZ, JE; ATRA, E; FERRAZ, MB & SILVA, PSB - Fibromialgia: aspectos clínicos e socioeconômicos. *Rev. Bras. Reumato* 32(5):225-30, 1992
8. MARTINEZ, JE; FERRAZ, MB; SATO, EI & ATRA, E - Fibromyalgia vs Rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. *J Rheumatol* 22:201-4, 1995.
9. MULTICENTER CRITERIA COMMITTEE - The American College of Rheumatology 1990 Criteria for Classification of Fibromyalgia. *Arthritis Rheum.*, 33:169-72, 1990.
10. SMYTHE, HA & MOLDOFSKY, H - Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bull. Rheum. Dis.*, 28:928-31, 1977.
11. STOCKMAN, R - The causes, pathology and treatment of chronic rheumatism. *Edinburg Med. J.* 15:107-16; 223-35, 1904.
12. ALLEIX apud GOLDENBERG, DL (2).
13. WOLFE, F; HAWLEY, DJ; CATHEY, MA; CARO, X & RUSSEL, JJ - Fibrositis: symptom frequency and criteria for diagnosis. *J. Rheumatol.* 12:1159-63, 1985.
14. YUNUS, M.B.; MASI, A.T.; CALABRO, J.J.; MILLER, K.A.; FEIGENBAUM, S.L. - Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with normal controls. *Semin. Arthritis Rheum.*, 11:151-71, 1981.