



A FIBROMIALGIA NA ORTOPEDIA

FIBROMYALGIA IN ORTHOPEDICS

Caio Gonçalves de Souza¹ e Márcio Passini Gonçalves de Souza¹**Resumo**

Fibromialgia (FM) é um reumatismo não articular. O quadro clínico inicial é indefinido levando o(a) paciente a consultar ortopedistas. Há fatores que desencadeiam a doença e gatilhos que disparam as crises. São descritos a história clínica e o quadro clínico clássico. A epidemiologia é discutida com a etiopatogenia. O papel da neuromodulação e dos distúrbios psíquicos da doença são discutidos com as bases do tratamento. Os autores propõem dosagens progressivas e depois regressivas das drogas existentes e tratamentos auxiliares.

Descritores: Fibromialgia; ortopedia.

Abstract

Fibromyalgia is a non-articular rheumatism. The initial clinical conditional is undefined, leading the patient to consult a few orthopedists before the diagnosis. There are factors that trigger the disease and factors that trigger the crises. Epidemiology and well-established clinical conditional are well described. Epidemiology is discussed with etiopathogenesis. The role of neuromodulation and the psychic disturbances of the disease are discussed with the principles of treatment. The authors propose first progressive and then regressive dosing of existing drugs and auxiliary treatments.

Keywords: Fibromyalgia; orthopedics.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM), como grande parte das doenças, começa com um quadro clínico quase silencioso, depois evolui para quadros clínicos significativos e pode ter crises exuberantes. É um reumatismo não articular com dor difusa de localização indefinida ou referida a vários músculos e tendões, de etiopatogenia ainda desconhecida, e acompanhada de distúrbios psíquicos diversos.

A doença tem fatores desencadeantes que a fazem aparecer e evoluir até um quadro clínico complexo e completo, e tem crises de piora disparadas pelos chamados gatilhos. Não há ainda exame subsidiário, sorologia ou imagem, que comprove a existência da doença ou permita o diagnóstico.¹

Nos pródromos da FM o paciente consulta ortopedistas, fisiatras, ginecologistas, clínicos gerais, e até reumatologistas, a procura de diagnóstico que oriente um tratamento. Talvez seja a melhor oportunidade de impedir a FM de progredir. O objetivo deste trabalho é alertar aos ortopedistas sobre nossa chance de ajudar estes pacientes.

Na progressão da FM distúrbios psíquicos se tornam mais

evidentes e complexos. O paciente passa a consultar psiquiatras e psicólogos até ser feito o “Diagnóstico Clínico de Fibromialgia”.^{1,2}

Praticamente todas as Sociedades de Reumatologia têm “Diretrizes para o Diagnóstico Clínico da Fibromialgia” onde requisitos fundamentais para reconhecer a doença são definidos. Estas “diretrizes” mudam pelo maior conhecimento que se adquire da patologia com o transcorrer do tempo.^{1,2}

CONCEITO

Fibromialgia ou síndrome fibromiálgica é um reumatismo extra-articular idiopático, multifatorial, não inflamatório nem autoimune, caracterizado por dor crônica, difusa, flutuante e migrante, referida em músculos, tendões e ligamentos de forma multifocal, de intensidade variável, maior se houver comorbidades e sensibilizadores psíquicos.³

Os pacientes (80% mulheres) podem ter também rigidez matinal, astenia e fadiga crônica, anorexia, cefaleia, parestesias, sensação de inchaço, ansiedade, insônia, sensibilidade aumentada a outros estímulos sensoriais extra SME^{4,5}, sonolência,

¹Universidade de São Paulo – USP



dificuldades de concentração e diminuição da memória (a chamada “névoa fibromiálgica”).

A palavra Fibromialgia deriva do latim *fibro* (tecido fibroso: tendões, fâscias), do grego *mio* (tecido muscular), *algos* (dor) e *ia* (condição). É entidade nosológica reconhecida desde meados do século XIX com outras denominações: fibrosite, dor muscular crônica, reumatismo psicogênico, mialgia por tensão, ou mesmo confundida com sintomas de somatização.⁴

HISTÓRIA CLÍNICA E QUADRO CLÍNICO

A história clínica inicial é incerta. Como já foi comentado, devido a dor inicial ser vaga, é frequente o paciente consultar ortopedistas de várias subespecialidades, fisiatras, e até reumatologistas, sem ter sido feito o diagnóstico de FM.

Há fatores potencialmente desencadeantes como determinadas infecções (hepatite C, doença de Lyme), traumas físicos, sedentarismo, excessos em atividade física, Depressão Maior e outros problemas psíquicos.^{1,2}

Há gatilhos para as crises como clima frio e úmido, atividade física excessiva ou mal dosada, e estresses psicológicos.

Devido à relação com estresses psicológicos, com distúrbios psíquicos e com a inexistência de exames subsidiários de sorologia e de imagens que detectem a doença, a FM foi relacionada muitas vezes à Depressão Maior, e o paciente era encaminhado a psiquiatras e psicólogos. Hoje é consenso de que a fibromialgia não é doença mental, não é um tipo de depressão, e não é preciso ter “tender points” no Exame Físico.^{1,2}

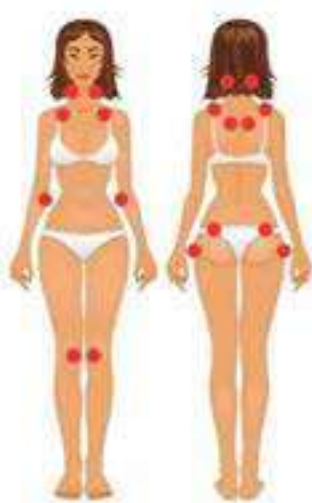


Figura 1. Os 18 “tender points”.

Isto é, o exame físico pode ser negativo. Na literatura mais antiga havia a relação com 18 pontos dolorosos à pressão manual, distribuídos pelo corpo. São os 18 “tender points da fibromialgia”. Onze destes 18 pontos deveriam ser dolorosos para ser feito o diagnóstico de FM. Hoje sabemos que 80% dos pacientes diagnosticados como tendo FM não têm 11 tender points dolorosos, e há pacientes sem nenhum.^{4,5}

Os tender points são oito na frente, pareados à direita e à esquerda, nas laterais do pescoço, nas clavículas, mediais nos

cotovelos e joelhos. São dez atrás, também pareados à direita e à esquerda, nas inserções musculares no occipital, nos trapézios, nos romboides, nas articulações sacro-ilíacas e nos grandes trocânteres femorais. (Fig 1)

ETIOPATOGENIA E EPIDEMIOLOGIA

A etiopatogenia da fibromialgia ainda é desconhecida apesar de ser muito estudada e muito discutida. Vamos discutir as possibilidades etiopatogênicas relacionando as à epidemiologia.

Os primeiros sintomas costumam ocorrer entre os 20 e os 50 anos de idade. Portanto não é devida ao envelhecimento. Acomete pessoas mais idosas por cronificação do acometimento de adultos de meia idade.⁶

Atinge 2% a 4% da população adulta nos países ocidentais. Teria relação com o modo de vida ocidental? Parece que não, pois afeta também orientais e africanos. As diferenças estatísticas devem ser por diferenças de métodos de pesquisa e de cálculo.⁶

Não é uma doença inflamatória, nem autoimune. Mas o frio e a umidade são gatilhos para as crises.³

Afeta às mulheres 5 à 9 vezes mais do que aos homens. Haveria uma relação com falta ou excesso de hormônios femininos? Aparentemente não, pois também acomete homens.⁶ O início dos sintomas (20 a 50 anos de idade) coincide com a faixa etária na qual a mulher tem hormônios mais estáveis.

A fadiga crônica, as dores musculares, as entesites, a sensação de falta de energia para os músculos, tudo isso nos leva a desconfiar de alterações nas mitocôndrias, o que vem sendo muito pesquisado hoje.⁷

Há um acometimento familiar nítido na fibromialgia. Familiares de pacientes têm oito vezes mais chances de desenvolver FM. Isto poderia ser devido a fatores genéticos ou a hábitos alimentares. Como o intestino irritável é muito frequente entre os portadores de fibromialgia, alterações da microbiota intestinal poderiam ser um fator etiopatogênico para FM.⁴

Quando há alteração da Microbiota há alteração do Microbioma. O Microbioma, por sua produção de fatores neuroativos, é considerado como nosso “segundo cérebro”. Alterações do Microbioma podem levar a distúrbios psíquicos como depressão, insônia e ansiedade, muito frequentes em pacientes fibromiálgicos. Estes distúrbios psíquicos têm sido discutidos como agentes causais ou efeito da FM. A Depressão Maior foi considerada durante muito tempo como causa da FM, mas hoje é considerada como uma comorbidade. Nem causa, nem efeito.^{1,2}

Mas há fatores genéticos muito evidentes. Por exemplo, há mutações genéticas específicas que definem uma predisposição individual, e que podem ser detectadas. Há uma associação com polimorfismos na enzima COMT (catecol-O-metil transferase). Também há associação com polimorfismo no transportador de serotonina.⁴

O PAPEL DA NEUROMODULAÇÃO

Outro campo de pesquisa para a etiopatogenia é o da neuromodulação. Os estresses psicológicos e os distúrbios psíquicos relacionados à doença nos remetem para perda dos controles inibitórios nas fendas sinápticas e em sensibilização das

sinapses no Sistema Nervoso Central, medula espinhal e cérebro.^{1,2}

Estudos com dor nociceptiva nos mostram que nas fendas sinápticas do corno posterior da medula espinhal há uma modulação da transmissão da informação DOR ao cérebro nessa sinapse. O sinal DOR chega à sinapse pelo nervo sensitivo, é replicado e enviado ao cérebro pelo trato espinotalâmico contra lateral. O cérebro envia um sinal modulador inibitório para a sinapse para controlar a sensação de DOR. Caso esse sinal não exista ou não atue, a dor é sentida com intensidade exagerada. (Figura 2)

PERDA DOS CONTROLES INIBITÓRIOS

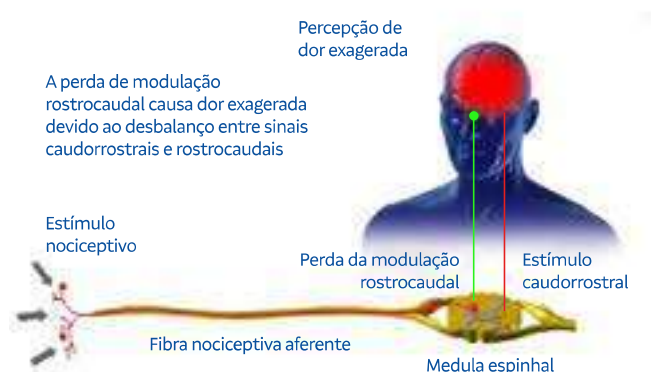


Figura 2. Neuromodulação.

Outra situação ocorre quando a sinapse do corno posterior da medula está sensibilizada, isto é, muito ativa. Teremos então o sinal DOR multiplicado e a sensação da pessoa será de hiperalgesia.

Também pode haver a situação do estímulo não ser doloroso, tátil por exemplo, e a sinapse enviar ao cérebro a informação de DOR. É a alodínia.

A FM também poderia ser provocada por um desequilíbrio entre neurotransmissores nociceptivos, como substância P e glutamato e neurotransmissores anti nociceptivos como serotonina e noradrenalina. Na FM é possível detectar níveis aumentados de substância P no Líquido Céfalo Raquidiano, quando comparados com os mesmos níveis em pessoas saudáveis.⁴

BASES PARA O TRATAMENTO DA FM

A fibromialgia ainda não tem cura, mas várias ações terapêuticas ajudam a minimizar e tratar os sintomas das comorbidades presentes em cada caso. Apesar de ser uma síndrome dolorosa, analgésicos comuns e AINEs não têm efeito. São usados opioides e opiáceos como coadjuvantes no tratamento, e na primeira linha estão as drogas adjuvantes que tratam as comorbidades presentes.³

Tratamentos não medicamentosos ajudam a minimizar os sintomas. Por exemplo, cuidados com a dieta. Evitar o uso de cafeína, teofilina e teobromina. Evitar o uso de irritantes intestinais, já que o intestino irritável é muito frequente entre os

fibromiálgicos. Aumentar a ingestão de alimentos que contêm Triptofano como banana, abacaxi, abacate.

O Triptofano é um aminoácido essencial. Isto é, é um dos 20 aminoácidos que formam nossas proteínas e é um dos oito aminoácidos que nosso organismo não produz. Por isso é essencial que o obtenhamos da dieta. O Triptofano é uma monoamina. Sob a ação da enzima monoaminoxidase ele se transforma no neurotransmissor Serotonina, o “hormônio do prazer”. Depois a Serotonina é transformada em Melatonina, o “hormônio do sono”. Dietas ricas em Triptofano e a suplementação com Triptofano são importantes para tratar FM.³

O tratamento fisioterápico também é importante. Calor, massagem e banhos quentes são eficientes para tratar a dor miofascial. Sedentarismo é fator desencadeante para fibromialgia e excesso de atividades físicas é gatilho para as crises fibromiálgicas. É importante fazer exercícios físicos regulares e bem dosados.

Tratamentos alternativos como acupuntura e tratamentos para o estresse psicológico podem ser muito eficientes. Meditação, Yoga, Tai chi chuan, orações, leituras, quebra-cabeças, escrever, são atividades interessantes. Apoio psicológico da família e amigos ajuda muito. A fibromialgia não é uma doença mental, mas os psiquiatras são muito preparados para o tratamento farmacológico que discutiremos a seguir e têm resultados muito bons com fármacos. A correção dos distúrbios da neuromodulação estimula a neuroplasticidade e muitas drogas usadas para tratar fibromialgia corrigem a neuromodulação.⁷

O tratamento medicamentoso mais importante é feito com drogas adjuvantes. Chamamos estas drogas adjuvantes de “sintomáticas”, pois tratam outros sintomas da FM presentes em cada caso, e não diretamente a dor. Foram desenvolvidas para outras indicações terapêuticas como contratura muscular, epilepsia, depressão, ansiedade, alterações do sono, parestesias. Aumentam a analgesia em situações específicas; têm um efeito poupador de opioides; e contrabalançam alguns efeitos adversos das medicações analgésicas como, por exemplo, o efeito convulsivo do cloridrato de tramadol.³

As drogas adjuvantes podem ser usadas isoladas ou associadas. Em geral são usadas associadas com as desvantagens de maior possibilidade de interação medicamentosa, potencialização de efeitos colaterais dos analgésicos e a menor adesão ao tratamento quando usamos múltiplos medicamentos.

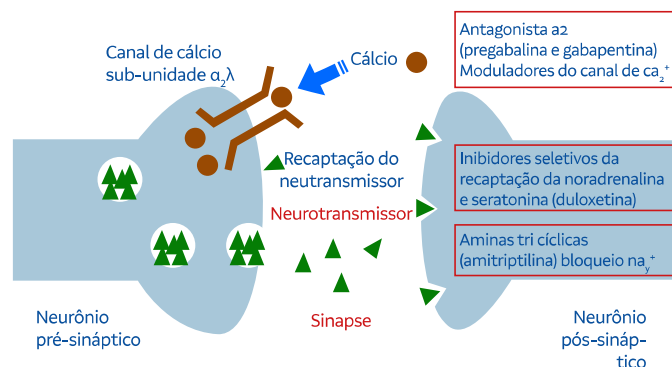


Figura 3. A fenda sináptica.



DEPRESSÃO - Para tratar a depressão fibromiálgica usamos drogas neuromoduladoras como os anticonvulsivantes; os Inibidores Seletivos da Recaptação da Noradrenalina e da Serotonina (ISRS); e as aminas tricíclicas. (Fig 3)

Os anticonvulsivantes que mais usamos são a Pregabalina e a Gabapentina. Alguns canabinoides não anticonvulsivantes vêm sendo estudados para esta função de neuromodulação. Os anticonvulsivantes antigos ainda usados são a carbamazepina e a lamotrigina. Entre os ISRS, também chamados Duais, estão a Duloxetina e a Venlafaxina. Entre as aminas tricíclicas a Amitriptilina é a mais usada.^{3,7}

INSÔNIA - Também aqui usamos a Amitriptilina. Então, se o paciente tem depressão e insônia, a Amitriptilina deve ser usada para as duas comorbidades. Ainda para insônia podemos usar Ciclobenzaprina, Zolpiden, Tiazidina e Melatonina. A Melatonina é nosso indutor do sono. É secretada apenas no início da noite, horário solar, e acompanha o ritmo nictimeral independentemente do fuso horário do local onde a pessoa estiver. É produzida a partir de serotonina. Deve ser ministrada quando há dificuldade de iniciar o sono no horário correto.³

CONTRATURAS MUSCULARES - A Ciclobenzaprina é um relaxante muscular que tem ação central e ajuda no combate à insônia. Então, podemos usar a Ciclobenzaprina para quem tem insônia e contratura muscular.

DOR MIOFASCIAL - A fisioterapia e o tratamento tópico têm boa indicação para as dores miofasciais da FM. Os medicamentos de uso tópico e a fisioterapia por calor e massagens são mais úteis quando há contratura muscular e dor miofascial.

DOR FIBROMIÁLGICA - Como já foi dito, analgésicos comuns e AINEs não são eficientes. É preciso usar opiáceos ou opioides como a Oxidona e o cloridrato de Tramadol. Aqui também estão sendo pesquisados alguns canabinoides, entre eles o CBD.^{3,7}

ANSIEDADE - É um dos distúrbios mais difíceis de ser tratado. De certa forma, a ansiedade é um fator para sobrevivência no mundo animal. É atávico. O tratamento é feito com benzodiazepínicos, que são depressores do SNC e podem piorar o quadro de depressão.

FADIGA - Não há tratamento eficiente para a fadiga crônica do paciente fibromiálgico. Esperamos que os novos conhecimentos sobre a fisiologia muscular e das mitocôndrias, e os novos tratamentos para sarcopenia, nos levem a um tratamento para a fadiga fibromiálgica.

NÉVOA FIBROMIÁLGICA - Também não há tratamento eficiente. Deve-se estimular o paciente a fazer palavras cruzadas, quebra-cabeças, ler, conversar e escrever.

TRATAMENTO DA CRISE FIBROMIÁLGICA

Dos vários tratamentos propostos para a crise fibromiálgica os Autores preferem uma associação progressiva de “sintomáticos” até atingir um nível de conforto e depois regressiva até atingir um bom nível de manutenção para o paciente. Usamos:

AMITRIPTILINA, 25 mg/dia VO ao deitar-se. Aumentar 25 mg/semana até 150 mg/d. Manter 150 mg/d/4.semanas.

DULOXETINA, 30 mg VO pela manhã. A duloxetina aumenta a insônia. Evitar tomar à noite. Aumentar 30 mg/s até 60 mg

pela manhã e 60 mg no almoço. Manter por 4 semanas.

PREGABALINA, 150 mg/d em 2 ou 3 tomadas. Aumentar 150 mg/semana até 600 mg/d em 3 tomadas. Manter por mais 4 semanas.

TRAMADOL, 50 mg, 2X/d. Aumentar 100 mg/d até ficar sem dor ou até atingir 400 mg/d. Quando ficar sem dor diminuir progressivamente ateando a dose mínima sem dor.

Após 4 semanas sem dor, diminuir progressivamente as doses das drogas sintomáticas até atingir uma dose de manutenção confortável para o paciente.

É interessante orientar os pacientes sobre a fibromialgia. São dez conselhos úteis: 1) Conheça sua doença. Estude fibromialgia. 2) Participe de grupos virtuais e presenciais. 3) Converse sobre o assunto. 4) Eduque sua família e amigos: a fibromialgia não é doença mental, não é um tipo de depressão, não é preciso haver tender points. 5) Peça apoio psicológico e ajuda quando precisar. 6) Faça “higiene” do sono. Durma o suficiente. Tome melatonina. 7) Exercite-se regularmente. No início pode piorar. Dose o exercício. 8) Conheça seus gatilhos: clima frio e úmido, muita ou pouca atividade física, estresse psicológico. 9) Alivie o estresse: faça meditação, Yoga, Tai chi chuan, orações, etc. 10) Evite a névoa fibromiálgica: faça quebra-cabeças, leia e escreva.

Aparentemente os exercícios de linguagem, falada e escrita, estimulam o cérebro. Afinal, somos os únicos animais que falam.

REFERÊNCIAS

1. Clauw DJ. Fibromyalgia. JAMA. 2014; 311 (15): 1547–55. doi:10.1001/jama.2014.3266. PMID 24737367.
2. Schweinhardt P, Sauro KM, Bushnell MC. Fibromyalgia: a disorder of the brain? Neuroscientist 2008; 14 (5): 415–21.
3. Heymann RE et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. Rev. Bras. Reumatol. 2010; vol 50, n1. Available online from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000100006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0482-5004. doi: 10.1590/S0482-50042010000100006
4. Wolfe F et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. Arthritis Care & Research 2010; Vol. 62, No. 5, 600–610. DOI 10.1002/acr.20140. © 2010, American College of Rheumatology
5. Atallah-Haun MV, Ferraz MB, Pollak DF. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia (1990) para classificação da fibromialgia, em população brasileira. Revista Brasileira de Reumatologia, 1999; 39:221-30.
6. Alane B. Cavalcante, Juliana F. Sauer, Suellen D. Chalot, Ana Assumpção, Lais V. Lage, Luciana Akemi Matsutani, Amélia Pasqual Marques. A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbr/v46n1/29386.pdf>
7. Wolfe F. Fibromyalgia wars. J Rheumatol. 2009; 36 (4): 671–8.