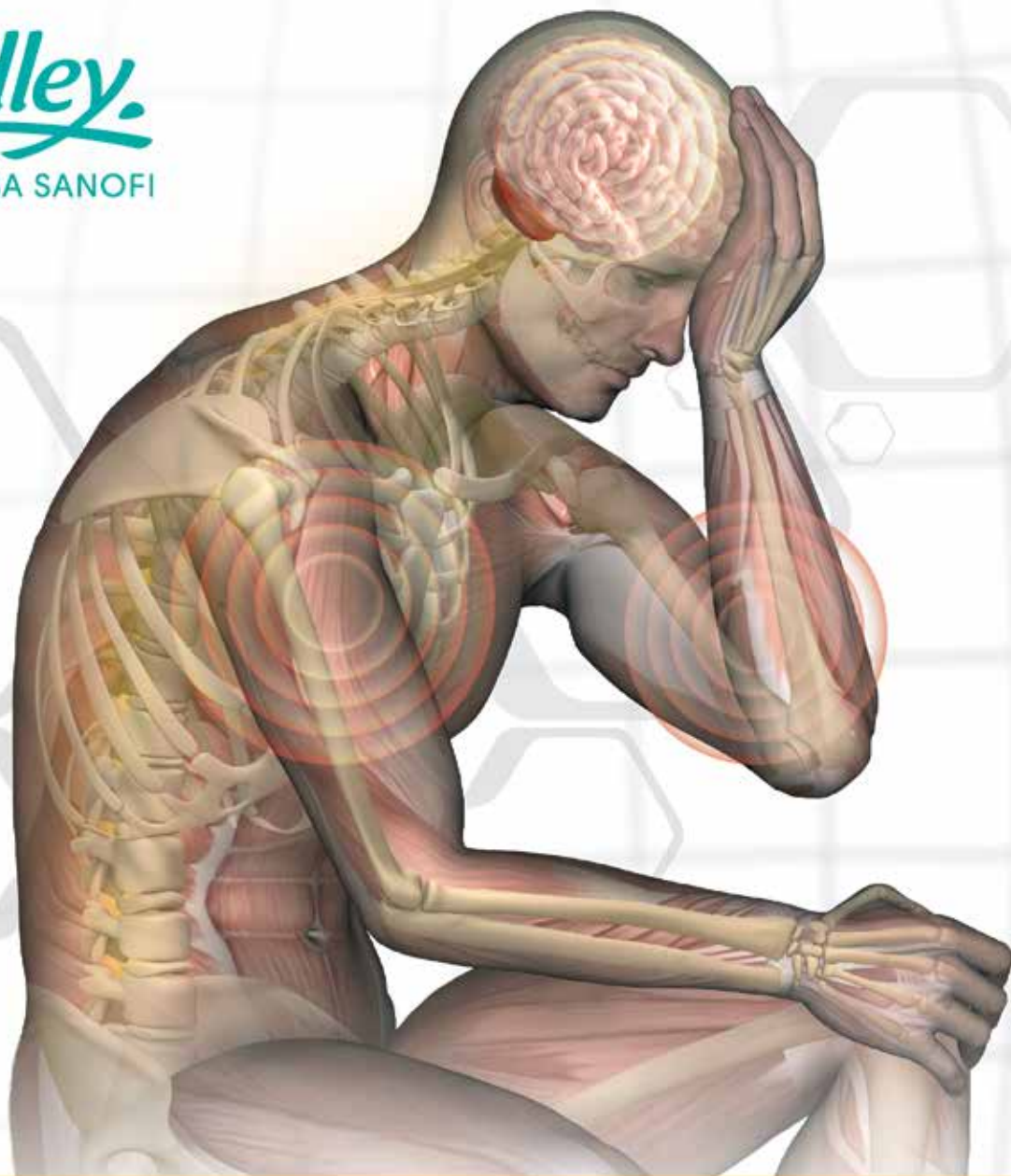


Medley.
UMA EMPRESA SANOFI



Miniatlas

FIBROMIALGIA



Kahler Hench

Reumatologista

Médico reconhecido, filho de Philip S. Hench (ganhador do Prêmio Nobel de Medicina pela descoberta da cortisona). **Designa o termo fibromialgia.**



Hugh Smythe

Reumatologista

Harvey Moldofsky

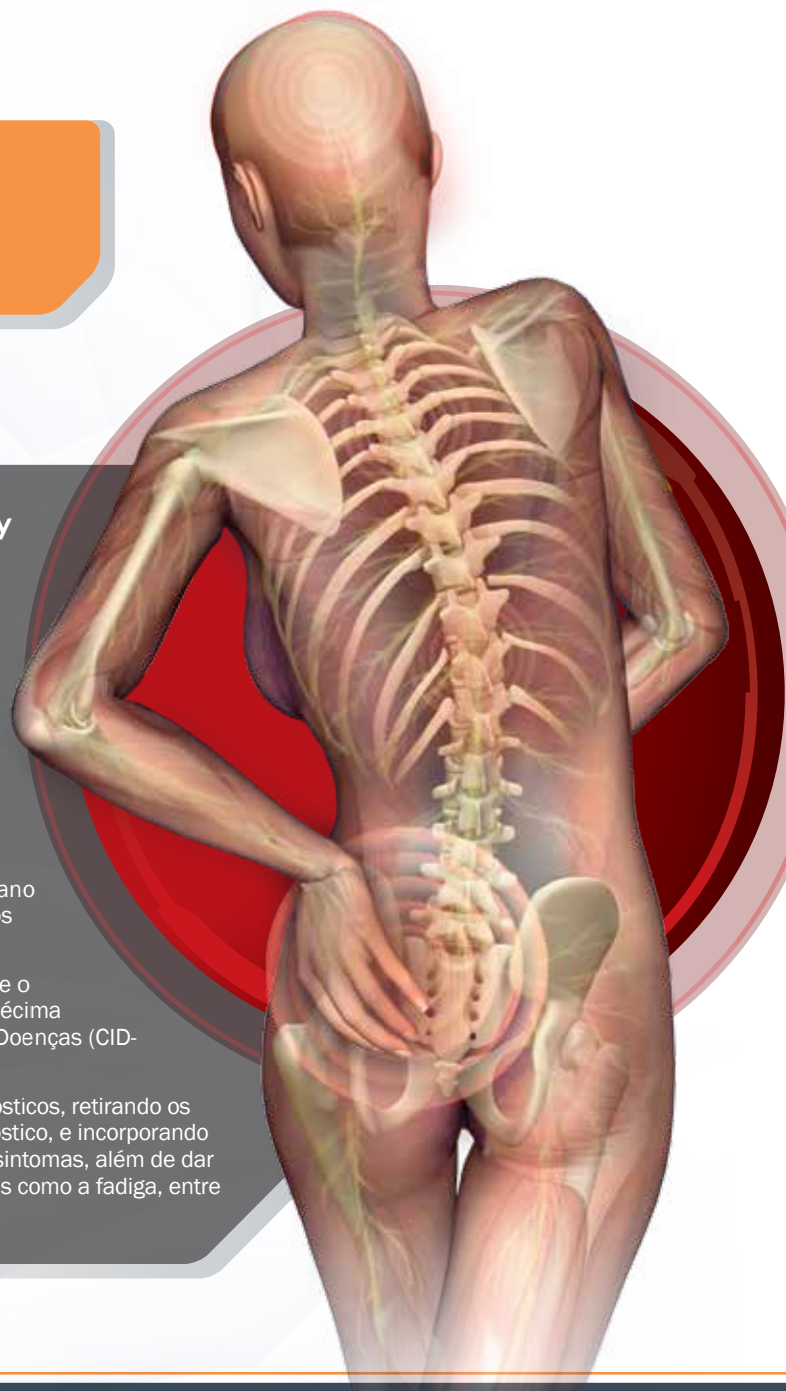
Psiquiatra

Artigo clássico (1977)

Duas contribuições para a compreensão da síndrome de fibrosite

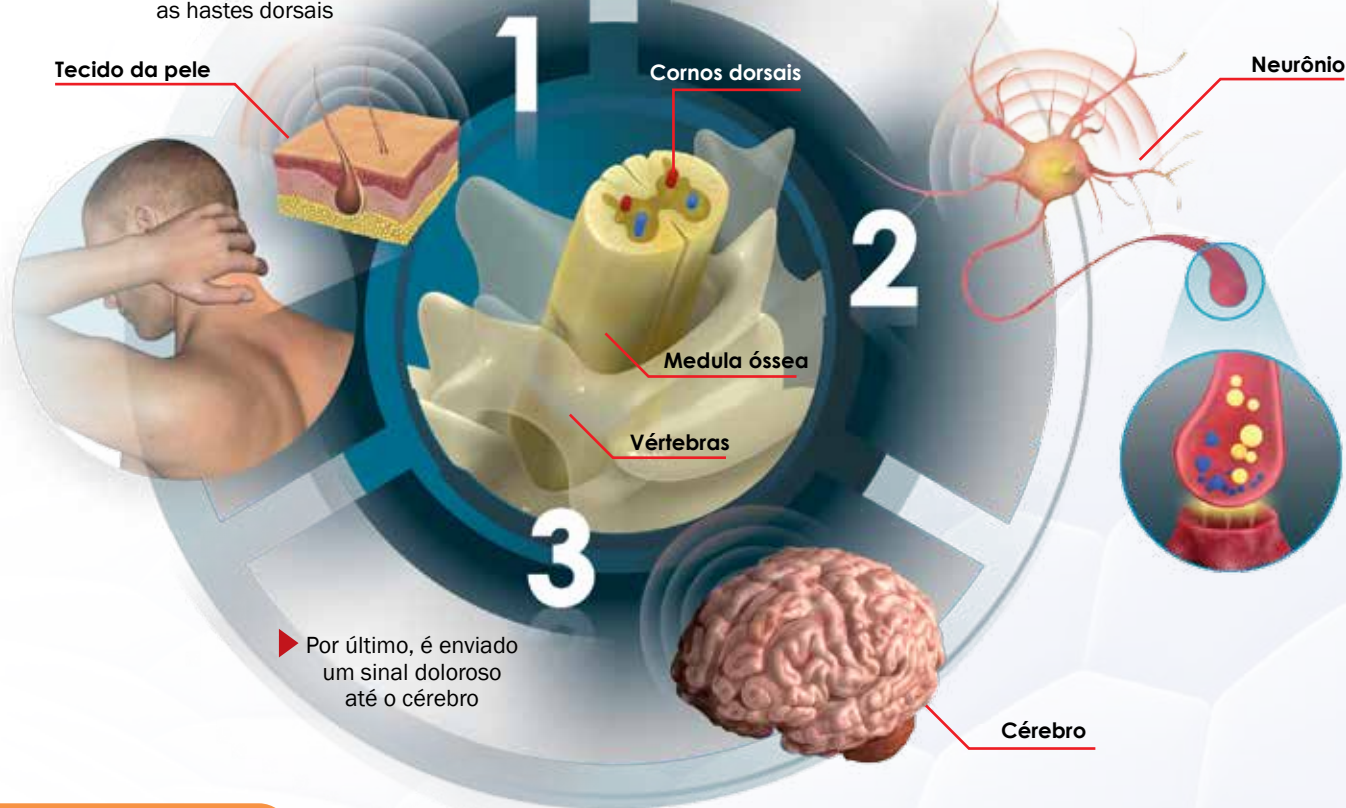
Aumento do interesse no âmbito científico da fibromialgia

- 1986** Criação de centros com o objetivo de estudar e desenvolver critérios diagnósticos para a fibromialgia.
- 1990** Estudo clássico de Wolfe (Colégio Americano de Reumatologia) e publicação de critérios para o diagnóstico da fibromialgia.
- 1993** Organização Mundial da Saúde reconhece o diagnóstico da fibromialgia e o inclui na décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Código M79.7.
- 2010** Revisão e modificação dos critérios diagnósticos, retirando os pontos sensíveis como base para o diagnóstico, e incorporando escalas para a quantificação dos sinais e sintomas, além de dar atenção para outras manifestações clínicas como a fadiga, entre outras.



▶ Os impulsos provenientes dos neurônios aferentes despolarizam as hastas dorsais

▶ O cálcio extracelular e o óxido nítrico se difundem até os neurônios, promovendo liberação exagerada de substância P e glutamato; isso causa **hiperexcitabilidade neuronal**



▶ Por último, é enviado um sinal doloroso até o cérebro

Genes candidatos

Genes relacionados com nocicepção, inflamação e afetividade

* Outros genes em uma segunda coorte

** Único gene que foi positivo em ambos estudos genéticos

- GABRB3
- TAAR1 **
- GBP1
- RGS4 *
- CNR1 *
- GRIA4 *

Na fibromialgia, **os cornos dorsais se tornam hipersensíveis**, tanto aos estímulos nociceptivos e não-nociceptivos.

A **sensibilização central** é o resultado de uma hiperexcitabilidade neuronal persistente, que se mantém por muito tempo após o final do estímulo inicial.

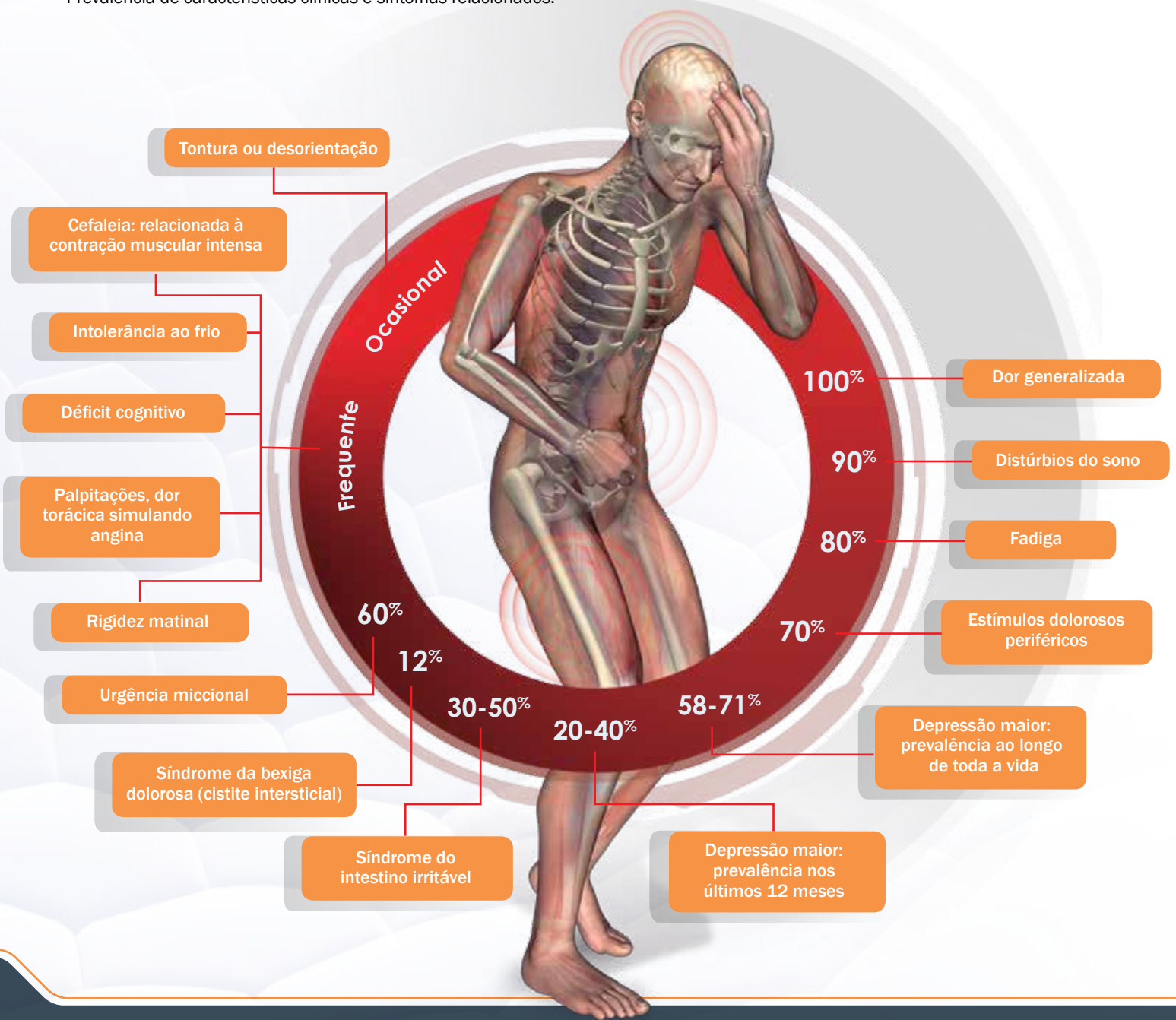
Predisposição genética

Risco 8,5 vezes maior em familiares de primeiro grau



Frequência de manifestações clínicas na síndrome de fibromialgia⁶

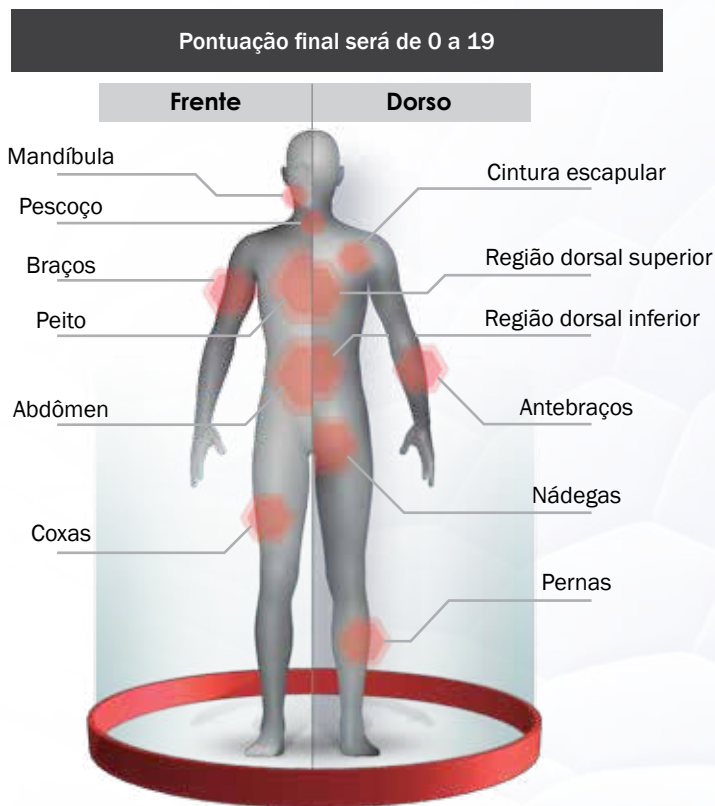
Prevalência de características clínicas e sintomas relacionados.



Foram desenvolvidos critérios para identificar a fibromialgia. Estes devem ser utilizados em conjunto para uma confirmação diagnóstica.

▶ Índice de dor generalizada (IDG)

Assinale o número de regiões em que o paciente sentiu dor na última semana.



▶ Escala de Gravidade Sintomática (EGS, 1ª seção)

Fadiga	Para cada um dos sintomas, indique o nível de intensidade conforme a seguinte pontuação: 0 = Sem problemas 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Grave
Sono não reparador	
Sintomas cognitivos	

▶ Sintomas somáticos (EGS, 2ª seção)

A EGS é a soma dos três sintomas de gravidade da 1ª seção, adicionada à lista complementar a seguir.

A pontuação final da EGS será de 0 a 12 pontos.

- Dor muscular
- Síndrome do intestino irritável
- Fadiga / esgotamento
- Problemas de compreensão ou memória
- Fraqueza muscular
- Cefaleia
- Cólicas abdominais
- Parestesias
- Tontura
- Insônia
- Depressão
- Constipação
- Dor epigástrica
- Náuseas e vômitos
- Ansiedade
- Dor torácica
- Embaçamento visual
- Diarreia
- Boca seca
- Pruridos
- Sibilos
- Fenômeno de Raynaud
- Urticária
- Zumbido
- Azia
- Aftas orais
- Perda ou alteração do paladar
- Convulsões
- Ceratoconjuntivite seca
- Respiração ofegante
- Perda de apetite
- Erupções cutâneas
- Fotossensibilidade
- Transtornos auditivos
- Equimoses frequentes
- Queda de cabelos
- Poliúria
- Disúria
- Espasmos vesicais

Pontuação: 0 a 10 = 0 11 a 20 = 1 21 a 30 = 2 31 a 40 = 3

Critérios para confirmação diagnóstica

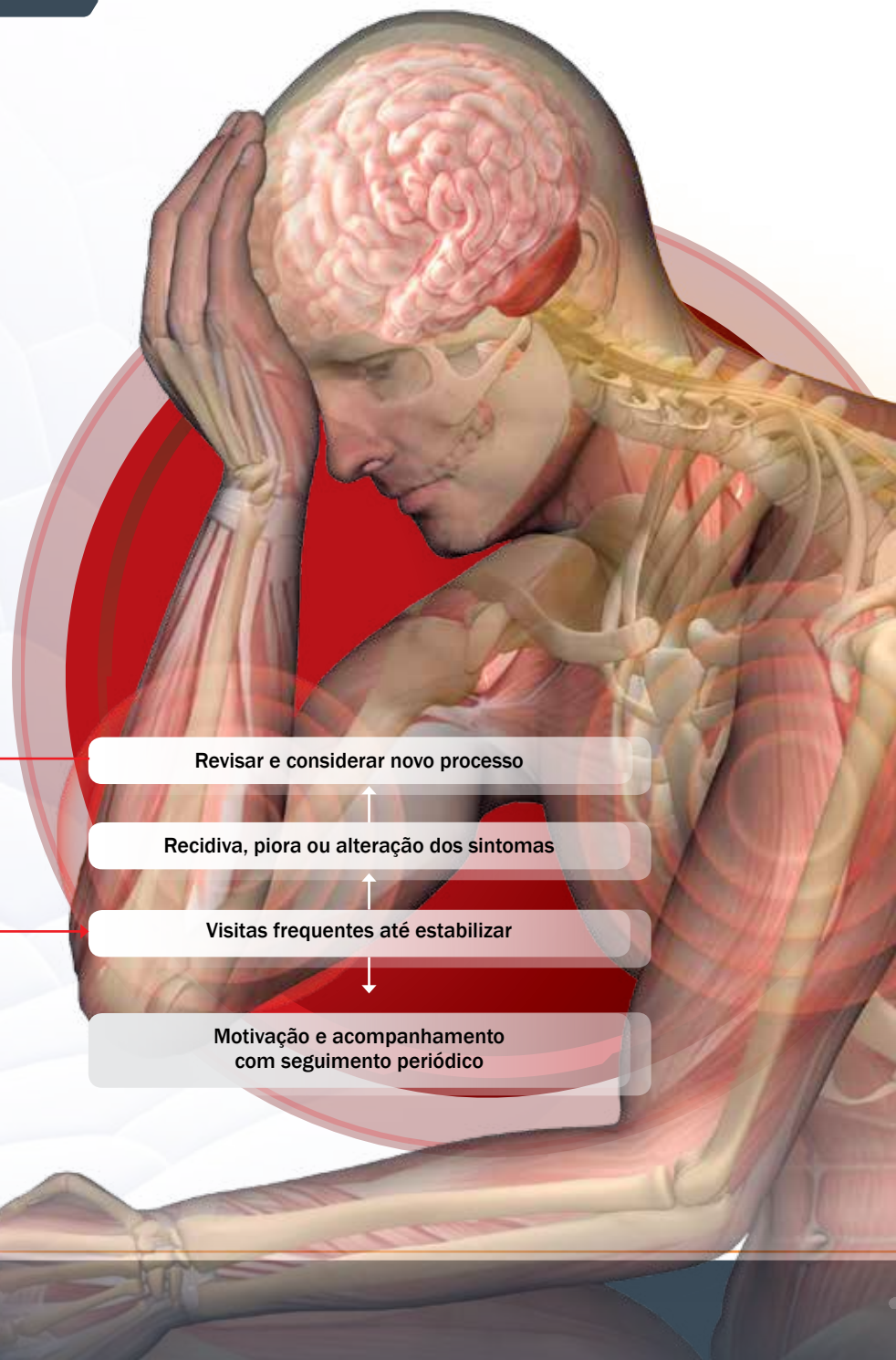
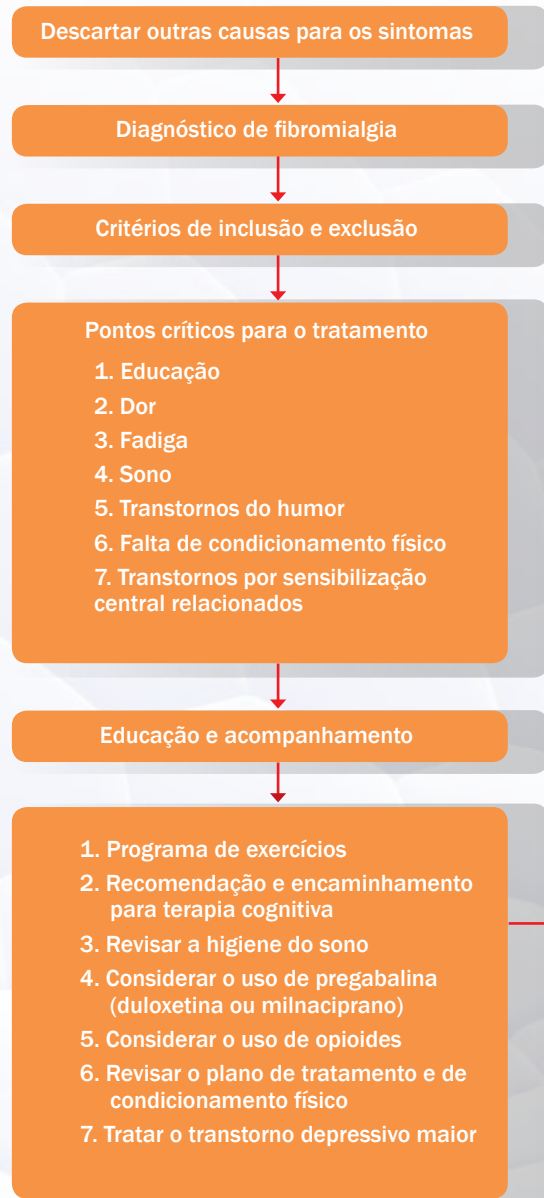
Para confirmação diagnóstica de fibromialgia, deve-se preencher os seguintes critérios:

- IDG >7 + EGS >5
- IDG = 3 a 6 + EGS >9
- Paciente não apresenta outras doenças que podem explicar a dor

86.2 a 88.1% de concordância com os critérios diagnósticos de 1999.

Diagnóstico^{4,7}

Algoritmo para o diagnóstico da fibromialgia



Revisar e considerar novo processo

Recidiva, piora ou alteração dos sintomas

Visitas frequentes até estabilizar

Motivação e acompanhamento com seguimento periódico

► Disfunção endócrina

Não existem evidências de doença endocrinológica primária, porém a menopausa e o hipotireoidismo podem piorar a dor e a fadiga. É recomendável abordar estas condições, se estiverem presentes.

► Falta de condicionamento físico

Um aspecto importante do tratamento é o início de um programa progressivo de condicionamento aeróbico e de alongamento.

► Dor

- O primeiro componente chave para o tratamento é identificar e tratar de forma eficaz todos os desencadeadores dolorosos periféricos.
- Anticonvulsivantes, como a pregabalina, inibem a liberação pré-sináptica de glutamato e modulam a ativação dos receptores NMDA.
- A pregabalina, assim como a duloxetina ou o milnaciprano, foi aprovada pelo FDA para o tratamento da fibromialgia.
- Os antidepressivos atuam na regulação da via descendente da dor, originada nos cornos dorsais.
- Os opioides não são o tratamento de primeira linha, mas podem ser utilizados se não houver resultados com outros fármacos. O tramadol diminuiu os sintomas dolorosos da fibromialgia em dois estudos clínicos.
- Observar cuidadosamente o uso concomitante de tramadol com antidepressivos, pelo risco de interação farmacológica.

► Educação

A educação tem efeito positivo para as estratégias cognitivas e comportamentais, como o estabelecimento de objetivos e prioridades.

► Estresse psicológico

É importante proporcionar técnicas para recuperação do controle ou para enfrentar problemas e frustrações.

► Fadiga

Analisar a causa. São obtidos resultados positivos com metilfenidato ou modafinil.

► Sono

O distúrbio do sono mais frequente é a síndrome das pernas inquietas ou movimento periódico das extremidades, que deve ser tratada com agonistas dopaminérgicos.



REFERÊNCIAS:

1. WOLFE, F. et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, v. 33, n. 2, pp. 160-172, 1990.
2. WOLFE, F. New American College of Rheumatology criteria for fibromyalgia: a twenty-year journey. *Arthritis Care Res*, v. 62, n. 5, pp. 583-584, 2010.
3. RUSSELL, I.J. Fibromyalgia Syndrome and Myofascial Pain Syndrome. In: McMahon, S.B., Koltzenburg, M., Tracey, I., Turk, D.C. (Eds.), *Wall & Melzack's Textbook of Pain*, 6 ed. Elsevier (Saunders), Philadelphia, PA, pp. 658-682, 2013.
4. BENNETT, R.M. Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome. In: Goldman, L., Schafer, A.I. (Eds.), *Goldman's Cecil Medicine*, 24 ed. Elsevier (Saunders), Philadelphia, PA, pp. 1743-1747, 2012.
5. GOLDENBERG, D.L. Pathogenesis of Fibromyalgia. In: Schur PH, ed. *UpToDate*. New York: Wolters Kluwer; 2015.
6. STAUD, R. Biology and therapy of fibromyalgia: pain in fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther*, v. 8, n. 3, pp. 208, 2006.
7. FERRI, F.F. Fibromyalgia. In: Ferri FF, ed. *Ferri's Clinical Advisor*. 1 ed, pp. 506-507, 2016.