

SÍNDROME DA FIBROMIALGIA: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO EM ODONTOLOGIA

Dayana Alves Silva¹, Renata Amadei Nicolau^{1,2}

¹ Universidade Vale do Paraíba (Univap), Faculdade de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia. Av. Shishima Hifumi, 2911, 12244-000

² Univap, Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento. Av. Shishima Hifumi, 2911, 12244-000
day_clevenger@hotmail.com, rani@univap.br

Resumo: A Síndrome de Fibromialgia (SF) é uma condição que vem se tornando comum, devido ao aumento contínuo de casos. Trata-se de uma síndrome complexa, na qual os pacientes podem apresentar uma grande variedade de sintomas, desde distúrbios de sono até dor muscular generalizada, sendo facilmente confundida com outras patologias. O objetivo deste trabalho foi abordar a importância da observação das manifestações clínicas da SF, facilitando assim seu precoce e correto diagnóstico. Para tal foi utilizado: pesquisas *online* (nacional e internacional), com o auxílio de sistemas de busca (*pubmed*, *medline*, *lilacs*). Observou-se que o diagnóstico da SF, em nível odontológico, é obtido mediante a identificação das características clínicas como: dor muscular em pontos específicos, distúrbios do sono e ansiedade. Estas características podem ser identificadas por meio de exame direcionado, porém é necessária a compreensão do cirurgião-dentista, acerca destes aspectos.

Palavras-chave: Síndrome da Fibromialgia, Dor muscular, Buco-maxilo-facial.

Área do conhecimento: IV Ciências da Saúde

Introdução

A Síndrome da Fibromialgia (SF) é uma desordem dolorosa, crônica e sistêmica, que se manifesta no sistema músculo-esquelético. Essa doença possui alta prevalência na população geral, tornando necessário que os cirurgiões-dentista, obtenham conhecimentos básicos das características clínicas dessa patologia. A capacitação teórico-prática do cirurgião dentista possibilita o reconhecimento e diagnóstico precoce da SF, melhorando o prognóstico do caso e a qualidade de vida do indivíduo.

Nos anos 80, Yunus, através de estudos randomizados, defendeu o termo fibromialgia, que havia sido proposto anteriormente por Hench. Elaborou assim, critérios que auxiliam no diagnóstico, baseados em achados clínicos de pacientes portadores da SF (AHLESTA et al., 1991).

A SF é caracterizada pela presença de pontos sensíveis (PSs) e dolorosos à palpação, dispersos por todo o corpo. Estes PSs são como focos irritáveis dentro de uma banda densa da musculatura, em razão de ser capaz de provocar dor referida à distância (BIRNFELD; CAMARGO 1998).

Freqüentemente a Fibromialgia está associada à fadiga, distúrbios do sono e em alguns casos de dispnéia e ansiedade, devido o seu

caráter crônico. Causa geralmente uma má qualidade de vida (PAGANO et al., 2004).

Apesar de não ser uma doença grave, tem muita importância pela alta prevalência (5% -20% na população geral) e pelo grande impacto na qualidade de vida (BENNETT, 1996). Sendo assim, o presente estudo propõe a realização de uma revisão de literatura, sobre recomendações para um correto diagnóstico e avaliação da qualidade de vida dos pacientes com SF. Para a realização do trabalho proposto foi realizada uma revisão de literatura, utilizando sistemas de busca *online* nacionais e internacionais, empregando como palavras-chave: síndrome da fibromialgia, diagnóstico e manifestações clínicas, *syndrome and fibromyalgia, diagnose, manifestations clinic*.

Revisão da Literatura

A SF é uma condição clínica, caracterizada por dor músculo-esquelético difusa, cujo exame físico revela dor à palpação, pela presença de PSs. A observância destes pontos sensíveis pode excluir outras doenças sistêmicas e posteriormente confirma o diagnóstico da SF. Desta forma, torna-se claro a importância do conhecimento do cirurgião-dentista sobre suas manifestações clínicas.

De acordo com a análise de estudos realizados pelo Colégio Americano de Reumatologia os critérios de classificação para SF são: história de dor difusa, persistente por mais de três meses,

presente tanto do lado direito como do lado esquerdo do corpo, distribuídos acima e abaixo da cintura. A dor também deve apresentar ao menos um segmento do esqueleto axial; dor em 11 de 18 pontos dolorosos, durante a palpação digital, realizada com uma pressão aproximadamente de 4 kg/cm² (SCOTTON et al., 2004), força necessária para deformar levemente uma bola de tênis (OLIVEIRA et al., 2004).. Para que o ponto seja considerado positivo, o paciente deve referir dor no local palpado, sido a queixa da sensibilidade local insuficiente para considerá-la como positiva (OLIVEIRA et al., 2004).

A SF predispõe o aparecimento de lesões por contração muscular, sugerindo que esta atua como mecanismo de indução do surgimento de lesões musculares causadas por repetição (VAISBERG et al., 2001). Existe forte predominância desta síndrome no sexo feminino (80% a 90% dos casos), com pico de incidência entre os 30 e os 50 anos de idade, podendo manifestar-se em crianças, adolescentes e indivíduos mais idosos. A SF acomete mais freqüentemente pessoas de melhor nível social e educacional. A prevalência geral da SF é de 2% na população geral (HAUN et al., 2001).

A etiologia da SF ainda é discutida, porém estudos mostram que fatores que favorecem o seu desenvolvimento como: ansiedade prolongada, hipertiroidismo e estresse emocional (KANDA et al., 2003). Estudos recentes demonstraram que a SF possui uma origem multifatorial, onde há fatores que desencadeiam o seu desenvolvimento (HELFENSTEIN; FELDMAN, 1998).

O diagnóstico da SF exige uma anamnese cuidadosa e um exame físico detalhado. O exame físico fornece poucos achados, eles apresentam bom aspecto geral, sem evidências clínicas. O único achado clínico importante é a presença da sensibilidade dolorosa à palpação, em pelo menos 11 dos 18 pontos sensíveis (ATALLAH; POLLAK, 1999).

O exame de pacientes que apresentam sinais de SF, porém sem nenhuma doença sistêmica ou anormalidades articular aparente torna necessária a realização de exames complementares. Investigações laboratoriais ou radiológicas são úteis primariamente para exclusão de outras condições (FALCÃO; NATIDER, 2002).

Existe a formulação de alguns questionários, para verificar a intensidade da dor, qual o nível de estresse dos indivíduos, avaliação genérica da qualidade de vida e avaliação da qualidade de vida específica em pacientes com SF. Podem ser empregados os questionários de

McGuill; lista de sintomas de estresse (LSS); SF-36; *Fibromyalgia Impact Questionnaire* ou FIQ.

As principais manifestações da SF são: dor generalizada, persistente por mais de três meses e dor difusa sobre áreas anatómicas designadas como PSs. As manifestações secundárias são: fadiga, ansiedade, estresse, cefaléia, sono não reparador (cansado ao despertar), rigidez matinal e alteração de humor. O aumento do sono e de despertares (com diminuição da eficiência do sono) são manifestações presentes, porém estas características são comuns em outras doenças como: desordem temporomandibular, síndrome da dor miofacial e síndrome da fadiga crônica (CANOSO 2002).

A dor é o principal fator que leva o paciente a procurar ajuda (HELFENSTEIN; FELDMAN, 1998). Os locais mais comuns de dor são: coluna vertebral, cintura escapular e pélvica, podendo também ocorrer em nível de parede anterior do tórax. A localização anatômica dos pontos sensíveis são: região occipital, borda médio-superior do trapézio, músculo supra-espinhoso, quadrante superior-externo do glúteo, trocânter menor, junção da segunda costela, centímetros abaixo do epicôndilo lateral, borda medial do joelho (VAISBERG et al., 2001).

O encaminhamento correto e no momento adequado da SF é fundamental para o prognóstico do caso. Onde o produto final do tratamento é o restabelecimento da qualidade de vida do indivíduo (WOLFE et al., 1990).

Discussão

Diversos autores discutem sobre as diferentes manifestações clínicas encontradas na SF. Nas quais a dor muscular e distúrbio do sono são sintomas clínicos sugeridos para o diagnóstico, porém se avaliados individualmente são inconclusivos. Não existem exames laboratoriais nem radiográficos que sejam conclusivos para a confirmação do diagnóstico da SF (ATALLAH; POLLAK, 1999; FALCÃO, 2002), há apenas a formulação de alguns questionários como o SF-36, que avaliam a qualidade de vida em pacientes com SF, porém são muito poucos divulgados. Porém a observação, através da palpação, de pelo menos 11 dos 18 pontos sensíveis pode seguramente concluir o diagnóstico da SF (GRANGES et al., 1993; OLIVEIRA, 1999). Os pontos sensíveis dispersos por todo o corpo são: cervical inferior – bilateral região entre os processos transversos de C5-C7; segunda costela – bilateral na segunda junção costocôndral; occipital – bilateral, na inserção do músculo suboccipital; fibras superiores do músculo trapézio – bilateral, ponto médio do ventre (figura 1). A contratatura na região de trapézio e occipital podem propiciar uma disfunção temporomandibular (DTM), por má posicionamento do

esqueleto crânio-encefálico em relação à coluna vertebral. Dores referidas na região de mandíbula, podem conduzir o cirurgião-dentista a um diagnóstico falso positivo de DTM.

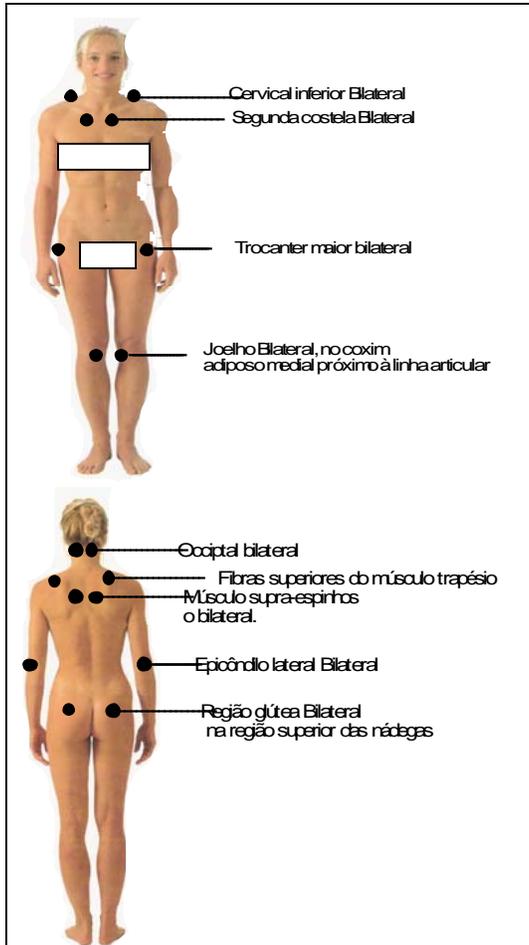


Figura 1: Localização anatômica dos pontos sensíveis associados à SF (Fonte: modificado de Sobotta et al., 2000).

Considerando-se que vários PSs estão diretamente relacionados com o sistema estomatognático, é possível a modificação da atividade deste sistema mediante presença de SF. Tornou-se evidente a importância do conhecimento do cirurgião-dentista quanto à capacitação de diagnóstico da SF, incorrendo em atenção dirigida à possível associação desta síndrome a demais patologias como uma desordem temporomandibular e síndrome da dor miofascial (CANOSO, 2002).

Conclusão

Com base nas análises realizadas, através das opiniões obtidas dos diversos autores relatados, parece lícito concluir que:

1. A SF é uma doença crônica, na qual o número de pessoas portadoras vem crescendo constantemente.
2. A fadiga e distúrbios de sono são algumas das manifestações clínicas encontradas, na SF.
3. O cirurgião-dentista deve estar atento na avaliação clínica do paciente, mediante constatação de pelo menos 11 dos 18 pontos sensíveis à palpação.
4. A aplicação de instrumentos complementares de diagnóstico se faz necessária (questionário de McGuill, LSS, SF-36 e FCC).

Referências

- AHLESTA; KHANSA; YUNUS, M.B. Psychiatric Status of patients with primary fibromyalgia, patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnoses. **J.Psychiatry**, v.48,n.1,p.721-726,1991.
- ATALLAH, H.M.V; FERRAZ, M.B; POLLAK, D.F. Validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia, para classificação da fibromialgia, em população brasileira. **Rev. Bras. Reumatol.**, v.39, p. 221-230, 1999.
- BENNETT, R.M. Fibromyalgia and the disability dilemma – A new era in understanding a complex, multidimensional pain syndrome. **Arthr Rheum.**, v. 30, n. 10, p. 1627-1634, 1996.
- BIRNFELD, C. J. W; CAMARGO, R. F. V. Pontos gatilhos e dor craniofacial. **RGO (Porto Alegre)**, v. 36, n.3, p. 225-231, maio – jun. 1998.
- CANOSO, J. J. Fibromialgia. **Rev. Temas de Reumatologia Clínica**, v.3, n.1, mar.2002.
- FALCÃO, M. D; NATIDER, J. Fibromialgia e as técnicas cognitivas – comportamentais. **Sinopse de Reumatologia**, v.4, n.2, jun. 2002.
- GRANGES, G; LITTLEJOHN, G.O. A comparative study of clinical signs in fibromyalgia fibrositis syndrome, healthy and exercising subjects. **J. Rheumatol.**, v.20, p. 344-345, 1993.
- HAUN, M. V. A, HEYMANN, R. E, HELFESTEIN, M; FELDMAN, D. Fibromialgia. **Rev. Sinopse de Reumatologia**, v.3, n.1, abr. 2001.

- HELFENSTEIN JR. M; FELDMAN D. Prevalência da síndrome da fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos (LER). **Rev. Brás. Reumatol.**, v.38, p. 71-77,1998.
- KANDA, M. A. P; SLOT, F; SCHMIDT, T. M; FREITAS, F. O. Diagnóstico – Fibromialgia. **Rev. Brasileira de Medicina**, v.60, n.4, abr. 2003.
- OLIVEIRA J.T. Incapacidade e a Norma técnica sobre Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho – DORT. **Rev. Brás. Reumatol.**, v.39, p. 217-220, 1999.
- OLIVEIRA, S. A. M; RODRIGUES, D; SEMEGERINI, A. T; CARIA, F. H. P; BÉZIN, F. Diagnóstico Diferencial entre DTM, Síndrome da Fibromialgia e Síndrome da Dor Miofascial. **Rev. Assoc. Paul.Cir. Dent.**, v.59, n.12, dez.2004.
- PAGANO, T; MATSUTANI, L. A; FERREIRA, E. A. G; MARQUES, A. P. PEREIRA, C. A. B. Avaliação de ansiedade e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **J. São Paulo Méd.**, v.122, n.6, p. 252-258, nov. 2004.
- SCOTTON, S. A; FRAGA, O. R.; ALVARENGA, G. M; FELLET, J. A; JUSTE, M. L. **Revista Brasileira de Medicina**, v.61, n.12, dez.2004.
- VAISBERG, M. W; BAPTISTA, C; GATT, C; PIÇARRO, I. C; ROSA, L. F. P. C. Descrição da síndrome em atletas e suas implicações. **Rev. Sutiãs. Med. Esporte**, v.7, n.1, p. 14-17, jan.- fev. 2001.
- WOLFE, F; SMYTHE, H. A; YUNUS, M. B; BENETT, R. M; BOMBARDIER, C; GOLDENBERG, D. L. The American College of rheumatology criteria for the classification of fibromyalgia. **Arthritis rheum.**, v. 33, p. 160-172, 1990.