

Seria a fibromialgia juvenil a solução definitiva para o complexo diagnóstico das síndromes dolorosas em crianças?

Would juvenile fibromyalgia be the ultimate solution for the complex diagnosis of pain syndromes in children?

Breno Álvares de Faria Pereira¹

RESUMO

A formulação de critérios classificatórios pelo ACR (*American College of Rheumatology*) fez com que a fibromialgia (FM) ocupasse papel de destaque na mídia internacional. A velocidade fantástica e o grande volume de informações com que o médico convive hoje em dia podem conduzir à falsa suposição de que a FM represente a aglutinação de todas as causas de dores difusas, em especial na faixa pediátrica, conduzindo ao superdiagnóstico dessa entidade. Esta revisão faz uma crítica sobre o *status* atual da FM, analisando as falhas e os hiatos que ainda persistem nos critérios de classificação vigentes e nos estudos internacionais publicados até o momento. Chama-se a atenção para a importância prática do estudo diferencial na abordagem do paciente com uma das síndromes algicas, particularmente na população infanto-juvenil. Para tal, a investigação detalhada das características da dor através de anamnese bem conduzida e exame físico minucioso continuam sendo as grandes armas do médico na busca por um diagnóstico.

Palavras-chaves: fibromialgia, dor do crescimento, síndrome de amplificação da dor

ABSTRACT

The definition of the criteria for classification of fibromyalgia (FM) by the American College of Rheumatology has placed this disease under the spotlights of the international medicine media

circus. The amazing speed and great volume of information the average physician deals with nowadays may lead to the false impression that FM represents the sole cause of diffuse aches and pains, specially in children, raising the possibility of overdiagnosis. This review article critically analyses the current status of FM and the faults and leaks present in its criteria and in the studies published in the world medical literature. Attention is called upon to the importance of the differential diagnosis when approaching patients with pain syndromes, specially on the pediatric age group. For such, a detailed evaluation of the patient's complaints obtained by a judicious interview and a well-performed physical exam continue to be the physician's best weapons.

Key words: fibromyalgia, growing pain, pain amplification syndrome

INTRODUÇÃO

Recentemente, tivemos o prazer de ler a excelente revisão sobre fibromialgia (FM) juvenil realizada por Roizenblatt *et al.* em outra edição desta revista⁽¹⁾. Desde a definição dos critérios de classificação para FM pelo *American College of Rheumatology* (ACR), essa doença tem sido alvo de inúmeros estudos e tema de outras tantas palestras e debates científicos em todo o mundo⁽²⁾. É evidente que a FM não surgiu quando da elaboração de seus critérios; pelo contrário, estes foram criados devido à existência de um grande grupo de pacientes que compartilhavam um conjunto de sintomas (tendo a dor como carro-chefe) e que não tinham, ainda, um diagnóstico médico definido. Portanto, à primeira vista, parecemos tentador supor que a FM tenha vindo como um alívio, tanto para o médico, que então passou a “rotular” seus pacientes que antes permaneciam indefinidos, quanto para o paciente, que agora tinha um nome para sua doença – ou uma doença para os seus sintomas. Conseqüentemente, e quase de forma automática, seguiu-se uma tendência natural

Recebido em 10/2/98. Aprovado, após revisão, em 2/3/98.

1. Coordenador do Ambulatório de Reumatologia Pediátrica do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás (HC-UFG); Chefe do Serviço de Reumatologia Pediátrica do Hospital da Criança, Goiânia, GO.

Endereço para correspondência:

Breno A. de F. Pereira
Rua 125, nº 88, S. Sul
74093-070 – Goiânia, GO

para diagnosticar mais e mais pacientes com FM, algumas vezes num afã proibitivo e em detrimento da investigação clínica minuciosa.

A intenção deste Editorial é chamar a atenção para essa atração, por vezes equivocada, por “novas” doenças e ressaltar que a FM juvenil, antes de representar a solução taxonômica para todas as síndromes relacionadas às dores difusas nas crianças e adolescentes, especialmente em membros, veio para ser adicionada ao rol dessas possibilidades diagnósticas. É importante enfatizar prudência ao incluirmos a fibromialgia (FM) no diagnóstico diferencial do paciente pediátrico com dor como queixa principal, lembrando que se trata de doença de reconhecimento nosológico recente, com critérios definidos há pouco tempo e que tem recebido atenção especial e papel de destaque no meio acadêmico. Enfim, este artigo propõe-se a oferecer subsídios para combater a inverdade de que a criterização da FM torna simples a ainda necessariamente complexa abordagem da criança com uma das síndromes de amplificação da dor.

VALIDADE PRÁTICA DOS CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

Fibromialgia pode ser encarada como um nome novo para uma doença/síndrome antiga, antes sem denominação específica ou tratada como “reumatismo de partes moles”, “reumatismo generalizado”, “fibrosite”, etc.^(3,4). Seu diagnóstico torna-se árduo (e assim o deve ser) por basear-se principalmente na queixa extremamente individual da dor e, portanto, ainda não ter um marcador biológico de razoável confiabilidade. Como critérios diagnósticos e de classificação são formulados com o sentido principal de tornar mais objetivo o raciocínio diferencial, tem-se um paradoxo terrível de objetivar uma doença que é, em sua essência, subjetiva. A própria raiz do diagnóstico da FM, a dor, depende muito de inúmeros outros aspectos da personalidade, extremamente individuais e variáveis; as tentativas de quantificá-la evidenciam como esse caminho pode ser tortuoso^(5,6).

Os critérios do *American College of Rheumatology* (ACR) (quadro 1)⁽²⁾, os mais utilizados hoje em dia, apesar de exaustivamente testados, deixam hiatos importantes na prática clínica cotidiana. Por exemplo, há pacientes que apresentam mais de 18 pontos dolorosos à pressão, há os que têm pouco menos de 11, mas que se sentem igualmente ou até mais incomodados, e ainda há os que sentem dor generalizada em pontos diferentes daqueles alocados pelo ACR. Se os pontos dolorosos (*tender points*) são obrigatoriamente aqueles, por que não elaborar, então, pontos-controles cuja ausência de dor à pressão estipulada seria também compulsória? Sente-se a falta, ainda, de sintomas-guias para o diagnóstico de FM, que não foram incluídos pelo ACR, como as alterações do humor (depressão, ansiedade) e distúrbios do sono, bem

QUADRO 1

Critérios do ACR para classificação de fibromialgia⁽²⁾

1. História de dores difusas

Definição: a dor é considerada difusa quando ocorrem todas as seguintes condições: dor no lado esquerdo do corpo, dor no lado direito do corpo, dor acima da cintura e dor abaixo da cintura. Conjuntamente, dor do esqueleto axial (coluna cervical ou tórax anterior ou coluna torácica ou lombar) deve estar presente. Nesta definição, dor no ombro e nádega é considerada como dor para cada lado afetado. Dor lombar é considerada dor do segmento inferior.

2. Dor em pelo menos 11 de 18 pontos dolorosos/desconfortáveis (*tender points*) à palpação digital

Pontos: occipital – bilateral, na inserção do m. suboccipital
cervical baixa – bilateral, na face anterior dos espaços intertransversos de C5-C7
trapézio – bilateral, ponto mediano da borda superior supra-espinhoso – bilateral, na origem, acima da espinha escapular, próximo à borda medial
II costela – bilateral, na II junção costocostal, imediatamente lateral às junções nas superfícies superiores epicôndilo lateral – bilateral, distal 2cm ao epicôndilo glúteo – bilateral, no quadrante superior externo das nádegas, na fáscia anterior do músculo grande trocânter – bilateral, posterior à proeminência trocântérica
joelho – bilateral, no coxim medial de gordura próximo à linha articular

A palpação digital deve ser realizada com aproximadamente 4kgf (quilogramas-força).

Para um ponto ser considerado positivo, o paciente deve referir que a palpação foi “dolorosa”. “Sensível” ou “desconfortável” (*tender*) não devem ser considerados como “dolorosa”.

lembradas por Roizenblatt *et al.* e outros, e integrantes de critérios anteriores, como o de Yunus *et al.*, por exemplo (quadro 2)^(1,7,8). Por sua vez, uma análise mais cuidadosa dos trabalhos de Yunus *et al.* também deixa à mostra algumas falhas. Apesar de dor generalizada ser obrigatória no diagnóstico por seus critérios, os referidos autores não encontram dor músculo-esquelética em 3% dos pacientes analisados em um de seus estudos, fato que nos leva à incrível suspeita paradoxal de que, embora somente em uma pequena parcela de casos, haja possibilidade de fibromialgia sem dor!⁽⁷⁾

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Um grande risco que se apresenta com o superdiagnóstico de FM juvenil é o de incorrer no detrimento simultâneo do subdiagnóstico de outras doenças, muitas delas dependentes de tratamento precoce para sucesso terapêutico. É o caso das leucoses, causa usual de dores difusas nos membros – princi-

QUADRO 2
Critérios de Yunus *et al.* para "fibrosite"⁽¹⁸⁾

Critérios obrigatórios:

Dor, desconforto e/ou rigidez músculo-esquelética generalizada, por pelo menos 3 meses de duração

Ausência de doenças de base (p. ex.: causas traumáticas, outras causas reumatológicas, infecciosas, endócrinas ou malignas)

Testes laboratoriais normais (p. ex.: leucograma, VHS, tiroxina (T4), FAN, fator reumatóide, perfil bioquímico, creatinofosfoquinase (CPK) e radiografias)

Critérios maiores:

5 ou mais pontos dolorosos (*tender points*)

Critérios menores:

Modulação dos sintomas por fatores climáticos
Modulação dos sintomas por atividades físicas
Agravamento dos sintomas por ansiedade/estresse
Sono não-restaurador, com fadiga matinal
Fadiga crônica generalizada
Ansiedade
Cefaléia crônica
Síndrome do cólon irritável
Edema subjetivo de extremidades ou articulações
Parestesias

Diagnóstico:

Critério obrigatório + critérios maiores + 3 critérios menores
ou

Critério obrigatório + 3 pontos dolorosos (*tender points*) + 5 critérios menores

QUADRO 3
Diagnóstico diferencial de dores nos membros em crianças

Doenças inflamatórias:

ARJ*
LES* infante-juvenil
Febre reumática
Dermatomiosite juvenil

Doenças ortomecânicas:

Osteocondroses
Hiper mobilidade
Defeitos mecânico-posturais (escoliose, lordose, etc.)
Entesites pós-traumáticas e idiopáticas

Doenças hematológicas:

Leucoses
Hemoglobinopatias

Doenças neoplásicas:

Osteoma osteóide

Doenças endócrinas:

Tiroidopatias

SAD*:

Fibromialgia
Síndrome da fadiga crônica
Síndromes miofasciais regionais
Dor do crescimento
Distrofia simpática reflexa

* Abreviaturas: ARJ: artrite reumatóide juvenil; LES: lúpus eritematoso sistêmico; SAD: síndrome de amplificação da dor

palmente na fase aguda, que pode perdurar meses em crianças – e motivo freqüente de referência ao reumatologista pediátrico. Também são comuns as hemoglobinopatias (anemia falciforme, hemoglobinopatia C, talassemia, etc.), em particular em suas formas frustras/heterozigóticas (traço falcêmico, por exemplo), quando as manifestações extra-articulares costumam ser mais pobres. Da mesma forma, as alterações mecânico-posturais, dentre elas a hiper mobilidade, são importantes razões de dores periarticulares e acontecem mais do que geralmente se diagnostica nos consultórios médicos; seu reconhecimento é simples e requer apenas um exame físico mais minucioso, particularmente em relação ao aparelho osteoarticular. O quadro 3 completa o rol da nosologia relevante envolvida no diagnóstico diferencial de FM.

Quando se fala em dor difusa em crianças, sempre se pensa na tão discutida "dor do crescimento" (DC). Em muitos dos estudos publicados na literatura mundial, as semelhanças entre as duas entidades – FC e FM juvenil – chamam a atenção em análise um pouco mais rigorosa. Por exemplo, a dor abdominal recorrente e a cefaléia de etiologias indeterminadas são classicamente muito mais associadas à DC do que à FM^(9,10), embora com freqüência os trabalhos existen-

tes de FM juvenil refiram essas entidades como patologias coexistentes ou pregressas nos respectivos casos estudados^(11,12). Fato semelhante observa-se com as queixas psicossociais, tradicionalmente consideradas importantes na gênese da DC e de outras síndromes de amplificação da dor (SAD)^(9,10,13), e também freqüentemente associadas à FM juvenil nos últimos anos^(7,14). Alguns estudos longitudinais ratificam essa semelhança diagnóstica. Buskila *et al.*, por exemplo, em um estudo de recente publicação⁽¹⁵⁾, referem melhora espontânea após 30 meses de seguimento para a grande maioria das crianças inicialmente diagnosticadas como FM juvenil. Ora, remissão dos sintomas é extremamente característico de DC^(9,10,13,16,17), enquanto na FM impõe-se o uso de medicação (amitriptilina, p. ex.)^(18,19). Alguns autores até já ressaltaram que um significativo percentual de crianças com FM tem diagnóstico anterior, por outro serviço/equipe médica, de DC⁽²⁰⁾ (quadro 4). E, por fim, quando se afirma que a FM tem padrão de distribuição familiar⁽²¹⁾, não seria o caminho mais lógico suspeitarmos de influências sociais semelhantes participando como desencadeantes de DC ou outras SAD, ao invés de pressupormos um possível padrão de herança genética?

QUADRO 4

Dores do crescimento – características clínicas

Definição – dores intermitentes, geralmente localizadas nos membros inferiores, ocorrendo durante vários meses a anos, em crianças de 3 a 12 anos, na ausência de patologia médica identificável

Localização – bilateral em: coxa, panturrilha, região pré-tibial, fossa poplíteia; ocasionalmente em membros superiores e eixo

Sexo – leve predominância feminina

Periodicidade – pelo menos duas vezes por semana, com maior frequência e intensidade noturnas; pode interromper o sono

Fatores de melhora – massagens, calor local, antiinflamatórios e analgésicos em doses subclínicas

Duração – meses a anos

Sintomas negativos – claudicação, flogose, febre, perda de peso, hipotrofia muscular, interferência com atividades que causam prazer à criança

Finalmente, além de todas essas dificuldades envolvidas no diagnóstico diferencial de FM, não podemos esquecer-nos das sobreposições de doenças. Isto é, mesmo quando certos do diagnóstico de FM, devemos lembrar-nos de que frequentemente ela se apresenta na forma secundária, acompanhando outras entidades (ARJ, LES, dermatomiosite, etc.), ou coexistindo com outras doenças, como a hiper mobilidade, defeitos mecânico-posturais, etc.⁽²²⁾.

CONCLUSÕES

A fibromialgia infanto-juvenil é uma nova entidade nosológica componente das síndromes dolorosas. Seu reconhecimento e definição de critérios de classificação internacionais não podem ser interpretadas como aglutinadores de todas as outras causas de dores difusas nos membros em crianças. A incorporação da FM no raciocínio clínico diferencial não deve servir como alívio ao médico e, sim, como mais uma possibilidade diagnóstica. Estudos futuros que atentem para características de maior especificidade na FM (alterações do sono?, mediadores químicos – serotonina, melatonina?, resposta a placebo/antidepressivos?) podem contribuir para uma redução do temível superdiagnóstico de FM. Até lá, o diagnóstico de fibromialgia juvenil ou de qualquer outra síndrome algica em crianças será (e deve permanecer) extremamente difícil, uma verdadeira obra de arte clínica, cujas principais ferramentas continuam sendo uma história detalhada, um exame físico minucioso e o imprescindível raciocínio diagnóstico desenvolvido pelo médico.

REFERÊNCIAS

1. Roizenblatt S, Hilário MOE, Goldenberg J et al: Fibromialgia juvenil. *Rev Bras Reumatol* 37: 271-274, 1997.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al: The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 33: 160-172, 1990.
3. Gowers WR: A lecture on lumbago. Its lessons and analogues. *Br Med J* 1: 117-121, 1904.
4. Smythe HA, Moldofsky H: Two contributions to the understanding of the “fibrositis” syndrome. *Bull Rheum Dis* 28: 928-931, 1977.
5. Fischer AA: Pressure threshold meter: its use for quantification of tender spots. *Arch Phys Med Rehabil* 67: 836-838, 1986.
6. Wolfe F: Diagnosis of fibromyalgia. *J Musculoskel Med* 7: 53-69, 1990.
7. Yunus MB, Masi AT: Juvenile primary fibromyalgia syndrome. A clinical study of thirty three patients and matched normal controls. *Arthritis Rheum* 28: 138-145, 1985.
8. Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ et al: Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 11: 151-171, 1981.
9. Doughty RA: Growing pains. *Del Med J* 60: 641-644, 1988.
10. Weiner SR: Growing pains. *Am Fam Physician* 27: 189-191, 1983.
11. Hussein A: The significance of extrarticular manifestations for the differential diagnosis of musculoskeletal diseases in children. *Z Rheumatol* 49: 125-133, 1990.
12. Goodman JE, McGrath PJ: The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain* 46: 247-264, 1991.
13. Cassidy JT, Petty RE: Musculoskeletal pain syndromes of nonrheumatic origin. In: Cassidy JT, Petty RE (eds): *Textbook of Rheumatology*, 3ª ed, Philadelphia, WB Saunders, 1995, p. 108-132.
14. Vanvik IH, Forseth KO: A bio-psychosocial evaluation of ten adolescents with fibromyalgia. *Acta Paediatr* 83: 766-771, 1994.
15. Buskila D, Neumann L, Hershman E et al: Fibromyalgia syndrome in children – An outcome study. *J Rheumatol* 22: 525-528, 1995.
16. Atar D, Lehman WB, Grant AD: Growing pains. *Orthop Rev* 20: 133-136, 1991.
17. Calabro JJ, Wachtel AE, Holgerson WB et al: Growing pains: fact or fiction? *Postgrad Med* 59: 66-72, 1976.
18. Goldenberg DL: Treatment of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 15: 61-71, 1989.
19. Currence S, McCain GA, Bell DA: Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. *Arthritis Rheum* 29: 655-659, 1986.
20. Romano TJ: Fibromyalgia in children: diagnosis and treatment. *W V Med J* 87: 112-114, 1991.
21. Stormorken H, Brosstad F: Fibromyalgia: family clustering and sensory urgency with early onset indicate genetic predisposition and thus a “true” disease. *Scand J Rheumatol* 21: 207, 1992.
22. Gedalia A, Press J, Klein M et al: Joint hypermobility and fibromyalgia in school children. *Ann Rheum Dis* 52: 494-496, 1993.