

BMJ Best Practice

Fibromialgia

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	6
Prevenção	7
Diagnóstico	8
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
Critérios de diagnóstico	15
Tratamento	16
Abordagem passo a passo do tratamento	16
Visão geral do tratamento	18
Opções de tratamento	19
Novidades	24
Acompanhamento	27
Recomendações	27
Prognóstico	27
Diretrizes	28
Diretrizes de diagnóstico	28
Diretrizes de tratamento	28
Recursos online	29
Nível de evidência	30
Referências	31
Imagens	38
Aviso legal	39

Resumo

- ◇ Os pacientes geralmente apresentam dor crônica difusa e quase sempre têm sintomas secundários de comorbidade, como fadiga, problemas de memória, distúrbios do sono e humor
- ◇ O exame físico é tipicamente normal, mas frequentemente há hipersensibilidade difusa, que pode ser avaliada pela contagem do número de pontos sensíveis ou pela palpação de diversas áreas do corpo.
- ◇ Muitas terapias têm-se mostrado benéficas. Terapias não farmacológicas incluem a educação do paciente, exercício e abordagens cognitivo-comportamentais. Terapias farmacológicas incluem tricíclicos, gabapentinóides e inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina. Os pacientes geralmente apresentam melhor resultado quando diversos tipos de tratamento são usados concomitantemente.
- ◇ Apesar dos problemas no reconhecimento e aceitação da fibromialgia como um distúrbio distinto, os profissionais de saúde devem entender a importância diagnóstica e terapêutica da "centralização" da dor, como exemplificado por um paciente típico de fibromialgia. Quando um paciente com qualquer estado de dor crônica desenvolve evidência de dor central, é possível que os tratamentos que funcionam bem para dor aguda ou devida primariamente a mecanismos nociceptivos (anti-inflamatórios não esteroidais [AINEs], opioides, anti-inflamatórios, imunossupressores, injeções, procedimentos cirúrgicos) sejam menos eficazes.

Definição

A fibromialgia é uma síndrome de dor crônica diagnosticada pela presença de dor disseminada pelo corpo (parte frontal e posterior, direita e esquerda, nos dois lados do diafragma) por pelo menos 3 meses associada à sensibilidade à palpação (palpação digital com uma força de aproximadamente 4 kg) de pelo menos 11 dos 18 pontos de sensibilidade conforme definido pelos critérios de classificação do American College of Rheumatology de 1990.[1]

[Fig-1]

Critérios que não requerem a contagem dos pontos sensíveis foram estabelecidos.[2] Esses critérios consistem em somar o número de locais de dor no corpo, bem como a presença e a gravidade dos sintomas frequentes de comorbidade, como fadiga, problemas de memória e perturbações do sono. Embora provavelmente não haja uma causa única, evidências substanciais sugerem que se trata, em parte, de uma síndrome de amplificação da dor acionada pelo sistema nervoso central.

Epidemiologia

A fibromialgia é uma afecção comum em todo o mundo, em todos os grupos étnicos e socioeconômicos.[3] [4] [5] [6] [7] Estudos mostram que a prevalência na população em geral está entre 0.5% e 5%.[5] Nos EUA, a prevalência global é de cerca de 2%, contudo a prevalência é maior em mulheres (3.5%) que em homens (0.5%), e 9 em cada 10 pacientes com fibromialgia são mulheres.[6] Esse viés para diagnosticar quase exclusivamente mulheres está relacionado aos critérios de fibromialgia de 1990, que exigem um determinado número de pontos sensíveis (mulheres são inerentemente mais sensíveis que homens, razão pela qual muito mais mulheres atendem a esses critérios). Os critérios de 2010 e 2011 não têm essa forte predominância do sexo feminino e diagnosticam muito mais indivíduos do sexo masculino, e, por esse motivo, aumentam a prevalência de fibromialgia para 6% a 8% da população.[8] [9] Geralmente, a idade de início é entre os 20 e os 60 anos, com idade média de 35 anos. A prevalência aumenta com a idade e o risco também parece ser maior em mulheres.[5] [6] A fibromialgia também pode se apresentar na infância; de fato, é muito comum ver que as pessoas diagnosticadas com fibromialgia ou outras síndromes dolorosas semelhantes começam a desenvolver dor crônica (por exemplo, cefaleia, dores de crescimento, distúrbios gastrointestinais funcionais, dismenorrea) na infância. Fatores familiares e genéticos desempenham um papel extremamente forte; parentes de primeiro grau de indivíduos com fibromialgia são oito vezes mais propensos a ter a afecção.[10]

Etiologia

A fibromialgia está bem definida como um dos muitos transtornos da dor que se coagregam fortemente em indivíduos e famílias, incluindo a síndrome do intestino irritável, disfunção temporomandibular, cistite intersticial, vulvodinia e cefaleias tensionais. Os indivíduos por vezes só apresentam uma dessas síndromes de dor "idiopática" ao longo da vida, mas, com mais frequência, pessoas com uma dessas entidades, e seus familiares, estão mais suscetíveis a ter várias dessas afecções.[10] [11] Isso não é surpreendente, pois estudos recentes têm demonstrado que diversas afecções com dor crônica são extremamente familiares, e polimorfismos genéticos específicos que aumentam ou diminuem o processamento da dor estão sendo rapidamente identificados.[12] [13] [14] Muitos termos foram usados para descrever essa coagregação de síndromes e sintomas, incluindo síndromes somáticas funcionais, distúrbios de somatização, afecções de amplo espectro, doenças crônicas de sintomas múltiplos e sintomas sem explicação médica.[11] [15] [16] [17]

Algumas dessas pessoas apresentam comorbidades psiquiátricas, mas em um dado momento a maioria não apresenta. Muitos e diferentes tipos de estudos tornam claro que essas síndromes de dor são claramente distintas e independentes da depressão e da ansiedade e têm fortes bases genéticas.[18] [19] [20] [21] As mulheres são mais propensas a apresentar esses transtornos que os homens (cerca de 1.5 vezes mais chances), mas a diferença entre os sexos é muito mais pronunciada na fibromialgia que em outras afecções com sintoma de dor crônica por causa de consequências não intencionais da exigência de um determinado número de pontos sensíveis nos critérios de 1990 do American College of Radiology (ACR). Além disso, amostras clínicas (especialmente na atenção terciária) tendem a super-representar as mulheres em comparação com amostras baseadas na população.[22] [23]

Fisiopatologia

É amplamente aceite que a "patologia" primária nessas afecções está no sistema nervoso central (isto é, cérebro e medula espinhal) e envolve dor e/ou amplificação sensorial. Uma característica destas afecções (por exemplo, fibromialgia, síndrome do intestino irritável, cefaleia, disfunção temporomandibular) é que os indivíduos exibem hiperalgesia difusa (maior dor em resposta a estímulos normalmente dolorosos) e/ou alodinia (dor em resposta a estímulos normalmente não dolorosos).[24] [25] [26] [27] [28] [29] Isto sugere que esses indivíduos têm um problema fundamental de dor ampliada ou de processamento sensorial (isto é, um ajuste de ganho de aumento) no sistema nervoso central (SNC), em vez de uma anormalidade patológica confinada à região do corpo onde a pessoa está atualmente sentindo a dor. Estes achados de "centralização" da dor podem ser corroborados pela presença desses mesmos fenômenos em estudos de neuroimagem funcional, e parecem ser, em parte, devidos a desequilíbrios nos níveis de neurotransmissores que afetam a dor e transmissão sensorial. Por conta disso, sintomas mediados pelo SNC que não a dor (fadiga, dificuldades de memória, distúrbios de sono e humor) são comorbidades frequentes.

Tipos semelhantes de tratamento são eficazes para todas estas afecções, incluindo tanto os tratamentos farmacológicos (por exemplo, medicamentos que aumentam neurotransmissores antinociceptivos, como serotonina e noradrenalina, ou neurotransmissores inferiores pró-nociceptivos como o glutamato, a substância P) quanto tratamentos não farmacológicos (por exemplo, exercício, terapia cognitivo-comportamental).

Alguns estudos sugerem que pode haver anormalidades estruturais em um subgrupo de indivíduos com fibromialgia, mas o significado desses achados não é atualmente compreendido. Por exemplo, estudos sugerem que as pequenas fibras de nervos periféricos podem ser anormais (isto é, diminuição do número, aumento da tortuosidade) em alguns indivíduos.[30] [31] [32] Existem também diversos estudos que sugerem que pode haver anormalidades estruturais do cérebro nas pessoas com fibromialgia; estes estudos estão alinhados com outros, no campo da dor, que sugerem que a dor crônica pode estar associada à neuroplasticidade significativa.[33] Muitos grupos têm usado tanto as imagens de morfometria baseada em voxel quanto as de tensor de difusão para identificar anormalidades na estrutura cerebral em pessoas com fibromialgia.[34] [35] [36] [37] [38] No maior desses estudos, foi demonstrado que algumas destas anormalidades podem decorrer de comorbidades frequentemente psiquiátricas que sabidamente demonstram as mesmas mudanças.[39] Assim, se existirem anormalidades estruturais ou danos aos tecidos na fibromialgia, a maior parte das evidências para isso indica o envolvimento de tecidos nervosos e não as regiões do corpo onde as pessoas com esta afecção sentem dor.

Classificação

Classificações clínicas

1. Fibromialgia primária é a forma mais comum de fibromialgia, na qual nenhuma outra causa de dor é encontrada.
2. Fibromialgia secundária ou concomitante é um termo ocasionalmente usado para se referir à fibromialgia que acompanha outro distúrbio doloroso ou sucede um evento desencadeante. O uso dessa denominação não é recomendado porque não há evidências de que a fisiopatologia seja diferente nesses pacientes, exceto quando o tratamento da causa básica do problema (por exemplo, se há uma doença reumática como comorbidade ou "gerador de dor periférica") pode melhorar a fibromialgia propriamente dita.

- Infecção significativa (por exemplo, infecção por vírus Epstein-Barr [EBV], doença de Lyme)
- Lesões, trauma físico como colisão com veículo automotor
- Trauma emocional ou participação em guerra
- Procedimentos cirúrgicos maiores
- Síndromes de dor periférica, como osteoartrite, artrite reumatoide.

Os eventos desencadeantes não implicam necessariamente causalidade, por si sós, mas podem desencadear amplificação e "centralização/cronificação" da dor, resultando nos sintomas da fibromialgia.

3. Fibromialgia juvenil é uma forma menos comum da doença, que ocorre em crianças e adolescentes. Pode ter um prognóstico melhor que a fibromialgia em adultos.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 38 anos, com 4 anos de dor disseminada pelo corpo, consulta seu médico. A dor começou depois de um acidente com veículo automotor e estava inicialmente limitada ao pescoço. Aos poucos, a dor se disseminou e ela agora se queixa de dor em todo corpo, o tempo todo. Ela não apresenta edema nas articulações nem sintomas sistêmicos. Ela não dorme bem e tem fadiga. Ela tem síndrome do intestino irritável, mas é saudável. O exame físico revela uma mulher de boa aparência com exame musculoesquelético normal, exceto pela presença de sensibilidade em 12 dos 18 pontos de sensibilidade da fibromialgia. Os testes laboratoriais de rotina são normais.

Outras apresentações

A dor crônica disseminada que, em última análise, é diagnosticada como fibromialgia muitas vezes começa após uma lesão significativa, trauma, doença, internação hospitalar ou período emocionalmente estressante, mas um evento desencadeante nem sempre é observado. A fibromialgia frequentemente coexiste com outras afecções reumatológicas, como artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico (LES) e osteoartrite; é importante ressaltar que, a presença dessas afecções não descarta o diagnóstico de fibromialgia concomitante (isto é, a fibromialgia não é um diagnóstico de exclusão). Pacientes com fibromialgia costumam ter depressão e ansiedade coexistentes em uma frequência maior que os pacientes sem a doença, mas o transtorno mental não é um pré-requisito para o seu diagnóstico.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de fibromialgia deve ser considerado quando uma pessoa apresenta dor multifocal crônica, especialmente se outros sintomas, como fadiga, problemas de memória e distúrbios de sono e de humor também são observados. O diagnóstico é mais provável se o paciente teve uma história familiar e/ou de vida ou vários outros episódios de dor crônica, e se também há sintomas ou sinais de sensibilidade sensorial, como a sensibilidade excessiva ao toque ou roupas leves ou à luz, ruídos ou odores, ou sensibilidade à palpação em múltiplas regiões do corpo.

História

De acordo com os critérios do American College of Radiology (ACR), um diagnóstico de fibromialgia exige a presença de dor disseminada pelo corpo por pelo menos 3 meses. Dor disseminada pelo corpo é definida como dor axial associada a dor no segmento superior e inferior e do lado esquerdo e direito. A dor pode ser mialgia, artralgia, ou ambas. A dor da fibromialgia é frequentemente descrita usando descritores "neuropáticos", como persistente, lancinante ou acompanhada de dormência ou formigamento. Enquanto outras afecções, como a síndrome do intestino irritável, cefaleias, distúrbios de humor e cistite intersticial encontram-se com maior frequência em pacientes com fibromialgia, a presença dessas afecções não é necessária para o diagnóstico. Sintomas adicionais normalmente incluem fadiga, distúrbios do sono, problemas de memória e rigidez.

Exame físico

Além de história consistente, para satisfazer os critérios para a fibromialgia, conforme estabelecido pelo ACR em 1990,[1] os pacientes devem ter excesso de sensibilidade à palpação em pelo menos 11 dos 18 pontos sensíveis definidos. Os pontos estão localizados sob o músculo esternocleidomastoideo, próximo da segunda junção cartilaginosa, 2 cm distais ao epicôndilo lateral, na proeminência do trocânter maior, no coxim gorduroso medial do joelho, na inserção do músculo suboccipital, no trapézio médio superior, na origem do músculo supraespinhal e no quadrante superior externo da nádega, todos bilateralmente. [Fig-1]

O examinador deve aplicar pressão suficiente nestes pontos sensíveis de tal modo que o leito ungueal empalideça. Pacientes com fibromialgia são frequentemente sensíveis em áreas diferentes dos pontos sensíveis predefinidos, mas a presença ou ausência de sensibilidade adicional não descarta o diagnóstico de fibromialgia. A menos que haja uma comorbidade reumatológica, o restante resultado do exame musculoesquelético é normal.

CrITÉRIOS que não requerem a contagem dos pontos sensíveis foram estabelecidos.[2] Esses critérios consistem em somar o número de locais de dor no corpo, bem como a presença e a gravidade dos sintomas comórbidos frequentes, como fadiga, problemas de memória e perturbações do sono.

Teste diagnóstico

Não há exame radiológico ou laboratorial para fibromialgia:[43] o diagnóstico é estritamente clínico. No entanto, se o paciente não atender os critérios clínicos para o diagnóstico de fibromialgia, então alguns outros testes, incluindo os níveis de vitamina D, hemograma completo, testes da função tireoidiana (TFTs), velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C-reativa, devem ser realizados para avaliar outras causas destes sintomas. Fator reumatoide (FR), anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico (anticorpo anti-CCP) e fator antinuclear (FAN) podem ser obtidos se os pacientes tiverem uma história sugestiva de um distúrbio inflamatório. No entanto, eles não são recomendados como teste de rotina para fibromialgia, pois têm muitos resultados falso-positivos. Além disso, deve-se notar que todos estes testes, mesmo que o resultado seja positivo, não descartam a fibromialgia se o doente satisfizer os critérios clínicos de fibromialgia. Em vez disso, um teste positivo indica que outro transtorno também está presente. Os médicos devem lembrar que o diagnóstico da fibromialgia é clínico e que outros diagnósticos clínicos estão, muitas vezes, presentes juntamente com fibromialgia.

Fatores de risco

Fortes

história familiar de fibromialgia

- Enquanto a taxa de fibromialgia na população geral adulta é de cerca de 2%, os estudos epidemiológicos descobriram que a taxa em parentes de pacientes com fibromialgia é muito mais elevada, talvez cerca de 41%.[40] No entanto, especialistas reconhecem que a contribuição de fatores ambientais para o aumento da prevalência da fibromialgia na família não pode ser descartada.
- Anormalidades nos genes serotoninérgicos, dopaminérgicos e catecolaminérgicos são encontradas com maior frequência em pacientes com fibromialgia que em controles normais.[41] Estes achados têm implicações terapêuticas no tratamento da fibromialgia.

doenças reumatológicas

- Embora não haja evidências de que a fibromialgia seja uma doença autoimune, pacientes com doenças reumatológicas autoimunes (por exemplo, artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico [LES]) ou com afecções com sintoma de dor crônica (por exemplo, osteoartrite) têm uma prevalência muito maior de fibromialgia que a população geral. Aproximadamente 15%-30% dos pacientes com praticamente qualquer doença autoimune também satisfarão os critérios para a fibromialgia e, quando isso ocorre, esses pacientes precisam ser reconhecidos e tratados para ambas as causas de dor, central e periférica.[42]

idade entre 20 e 60 anos

- Manifesta-se entre as idades de 20 e 60 anos, com pico de idade de surgimento em torno dos 30 anos de idade.
- A prevalência aumenta com a idade.[5] [6]

sexo feminino

- Mais comumente observada em mulheres que em homens, com uma proporção de aproximadamente 9:1 usando os critérios de 1990, que exigem um certo número de pontos dolorosos, mas com uma prevalência de apenas 1.5 a 2 vezes maior usando os critérios de 2010 (como as mulheres são mais sensíveis que os homens, muito mais mulheres satisfazem os critérios de 1990).[1] [2]

Fracos

presença de doenças associadas

- A maioria dos pacientes com fibromialgia satisfaz os critérios para as afecções associadas ou aliadas, como a síndrome do intestino irritável, cefaleia tensional, síndrome da fadiga crônica, disfunção temporomandibular e cistite intersticial.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

dor crônica (comum)

- Dor crônica disseminada pelo corpo é patognomônica.

hipersensibilidade difusa ao exame físico (comum)

- Os pacientes apresentam hipersensibilidade difusa à palpação no exame físico.

Outros fatores de diagnóstico

fadiga não aliviada pelo repouso (comum)

- A maioria dos pacientes (>90%) relata fadiga significativa.

perturbação do sono (comum)

- Comumente relatado pelos pacientes.
- A menos que haja razões para suspeitar de um distúrbio primário do sono, como apneia obstrutiva do sono ou a síndrome das pernas inquietas, um estudo do sono não é recomendado.

distúrbio do humor (comum)

- A incidência de depressão e/ou ansiedade em pacientes com fibromialgia é muito maior que em pacientes sem o transtorno (74% e 60%, respectivamente); 30% dos pacientes satisfazem os critérios de diagnóstico de depressão maior.[44]

disfunção cognitiva (comum)

- Subjetivamente relatada por muitos pacientes, mas não se sabe se é uma manifestação primária de fibromialgia ou se está relacionada com a má qualidade do sono.

cefaleias (comum)

- A dor tende a ser axial, por natureza, e pode se estender para o pescoço e ombros.

dormência/sensação de formigamento (comum)

- Pode ser concomitante com a dor e variável em natureza e duração.

rigidez (comum)

- Pode ser acompanhada por uma sensação de inchaço, sem evidência física deste.

retenção de líquido (comum)

- O inchaço pode ser descrito de forma convincente pelo paciente, mas não é observado no exame físico.

sensibilidade aos estímulos sensoriais, como luzes brilhantes, odores, ruídos (comum)

- Os pacientes podem ter sintomas e sinais de sensibilidade sensorial excessiva, incluindo sensibilidade ao toque ou ao usar roupas apertadas, sensibilidade à luz, ruídos ou odores, ou sensibilidade à palpação em múltiplas regiões do corpo.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
diagnóstico clínico <ul style="list-style-type: none"> • Não há exame radiológico ou exame laboratorial para a fibromialgia; o diagnóstico é estritamente clínico. No entanto, se o paciente não satisfizer os critérios clínicos para o diagnóstico de fibromialgia, alguns testes adicionais poderão ajudar a explicar a dor musculoesquelética ou a fadiga do paciente. 	presença de dor crônica (>3 meses) disseminada pelo corpo em músculos e articulações, além de pelo menos 11 dos 18 pontos sensíveis

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
velocidade de hemossedimentação (VHS)/proteína C-reativa <ul style="list-style-type: none"> • Para descartar causa inflamatória da dor muscular ou fadiga. 	possivelmente normal

Exame	Resultado
teste de função tireoidiana (TFT) <ul style="list-style-type: none"> Para descartar hipotireoidismo. 	possivelmente normal
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> Para descartar anemia como causa de fadiga ou de deficiência de ferro como causa de dor muscular e fadiga. 	possivelmente normal
fator reumatoide <ul style="list-style-type: none"> Para descartar artrite reumatoide (AR); indicado apenas se a artrite estiver presente; não é recomendado como teste de rotina para fibromialgia, pois tem muitos resultados falso-positivos. 	possivelmente normal
anticorpo anti-peptídeo citrulinado cíclico (CCP) <ul style="list-style-type: none"> Para descartar AR; indicado apenas se a artrite estiver presente; não é recomendado como teste de rotina para fibromialgia, pois tem muitos resultados falso-positivos. 	possivelmente normal
fator antinuclear (FAN) <ul style="list-style-type: none"> Para descartar lúpus eritematoso sistêmico (LES). Indicado apenas se a artrite ou outros sintomas de LES estiverem presentes; não é recomendado como teste de rotina para fibromialgia, pois tem muitos resultados falso-positivos. 	possivelmente normal
nível de vitamina D <ul style="list-style-type: none"> Para descartar a deficiência de vitamina D como uma das causas da dor muscular disseminada. 	possivelmente normal

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Síndrome dolorosa miofascial (SDM)	<ul style="list-style-type: none"> A mialgia é localizada, normalmente em um membro e na musculatura do tronco associada. Em contraste com os pontos sensíveis da fibromialgia, pontos de gatilho são característicos do SDM, com pressão sobre estas áreas não apenas relatadas como sensíveis, mas provocando a radiação e a reprodução da dor. Alguns especialistas consideram SDM como uma forma localizada da fibromialgia. 	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes com SDM localizada não têm evidência de sensibilização central disseminada.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Deficiência de vitamina D	<ul style="list-style-type: none"> Baixos níveis de vitamina D estão associados com dor disseminada pelo corpo; no entanto, isso pode não ser causal, mas pode ser devido à baixa atividade ao ar livre e exposição solar em pessoas com dor crônica. 	<ul style="list-style-type: none"> O nível sérico de 25-hidroxivitamina D está diminuído.
Síndrome da fadiga crônica (SFC)	<ul style="list-style-type: none"> Há uma considerável sobreposição entre fibromialgia e SFC, com a maioria dos pacientes com fibromialgia satisfazendo os critérios para SFC, e a maioria dos pacientes com SFC relatando dor disseminada pelo corpo.[18] 	<ul style="list-style-type: none"> Não há exames de diferenciação.
Artrite reumatoide (AR)	<ul style="list-style-type: none"> Assim como acontece com outras afecções reumatológicas, a fibromialgia pode coexistir com a AR, tornando o diagnóstico desafiante. Os pacientes com AR, além de dor disseminada pelo corpo e artralguas, devem apresentar sinais de sinovite ativa ao exame físico. Se um paciente com AR também tem pontos positivos de sensibilidade, a fibromialgia é provável. Se o paciente é tratado para AR com subsequente resolução de sinovite e marcadores de inflamação, mas ainda tem dor disseminada e fadiga, a fibromialgia é a causa mais provável. 	<ul style="list-style-type: none"> O Fator reumatoide (FR) ou o anticorpo antipeptídeo citrulinado cíclico (CCP) é geralmente positivo. Marcadores de inflamação sistêmica (velocidade de hemossedimentação [VHS], proteína C-reativa) estão tipicamente elevados.
Lúpus eritematoso sistêmico (LES)	<ul style="list-style-type: none"> LES e fibromialgia podem coexistir. 	<ul style="list-style-type: none"> Devem ser cumpridos critérios rigorosos para o diagnóstico de LES, um teste de fator antinuclear (FAN) positivo isolado não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de LES em um paciente com dor disseminada, uma vez que o teste FAN é positivo em cerca de 10% da população geral.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Osteoartrite	<ul style="list-style-type: none"> Edema e inflamação nas articulações são comuns na osteoartrite, mas não na fibromialgia a menos que seja diagnóstico concomitante. 	<ul style="list-style-type: none"> As imagens de radiografia são características: estenose do espaço articular, esclerose subcondral, osteófitos, cistos subcondrais.
Espondilite anquilosante	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes apresentam limitação do movimento da coluna vertebral; o movimento da coluna na fibromialgia está geralmente mantido. 	<ul style="list-style-type: none"> Os achados de radiografia são característicos: erosões e osteíte na tuberosidade isquiática, crista ilíaca, sínfise púbica e trocânter femoral.
Polimialgia reumática (PMR)	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes são normalmente mais velhos (>55 anos de idade) na apresentação que aqueles com fibromialgia. PMR está associada não apenas a dor no quadril e cintura escapular, mas também a fraqueza e rigidez significativas, em contraste com a fibromialgia, em que a fraqueza, se presente, é geralmente apenas de grau ligeiro devido à falta de condicionamento físico. PMR normalmente responde muito bem aos corticosteroides, enquanto os pacientes com fibromialgia não melhoram com tratamento com corticosteroides. 	<ul style="list-style-type: none"> VHS, proteína C-reativa ou outros marcadores de inflamação estão geralmente elevados.
Hipotireoidismo	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes com hipotireoidismo podem ter fadiga muscular e dores proeminentes que melhoram com a reposição do hormônio tireoidiano. Um exame de hormônio estimulante da tireoide (TSH) de rotina é recomendado para pacientes com suspeita de fibromialgia. Fibromialgia e hipotireoidismo podem coexistir. 	<ul style="list-style-type: none"> TSH está elevado e T4 livre baixo.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Miosite (dermatomiosite e outras miopatias inflamatórias)	<ul style="list-style-type: none"> Fraqueza e fadiga muscular estão presentes (e mais comum que dor) em pacientes com afecção inflamatória muscular primária. 	<ul style="list-style-type: none"> Os níveis de creatina quinase (CK) ou aldolase são elevados.
Doença hepática crônica	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes com doenças hepáticas, nomeadamente hepatite C, têm mialgias frequentemente. 	<ul style="list-style-type: none"> Testes da função hepática elevados, presença de anticorpos para a hepatite C.
Anemia ferropriva	<ul style="list-style-type: none"> Os pacientes com mialgias e deficiência de ferro muitas vezes relatam melhora dos sintomas com reposição de ferro. 	<ul style="list-style-type: none"> Baixos níveis de ferro sérico, baixa saturação de transferrina.

Critérios de diagnóstico

American College of Rheumatology (ACR) 1990 criteria for the classification of fibromyalgia[1]

A presença de dor crônica (>3 meses) e generalizada (axial mais o segmento superior e inferior mais os lados esquerdo e direito) no corpo, nos músculos e articulações, mais pelo menos 11 dos 18 pontos sensíveis positivos estabelecem o diagnóstico da fibromialgia (81% de sensibilidade, 88% de especificidade).

ACR 2010 preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity[2]

Critérios que não requerem a contagem dos pontos sensíveis foram estabelecidos. Esses critérios consistem em somar o número de locais de dor no corpo, bem como a presença e a gravidade dos sintomas frequentes de comorbidade, como fadiga, problemas de memória e perturbações do sono.

Abordagem passo a passo do tratamento

Antes de iniciar um programa de tratamento, é muito importante orientar o paciente sobre sua afecção,[45] salientando que a fibromialgia pode ser controlada mas não curada, e que a maioria dos pacientes pode desempenhar atividades razoavelmente bem se tiver um papel ativo no seu tratamento, que consiste geralmente numa combinação de terapias medicamentosas e não medicamentosas. Frequentemente, o início da terapia farmacológica antes da terapia não farmacológica é útil porque os pacientes podem se tornar mais aderentes ao exercício físico e às técnicas cognitivo-comportamentais se seus sintomas melhoram, em alguma medida, com os medicamentos.

Visão geral do manejo

As classes de medicamentos com maior evidência de eficácia incluem os antidepressivos tricíclicos (ADTs) (por exemplo, amitriptilina, ciclobenzaprina), inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSNs) (por exemplo, duloxetina, milnaciprana) e gabapentinóides (por exemplo, pregabalina, gabapentina). Frequentemente, os pacientes beneficiarão de duas ou três classes de medicamentos utilizados em conjunto, enquanto outros pacientes respondem a (ou precisam) apenas de uma destas classes de medicamentos.[46]

Todos os pacientes devem provavelmente testar um ou dois ADTs em primeiro lugar, pois estes medicamentos são baratos e, quando apresentam o resultado esperado, frequentemente melhoram o sono e a motilidade visceral, além de aliviar a dor. Um IRSN é uma boa primeira escolha quando o paciente sofre de depressão ou fadiga comórbidas, enquanto a gabapentina pode ser a melhor primeira escolha quando o indivíduo está experimentando problemas de sono comórbidos significativos (especialmente se esses medicamentos são administrados ao deitar – ou com a maior proporção da dose ao deitar).

Uma vez que o paciente observe alguma melhora em seus sintomas com as terapias farmacológicas, o médico deve propor o uso de terapias não farmacológicas, como educação, exercício[47] e abordagens cognitivo-comportamentais. Vários tipos de terapia que combinam exercício e relaxamento, como ioga e tai chi,[48] também se têm demonstrado úteis.

Usando essa abordagem, a maioria dos pacientes com fibromialgia nota uma melhora significativa e pode continuar a ter uma vida normal, apesar da sua afecção. Alguns indivíduos, especialmente aqueles com sintomas de longa duração e consequências funcionais (por exemplo, deficiência, compensação), os que estão fazendo uso doses altas de opioides, aqueles com comorbidades psiquiátricas importantes e aqueles que tiveram vários procedimentos cirúrgicos "falhados" não responderão a esta abordagem e precisam de cuidados interdisciplinares.

Existem várias revisões e metanálises que fornecem detalhes sobre o manejo crônico da fibromialgia.[49] Embora muitos médicos assumam que os tratamentos para a fibromialgia são menos eficazes que os utilizados para outras afecções com sintoma de dor crônica, os dados sugerem o contrário, e a eficácia global dos medicamentos atuais para a fibromialgia é comparável à terapia farmacológica para outros estados de dor crônica.[50]

Antidepressivos

Descobriu-se que os IRSNs duloxetina e milnaciprana são eficazes no tratamento da fibromialgia. A tolerabilidade desses medicamentos pode ser aumentada advertindo os pacientes do risco de náusea e garantindo-lhes que, na maioria dos casos, isso é transitório, e iniciando os medicamentos com uma

dose baixa e aumentando a dose lentamente. Os benefícios e tolerabilidade desses medicamentos parecem ser mantidos em pacientes por até pelo menos 1 ano.[51] Espera-se uma redução >50% nos níveis médios de dor em 40% das mulheres tratadas com duloxetina até às 12 semanas.[51] Os efeitos colaterais mais comuns da duloxetina são náuseas e cefaleias.[52] [53] Milnaciprina demonstrou redução nos escores de dor semanais quando comparado ao placebo.[54] [55] [56] [57] [58] Distúrbio gastrointestinal, hiperidrose e cefaleia são os efeitos adversos mais comumente reportados.[54] [58] [59]

Antes de os IRSNs se tornarem os preferidos, os antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina e ciclobenzaprina foram os medicamentos mais estudados e mais comumente usados para esta indicação[60] e, possivelmente, também atuam bloqueando a recaptação de serotonina e noradrenalina. Todos os pacientes devem receber um ou dois ADTs em primeiro lugar, pois estes medicamentos são baratos e, quando apresentam o resultado esperado, frequentemente melhoram o sono e a motilidade intestinal, além de aliviar a dor. Metanálises confirmaram os resultados de estudos clínicos individuais e sugerem que é possível uma resposta clínica significativa em cerca de 30% dos pacientes,[60] [61] [62] 1[A]Evidence embora não haja evidências demonstrando a extensão do benefício além de 8 semanas.[63] Se não forem observados benefícios após uma tentativa de 6 semanas, o medicamento pode ser interrompido. Se o medicamento foi inicialmente eficaz, mas parece ter eficácia reduzida, pode ser temporariamente descontinuado e reiniciado. Os efeitos colaterais anticolinérgicos dos antidepressivos tricíclicos muitas vezes limitam sua tolerabilidade, especialmente em pacientes mais idosos; no entanto, uma vantagem é que eles podem melhorar o sono.

IRSNs e tricíclicos podem ser administrados em conjunto (por exemplo, o IRSN administrado pela manhã, com o tricíclico administrado à noite); contudo, existe um risco de síndrome serotoninérgica associada à administração em conjunto dessas duas classes de medicamentos, embora este risco seja considerado raro na prática clínica.

Deve-se notar que a eficácia dos antidepressivos no tratamento da fibromialgia e de outras afecções com sintoma de dor crônica parece não depender dos seus efeitos antidepressivos,[64] e nem todos os antidepressivos são eficazes contra a dor ou fibromialgia. Além disso, a noradrenalina parece ser o mais importante dos dois neurotransmissores envolvidos na dor crônica, pois demonstrou-se que o inibidor da recaptação de noradrenalina reboxetina é eficaz no tratamento da fibromialgia, ao passo que não se demonstrou que os inibidores seletivos da recaptação da serotonina sejam eficazes em condições pré-clínicas ou clínicas de dor crônica.[65]

Gabapentinóides

Outra classe de medicamentos utilizada no tratamento da fibromialgia são os gabapentinóides. A pregabalina é aprovada para esta indicação; no entanto, demonstrou-se que a gabapentina tem eficácia semelhante no tratamento da fibromialgia.[66] Estes fármacos têm propriedades analgésicas, assim como atividade ansiolítica e anticonvulsivante.[67] Os perfis de efeitos colaterais dos dois medicamentos não são significativamente diferentes. Estudos de metanálise suportaram o uso de qualquer um desses medicamentos, citando benefícios na redução da dor, melhora do sono e melhor qualidade de vida associada com a saúde.[68] [69] A tolerabilidade é geralmente melhor se maior proporção da dose (ou a dose inteira) for administrada ao deitar.

Analgesia

Embora medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e opioides sejam altamente eficazes para a dor aguda, e também estejam entre os tratamentos de primeira linha para os estados de dor nociceptiva de longa duração (ou seja, as afecções em que a dor é causada principalmente por uma

lesão no tecido periférico), não há evidências de que eles sejam eficazes na fibromialgia quando usados isoladamente. No entanto, nos casos de fibromialgia com comorbidades clínicas como osteoartrite, em que há estímulo nociceptivo periférico contínuo, a administração de um AINE (por exemplo, naproxeno) ou um analgésico opioide (por exemplo, tramadol) pode ser útil. Apesar da recomendação geral contra a utilização destes agentes em fibromialgia, bem como a preocupação (amplamente anedótica) de que estes pacientes possam apresentar aumento do risco de hiperalgesia induzida por opioides, a sua utilização continua a ser difundida.

Terapias não farmacológicas

Terapias não farmacológicas devem constituir um componente fundamental no tratamento global da fibromialgia, bem como qualquer outra afecção com sintoma de dor crônica, mas muitas vezes são subutilizadas na prática clínica. Os tratamentos com essa abordagem com os efeitos mais consistentes incluem a educação do paciente, terapias cognitivo-comportamentais e exercício.[70] [71] Praticamente qualquer tipo de exercício pode ser benéfico; há alguma evidência de que exercícios na água podem ser uma excelente forma de pessoas com fibromialgia iniciarem um programa de exercícios.[72] [73] Embora o tratamento de depressão e ansiedade pareça óbvio para a maioria dos médicos, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e o biofeedback são técnicas específicas que muitas vezes demonstram maior efeito que muitos dos tratamentos farmacológicos. Essas técnicas não são oferecidas por todos os psiquiatras e psicólogos, e muitos pacientes não conseguem encontrar profissionais qualificados. Em virtude disso, muitos grupos têm se movimentado no sentido de mostrar que programas online que incorporam educação, TCC e exercício físico podem ser eficazes na fibromialgia e em outros estados de dor crônica.[74] O conteúdo desses programas também está sendo examinado e aperfeiçoado à medida que estudos demonstram que tornar-se ainda mais ativo (em oposição à realização de exercício formal) pode ser benéfico na fibromialgia, e que a TCC que encoraja os pacientes a identificar eventos estressantes do início da vida, a revelar e trabalhar sobre estes eventos pode curar alguns pacientes, em vez de oferecer apenas palição como ocorre com a TCC típica. Essas intervenções também podem ser muito custo-eficazes quando comparadas com outras abordagens.[75]

Encaminhamento

O encaminhamento para um psicólogo é apropriado na altura do diagnóstico inicial.

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Em curso		(resumo)
todos os pacientes		
	1a	farmacoterapia
	mais	terapias não farmacológicas
	adjunto	analgésicos
	adjunto	Apoio interdisciplinar

Opções de tratamento

Em curso

todos os pacientes

1a

farmacoterapia

Opções primárias

» [amitriptilina](#): 10-70 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

OU

» [ciclobenzaprina](#): 5-30 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

Opções secundárias

» [duloxetina](#): 30-60 mg por via oral uma vez ao dia; doses mais elevadas têm sido utilizadas, consultar um especialista para obter orientação

OU

» [milnaciprana](#): 12.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, seguidos por 12.5 mg duas vezes ao dia durante 2 dias, seguidos por 25 mg duas vezes ao dia durante 4 dias, depois 50-100 mg duas vezes ao dia daí em diante

OU

» [pregabalina](#): 75-225 mg por via oral duas vezes ao dia, máximo 450 mg/dia

OU

» [gabapentina](#): 300 mg por via oral uma vez ao dia no primeiro dia, seguidos por 300 mg duas vezes ao dia no segundo dia, seguidos por 300 mg três vezes ao dia no terceiro dia, depois ajustar a dose de acordo com a resposta até 1800-2400 mg/dia administrados em 3 doses fracionadas

Opções terciárias

» [amitriptilina](#): 10-70 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

-ou-

» [ciclobenzaprina](#): 5-30 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar

--E/OU--

Em curso

» **duloxetina**: 30-60 mg por via oral uma vez ao dia; doses mais elevadas têm sido utilizadas, consultar um especialista para obter orientação

-ou-

» **milnaciprana**: 12.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, seguidos por 12.5 mg duas vezes ao dia durante 2 dias, seguidos por 25 mg duas vezes ao dia durante 4 dias, depois 50-100 mg duas vezes ao dia daí em diante

--E/OU--

» **pregabalina**: 75-225 mg por via oral duas vezes ao dia, máximo 450 mg/dia

-ou-

» **gabapentina**: 300 mg por via oral uma vez ao dia no primeiro dia, seguidos por 300 mg duas vezes ao dia no segundo dia, seguidos por 300 mg três vezes ao dia no terceiro dia, depois ajustar a dose de acordo com a resposta até 1800-2400 mg/dia administrados em 3 doses fracionadas

» As classes de medicamentos com maior evidência são os antidepressivos tricíclicos (ADTs) (por exemplo, amitriptilina, ciclobenzaprina), inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSNs) (por exemplo, duloxetina, milnaciprana) e gabapentinóides (por exemplo, pregabalina, gabapentina). Frequentemente, os pacientes se beneficiam de duas ou três classes de medicamentos administrados em conjunto, enquanto outros pacientes respondem (ou precisam de) apenas uma classe.

» Todos os pacientes devem provavelmente receber um ou dois ADTs em primeiro lugar, pois estes medicamentos podem frequentemente melhorar o sono e a motilidade visceral, bem como a dor. Espera-se uma resposta clínica significativa em cerca de 30% dos pacientes.^{[60] [61] [62] 1[A]}^{Evidence} embora os benefícios aparentemente não perdurar por mais de 8 semanas.^[63] Se não forem observados benefícios após uma tentativa de 6 semanas, o medicamento pode ser interrompido. Se o medicamento for inicialmente eficaz, mas perder eficácia, pode ser temporariamente descontinuado e reiniciado.

» Um IRSN é uma boa primeira escolha para pacientes com sintomas de depressão e fadiga associados ao quadro. Os benefícios e a tolerabilidade de IRSNs são mantidos até pelo menos 1 ano.^[51] Espera-se uma redução >50% nos níveis médios de dor em

Em curso

40% das mulheres tratadas com duloxetine até às 12 semanas.[51] Milnaciprina demonstrou redução nos escores de dor semanais quando comparado ao placebo.[54] [55] [56] [57] [58] IRSNs e tricíclicos podem ser administrados em conjunto (por exemplo, o IRSN administrado pela manhã, com o tricíclico administrado à noite); no entanto, combinar estas classes de medicamentos acarreta um risco (embora raro) de síndrome serotoninérgica.

» A gabapentina pode ser a melhor primeira escolha para um paciente com distúrbios do sono associados ao quadro. A tolerabilidade é geralmente melhor se uma maior proporção da dose (ou a dose inteira) for administrada ao deitar. A pregabalina é aprovada para esta indicação; no entanto, a gabapentina tem demonstrado eficácia semelhante.[66] Metanálises têm apoiado o uso de qualquer um desses medicamentos, citando benefícios na redução da dor, melhora do sono e melhor qualidade de vida relacionada com a saúde.[68] [69]

» É preciso cautela ao prescrever combinações de classes de medicamentos, e deve-se consulta um especialista para orientação sobre esquemas de associação apropriados.

mais

terapias não farmacológicas

» Uma vez que o paciente observe alguma melhora em seus sintomas com as terapias farmacológicas, o médico deve propor o uso de terapias não farmacológicas, como educação, exercício[47] e abordagens cognitivo-comportamentais. Vários tipos de terapia que combinam exercício e relaxamento, como ioga e tai chi,[48] também se têm demonstrado úteis.

» É muito importante educar o paciente sobre sua afecção, salientando que a fibromialgia pode ser controlada mas não curada, e que a maioria dos pacientes pode desempenhar atividades razoavelmente bem se tiverem papel ativo em seu tratamento, geralmente uma combinação de terapias medicamentosas e não medicamentosas.

» Embora o tratamento de depressão e ansiedade pareça óbvio para a maioria dos médicos, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e o biofeedback são técnicas específicas que muitas vezes demonstram maior efeito que muitos dos tratamentos farmacológicos. Essas técnicas não são oferecidas por todos os psiquiatras e psicólogos, e muitos pacientes

Em curso

não conseguem encontrar profissionais qualificados. Em virtude disso, muitos grupos têm se movimentado no sentido de mostrar que programas online que incorporam educação, TCC e exercício físico podem ser eficazes na fibromialgia e em outros estados de dor crônica.[74]

adjunto

analgésicos

Opções primárias

» **naproxeno**: 500 mg por via oral inicialmente, seguidos por 250 mg a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **tramadol**: 50 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia

» Embora medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e opioides sejam altamente eficazes para a dor aguda, e também estejam entre os tratamentos de primeira linha para os estados de dor nociceptiva de longa duração (ou seja, as afecções em que a dor é causada principalmente por uma lesão no tecido periférico), não há evidências de que eles sejam eficazes na fibromialgia quando usados isoladamente.

» No entanto, nos casos de fibromialgia com comorbidades clínicas como osteoartrite, em que há estímulo nociceptivo periférico contínuo, a administração de um AINE (por exemplo, naproxeno) ou um analgésico opioide (por exemplo, tramadol) pode ser útil.

» Apesar da recomendação geral contra a utilização destes agentes em fibromialgia, bem como a preocupação (amplamente anedótica) de que estes pacientes possam apresentar aumento do risco de hiperalgesia induzida por opioides, a sua utilização continua a ser difundida.

adjunto

Apoio interdisciplinar

» O encaminhamento a um psicólogo é apropriado no momento do diagnóstico inicial. Além disso, apesar de a maioria dos pacientes observar uma melhora significativa com abordagens farmacológicas e não farmacológicas, como educação, exercício e terapia cognitivo-comportamental, alguns pacientes (especialmente aqueles com sintomas

Em curso

de longa duração e consequências funcionais, como questões ligadas à deficiência ou compensação, aqueles sob opioides de altas doses, aqueles com comorbidades psiquiátricas importantes, e aqueles que tiveram vários procedimentos cirúrgicos "falhados") não responderão a essas abordagens e necessitarão de maior apoio interdisciplinar.

Novidades

Terapias neuroestimulatórias centrais

Um desenvolvimento animador no campo da dor, que vem sendo parcialmente liderado pelo trabalho na fibromialgia, é a explosão de interesse e conhecimento no uso de terapias neuroestimulatórias centrais em fibromialgia e em afecções relacionadas.[76] [77] Estas terapias, que incluem a estimulação transcraniana por corrente contínua e estimulação magnética, têm apresentado efeitos impressionantes na dor e em diversos outros domínios da fibromialgia e, em alguns casos, o efeito da terapia durou bem após a interrupção do tratamento.[78]

Esreboxetina

inibidor da recaptação de noradrenalina altamente seletivo, que tem sido estudado em modelos pré-clínicos de dor e está sendo investigado para utilização na fibromialgia. Um estudo cego, controlado por placebo, de 267 pacientes mostrou que o grupo da esreboxetina teve uma melhora estatisticamente significativa em relação ao placebo no que diz respeito à dor média semanal, e que a maioria dos pacientes no grupo de tratamento relatou uma redução da dor >30% (37.6% vs. 22.4%). Também foram observadas melhorias na qualidade de vida e nas medidas funcionais.[65]

Terapias manuais

Há evidência moderada para massagem terapêutica e evidência limitada de baixa qualidade para a manipulação vertebral para ajudar pacientes com fibromialgia.[79] [80] [81] [82]

Estimulação do nervo vago (ENV)

Mais pesquisas estão planejadas para a ENV, que tem se mostrado eficaz na redução da dor em modelos de laboratório. A pesquisa envolverá implantação de uma unidade ENV em pacientes com fibromialgia refratária.[83]

Biofeedback

Alterações do sistema nervoso autônomo têm sido propostas para explicar alguma da sintomatologia em pacientes com fibromialgia. O treinamento de biofeedback da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), que ensina o paciente a respirar em uma frequência de ressonância, pode ajudar a diminuir a estimulação do nervo simpático e, talvez, reduzir a dor. Há uma quantidade muito pequena de evidências que sugerem que houve diminuição da dor e da depressão e aumento da capacidade funcional depois de 10 sessões semanais de treinamento de biofeedback VFC.[84] Demonstrou-se que o biofeedback por eletromiografia (EMG) é modestamente útil na diminuição da dor em um pequeno estudo com deficiências em sua concepção;[85] mais estudos são necessários.

Acupuntura

Ensaio de acupuntura para fibromialgia têm resultados conflitantes.[86] [87] Uma revisão sugeriu que a acupuntura deve ser considerada para pacientes que não responderam a outras terapias, já que não há conhecimento de que seja nociva;[88] no entanto, outra revisão concluiu que não havia nenhuma evidência substancial para o uso da acupuntura para a redução da dor nesta população de pacientes.[89] Uma revisão de ensaios clínicos randomizados sobre medicina tradicional chinesa (MTC) para o tratamento da fibromialgia (incluindo não apenas a acupuntura, mas também outras modalidades da MTC com medicamentos fitoterápicos e sangria) sugeriu que estas terapias parecem ser eficazes, mas os ensaios são limitados por falta de rigor metodológico.[90]

Homeopatia

Uma revisão sistemática sobre estudos de homeopatia para redução dos sintomas da fibromialgia encontrou 3 ensaios clínicos randomizados e controlados por placebo que sugerem benefício do uso da homeopatia, porém, são necessárias mais pesquisas.[91]

Medicamentos fitoterápicos/suplementos

Estudos sugerem um benefício potencial de magnésio, L-carnitina e S-adenosilmetionina, embora conclusões definitivas não possam ainda ser tiradas sobre os benefícios destes ou de outros suplementos.[92]

Oxibato de sódio

Oxibato de sódio (também conhecido como gama-hidroxibutirato, ou GHB) é um exemplo de um composto que tem demonstrado ser altamente eficaz na fibromialgia.[93] Trata-se de um precursor do ácido gama-aminobutírico (GABA), que melhora a qualidade das fases 3 e 4 do sono sem movimento rápido dos olhos (não REM). Há evidências que sugerem que seu uso resulta em melhoras na dor, fadiga e sono em pacientes com fibromialgia. No entanto, apesar dos dados de eficácia fortes, este medicamento não foi amplamente aprovado para o uso por razões de segurança. No entanto, os efeitos benéficos simultâneos na dor, sono e fadiga sugerem fortemente que o GABA baixo é um importante alvo terapêutico na fibromialgia e afecções relacionadas. Oxibato de sódio é usado para o tratamento de cataplexia em doentes com narcolepsia; no entanto, é um medicamento controlado e só pode ser obtido a partir de uma central de farmácias.[94] Pesquisas adicionais estão sendo conduzidas nos EUA.[94]

Naltrexona em baixas doses

Um estudo publicado demonstrou que a naltrexona em baixas doses é eficaz na redução dos sintomas da fibromialgia,[95] e estes resultados foram confirmados em um estudo separado, ainda não publicado.

Canabinoides

Embora os canabinoides não sejam amplamente aprovados para uso em dor crônica, esta classe de medicamentos tem apresentado eficácia tanto na fibromialgia quanto em outras afecções com sintoma de dor crônica.[96]

Infusões de cetamina

Além dos sistemas neurotransmissores serotoninérgico e noradrenérgico, o sistema glutaminérgico também está claramente envolvido na fibromialgia e, mais amplamente, na sensação de dor, tal como evidenciado pelo fato de que uma infusão intravenosa de cetamina parecer ser preditiva de resposta subsequente ao dextrometorfano em fibromialgia, mas não é eficaz como terapia a longo prazo.[97]

Memantina

Um estudo sugeriu que, além de bloquear a atividade glutamatérgica com gabapentinóides ou cetamina, a memantina pode ser benéfica no tratamento da fibromialgia.[98]

Qi Gong

Qi Gong é uma terapia de arte marcial que faz parte da medicina tradicional chinesa. Pouca evidência está disponível mas, em um estudo, os pacientes demonstraram reduções significativas na dor e melhoras na capacidade funcional.[99]

Hidroterapia

Mais comumente utilizada em países europeus, a hidroterapia, ou o uso de água para fins terapêuticos, vem sendo estudada para a fibromialgia em pequenos ensaios. Balneoterapia (banhos em água medicinal morna ou fria ou lama) ou terapia de spa (banho em água mineral) são formas de hidroterapia. Uma metanálise concluiu que os estudos sobre hidroterapia na fibromialgia são pequenos e de baixa qualidade, mas

sugeriu que a hidroterapia pode resultar em reduções modestas da dor, a curto prazo, em pacientes com fibromialgia.^[100]

Recomendações

Monitoramento

Instruções ao paciente

Bons recursos incluem:[88]

- The Arthritis Foundation [Arthritis Foundation]
- National Fibromyalgia Association [National Fibromyalgia Association]
- Fibromyalgia Association UK [Fibromyalgia Association UK]

Incentivar a atividade física: os pacientes devem ser aconselhados a almejar a consistência primeiro (exercitando-se todos os dias da semana), depois trabalhar no aumento da duração da atividade (por exemplo, começando com 5 minutos de caminhada leve, ou menos ainda para pacientes profundamente sem condicionamento, depois aumentando semanalmente em 1 minuto por dia, com a meta de 30 minutos de exercício aeróbico por dia).

Aconselhamento sobre a higiene do sono: estabelecer tempos consistentes de sono; evitar cochilos durante o dia; fazer exercício de forma consistente; prestar atenção ao ambiente do quarto; sair da cama se não estiver cansado, usando a cama apenas para dormir ou para o sexo; não comer, beber ou exercitar-se imediatamente antes de dormir; evitar cafeína e álcool excessivo ao fim do dia.[101]

Prognóstico

A fibromialgia é uma doença crônica e o paciente pode esperar exacerbações e remissões com variações ao longo do tempo. Com boa adesão ao exercício, sono e terapia comportamental, a maioria dos pacientes melhorara com o tempo. O objetivo do tratamento consiste em reduzir os sintomas físicos e mentais e aumentar a capacidade funcional, não a cura. O tratamento, além de terapia comportamental e exercício, consiste, muitas vezes, em tentativa e erro para cada paciente.

Diretrizes de diagnóstico

América do Norte

2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome

Publicado por: Canadian Pain Society; Canadian Rheumatology Association

Última publicação em: 2012

The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity

Publicado por: American College of Rheumatology

Última publicação em: 2010

Diretrizes de tratamento

Europa

EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia

Publicado por: European League Against Rheumatism

Última publicação em: 2016

América do Norte

2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome

Publicado por: Canadian Pain Society; Canadian Rheumatology Association

Última publicação em: 2012

Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic fitness exercises in the management of fibromyalgia: part 1

Publicado por: Ottawa Panel

Última publicação em: 2008

Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for strengthening exercises in the management of fibromyalgia: part 2

Publicado por: Ottawa Panel

Última publicação em: 2008

Management of fibromyalgia syndrome

Publicado por: Journal of the American Medical Association (sponsored by the American Pain Society)

Última publicação em: 2004

Recursos online

1. [Arthritis Foundation](#) (*external link*)
2. [National Fibromyalgia Association](#) (*external link*)
3. [Fibromyalgia Association UK](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Melhora da qualidade do sono e da dor em pacientes com fibromialgia: há evidência de boa qualidade de que a adição de um antidepressivo tricíclico (ao exercício físico e/ou terapia cognitivo-comportamental [TCC]) pode ser benéfica para pacientes que têm dificuldade com o sono e dor prolongada.[\[61\]](#) [\[60\]](#) [\[62\]](#)

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

Artigos principais

- Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA. 2004;292:2388-2395. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Rooks DS. Fibromyalgia treatment update. Curr Opin Rheumatol. 2007;19:111-117. [Resumo](#)

Referências

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1990 Feb;33(2):160-72. [Resumo](#)
2. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010;62:600-610. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Topbas M, Cakirbay H, Gulec H, et al. The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. Scand J Rheumatol. 2005;34:140-144. [Resumo](#)
4. Haq SA, Darmawan J, Islam MN, et al. Prevalence of rheumatic diseases and associated outcomes in rural and urban communities in Bangladesh: a COPCORD study. J Rheumatol. 2005;32:348-353. [Resumo](#)
5. White KP, Harth M. Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. Curr Pain Headache Rep. 2001 Aug;5(4):320-9. [Resumo](#)
6. Wolfe F. The epidemiology of fibromyalgia. J Musculoskel Pain. 1993;1:137.
7. Raspe H, Baumgartner C, Wolfe F. The prevalence of fibromyalgia in a rural German community: how much difference do criteria make? Arthritis Rheum. 1993;36(9 Suppl):S48.
8. Vincent A, Lahr BD, Wolfe F, et al. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013;65:786-792. [Resumo](#)
9. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. J Rheumatol. 2011;38:1113-1122. [Resumo](#)
10. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, et al. Family study of fibromyalgia. Arthritis Rheum. 2004;50:944-952. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Hudson JI, Hudson MS, Pliner LF, et al. Fibromyalgia and major affective disorder: a controlled phenomenology and family history study. Am J Psychiatry. 1985;142:441-446. [Resumo](#)

12. Mogil JS, Yu L, Basbaum AI. Pain genes?: natural variation and transgenic mutants. *Annu Rev Neurosci.* 2000;23:777-811. [Resumo](#)
13. Diatchenko L, Nackley AG, Tchivileva IE, et al. Genetic architecture of human pain perception. *Trends Genet.* 2007;23:605-613. [Resumo](#)
14. Tegeder I, Costigan M, Griffin RS, et al. GTP cyclohydrolase and tetrahydrobiopterin regulate pain sensitivity and persistence. *Nat Med.* 2006;12:1269-1277. [Resumo](#)
15. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet.* 1999;354:936-939. [Resumo](#)
16. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med.* 1999;130:910-921. [Resumo](#)
17. Fukuda K, Nisenbaum R, Stewart G, et al. Chronic multisymptom illness affecting Air Force veterans of the Gulf War. *JAMA.* 1998;280:981-988. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. Kato K, Sullivan PF, Evengard B, et al. Chronic widespread pain and its comorbidities: a population-based study. *Arch Intern Med.* 2006;166:1649-1654. [Resumo](#)
19. Kato K, Sullivan PF, Evengard B, et al. A population-based twin study of functional somatic syndromes. *Psychol Med.* 2009;39:497-505. [Resumo](#)
20. Markkula R, Järvinen P, Leino-Arjas P, et al. Clustering of symptoms associated with fibromyalgia in a Finnish twin cohort. *Eur J Pain.* 2009;13:744-750. [Resumo](#)
21. Balagué F, Nordin M. Back pain in children and teenagers. *Baillieres Clin Rheumatol.* 1992;6:575-593. [Resumo](#)
22. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci.* 1993;38:1569-1580. [Resumo](#)
23. Aaron LA, Bradley LA, Alarcón GS, et al. Psychiatric diagnoses in patients with fibromyalgia are related to health care-seeking behavior rather than to illness. *Arthritis Rheum.* 1996;39:436-445. [Resumo](#)
24. Maixner W, Fillingim R, Booker D, et al. Sensitivity of patients with painful temporomandibular disorders to experimentally evoked pain. *Pain.* 1995;63:341-351. [Resumo](#)
25. Naliboff BD, Derbyshire SW, Munakata J, et al. Cerebral activation in patients with irritable bowel syndrome and control subjects during rectosigmoid stimulation. *Psychosom Med.* 2001;63:365-375. [Resumo](#)
26. Giesecke T, Gracely RH, Grant MA, et al. Evidence of augmented central pain processing in idiopathic chronic low back pain. *Arthritis Rheum.* 2004;50:613-623. [Texto completo](#) [Resumo](#)
27. Giesecke J, Reed BD, Haefner HK, et al. Quantitative sensory testing in vulvodynia patients and increased peripheral pressure pain sensitivity. *Obstet Gynecol.* 2004;104:126-133. [Resumo](#)

28. Moshiree B, Price DD, Robinson ME, et al. Thermal and visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome patients with and without fibromyalgia. *Clin J Pain*. 2007;23:323-330. [Resumo](#)
29. Greenspan JD, Slade GD, Bair E, et al. Pain sensitivity risk factors for chronic TMD: descriptive data and empirically identified domains from the OPPERA case control study. *J Pain*. 2011;12(11 Suppl):T61-T74. [Texto completo](#) [Resumo](#)
30. Caro XJ, Winter EF, Dumas AJ. A subset of fibromyalgia patients have findings suggestive of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy and appear to respond to IVIg. *Rheumatology (Oxford)*. 2008;47:208-211. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Kim SH, Kim DH, Oh DH, et al. Characteristic electron microscopic findings in the skin of patients with fibromyalgia - preliminary study. *Clin Rheumatol*. 2008;27:407-411. [Resumo](#)
32. Oaklander AL, Fields HL. Is reflex sympathetic dystrophy/complex regional pain syndrome type I a small-fiber neuropathy? *Ann Neurol*. 2009;65:629-638. [Resumo](#)
33. Apkarian AV, Sosa Y, Sonty S, et al. Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *J Neurosci*. 2004;24:10410-10415. [Texto completo](#) [Resumo](#)
34. Sundgren PC, Petrou M, Harris RE, et al. Diffusion-weighted and diffusion tensor imaging in fibromyalgia patients: a prospective study of whole brain diffusivity, apparent diffusion coefficient, and fraction anisotropy in different regions of the brain and correlation with symptom severity. *Acad Radiol*. 2007;14:839-846. [Resumo](#)
35. Kuchinad A, Schweinhardt P, Seminowicz DA, et al. Accelerated brain gray matter loss in fibromyalgia patients: premature aging of the brain? *J Neurosci*. 2007;27:4004-4007. [Texto completo](#) [Resumo](#)
36. Luerding R, Weigand T, Bogdahn U, et al. Working memory performance is correlated with local brain morphology in the medial frontal and anterior cingulate cortex in fibromyalgia patients: structural correlates of pain-cognition interaction. *Brain*. 2008;131:3222-3231. [Texto completo](#) [Resumo](#)
37. Lutz J, Jäger L, de Quervain D, et al. White and gray matter abnormalities in the brain of patients with fibromyalgia: a diffusion-tensor and volumetric imaging study. *Arthritis Rheum*. 2008;58:3960-3969. [Texto completo](#) [Resumo](#)
38. Schmidt-Wilcke T. Variations in brain volume and regional morphology associated with chronic pain. *Curr Rheumatol Rep*. 2008;10:467-474. [Resumo](#)
39. Hsu MC, Harris RE, Sundgren PC, et al. No consistent difference in gray matter volume between individuals with fibromyalgia and age-matched healthy subjects when controlling for affective disorder. *Pain*. 2009;143:262-267. [Resumo](#)
40. Buskila D, Sarzi-Puttini P, Ablin JN. The genetics of fibromyalgia syndrome. *Pharmacogenomics*. 2007;8:67-74. [Resumo](#)
41. Buskila D, Sarzi-Puttini P. Biology and therapy of fibromyalgia: genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther*. 2006;8:218. [Texto completo](#) [Resumo](#)

42. Phillips K, Clauw DJ. Central pain mechanisms in chronic pain states - maybe it is all in their head. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011;25:141-154. [Resumo](#)
43. Dadabhoy D, Crofford LJ, Spaeth M, et al. Biology and therapy of fibromyalgia: evidence-based biomarkers for fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther*. 2008;10:211. [Texto completo](#) [Resumo](#)
44. Giesecke T, Williams DA, Harris RE, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum*. 2003;48:2916-2922. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*. 2004;292:2388-2395. [Texto completo](#) [Resumo](#)
46. Clauw DJ. Fibromyalgia: a clinical review. *JAMA*. 2014;311:1547-1555. [Resumo](#)
47. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, et al. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(6):CD012700. [Texto completo](#) [Resumo](#)
48. Wang C, Schmid CH, Rones R, et al. A randomized trial of tai chi for fibromyalgia. *N Engl J Med*. 2010;363:743-754. [Texto completo](#) [Resumo](#)
49. Schmidt-Wilcke T, Clauw DJ. Fibromyalgia: from pathophysiology to therapy. *Nat Rev Rheumatol*. 2011;7:518-527. [Resumo](#)
50. Clauw DJ. Pain management: Fibromyalgia drugs are 'as good as it gets' in chronic pain. *Nat Rev Rheumatol*. 2010;6:439-440. [Resumo](#)
51. Mease PJ, Russell IJ, Kajdasz DK, et al. Long-term safety, tolerability, and efficacy of duloxetine in the treatment of fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum*. 2010;39:454-464. [Resumo](#)
52. Brunton S, Wang F, Edwards SB, et al. Profile of adverse events with duloxetine treatment: a pooled analysis of placebo-controlled studies. *Drug Saf*. 2010;33:393-407. [Resumo](#)
53. Choy EH, Mease PJ, Kajdasz DK, et al. Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials. *Clin Rheumatol*. 2009;28:1035-1044. [Texto completo](#) [Resumo](#)
54. Gendreau RM, Thorn MD, Gendreau JF, et al. Efficacy of milnacipran in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2005;32:1975-1985. [Resumo](#)
55. Mease PJ, Clauw DJ, Gendreau RM, et al. The efficacy and safety of milnacipran for treatment of fibromyalgia. a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Rheumatol*. 2009;36:398-409. [Resumo](#)
56. Clauw DJ, Mease P, Palmer RH, et al. Milnacipran for the treatment of fibromyalgia in adults: a 15-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, multiple-dose clinical trial. *Clin Ther*. 2008;30:1988-2004. [Resumo](#)

57. Kyle JA, Dugan BD, Testerman KK. Milnacipran for treatment of fibromyalgia. *Ann Pharmacother*. 2010;44:1422-1429. [Resumo](#)
58. Arnold LM, Gendreau RM, Palmer RH, et al. Efficacy and safety of milnacipran 100 mg/day in patients with fibromyalgia: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2010;62:2745-2756. [Resumo](#)
59. Branco JC, Zachrisson O, Perrot S, et al. A European multicenter randomized double-blind placebo-controlled monotherapy clinical trial of milnacipran in treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2010;37:851-859. [Resumo](#)
60. Arnold LM, Keck PE Jr, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia: a meta-analysis and review. *Psychosomatics*. 2000;41:104-113. [Resumo](#)
61. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. *Arthritis Rheum*. 2004;51:9-13. [Texto completo](#) [Resumo](#)
62. O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, et al. Treatment of fibromyalgia with antidepressants. *J Gen Intern Med*. 2000;15:659-666. [Texto completo](#) [Resumo](#)
63. Nishishinya B, Urrútia G, Walitt B, et al. Amitriptyline in the treatment of fibromyalgia: a systematic review of its efficacy. *Rheumatology (Oxford)*. 2008;47:1741-1746. [Texto completo](#) [Resumo](#)
64. Häuser W, Bernardy K, Üçeyler N, et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA*. 2009;301:198-209. [Texto completo](#) [Resumo](#)
65. Arnold LM, Chatamra K, Hirsch I, et al. Safety and efficacy of esreboxetine in patients with fibromyalgia: An 8-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Clin Ther*. 2010;32:1618-1632. [Resumo](#)
66. Arnold LM, Goldenberg DL, Stanford SB, et al. Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arthritis Rheum*. 2007;56:1336-1344. [Texto completo](#) [Resumo](#)
67. Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2005;52:1264-1273. [Texto completo](#) [Resumo](#)
68. Moore RA, Straube S, Wiffen PJ, et al. Pregabalin for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD007076. [Texto completo](#) [Resumo](#)
69. Häuser W, Bernardy K, Üçeyler N, et al. Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain*. 2009;145:69-81. [Resumo](#)
70. Busch AJ, Webber SC, Richards RS, et al. Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(12):CD010884. [Texto completo](#) [Resumo](#)
71. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, et al. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(9):CD009796. [Texto completo](#) [Resumo](#)

72. Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, et al. Aquatic exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(10):CD011336. [Texto completo](#) [Resumo](#)
73. Barker AL, Talevski J, Morello RT, et al. Effectiveness of aquatic exercise for musculoskeletal conditions: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95:1776-1786. [Resumo](#)
74. Williams DA, Kuper D, Segar M, et al. Internet-enhanced management of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Pain.* 2010;151:694-702. [Resumo](#)
75. Luciano JV, Sabes-Figuera R, Cardeñosa E, et al. Cost-utility of a psychoeducational intervention in fibromyalgia patients compared with usual care: an economic evaluation alongside a 12-month randomized controlled trial. *Clin J Pain.* 2013;29:702-711. [Resumo](#)
76. Mhalla A, Baudic S, Ciampi de Andrade D, et al. Long-term maintenance of the analgesic effects of transcranial magnetic stimulation in fibromyalgia. *Pain.* 2011;152:1478-1485. [Resumo](#)
77. O'Connell NE, Wand BM, Marston L, et al. Non-invasive brain stimulation techniques for chronic pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(4):CD008208. [Texto completo](#) [Resumo](#)
78. Fagerlund AJ, Hansen OA, Aslaksen PM. Transcranial direct current stimulation as a treatment for patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Pain.* 2015;156:62-71. [Resumo](#)
79. Schneider M, Vernon H, Ko G, et al. Chiropractic management of fibromyalgia syndrome: a systematic review of the literature. *J Manipulative Physiol Ther.* 2009;32:25-40. [Resumo](#)
80. Bronfort GH, Haas M, Evans R, et al. Effectiveness of manual therapies: The UK evidence report. *Chiroprac Osteopat.* 2010;18:3. [Texto completo](#)
81. Kalichman L. Massage therapy for fibromyalgia symptoms. *Rheumatol Int.* 2010;30:1151-1157. [Resumo](#)
82. Ernst E. Chiropractic treatment for fibromyalgia: a systematic review. *Clin Rheumatol.* 2009;28:1175-1178. [Resumo](#)
83. Lange G. Vagus nerve stimulation in fibromyalgia. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases grant 5R01AR053732-03. <http://projectreporter.nih.gov/> (last accessed 18 August 2017). [Texto completo](#)
84. Radvanski DC, Vaschillo EG, Vaschillo B, et al. A pilot study of the efficacy of heart rate variability (HRV) biofeedback in patients with fibromyalgia. *App Psychophys Biofeedback.* 2007;32:1-10. [Resumo](#)
85. Babu AS, Mathew E, Danda D, et al. Management of patients with fibromyalgia using biofeedback: a randomized control trial. *Indian J Med Sci.* 2007;61:455-461. [Resumo](#)
86. Assefi NP, Sherman KJ, Jacobsen C, et al. A randomized clinical trial of acupuncture compared with sham acupuncture in fibromyalgia. *Ann Intern Med.* 2005;143:10-19. [Resumo](#)
87. Martin DP, Sletten CD, Williams BA, et al. Improvement in fibromyalgia symptoms with acupuncture: results of a randomized controlled trial. *Mayo Clin Proc.* 2006;81:749-757. [Resumo](#)

88. Rooks DS. Fibromyalgia treatment update. *Curr Opin Rheumatol*. 2007;19:111-117. [Resumo](#)
89. Martin-Sanchez E, Torralba E, Díaz-Domínguez E, et al. Efficacy of acupuncture for the treatment of fibromyalgia: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Open Rheumatol J*. 2009;3:25-29. [Resumo](#)
90. Cao H, Liu J, Lewith GT. Traditional Chinese Medicine for treatment of fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med*. 2010;16:397-409. [Resumo](#)
91. Perry R, Terry R, Ernst E. A systematic review of homoeopathy for the treatment of fibromyalgia. *Clin Rheumatol*. 2010;29:457-464. [Resumo](#)
92. Porter NS, Jason LA, Boulton A, et al. Alternative medical interventions used in the treatment and management of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *J Altern Complement Med*. 2010;16:235-249. [Resumo](#)
93. Russell IJ, Holman AJ, Swick TJ, et al. Sodium oxybate reduces pain, fatigue, and sleep disturbance and improves functionality in fibromyalgia: results from a 14-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Pain*. 2011;152:1007-1017. [Resumo](#)
94. Russell IJ, Bennett RM, Michalek JE. Sodium oxybate relieves pain and improves sleep in fibromyalgia syndrome (FMS): a randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-center clinical trial. Presented at the 69th Annual Meeting of the American College of Rheumatology, 2005. *Arthritis Rheum*. 2005;52(suppl 9):abstract L30.
95. Younger J, Mackey S. Fibromyalgia symptoms are reduced by low-dose naltrexone: a pilot study. *Pain Med*. 2009;10:663-672. [Texto completo](#) [Resumo](#)
96. Lynch ME, Campbell F. Cannabinoids for treatment of chronic non-cancer pain; a systematic review of randomized trials. *Br J Clin Pharmacol*. 2011;72:735-744. [Texto completo](#) [Resumo](#)
97. Cohen SP, Verdolin MH, Chang AS, et al. The intravenous ketamine test predicts subsequent response to an oral dextromethorphan treatment regimen in fibromyalgia patients. *J Pain*. 2006;7:391-398. [Resumo](#)
98. Olivan-Blázquez B, Herrera-Mercadal P, Puebla-Guedea M, et al. Efficacy of memantine in the treatment of fibromyalgia: a double-blind, randomised, controlled trial with 6-month follow-up. *Pain*. 2014;155:2517-2525. [Resumo](#)
99. Chen KW, Hassett AL, Hou F, et al. A pilot study of external qigong therapy for patients with fibromyalgia. *J Altern Complement Med*. 2006;12:851-856. [Resumo](#)
100. Langhorst J, Musial F, Klose P, et al. Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome - a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48:1155-1159. [Resumo](#)
101. Silber MH. Chronic insomnia. *N Engl J Med*. 2005;353:803-810. [Resumo](#)

Imagens

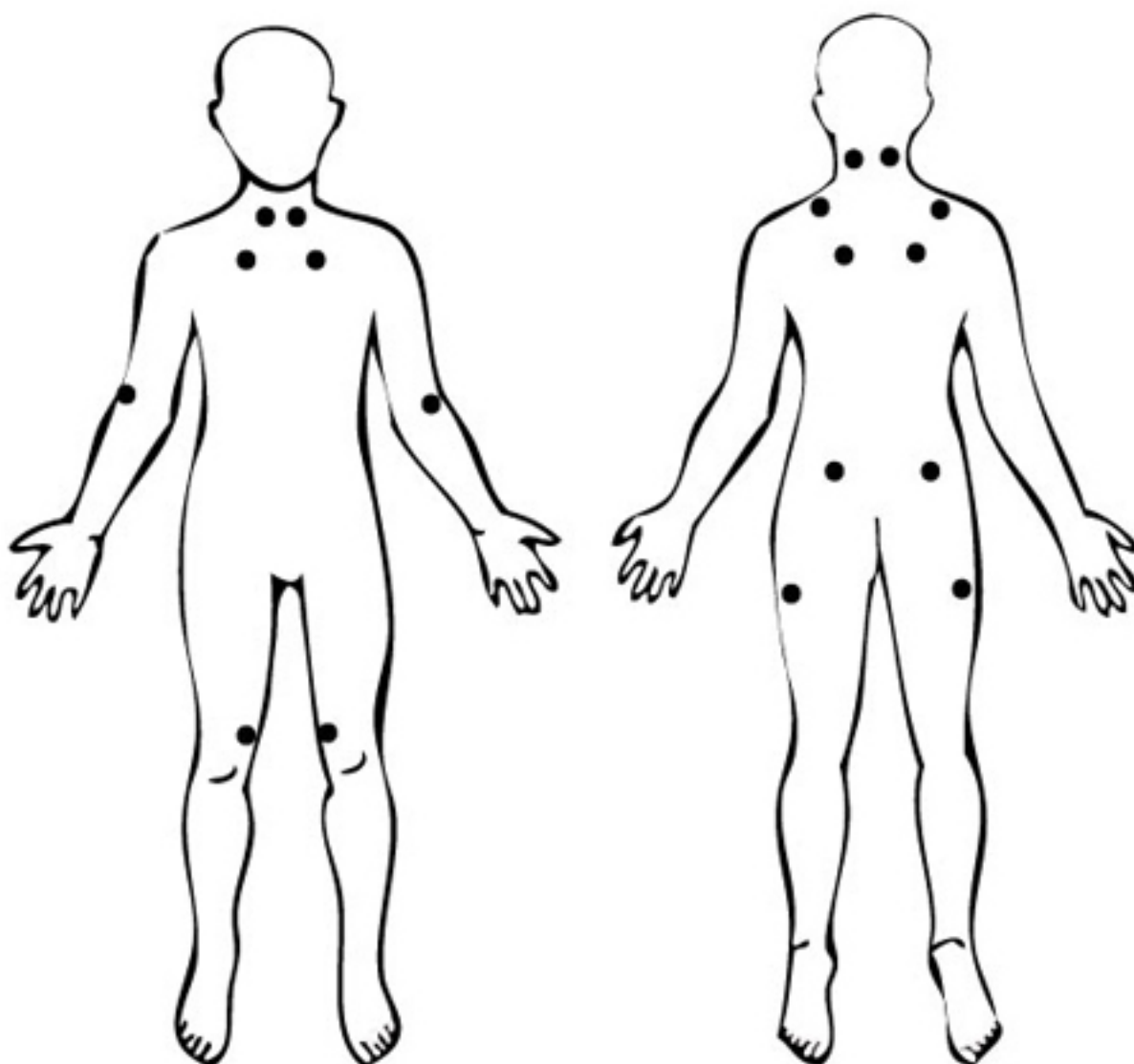


Figura 1: Os 18 pontos sensíveis da fibromialgia: aplicar pressão forte o suficiente para empalidecer o leito ungueal; a dor (ou a falta dela) deve ser imediata

Criação do BMJ Evidence Centre

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	Numerais de 5 dígitos
	Numerais de 4 dígitos
	Numerais < 1

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Daniel J. Clauw, MD

Professor of Medicine

Division of Rheumatology, University of Michigan Health System, Ann Arbor, MI

DIVULGAÇÕES: DJC has received consulting fees from Pfizer, Eli Lilly, Nuvo, Cerephex, Tonix, Abbott, Forest Laboratories, Johnson & Johnson, Merck, Perdue Pharmaceuticals, Zynerva, Astellas Pharmaceuticals, Williams & Connolly LLP, and Theravance; he has received research grant support from Pfizer, Cypress Biosciences, Forest Laboratories, Merck, Novo, and Cerephex. DJC is an author of a number of references cited in this monograph.

// Reconhecimentos:

Dr Daniel J. Clauw would like to gratefully acknowledge Dr Lisa Ware Corbin, a previous contributor to this monograph. LWC declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Robert Bennett, MD

Professor of Medicine and Nursing Research

Oregon Health & Science University, Portland, OR

DIVULGAÇÕES: RB declares that he has no competing interests.