

Fibromialgia: descrição da síndrome em atletas e suas implicações

Mauro W. Vaisberg¹, Cláudio A. Baptista², Cibele O. Gatti³,
Ivan da Cruz Piçarro⁴ e Luiz Fernando P.B. Costa Rosa⁵

RESUMO

A fibromialgia é uma patologia de alta prevalência na população geral, cujo tratamento é feito por meio de medicamentos como anti-inflamatórios, antidepressivos e miorrelaxantes, que pode ser complementado por medidas físicas como relaxamento, alongamento e exercícios físicos. A observação de fibromialgia entre atletas constatada em exames de rotina, em especial naqueles que apresentavam lesões musculares de repetição, levou os autores a pesquisar, de maneira prospectiva, um grupo de atletas praticantes de ginástica olímpica e atletismo, nos quais puderam confirmar alta incidência desta síndrome. Como a fibromialgia predispõe ao aparecimento de lesões por contratura muscular, sugerem que ela possa atuar como um mecanismo de indução ao surgimento de lesões musculares de repetição. Ainda devido às semelhanças dos sintomas encontrados na síndrome do supertreinamento, síndrome da fadiga crônica e fibromialgia, propõem uma possível ligação entre estes quadros.

Palavras-chave: Fibromialgia. Lesão muscular. Supertreinamento.

ABSTRACT

Fibromyalgia: description of the syndrome in athletes and its implications

Fibromyalgia syndrome is a very common feature in the daily practice of rheumatologists. Therapy is based on the

use of analgesics, anti-depressants, and other drugs. Many physicians indicate exercise, stretching, and relaxing programs as adjuvant therapies. It was surprising to find fibromyalgia in well-trained athletes. The syndrome, however, appears in athletes that reported recurrent tendon-muscle lesions. In this study, the authors analyzed a group of gymnastics and track and field athletes involved in competitive training. They found a significant incidence of the syndrome (7 in 20 subjects) in this group. This is an important finding, since fibromyalgia causes muscular pain and stiffness, and can predispose the athletes to muscle lesions and damage. Another important point regarding the syndrome is that some of its symptoms are related to overtraining and to the chronic fatigue syndrome. Therefore, the authors suggest that there is an important connection between those aspects.

Key words: *Fibromyalgia. Muscular lesion. Overtraining.*

INTRODUÇÃO

A fibromialgia, síndrome de origem desconhecida, se caracteriza por quadro de dor muscular difusa, constante, agravada pelo repouso e pelo início do movimento, rigidez e fadiga, à qual se associam pontos localizados de dor e alterações funcionais, como síndrome do colo irritável, cefaléia tensional, dor torácica atípica e outras¹.

Não existe correlação com substrato anatômico ou alteração bioquímica característicos, porém é demonstrada alteração eletroencefalográfica com intrusão de ondas α durante as fases 3 e 4 do sono não REM². Alteração na secreção de serotonina e de substância P³ também parece estar envolvida na patogênese, embora estes achados ainda não sejam conclusivos. Distúrbio psicológico subjacente é achado freqüentemente observado na prática clínica, existindo vários trabalhos na literatura que sugerem esta associação^{4,5}. Mais especificamente ansiedade e depressão⁶, são referidas como importantes fatores causais em fibromialgia, dando suporte à observação clínica de que o estado emocional é importante no desenvolvimento da síndrome.

É estimado que nos Estados Unidos cerca de seis milhões de pessoas sejam portadoras de fibromialgia e que

1. Médico da Disciplina de Imunologia, Unifesp-EPM, São Paulo.
2. Médico, COTP/PMSP, São Paulo.
3. Psicóloga, COTP/PMSP, São Paulo.
4. Professor Adjunto do Departamento de Fisiologia, Unifesp-EPM, São Paulo.
5. Professor Assistente do Departamento de Histologia, USP, São Paulo.

Recebido em: 6/9/2000.

Aceito em: 9/1/2001.

Endereço para correspondência:

Mauro W. Vaisberg
Disciplina de Imunologia-Unifesp-EPM
Rua Botucatu, 862, 4º A, Edifício Ciências Biomédicas
E-mail: vaisberg@ecb.epm.br

em torno de 20% dos pacientes vistos em avaliações reumatológicas de rotina tenham fibromialgia⁷.

Anteriormente conhecida como reumatismo não articular ou reumatismo psicogênico⁸, somente a partir de 1975, com base nos estudos de Moldofsky^{9,10}, onde se demonstrou o aparecimento em grande número de ondas alfa (que normalmente aparecem nos períodos de vigília) nas fases 3 e 4 do sono não REM, é que foi possível definir uma anormalidade característica dos pacientes portadores de fibromialgia, sendo que em 1990 o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) definiu critérios para seu diagnóstico¹¹ e em 1992 a Organização Mundial de Saúde reconheceu oficialmente como entidade nosológica distinta¹². Pacientes portadores de fibromialgia que apresentam estas alterações eletroencefalográficas caracteristicamente relatam alterações do sono, com interrupções frequentes e acordam cansados ou com dor, referindo sono não restaurador.

Os critérios propostos pela ACR, dor difusa durando cerca de três meses e dor à palpação de 11 em 18 pontos-gatilho, mostraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 81% para o diagnóstico de fibromialgia¹¹.

Na prática clínica é comum observarmos o estabelecimento de diagnósticos errôneos em que se confunde fibromialgia com diversas condições inflamatórias ou não e articulares ou extra-articulares, tais como artrose, artrite reumatóide, polimialgia reumática e outros⁸, sendo frequente que o paciente faça uma longa peregrinação por consultórios médicos antes que se estabeleça o diagnóstico correto.

O tratamento da fibromialgia ainda é fundamentalmente medicamentoso com o uso de antidepressivos, antiinflamatórios não hormonais e miorrelaxantes^{1,8}. No entanto, médicos e pacientes, em grande número de casos, se frustram com a recorrência dos sintomas pouco tempo após a suspensão da terapia medicamentosa. Desde meados da década de 80, medidas de terapia física, tais como exercícios físicos, alongamento e relaxamento, vêm sendo propostas como métodos auxiliares no tratamento. Em nossa experiência, estes métodos, mesmo quando usados isoladamente sem o emprego concomitante de medicação, apresentam resultados excelentes.

Na assistência que prestamos a atletas no departamento médico do COTP (Centro Olímpico de Treinamento e Pesquisa da Prefeitura do Município de São Paulo), é comum a queixa de lesões musculotendíneas de repetição. Normalmente tais lesões são creditadas a erros de postura ou de movimento do atleta, gerando sobrecargas que acarretam lesões. No entanto, o exame destes atletas, em muitas ocasiões, além do ponto de lesão localizado, apresentava quadro de contratura generalizado ao qual se associavam pontos localizados de dor correspondendo aos pontos-gatilho descritos em fibromialgia.

Tal achado nos surpreendeu, na medida em que é inerente à atividade destes indivíduos a prática de exercícios e de alongamento. Desta maneira procedemos a um estudo prospectivo para a pesquisa de fibromialgia em um grupo em treinamento nas modalidades atletismo e ginástica olímpica, visto que na literatura não há descrição específica da síndrome em atletas.

SUJEITOS E MÉTODOS

Foram estudadas 20 atletas do Centro Olímpico de Treinamento e Pesquisa da Prefeitura do Município de São Paulo, das modalidades ginástica olímpica (nove indivíduos) e atletismo (11 indivíduos), com idades variando entre nove e 22 anos. Estes atletas foram escolhidos de maneira aleatória, não existindo queixa específica de dor. Através do exame físico foi avaliada a ocorrência dos pontos dolorosos que sugerem a presença de fibromialgia, feita segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR)¹¹ e baseada na positividade de 11 entre 18 pontos-gatilho estudados. Estes pontos-gatilho são pontos predefinidos, cuja pressão com uma força aproximada de 4kg/cm² provoca dor. Outros aspectos foram abordados por questionário sobre a presença de dor muscular e aspectos do sono e do despertar.

A avaliação psicológica do controle da ansiedade foi realizada através da conjunção de diversos procedimentos amplamente utilizados na pesquisa psicológica, que passamos a descrever. A ficha de entrevista inicial tinha por objetivo colher informações sobre a história esportiva e pessoal do atleta. Posteriormente os atletas eram submetidos a vários procedimentos de análise psicológica. O teste HTP é uma técnica projetiva que busca adquirir dados significativos a respeito da personalidade do indivíduo e sua interação com o ambiente. O questionário IDATE partes I e II é um método de auto-avaliação que tem por objetivo avaliar as variáveis “ansiedade” e “pressão” no cotidiano esportivo e pessoal do atleta. As provas de particularidades tônicas, incluindo as de extensibilidade (membros superiores e inferiores), relaxamento, sincinesia e paratonia do Manual de Exame Psicomotor Germaine Rossel e Manual de Revisão Psicomotora Guilmain, foram usadas com o intuito de avaliar o tônus muscular do atleta e perceber sua relação com os dados obtidos (personalidade e em especial grau de ansiedade). Finalmente os atletas foram submetidos ao Questionário de Desempenho Competitivo, elaborado pelo setor de Psicologia do COTP, com a finalidade de colher informações acerca do desempenho esportivo, dificuldades e expectativas pessoais, assim como do relacionamento grupal. Através destes vários testes, visamos levantar dados sobre a personalidade do atleta, grau de ansiedade, tônus muscular, capacidade de lidar com situa-

ções de pressão, desempenho esportivo e expectativas, procurando correlacionar com os achados do exame clínico.

RESULTADOS

Dos 20 atletas estudados, sete apresentavam, em resposta à pesquisa dos pontos-gatilho, dor em número de pontos acima de 11 em 18, caracterizando quadro de fibromialgia. Destes, seis relatavam alteração do sono, interrupções de magnitude que pudessem ser lembradas ao despertar, e todos apresentavam ao despertar alterações tais como dor ou cansaço.

Dois atletas tinham um número limítrofe de pontos-gatilho, nove, não sendo considerados como portadores de fibromialgia, pois não preenchiam o critério dos 11 pontos. Embora relatassem sono normal, acordavam doloridos.

Finalmente, entre os 11 que não apresentavam fibromialgia, quatro tinham entre quatro e oito pontos dolorosos e sete, um número de pontos dolorosos bastante baixo, de zero a dois. Todos apresentavam sono normal e despertar sem dor ou cansaço.

A avaliação psicológica mostrava claramente uma distinção entre os dois grupos. O grupo portador de fibromialgia apresentou dificuldades no manejo e domínio da ansiedade, o que se associou a problema de concentração. Este quadro também foi observado em atletas que apresentavam quadro limítrofe. Por outro lado, os atletas que não apresentavam a síndrome comportavam-se de modo que evidenciavam adequado controle da ansiedade.

DISCUSSÃO

Em um grupo de 20 atletas estudados, constatamos a presença de fibromialgia em sete indivíduos, uma incidência de 35%, portanto acima do descrito para a população geral.

Em trabalhos anteriores já havíamos descrito alterações clínicas e psicológicas em grupos similares de atletas^{13,14}.

Revedo a literatura, encontramos vários artigos em que o exercício físico e o alongamento são propostos como terapias da fibromialgia¹⁵⁻¹⁷; no entanto, não encontramos qualquer artigo que discuta a presença de fibromialgia em atletas.

Nosso achado deve ser considerado e discutido, não só do ponto de vista acadêmico da descrição de uma síndrome em uma população que se julgava protegida desta, mas principalmente do ponto de vista prático, tendo em vista suas possíveis repercussões, em especial a rigidez muscular, que pode funcionar como fator desencadeante para o aparecimento de lesões musculares de repetição mesmo sem trauma aparente. Portanto, a pesquisa desta patologia em atletas em exames de rotina pode auxiliar na prevenção das lesões. Outro ponto importante ainda relacionado à rigidez diz respeito a uma possível ação como fator limitan-

te no desempenho dos atletas. Pudemos observar tal evento, de maneira não controlada, em alguns atletas nos quais o tratamento do quadro de fibromialgia resultou em melhora do rendimento físico.

Deste modo, atletas que apresentam lesões musculotendíneas de repetição podem desenvolvê-las em função de um quadro de fibromialgia, subestimado em seu diagnóstico em exames de pré-participação¹⁸ e que pode ser encontrado nas diversas modalidades esportivas. Dado que o exercício e o alongamento são inerentes à prática esportiva, não esperávamos encontrar fibromialgia nesta população; no entanto, estudo prospectivo para avaliar a ocorrência da síndrome em atletas mostrou alta incidência neste grupo, confirmando nossa observação clínica.

Entre as várias teorias propostas para explicar a patogênese da fibromialgia, a única comprovada e aceita se refere à alteração de sono descrita por Moldofski. Outras alterações como diminuições da secreção de serotonina e aumento de secreção de substância P foram propostas, sendo atualmente objeto de estudo por vários grupos de pesquisa. Dos outros mecanismos patogênicos propostos, alterações neuro-hormonais, disfunções autonômicas e alterações de fluxo sanguíneo no sistema nervoso central provavelmente têm lugar no desencadeamento da síndrome, mesmo porque todas estas teorias não são mutuamente exclusivas. Um fator fundamental em nossa experiência clínica é o fator emocional, sendo a depressão e outras desordens afetivas citadas por vários autores como importante fator causal ou desencadeante⁴⁻⁶.

Nosso estudo revelou achado bastante interessante, pois o grupo portador de fibromialgia apresentava quadro de ansiedade de maneira uniforme, sendo fator comum a estes atletas e aos atletas que apresentavam quadro limítrofe a dificuldade em lidar com a ansiedade, enquanto os não portadores de fibromialgia mostravam tanto um grau menor de ansiedade, como uma melhor capacidade de lidar com esta alteração.

Desta maneira, nossa observação de que o grupo fibromialgia apresenta distúrbio emocional específico, marcadamente ansiedade e depressão, está de acordo com os relatos da literatura.

Um último ponto de interesse a abordar é a possível relação do achado de fibromialgia em atletas com outras alterações descritas na prática do exercício. Conforme citamos anteriormente, não existe relação entre fibromialgia e alteração anatomopatológica característica em músculo ou tecido nervoso, caracterizando desta maneira uma síndrome somática funcional.

Entre as síndromes funcionais, além de fibromialgia podemos citar colo irritável, dispepsia, cefaléia tensional, síndrome pré-menstrual, disfunção temporomandibular, sen-

sibilidade química múltipla e a síndrome da fadiga crônica. Muitas destas têm manifestações que se superpõem, sendo freqüente que o portador de uma destas síndromes tenha um ou vários sintomas de outras. Wessely *et al.*¹⁹ discutem estas síndromes, sugerindo que na verdade estamos frente a um quadro único, cujas múltiplas manifestações são vistas e rotuladas por diferentes especialistas, de acordo com o órgão ou sistema afetado, desta maneira “criando” doenças distintas.

Dentro deste espírito crítico, Lehman²⁰ observa em relação à síndrome do *overtraining*: “a questão do paralelismo à síndrome da fadiga crônica, na qual infecção pelo vírus de Epstein-Barr é sugerida, é uma especulação interessante, desde que infecções banais possam provocar síndrome do *overtraining* e treinamento extenuante possa resultar em tendência à infecção”. Este comentário fica bastante claro quando examinamos os critérios usados para o diagnóstico da síndrome da fadiga crônica, que enumeramos a seguir, e os comparamos aos achados da síndrome do *overtraining*. São critérios diagnósticos da fadiga crônica: concentração prejudicada, dor de garganta, gânglios cervicais dolorosos, dor muscular, cefaléia, sono não restaurador, e mal-estar pós-exercício²¹. Um profissional ligado à área do exercício reconhece com facilidade que estes são praticamente os mesmos sintomas observados na síndrome do supertreinamento²².

Da mesma maneira, sono não restaurador, dor muscular difusa, dificuldade de concentração, dor após o exercício, cefaléia, são sintomas freqüentemente encontrados na fibromialgia. Tais alterações comprometem significativamente a *performance*, podendo mesmo em alguns casos levar alguns atletas a utilizar drogas ilícitas, na tentativa de se sobrepor a tais sintomas, o que em algum momento causa comprometimento de sua saúde²³.

Estas semelhanças entre diferentes síndromes estudadas no âmbito de especialidades distintas, e atendidas pelo infectologista, reumatologista e médico do exercício, nos levam, na medida em que transitamos clinicamente pela reumatologia, imunologia e medicina do exercício, associado à discussão com colegas de maior vivência no âmbito da medicina do esporte, à suposição de que podemos estar frente à mesma síndrome, vista por diferentes especialistas, em diferentes populações, de modo que a detecção de um quadro de fibromialgia poderia ser um marcador importante para o médico alertar o atleta para a possibilidade de entrar em *overtraining*.

Frente a todas estas possibilidades, nos parece de suma importância o reconhecimento de quadros de fibromialgia em atletas, principalmente quando nos deparamos com lesões musculotendíneas de repetição ou frente a um baixo rendimento de um atleta.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos pelas facilidades que nos foram oferecidas para a realização deste trabalho à Prof. Valéria Sato, técnica da GO, à Profa. Rosa Maria Aparecida de Souza, técnica do Atletismo, ao Eng. Ronald Diegues Fonseca, administrador do COTP, e ao Sr. Gilmar dos Santos Neves, diretor do COTP.

REFERÊNCIAS

1. Krsnich-Shriwise K. Fibromyalgia syndrome: an overview. *Phys Ther* 199;77:68-75.
2. Harding SM. Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. *Am J Med Sci* 1998;315:367-76.
3. Russel IJ. Advances in fibromyalgia: possible role for central neurochemicals. *Am J Med Sci* 1998;315:377-84.
4. Hudson JI, et al. Fibromyalgia and major affective disorders: a controlled phenomina and family history study. *Am J Psychiatry* 1985;142:441-6.
5. Robbins JM, Kirmayer LJ, Kapresta MA. Illness worry and disability in fibromyalgia syndrome. *Int J Psychiatry Med* 1990;20:49-63.
6. Krag NJ, et al. A blind controlled evaluation of anxiety and depressive symptoms in patients with fibromyalgia, as measured by standardized psychometric interview scales. *Acta Psychiatr Scand* 1994;89:370-5.
7. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997;40:1560-70.
8. Ang D, Wilke WS. Diagnosis, aetiology and therapy of fibromyalgia. *Compr Ther* 1999;25:221-7.
9. Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding “fibrositis” syndrome. *Bull Rheum Dis* 1997;28:928-31.
10. Moldofsky H. Sleep and fibrositis syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989;15:91-103.
11. Wolfe F, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
12. Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *Lancet* 1992;340: 663-4.
13. Vaisberg TMA, Reis AOA, Correa YB, Vaisberg MW. L’usage du “Procédé de dessins-Histoires avec un thème” dans la recherche clinique et sociale des représentations d’enfants sur la pratique des exercices physiques. XVI Congress, International Rorschach Society, 19-24 July, 1999, Amsterdam, The Netherlands.
14. Baptista CA, Gatti C, Suzuki ME. Aspectos clínicos em ginastas olímpicos do Centro Olímpico de Treinamento e Pesquisa. *Revista Âmbito Desportivo* 1997;8:117-22.
15. Martin L, Nutting A, Macintosh BR, Edworthy SM, Butterwick D, Cook J. An exercise program in the treatment of fibromyalgia. *J Rheumatol* 1996;23:1050-3.
16. McCain GA, Bell DA, Mai FM, et al. A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1988;31:1135-41.
17. Wigers SH, Stiles TC, Vogel PA. Effects of aerobic exercise versus stress management treatment in fibromyalgia: a 4.5 year prospective study. *Scand J Rheumatol* 1996;25:77-86.
18. Baptista CA, Oliveira JA, Andrade BJF. Exame clínico geral pré-participação. In: Ghorayeb N., Barros Neto TL, editores. *O exercício*. Atheneu Editora, 1999:51.
19. Wessely C, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999;354:936-9.
20. Lehman J. *Med Sci Sports Exerc* 1993;25:854-62.
21. Evengard B, Schacterle RS, Komaroff AL. Chronic fatigue syndrome: new insights and old ignorance. *J Intern Med* 1999;246:455-69.
22. Baptista CA, Ghorayeb N, Dioguardi GS. Supertreinamento. In: Ghorayeb N, Barros Neto TL, editores. *O exercício*. Atheneu Editora, 1999: 313.
23. De Rose EH, Nobrega ACL. Drogas lícitas e ilícitas. In: Ghorayeb N., Barros Neto TL, editores. *O exercício*. Atheneu Editora, 1999:395.