

Síndrome de amplificação dolorosa no idoso. Relato de caso e revisão da literatura*

Pain amplification syndrome in the elderly. Case report and literature review

Fânia Cristina Santos¹, Polianna Mara Rodrigues de Souza², Luiz Antonio Homem de Mello Castro², Karol Bezerra Thé²

* Recebido da Disciplina de Geriatria e Gerontologia (DIGG) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Pouquíssimas são as publicações sobre a síndrome de amplificação dolorosa no idoso (SAD), a despeito da sua importância para aqueles indivíduos, pois pode ter múltiplas consequências no envelhecimento. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de SAD no idoso; representada pela fibromialgia (FM), descrevendo sua abordagem diagnóstica e seu manuseio terapêutico, bem como apresentar uma revisão bibliográfica do assunto.

RELATO DO CASO: Paciente do gênero feminino, 73 anos, há 4 anos iniciando um quadro de moderada dor muscular difusa, rigidez matinal fugaz, anedonia, tristeza, ansiedade, importante fadiga e distúrbio do sono. Inicialmente, diagnosticada polimialgia reumática, assim, vinha fazendo uso regular de prednisona, apesar de progressiva piora da sua capacidade funcional e qualidade de vida (QV). Há um ano, no nosso serviço, foi revisto o diagnóstico, e verificado tratar-se de SAD, espectro da FM. Suspendeu-se, então, a prednisona e orientado terapia não farmacológica com programa de autogerenciamento em dor, e farmacológica multimodal com anal-

gésicos não opioide o clonixinato de lisina e opioide o tramadol, e um modulador da dor, a duloxetine. Após 6 meses de tratamento verificou-se grande melhora na dor, sono, depressão, ansiedade, capacidade funcional e QV.

CONCLUSÃO: É de suma importância o diagnóstico correto e uma intervenção terapêutica adequada nos casos de SAD, especialmente tratando-se da população idosa e da FM, a qual apresenta características peculiares naquela população. Há grandes probabilidades de melhora sintomática, funcional, e na QV dos idosos com SAD ao se atentar aos diagnósticos diferenciais, bem como ao se introduzir terapêuticas adequadas.

Descritores: Diagnósticos diferenciais, Fibromialgia, Idoso, Síndrome de amplificação dolorosa.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: There are very few publications on pain amplification syndrome in the elderly (PAS), in spite of its importance for them, because it may have multiple consequences during aging. This study aimed at reporting a case of PAS in the elderly represented by fibromyalgia (FM), describing its diagnostic approach and therapeutic management, and at presenting a literature review on the subject.

CASE REPORT: Female patient, 73 years old, with moderate diffuse muscle pain, fleeting morning stiffness, anhedonia, sadness, anxiety, major fatigue and sleep disorders for four years. She was initially diagnosed as rheumatic polymyalgia and was under regular prednisone in spite of the progressive worsening of her functional capacity and quality of life (QL). One year ago her diagnosis was reviewed by our service and we confirmed it was PAS, spectrum of FM. Prednisone was then withdrawn and non-pharmacological therapy was indicated with pain self-management program; multi-

1. Assistente Doutora e Chefe do Serviço de Dor e Doenças Osteoarticulares da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Coordenadora do Comitê de Dor no Idoso da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). São Paulo, SP, Brasil.

2. Médicos Assistentes do Serviço de Dor e Doenças Osteoarticulares da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dra. Fânia Cristina Santos / DIGG – UNIFESP
Rua Francisco de Castro, 105 – Vila Clementino
04020-050 São Paulo, SP.
Fone/Fax: (11) 5575-4848
E-mail: faniacs@uol.com.br

modal pharmacological therapy was also instituted with non-opioid (lysine clonixinate) and opioid (tramadol) analgesics and a pain modulator (duloxetine). Six months later there has been major pain, sleep, depression, anxiety, functional capacity and QL improvement.

CONCLUSION: Accurate diagnosis and adequate therapeutic intervention are paramount for PAS cases, especially in the elderly population with FM, which has unique characteristics in such population. There are major probabilities of symptomatic, functional and QL improvement in the elderly with PAS if we pay attention to differential diagnoses and introduce adequate therapies.

Keywords: Differential diagnoses, Elderly, Fibromyalgia, Pain amplification syndrome.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que acontece a nível sem precedentes. Somente no Brasil, a população idosa deverá dobrar nas próximas duas décadas, podendo chegar a 30 milhões de indivíduos¹, e tal fato vem acompanhado por aumento na frequência de casos associados a queixas dolorosas.

A dor, por sua grande prevalência e impacto, é considerada hoje um importante problema de saúde pública. Os idosos são particularmente mais suscetíveis às dores crônicas, que acabam por contribuir para declínios funcionais e, também, piores índices de qualidade de vida (QV)².

A síndrome de amplificação dolorosa (SAD) vem apresentando frequência significativamente aumentada nos últimos anos, frequência essa que inclui, também, a população que envelhece. Contudo, ainda são poucos os estudos que a abordam, especificamente, nos idosos.

Dentre os principais espectros de apresentação da SAD encontra-se a fibromialgia (FM) que, especialmente é muito pouco abordada e discutida nos indivíduos que estão envelhecendo, principalmente no Brasil.

O objetivo deste estudo foi relatar um caso de paciente com SAD, bem como rever na literatura o espectro da FM, descrevendo-se as abordagens diagnósticas e terapêuticas adotadas, e apresentar uma revisão científico-literária do assunto.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 73 anos, artesã, portadora de hipertensão arterial, osteoporose e osteoartrose em coluna, referiu que há 4 anos vinha apresentando qua-

dro de parestesias e sensação de edema nas mãos, moderada dor muscular difusa, rigidez matinal fugaz, anedonia, tristeza, ansiedade, importante fadiga e distúrbio do sono. Encontrava-se em acompanhamento em outro serviço de saúde desde o início do quadro, onde o diagnóstico firmado fora de polimialgia reumática. Assim, desde aquela época vinha fazendo o uso regular de corticosteroide na dose de 10 mg de prednisona/dia. Referiu que inicialmente houve certa melhora no quadro algico, mas progressivamente ocorria piora na sua capacidade funcional.

Há um ano vem sendo acompanhada neste serviço, e inicialmente submetida à avaliação abordando-se, principalmente, os vários aspectos da sua dor: intensidade moderada na escala de descrição verbal, e igual à 5 na escala numérica verbal, qualidade de dor crônica contínua, mas com períodos de exacerbação, difusa, e em peso, interferência na sua funcionalidade executiva com dependência parcial para as atividades complexas da vida diária, interferência na sua afetividade com depressão e ansiedade, acompanhamento por fadiga e distúrbio do sono. O exame físico mostrava apenas hiperalgia em membros superiores e inferiores como alteração. Suspeitou-se tratar da SAD, espectro da FM, assim, solicitou-se vários exames laboratoriais, incluindo as provas inflamatórias, vitamina D, CPK, função tireoideana, paratireoideana, renal e hepática, entre outros, e todos dentro dos valores de referência, exceto o VHS de 40 mm/primeira hora. Comparado a exames de três anos atrás, o VHS era de 43 mm/primeira hora. Solicitados, também, um ultrassom de ombros que se mostrou sem alterações significantes, e densitometria óssea não realizada porque perdeu por várias vezes o agendamento.

Com maior possibilidade de, realmente, ser da FM, suspendeu-se gradativamente a prednisona, e orientou-se como tratamento: o programa de autogerenciamento em dor com orientações e treinamentos em exercícios, medidas educacionais, medidas físicas domiciliares; como a utilização de compressas quentes, *coping*, medidas cognitivo-comportamentais, e a terapia farmacológica multimodal com a prescrição de analgésico não opioide o clonixinato de lisina (125 mg) a cada 8 horas e o opioide tramadol (50 mg) a cada 8 horas, intercalados por 14 dias e de duloxetine (60 mg/dia).

Após 6 meses de tratamento retornou referindo que vinha seguindo corretamente as orientações, e que houve grande melhora no seu quadro geral, compreendendo melhora significativa da dor, do sono, da depressão e ansiedade, observando-se grande melhora na sua capacidade funcional e QV.

DISCUSSÃO

Referente ao caso em questão observou-se que somente após três anos de acompanhamento médico e tratamento prolongado com corticosteroide, foi firmado um diagnóstico correto. Verificou-se, já no início da sua abordagem, que havia grande desproporção entre a sintomatologia apresentada e os achados. A dor não era intensa, mas interferia muito na sua afetividade, funcionalidade, sono, e estava associada à muita fadiga.

No “quebra-cabeça dor” a SAD é considerada uma nova peça e, esta por sua vez, pertence a um grupo de afecções caracterizadas, principalmente, por dor sem causa orgânica associada, ou ainda, por sintomatologia desproporcional aos achados físicos. Assim, existe dor crônica cuja intensidade não é explicada objetivamente³. Tal quadro também tem sido denominado de síndrome dolorosa funcional.

Tradicionalmente, a maioria dos pacientes acometidos visita vários médicos, incluindo diferentes especialidades consonantes com os sintomas predominantes, e geralmente não são identificadas anormalidades que pudessem explicar plenamente os sintomas.

A SAD tem um amplo espectro de apresentação, sendo as formas musculoesqueléticas as mais frequentes. Mas além das formas musculoesqueléticas da SAD, nos últimos anos têm-se verificado que cada vez mais, outras condições crônicas; como a síndrome de fadiga crônica; as cefaleias; as síndromes do cólon e bexiga irritável; a síndrome das pernas inquietas; a síndrome dos movimentos periódicos dos membros; entre outras, apresentam condições similares e com características comuns, baseadas no seu conhecimento biopatofisiológico^{4,5}.

Os espectros musculoesqueléticos da SAD, por serem muito frequentes, serão os mais discutidos. Esses se classificam em formas localizadas e generalizadas.

As formas de SAD musculoesquelética localizadas são reconhecidas principalmente nos seguintes diagnósticos sindrômicos: síndrome complexa de dor regional tipo 1; que é menos comum em idosos, síndrome de dor miofascial; mais frequentes na faixa etária acima de 60 anos, e síndrome de disfunção temporomandibular⁵. Nessas formas ocorrem acometimentos especialmente restritos a algumas regiões do corpo, caracterizando-se, principalmente, por hiperalgesia e alodínia, mas também por mudanças tróficas nos tecidos acometidos. Com menor frequência acomete os pés e as mãos, e muitas vezes impedindo o uso de sapatos ou meias, o que acaba por restringir as atividades diárias⁶.

Essas formas localizadas, amiúde, tendem a generalização quando não tem um tratamento adequado, assim, corretos diagnósticos e abordagens são relevantes. A síndrome de dor miofascial é bastante prevalente nos idosos e está associada frequentemente ao uso muscular excessivo, por isso também é denominada de síndrome do estresse muscular. Caracteriza-se por dor muscular, bandas tensas musculares e pontos-gatilhos (PG), que são pontos localizados nos músculos, pele, tendões, perióstio e ligamentos muito sensíveis à estímulos, gerando dor local e/ou dor referida⁷. A presença de PG pode se tornar evidente com o envelhecimento biológico, causando incoordenação motora pelos distúrbios de excitabilidade e condução nervosa dos motoneurônios, impedindo a sincronia da contração nervosa dos músculos sinergistas.

As formas generalizadas da SAD musculoesquelética caracterizam-se pela presença de sintomas dolorosos musculares e articulares, esses últimos menos frequentes, que ocorrem difusamente em várias regiões do corpo. Esses sintomas são acompanhados por distúrbios neurovegetativos. Algumas mudanças nos caracteres habitualmente apresentados são típicas nas formas generalizadas, e muitas vezes as influências externas podem ser reconhecidas como causadoras⁸. A maioria acometida relata a experiência de dor mais intensa durante as mudanças no clima, ou quando o tempo está frio e úmido. Sentem-se melhor em climas quentes e secos, e o estresse físico agrava muito os transtornos⁸. A principal entidade nosológica nesse grupo é a FM.

Dentre os fatores de risco para a ocorrência e a manutenção das formas generalizadas está a idade, gênero feminino, história familiar de dor crônica, obesidade, e estado mental e/ou físico mais deficiente⁹. Os fatores que influenciam negativamente o resultado das formas generalizadas são: níveis elevados de distúrbios psicológicos, presença de somatização, fadiga, pouco sono, maior número de áreas dolorosas, intensidade da dor, estado mental e capacidade funcional mais comprometido, presença de comorbidades, e maior número de consultas médicas em atendimentos de níveis primários⁹. O leve consumo de álcool e o apoio social individualizado parecem ter efeitos protetores⁹.

Quanto à gênese da SAD, tem sido descrita como sendo multifatorial. Acredita-se que dentre os fatores envolvidos estão principalmente os genéticos, ambientais como traumas, infecções, emocional, experiências adversas na infância e os padrões aprendidos de enfrentamento da dor. Parece claro que não se trata de uma condição psiquiátrica primária, e que não existe a necessidade de

fatores psicológicos para a sua gênese, pois a maioria dos pacientes não apresenta doenças psiquiátricas ativas, ou mesmo um tipo específico de personalidade, como por exemplo, o tipo obsessivo-compulsivo. Todavia, a depressão é encontrada com muita frequência. É impossível determinar se os fatores psicológicos presentes são primários, concomitantes ou secundários⁸.

Quanto aos mecanismos fisiopatológicos envolvidos, existem importantes associações com disfunção do sistema somatossensorial; ocorrendo um processamento anormal da dor pelo sistema nervoso central; com disfunção do sistema neuroendócrino; evidenciando-se alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, e com falha no sistema de resposta ao estresse; ocorrendo déficit de adaptação a sobrecarga físicas ou psíquicas⁸.

Estudos experimentais evidenciam a presença de altos níveis de óxido nítrico nos músculos, além de baixo potencial de fosforilação e capacidade oxidativa muscular como redução de fosfocreatina muscular, ATP e aumento da substância P. Tais alterações poderiam facilitar a sensibilização e amplificação da dor demonstrada por alteração primária nos nociceptores aferentes, com aumento da excitabilidade neuronal e dos campos neuronais receptivos, ou seja, haveria um aumento na área de dor referida, a hipersensibilidade aferente. Ocorre sensibilização central com aumento da substância P e dinorfina no líquido cefalorraquidiano, aumento na somação temporal e potencial somatossensorial por estímulos cutâneos, redução da atividade do sistema de controle inibitório da nocicepção, observando-se uma disfunção serotoninérgica evidenciada por redução dos níveis de serotonina e seus precursores¹⁰. Dentre as alterações neuroendócrinas e respostas alteradas ao estresse observam-se níveis anormais de ACTH e cortisol urinário, com resposta reduzida do cortisol e hiperatividade do sistema nervoso simpático¹¹.

De forma geral, o diagnóstico da SAD baseia-se nos achados clínicos, pois valores de laboratório e de técnicas de imagem não se mostram alterados. O seu reconhecimento depende de uma boa comunicação entre os pacientes e médicos, que permitirá observar os comprometimentos sensoriais, emocionais e cognitivos dos pacientes. E nos idosos, por vezes, há limitações na comunicação, por exemplo, em casos de déficits visuais e auditivos¹².

Especificamente em indivíduos idosos deve-se sempre verificar o impacto da dor crônica dor na capacidade funcional, ou seja, impacto nas dimensões física, mental, social e executivo-funcional, e também, na sua QV. Quanto as SAD observa-se que se transformam em gran-

des impactos nas suas vidas¹³. Do ponto de vista físico e mental, uma dor crônica frequentemente contribui para quadros de distúrbios de marcha com prejuízo na deambulação, e assim, acarretando perda de condicionamento físico, e também quedas. Quanto à funcionalidade executiva, a dor crônica frequentemente acarreta maior grau de dependência funcional para as atividades instrumentais e básicas da vida diária. Na dimensão social, observa-se aumento na utilização dos serviços médicos, e aumento das despesas dos familiares, o que com frequência colabora para prejuízos na QV, isolando o indivíduo de importantes estímulos sociais, e amplificando as perdas funcionais e emocionais causadas pela dor não tratada. Em geral, os pacientes acometidos experimentam grande sofrimento físico, fadiga, depressão, distúrbio do sono, além de outras condições associadas potencialmente debilitantes¹⁴.

É muito importante a compreensão dos efeitos da SAD na independência funcional e QV dos idosos, para efetivas estratégias de tratamento. A presença de dor crônica moderada tem influências negativas, assim, os profissionais de saúde devem estar sempre atentos, e utilizar métodos avaliativos que possam identificar a magnitude do quadro algico, uma vez que muitas vezes os idosos não sabem expressar adequadamente suas dores, e assim, oferecer todo o suporte de saúde necessário¹⁵.

Para a adequada terapêutica, a dessensibilização central é de máxima importância. Podem ser de grandes êxitos os medicamentos antidepressivos, os anticonvulsivos, os antagonistas dos receptores NMDA, a psicoterapia e a melhora do sono. Assim, o tratamento farmacológico e não farmacológico é sempre requerido, e atualmente podem ser intervenções poderosas no tratamento da SAD. Dentre as SAD na população idosa, a FM merece atenção, pois são poucos os estudos científicos abordando esse tema, especificamente, na Geriatria. Acredita-se que na população idosa a FM recebe por muitas vezes o diagnóstico incorreto e, conseqüentemente, uma terapêutica inadequada, por isso, justificam-se maiores investigações e divulgações à respeito. Um fato muito importante é que os idosos experimentam diferentes graus de “sintomas fibromiálgicos” quando comparados a indivíduos jovens¹⁶. Muitos foram os seus estudos de prevalência de FM, mas a grande maioria abordando principalmente a população onde se observa maior frequência daquela doença; entre 30 e 60 anos¹⁷. Considerando-se a população brasileira, mais um fato deve ser levado em conta: aqueles estudos de prevalência ocorreram em países com características diferentes das do presente estudo.

As casuísticas mais frequentes de FM na população são

encontradas no programa *The community Oriented Program for control of Rheumatic Disease* (COPCORD) criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Liga Internacional das Associações de Reumatologia (ILAR). Contudo, os estudos envolvidos neste programa abordam grandes intervalos de idades e diversas doenças reumáticas, assim, por tais diversidades ficam comprometidos os resultados de prevalência de FM, especificamente em idosos. E também, dentre aqueles, apenas o estudo brasileiro discriminou especificamente a população idosa. Neste último, foi encontrada prevalência de FM de 1,9% em indivíduos mais idosos; faixa etária de 55 a 74 anos¹⁸.

Estudo americano com maior especificidade para a FM encontrou prevalência de 5,4% para idosos; faixa etária acima de 60 anos¹⁹. Em estudo francês a prevalência encontrada foi de 2,8% e 4,1%; faixas etárias de 65 a 74 anos e 75 a 84 anos, respectivamente²⁰.

Pouco se discutiu nos estudos já publicados sobre as características associadas à FM em idosos, assim, não se sabe se as variáveis étnicas, culturais e/ou ambientais diferiram nas populações idosas abordadas. Em geral, há sempre um predomínio do gênero feminino, o que por sua vez o colocaria como fator predisponente de dor, pautado em fatores biológicos, hormonais e sociais.

Atualmente há dois diferentes critérios diagnósticos para a FM. Segundo o Colégio Americano de Reumatologia (ACR), cujos critérios são internacionalmente reconhecidos, há requerimento da presença de dor difusa por três meses ou mais e a presença de 11 de 18 pontos dolorosos; os *tenders points* (áreas anatômicas de excesso de sensibilidade dolorosa à palpação, sendo tipicamente áreas de inserções de músculos e tendões)²¹. E mais recentemente, fala-se sobre os critério segundo Wolfe e col.²², que requerem a presença de 4 ou 5 regiões dolorosas, e vários sintomas relacionados como, principalmente, alteração cognitiva, fadiga, distúrbio do sono e depressão. O que estimulou as discussões sobre os recentes critérios formulados foram as determinações dos pontos dolorosos, que são muito subjetivas e variam conforme o examinador e a ocasião.

Alguns pacientes são capazes de identificar alguns fatores que precipitam ou agravam o seu quadro, e entre eles, os quadros virais, traumas físicos e psíquicos, mudanças climáticas, sedentarismo e ansiedade. Em geral, além da dor persistente, a maioria exibe fadiga¹⁴, além de outras queixas, entre elas: distúrbios do sono; cefaleia de caráter tensional ou do tipo enxaqueca, cólon irritável, fenômeno de Raynaud, edema subjetivo de partes moles, dificuldade de concentração, boca e

olhos secos, palpitação, parestesias em membros superiores e/ou inferiores, sensibilidade a alguns alimentos e a algumas medicações, depressão e/ou histórico de depressão²³. Certas doenças apresentam muitas semelhanças com a FM.

Estudo que comparou 31 indivíduos em que o início da FM se deu após os 60 anos de idade, e outros 63 em que o seu início foi antes dos 60 anos, encontrou-se que em 40% deles havia sido diagnosticado incorretamente a artrite reumatoide ou a polimialgia reumática¹⁷. Esses indivíduos submeteram-se ao uso de corticosteroides orais, fato que representa um grande problema especialmente para a população idosa. Ainda nesse estudo, uma importante observação foi que o reconhecimento da FM somente se deu em 17% dos idosos com aquela condição.

Com o envelhecimento os sintomas de FM parecem ser exclusivos. Os mais jovens referem dor como o mais grave dos seus sintomas enquanto os idosos referem mais fadiga, inchaço e depressão¹⁶. Em idosos são menos frequentes as cefaleias, o autorrelato de ansiedade e tensão, o agravamento dos sintomas por fator climático, esforço mental ou por distúrbio do sono¹⁶. Os idosos podem até ser menos sintomáticos que adultos de meia-idade, como mostrou estudo recentemente publicado²⁴, contudo, ainda se nota importância no quadro clínico.

Quanto ao tratamento da FM em idosos, continuam sendo muito úteis as reduções sensoriais nociceptiva periférica; particularmente nos músculos, as melhorias ou prevenções da sensibilização central, e as abordagens dos efeitos negativos associados, particularmente a depressão. Nos estudos envolvendo a eficácia terapêutica farmacológica, especificamente em idosos, grande importância recai, além da eficácia, na tolerabilidade e na presença de comorbidades. Os tratamentos para os indivíduos idosos devem ser adaptados para atender às suas necessidades exclusivas, levando-se em conta a saúde individual.

O tratamento farmacológico inclui algumas classes medicamentosas. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINES) parecem apresentar efeito sinérgico quando combinados a medicações que atuam no sistema nervoso central, contudo, nos idosos deve-se ter mais cautela. Os antidepressivos são os fármacos de escolha, podendo melhorar, além da dor, o sono, a depressão, o estresse e a ansiedade. Dentre esses, principalmente os tricíclicos²⁵; amitriptilina e nortriptilina, contudo, também devem ser utilizados com cautela nos idosos por causa dos seus efeitos adversos. Estão mais em foco os inibidores de dupla ação, com evidências

para a duloxetine. Estudo multicêntrico abordando também idosos com FM, mas com média de idade 49 anos, a duloxetine por 12 semanas melhorou consideravelmente a intensidade da dor, a rigidez e a QV das mulheres²⁶.

Também podem ser utilizados os antiepiléticos como a gabapentina²⁷, pregabalina²⁸, topiramato, carbamazepina e a lamotrigina. Estudo recente utilizando a duloxetine e pregabalina, com duração por 12 meses, também envolvendo idosos, mas com média de idade de 50 anos, mostrou diferentes padrões de dosagens para cada fármaco²⁹. Neste, a dose média diária de duloxetine esteve relativamente mais estável ao longo do tempo, enquanto que com a pregabalina houve significativo aumento de dose durante o período, com a dose média diária de 55,6 mg/pessoa para a duloxetine e de 195,7 mg/pessoa para a pregabalina, e isto implicou em maiores custos para a pregabalina.

Bloqueadores neuromusculares, como a ciclobenzaprina³⁰, o carisoprodol e a tizanidina; também configuram no arsenal terapêutico, assim como os agonistas dopaminérgicos.

Quanto à terapia não farmacológica, essa de destacada importância, o aspecto chave seria a educação do paciente, que se deve dar por meio de esclarecimentos

da doença. Os exercícios, nas diferentes modalidades são obrigatórios. Treinamento de resistência, particularmente, em pacientes idosos, vem sendo uma área de grande interesse devido aos vários benefícios funcionais à saúde³¹. Os exercícios físicos devem ser muito bem orientados, caso contrário poderia oferecer riscos aos idosos, pois fatores como a idade, grau de condicionamento físico, intensidade do exercício e condições associadas determinam resultados favoráveis ou não¹². A terapia cognitivo-comportamental, yoga e massagens dos mais variados tipos podem trazer alívio sintomático³². A acupuntura tem conseguido resultados na FM, mas por curto período.

Em suma, o tratamento da FM, até o momento, é sintomático, devendo ser multidisciplinar com as associações de terapias farmacológicas e não farmacológicas, valorizando-se as terapias multimodais.

O diagnóstico de polimialgia reumática em idosos realmente pode ter várias diferenças (Tabela 1)³³, assim, se deve ficar atento, pois um tratamento errôneo com corticoide; medicação de eleição na polimialgia reumática pode trazer sérios prejuízos, especialmente tratando-se de um idoso. Pequenas elevações no VHS são comuns na população geriátrica, e geralmente sem significado clínico. Atualmente vem sendo de auxí-

Tabela 1 – Diagnósticos diferenciais da fibromialgia

Diagnósticos	Quando pensar	Sugestões
Hipotireoidismo	Pensar quase sempre, mas raramente o seu tratamento melhora os sintomas da FM	TSH, T4 livre
Hiperparatireoidismo	Manifestações ósseas e renais	Cálcio sérico, PTH
Polimialgia reumática	Dor em cintura escapular e pélvica, rigidez matinal e artrite	VHS, PCR, e US ou RNM dos ombros, também como opção
Polimiosite	Fraqueza muscular	CPK, aldolase
Mieloma múltiplo	Dor óssea difusa, emagrecimento, insuficiência renal, anemia, elevação de cálcio sérico	Eletroforese de proteína, Bence Jones U.
Osteomalácia	Perda óssea, dor óssea, marcha anserina, pseudofraturas	Vitamina D, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina
S. Sjögren	Sintomas sicca, fadiga, artrite	Anti-Ro, anti-La
Miopatia medicamentosa	Estatinas, fibratos, bloqueadores H2, corticoide, cocaína, canabis	Retirar o fármaco
Parkinsonismo inicial	Bradicinesia, tremor, rigidez, fadiga	Abordagem do parkinsonismo

US = ultrassonografia; RNM = ressonância nuclear magnética; FM = fibromialgia.

lio nos diagnósticos diferenciais da polimialgia reumática o ultrassom de ombros, o qual demonstra com frequência bursite subacromial/subdeltoideana bilaterais^{34,35}. Este último tem alta sensibilidade e especificidade para a polimialgia reumática, e já foi sugerido como um novo critério para o diagnóstico, uma vez que também se encontra alterado tanto em casos com VHS elevada ou normal³⁵.

Após o diagnóstico correto e tratamento clínico orientado e seguido corretamente, observou-se melhora significativa do quadro.

Respaldo pela revisão da literatura, a terapia multimodal da dor é muito eficaz, e se baseia na premissa de que sempre que for possível devem ser associados fármacos e técnicas que tenham efeitos sinérgicos, relacionados à farmacocinética e/ou farmacodinâmica, no alívio da dor. Isto permitiria o uso mais racional, com menores doses dos fármacos, e menos efeitos colaterais. Em relação ao programa de autogerenciamento em dor³⁶ adotado no caso clínico foi muito importante no tratamento analgésico, que objetivou reduzir a dor, melhorar o humor e o funcionamento psicossocial da paciente. Também, houve contribuição da terapia farmacológica com a prescrição de analgésicos opioide como o tramadol, e não opioide como o clonixinato de lisina, esse último com comprovação de eficácia analgésica e tolerabilidade em idosos³⁷, e prescrição da duloxetine, um fármaco modulador de dor.

A abordagem da SAD em idosos ainda é um grande desafio. No presente caso, a paciente submeteu-se a um curso prolongado com corticosteroide, o que representou, no mínimo, um grande problema para ela, como um significativo aumento no risco de fraturas.

É muito importante o reconhecimento da SAD nos idosos, sabendo-se que nos indivíduos mais jovens a dor é o mais grave dos sintomas, enquanto que nos idosos são mais referidos fadiga, inchaço, e depressão¹⁷. E também, nesses são menos frequentes as queixas de dor de cabeça crônica, autorrelato de ansiedade e tensão, agravamento de sintomas por fator climático, esforço mental ou por distúrbio do sono. Em virtude do grande sofrimento e prejuízo funcional que a SAD pode acarretar, deverá ser chamada a atenção dos profissionais da saúde o rol de diagnósticos possíveis frente aos idosos com dores difusas. Atualmente, até mesmo outros aspectos têm sido estudados em relação às dores difusas, como o aspecto de destacada importância no envelhecimento que é a velocidade do processamento psicomotor. Estudo encontrou associação

entre a dor crônica generalizada e a lentificação na velocidade do processamento cognitivo em idosos de comunidade³⁸.

Assim, a SAD não pode ser tratada com menosprezo em idosos, devendo-se captar todas as atenções no diagnóstico e tratamento, buscando-se alívio dos sintomas que possam comprometer o envelhecimento bem sucedido. Há grandes possibilidades de melhora sintomática, funcional, e na QV dos idosos com SAD ao se atentar para os seus diagnósticos diferenciais, e ao se introduzir terapêuticas adequadas.

CONCLUSÃO

A SAD em idosos ainda é pouco diagnosticada, apesar da grande importância clínica de suas repercussões, principalmente tratando-se do espectro da FM, a qual apresenta características peculiares nos pacientes. A melhora clínica significativa no caso clínico apresentado implicou em considerar os vários diagnósticos diferenciais, e orientação para terapia multimodal.

REFERÊNCIAS

1. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997;31(2):184-200.
2. Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain* 1984;18(3):299-314.
3. Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a unified concept for fibromyalgia and other similar maladies. *J Indian Rheum Assoc* 2000;8(1):27-33.
4. Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007;36(6):339-56.
5. Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum* 2008;37(6):339-52.
6. Perl E, Graham-Kenan S. Causalgia: sympathetically-aggravated chronic pain from damaged nerves. *Pain Clinical Updates* 1993;(4):1.
7. Gerwin RD, Dommerholt J, Shah JP. An expansion of Simons' integrated hypothesis of trigger point formation. *Curr Pain Headache Rep* 2004;8(6):468-75.
8. Yunus MB. Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillieres Clin Rheumatol* 1994;8(4):811-37.
9. Mourão AF, Blyth FM, Branco JC. Generalised mus-

- culoskeletal pain syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(6):829-40.
10. Chase TN, Murphy DL. Serotonin and central nervous system function. *Annu Rev Pharmacol* 1973;13:181-97.
11. Schwarz MJ, Späth M, Müller-Bardorff H, et al. Relationship of substance P, 5-hydroxyindole acetic acid and tryptophan in serum of fibromyalgia patients. *Neuro Sci Lett* 1999;259(3):196-8.
12. Costa EDGMM. Síndromes de Amplificação Dolorosa. *Einstein* 2008;6(Suppl 1):S151-6.
13. Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38(1):19-28.
14. Bennett JA, Stewart AL, Kayser-Jones J, et al. The mediating effect of pain and fatigue on level of functioning in older adults. *Nurs Res* 2002;51(4):254-65.
15. Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev Dor* 2011;12(2):120-4.
16. Yunus MB, Holt GS, Masi AT, et al. Fibromyalgia syndrome among the elderly. Comparison with younger patients. *J Am Geriatr Soc* 1988;36(11):987-95.
17. Neumann L, Buskilla D. Epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Head Rep* 2003;7:362-68.
18. Senna ER, De Barros AL, Silva EO, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol* 2004;31(3):594-7.
19. Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38(1):19-28.
20. Bannwarth B, Blotman F, Roué-Le Lay K, et al. Fibromyalgia syndrome in the general population of France: a prevalence study. *Joint Bone Spine* 2009;76(2):184-7.
21. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33(2):160-72.
22. Wolfe F, Clauw AJ, Fitzcharles AM, et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care Res* 2010;62(5):600-10.
23. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome. An emerging but controversial condition. *JAMA* 1987;257(20):2782-7.
24. Shillam CR, Dupree Jones K, Miller L. Fibromyalgia symptoms, physical function, and comorbidity in middle-aged and older adults. *Nurs Res* 2011;60(5):309-17.
25. Goldenberg DL, Felson DT, Dinerman H. A randomized, controlled trial of amitriptyline and naproxen in the treatment of patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1986;29(11):1371-7.
26. Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, et al. A double-blind, multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. *Arthritis Rheum* 2004;50(9):2974-84.
27. Moore RA, Wiffen PJ, Derry S, et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;16(3):CD007938.
28. 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(4):1264-73.
29. Sun P, Zhao Y, Zhao Z, et al. Medication dosing patterns associated with duloxetine and pregabalin among patients with fibromyalgia. *Curr Med Res Opin* 2011;27(9):1793-801.
30. Bennett RM, Gatter RA, Campbell SM, et al. A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis. A double-blind controlled study. *Arthritis Rheum* 1988;31(12):1535-42.
31. Valkeinen H, Häkkinen K, Pakarinen A, et al. Muscle hypertrophy, strength development, and serum hormones during strength training in elderly women with fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 2005;34(4):309-14.
32. Oliveira RDR, Petean FC, Louzada-Júnior P. Fibromialgia. *Rev Bras Med* 2010;67(12):31-6.
33. Scotton AS, Souza VA, Fraga RO, et al. Fibromialgia. *Rev Bras Med* 2010; 67(7):221-7.
34. Cantini F, Salvarani C, Olivieri I, et al. Shoulder ultrasonography in the diagnosis of polymyalgia rheumatica: a case-control study. *J Rheumatol* 2001;28(5):1049-55.
35. Cantini F, Salvarani C, Olivieri I, et al. Inflamed shoulder structures in polymyalgia rheumatica with normal erythrocyte sedimentation rate. *Arthritis Rheum* 2001;44(5):1155-9.
36. Santos FC, Souza PMR, Nogueira SAC, et al. Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. *Rev Dor* 2011;12(3):209-14.
37. Santos FC, Souza PMR, Toniolo Neto J, et al. Tratamento da dor associada à osteoartrite de joelho em idosos: um estudo randomizado duplamente encoberto com clonixinato lisina. *Rev Dor* 2011;12(1):6-14.
38. Lee DM, Pendleton N, Tajar A, et al. Chronic widespread pain is associated with slower cognitive processing speed in middle-aged and older European men. *Pain* 2010;151(1):30-6.

Apresentado em 28 de novembro de 2011.

Aceito para publicação em 23 de abril de 2012.