

## Fibromialgia e síndrome miofascial – vai ou não vai?

**F**inal de 2008, quase terminando a primeira década do século XXI e, eis que sinto a necessidade de escrever sobre dor musculoesquelética não-inflamatória com o título acima. É bem verdade que o convite veio a calhar, e neste número temos dois artigos relevantes a respeito, mas, para muitos colegas mundo afora ainda é um fardo ter que ouvir e/ou ler a respeito de fibromialgia e síndrome miofascial.

Todos concordamos que DOR é um problema grave na comunidade. Os reumatologistas parecem, entretanto, querer que ela seja sempre inflamatória, e de preferência autoimune, pois de outra forma “não tem graça” ou talvez nem exista. Por isso, começamos a perder mais um campo de atuação para os colegas de outras especialidades (soa familiar a coluna e a osteoporose?).

Fibromialgia como paradigma de dor difusa crônica, e a síndrome miofascial, como representante de dor localizada, representam o resumo bem acabado da inter-relação existente entre sistemas de controle neurológico – imunológico – endócrino – comportamental do ser humano. Sabemos hoje que a disfunção em qualquer um destes setores pode traduzir-se em dor, que dependendo das características próprias de cada hospedeiro poderá variar de fenótipo.

Explicando melhor, desequilíbrios momentâneos no controle de diversos fatores estressantes são comuns, e não causam doença, até que atinjam um nível crítico, seja pela intensidade do estímulo, seja pela fraqueza da defesa do indivíduo. Assim, os quadros dolorosos representam a ponta do *iceberg* de um contínuo, que se torna insuportável e requer atenção médica.

Não restam dúvidas quanto às alterações fisiopatológicas existentes nos pacientes com fibromialgia. No trabalho apresentado nesta edição há um recado novamente importante: a qualidade de vida destas pacientes é ruim, e, INDEPENDENTE do estado emocional naquele momento.

Quanto à síndrome miofascial, nós reumatologistas temos um sério problema: muitos pacientes têm osteoartrite concomitante, e, não sabemos examinar o paciente e detectar um ponto gatilho; com isto, o diagnóstico dificilmente é dado, ou então está errado. O trabalho apresentado nesta revista fornece mais um dado a favor da verdadeira existência elétrica do ponto-gatilho, e traz para o clínico o subsídio de talvez realizar um exame menos invasivo do que a eletromiografia clássica por agulha, na determinação da sua exata localização e da sua intensidade.

Por que continuar ensinando ao reumatologista a colher uma história clínica adequada, realizar um bom exame físico e raciocinar corretamente sobre os diagnósticos diferenciais de pacientes com dor musculoesquelética? Por que o reumatologista tem de continuar aprendendo? Porque fazer o diagnóstico de fibromialgia e síndrome miofascial implica na capacidade clínica de afastar comorbidades, atribuir a importância relativa adequada na manifestação clínica de cada paciente de cada comorbidade e, não menos importante, saber quando o paciente NÃO tem fibromialgia e/ou síndrome miofascial.

Quero parabenizar os autores destes dois trabalhos publicados neste número, pela insistência teimosa e bem aventurada em manter a pesquisa com dor não-inflamatória no Brasil, e também aos novos editores, por continuarem a dar o espaço na revista e possibilitar a difusão do conhecimento.

Daniel Feldman  
Professor Adjunto da Disciplina de Reumatologia da  
Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de  
Medicina (UNIFESP-EPM)