

Tontura e fibromialgia

Carla Cristina A. Torres,^{1*} Aída Regina M. de Assunção,² Ciríaco Cristóvão T. Atherino²

Resumo

A síndrome da fibromialgia é caracterizada pela presença de dor musculoesquelética difusa e de múltiplos pontos dolorosos (*tender points*) em tecidos moles, estando geralmente acompanhada de diversos sintomas não relacionados ao aparelho locomotor, entre eles fadiga, rigidez e distúrbios do sono. Sua fisiopatologia ainda não é totalmente compreendida. Acredita-se que o distúrbio primário na fibromialgia seria uma alteração em algum mecanismo central de controle da dor, a qual poderia resultar de uma disfunção relacionada a neurotransmissores. Sintomas centrais que acompanham o quadro doloroso são o sono não reparador e a fadiga, presentes na grande maioria dos pacientes. Também surge a síndrome das pernas inquietas, fadiga matutina e dor ao despertar. Sensações parestésicas habitualmente se fazem presentes. É importante ressaltar que as parestesias nestes pacientes não respeitam uma distribuição dermatômica. Outro sintoma geralmente presente é a sensação de inchaço, particularmente nas mãos, antebraços e trapézios, que não é observada pelo examinador e não está relacionada a qualquer processo inflamatório. Podemos encontrar também queixas de cefaleia, tontura, zumbido, dor torácica atípica, palpitação, dor abdominal, dificuldade de concentração e falta de memória. Com relação especificamente à tontura, também não parece haver alteração no sistema labiríntico que justifique o sintoma.

Descritores: Tontura; Fibromialgia; Causalgia.

Abstract

Dizziness and fibromyalgia

The fibromyalgia syndrome is characterized by the presence of diffuse muscle pain and multiple painful points (tender points) in soft tissues, being generally accompanied by diverse symptoms unrelated to the locomotive device, among which fatigue, rigidity and disorders of sleep. Its physiopathology is not yet totally understood, and it's believed that the primary condition in fibromyalgia would be an alteration in some central mechanism of pain control, which could result from a dysfunction in neurotransmitters. Central symptoms related to the painful presentation are non-restoring sleep and fatigue, found in the great majority of the patients. Also appear restless legs syndrome, morning fatigue, and morning pain. Paresthetic sensations habitually occur. It is important to note that paresthesia in these patients does not follow a dermatome distribution. Another common symptom is a swelling sensation, particularly in the hands, forearms and trapezes, whose cause can't be determined through physical examination, being unrelated to any inflammatory process.

1. Disciplina de Otorrinolaringologia. Departamento de Especialidades Cirúrgicas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Disciplina de Otorrinolaringologia. Departamento de Especialidades Cirúrgicas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

*Endereço para correspondência:

Secretaria da Otorrinolaringologia
Boulevard 28 de Setembro, 77, 5º andar
Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP: 20551-030.
E-mail: otoneuro@uerj.br

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2015;14(1):51-55
doi: 10.12957/rhupe.2015.16209
Recebido em 28/07/2014. Aprovado em 30/10/2014.

We can also find complaints of chronic headache, giddiness, humming, atypical thoracic pain, palpitation, abdominal pain, impaired concentration and lack of memory. Regarding giddiness, there also seems to be no involvement in the labyrinthine system to justify the symptom.

Keywords: Dizziness; Fibromyalgia; Causalgia.

Resumen

Mareos y fibromialgia

El síndrome de la fibromialgia es caracterizado por la presencia de dolor musculo esquelético difuso y de múltiples puntos dolorosos (tender points) en tejidos blandos, por lo general se acompaña de diversos síntomas que no están relacionados con el aparato locomotor, entre éstos: fatiga, rigidez, disturbios del sueño. Su fisiopatología todavía no es totalmente comprendida. Se cree que el trastorno primario en la fibromialgia sería una alteración en algún mecanismo central de control del dolor, el cual podría resultar de una disfunción relacionada a neurotransmissores. Los síntomas centrales que acompañan el cuadro doloroso son el sueño no reparador y la fatiga, presentes en la mayoría de los pacientes. El Síndrome de las piernas inquietas, cansancio matutino y dolor al despertar. Las sensaciones parestésicas normalmente están presentes. Es importante destacar que las parestesias en estos pacientes no respetan una distribución dermatómica. Otro síntoma generalmente presente es la sensación de hinchazón, particularmente en las manos, los antebrazos y

los trapecios, que no es observada por el examinador y no está relacionada con ningún proceso inflamatorio. También podemos encontrar: quejas de cefalea, mareo, zumbido, dolor torácico atípico, palpitação, dolor abdominal, dificultades

de concentración y falta de memoria. Específicamente en relación con mareos, tampoco parece haber alteración en el sistema laberíntico que justifique el síntoma.

Palabras clave: Mareo; Fibromialgia; Causalgia.

Introdução

A síndrome da fibromialgia é caracterizada pela presença de dor musculoesquelética difusa e de múltiplos pontos dolorosos (*tender points*) em tecidos moles, estando geralmente acompanhada de diversos sintomas não relacionados ao aparelho locomotor, entre eles fadiga, rigidez e distúrbios do sono.¹

Pela ausência de substrato anatômico em sua fisiopatologia e por sintomas que se confundem com a depressão maior e a síndrome da fadiga crônica, o diagnóstico da fibromialgia nem sempre é fácil. A sua prevalência é de cerca de 2% na população geral. A proporção de mulheres para homens é de aproximadamente 6 a 10:1. A maior prevalência encontra-se entre 30-50 anos, podendo ocorrer também na infância e na terceira idade.²

A sua fisiopatologia ainda não é totalmente compreendida, porém acredita-se que o distúrbio primário na fibromialgia seria uma alteração em algum mecanismo central de controle da dor, que poderia resultar de uma disfunção de neurotransmissores.¹ Tal disfunção neuro-hormonal incluiria uma deficiência de neurotransmissores inibitórios em níveis espinhais ou supraespinhais (serotonina, encefalina, norepinefrina e outros), ou uma hiperatividade de neurotransmissores excitatórios (substância P, glutamato, bradicinina e outros peptídeos), ou ainda ambas as condições poderiam estar presentes. Essas disfunções poderiam ser geneticamente predeterminadas e talvez desencadeadas por algum estresse não específico como, por exemplo, uma infecção viral, estresse mental ou um trauma físico.

A vulnerabilidade ao desenvolvimento de fibromialgia parece estar influenciada por fatores genéticos, ambientais e hormonais, causando alterações no nível de receptores neuro-hormonais.¹ O eixo hipófise-hipotálamo-adrenal e o sistema nervoso simpático, principais sistemas de resposta ao estresse, e suas interações com outras disfunções neuro-hormonais também parecem contribuir para essa síndrome dolorosa crônica.

Algum fator estressante agudo poderia desencadear o desenvolvimento de perturbação no eixo hipófise-hipotálamo-adrenal por mecanismos ainda não esclarecidos, mas que poderia envolver o sistema nervoso simpático e o sistema serotoninérgico. A deficiência de serotonina, um neuro-hormônio inibitório da dor, pode contribuir para as anomalias do sono, depressão e amplificação da dor.

A liberação de substância-P, um neuro-hormônio excitatório, é influenciada pela deficiência de serotonina, seja no sistema nervoso central, seja no sistema nervoso periférico, e pode causar um aumento na percepção da dor. Alguns acreditam que o triptofano, precursor da serotonina e neuro-modulador, e outros nove aminoácidos teriam sua concentração plasmática diminuída na fibromialgia e, ainda, que existiria maior afinidade na ligação da imipramina aos receptores serotoninérgicos plaquetários nesses pacientes. As pesquisas também evidenciaram uma diminuição dos níveis de triptofano e de outros aminoácidos e um aumento da concentração de substância-P, endorfinas e ácido 5-hidroxi-indolacético no sangue e no líquor de portadores de fibromialgia.¹

Evidências de anormalidades centrais e neuro-hormonais têm sido declaradas desde os primeiros estudos de polissonografia em fibromialgia, que reportaram um padrão anormal de intrusão de ondas alfa durante os estágios 2, 3 e 4 do sono não definido como *Rapid Eye Movement* (REM), conhecido como traçado "alfa no delta". Esse achado corresponde a um aumento da tonicidade muscular global, a um aumento na frequência respiratória e ao aparecimento de mioclônias.¹ Convém lembrar que esses achados não são exclusivos da fibromialgia, podendo ocorrer na síndrome da fadiga crônica, na artrite reumatoide, na depressão e em outras condições, ou até mesmo em pessoas saudáveis. Em estudos que avaliam o fluxo sanguíneo cerebral por meio da tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT), há dados que sugerem que a fibromialgia pode estar correlacionada com distúrbios discretos, primários ou secundários da função cerebral e com uma acentuação da disfunção em regiões corticais

frontais. Ambos os estudos sustentam a hipótese de que a anormalidade de percepção da dor, que ocorre na fibromialgia, possa ser o resultado de um distúrbio funcional de estruturas cerebrais.

Enfim, diversas anormalidades têm sido relatadas nos portadores dessa síndrome musculoesquelética crônica. Dentre elas, as mais importantes são a substância-P elevada no líquido, a serotonina reduzida nas plaquetas, um nível baixo de trifosfato de adenosina e um metabolismo anormal de carboidratos nas hemácias, regulação anormal da produção de cortisol e diminuição de fluxo sanguíneo em determinadas estruturas cerebrais.¹ Nenhuma dessas anomalias é específica. Portanto, elas não devem ser empregadas para fins diagnósticos, mas vêm oferecendo um melhor discernimento dessa moléstia e conduzindo a diferentes atitudes terapêuticas em relação a seus portadores.

É importante reconhecer que, apesar de não existir um exame diagnóstico específico para essa síndrome, como, por exemplo, uma análise laboratorial, um exame de imagem ou até uma investigação anatomopatológica, seus portadores fazem parte da rotina dos consultórios e ambulatórios das mais diversas especialidades médicas. Deve-se lembrar que tais pacientes não apresentam lesão, mas sofrem de desregulação. Este estado fisiológico alterado não é restrito aos tecidos moles do aparelho locomotor, podendo estender-se a outros aparelhos e sistemas, provocando uma variada sintomatologia.

A fibromialgia pode encontrar-se associada a 25% das artrites reumatóides, 30% dos lúpus eritematosos sistêmicos e 50% das síndromes de Sjögren. Assim como em outras condições crônicas, há um aumento na prevalência de diagnóstico de depressão nesses pacientes.²

Sintomas centrais que acompanham o quadro doloroso são o sono não reparador e a fadiga, presentes na grande maioria dos pacientes. A síndrome das pernas inquietas, a fadiga matutina e a dor ao despertar também são sintomas relatados com frequência. Sensações parestésicas habitualmente se fazem presentes. É importante ressaltar que as parestesias nestes pacientes não respeitam uma distribuição dermatômica. Outro sintoma geralmente presente é a sensação de inchaço, particularmente nas mãos, antebraços e trapézios, que não é observada pelo examinador e não está relacionada a qualquer processo inflamatório. Destacam-se cefaleia,

tontura, zumbido, dor torácica atípica, palpitação, dor abdominal, constipação, diarreia, dispepsia, tensão pré-menstrual, urgência miccional, dificuldade de concentração e falta de memória.² O exame físico fornece poucos achados. Os pacientes apresentam bom aspecto geral, sem evidência de doença sistêmica, sem sinais inflamatórios, sem atrofia muscular, sem alterações neurológicas, com boa amplitude de movimentos e com força muscular preservada, apesar dos sintomas mencionados.

Os sintomas não relacionados ao sistema musculoesquelético mais comuns nos pacientes com fibromialgia são: rigidez, distúrbios do sono, fadiga, parestesia, dificuldade de memória, palpitação, tontura, sensação de inchaço, dor torácica, zumbido, dificuldade de concentração.³

Tais sintomas não são decorrentes de lesões teciduais e provavelmente fazem parte de um mesmo espectro de disfunção.

O único achado clínico importante é a presença de sensibilidade dolorosa em determinados sítios anatômicos, chamados de *tender points*. Faz-se importante ressaltar que estes “pontos dolorosos” não são geralmente conhecidos pelos pacientes, e normalmente não se situam na zona central de dor por eles referida. De acordo com os critérios atuais, devem ser pesquisados os seguintes pares de pontos:

1. Suboccipital - na inserção do músculo suboccipital.
2. Cervical baixo - atrás do terço inferior do esternocleidomastoideo, no ligamento intertransverso C5-C6.
3. Trapézio - ponto médio do bordo superior, numa parte firme do músculo.
4. Supraespinhoso - acima da escápula, próximo à borda medial, na origem do músculo supraespinhoso.
5. Segunda junção costocostal - lateral à junção, na origem do músculo grande peitoral.
6. Epicôndilo lateral - 2 a 5 cm de distância do epicôndilo lateral.
7. Glúteo médio - na parte média do quadrante sferoexterno na porção anterior do músculo glúteo médio.
8. Trocântero - posterior à proeminência do grande trocântero.
9. Joelho - no coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho.

O critério de resposta dolorosa em pelo menos

11 desses 18 pontos é recomendado como proposta de classificação, mas não deve ser considerado como essencial para o diagnóstico.¹

A fibromialgia apresenta quadro clínico polimorfo. Esta síndrome pode apresentar múltiplos sintomas não relacionados ao aparelho locomotor. Tais sintomas não são decorrentes de lesões teciduais e provavelmente fazem parte de um mesmo espectro de disfunção. Os pacientes sentem a dor como de forte intensidade, sem evidência de doença inflamatória, distrófica ou degenerativa. Apesar de sua sintomatologia exuberante, o quadro clínico não é incapacitante. Reconhecer esta síndrome e seus comorbidos clínicos conduz a abordagem de investigação diagnóstica e de conduta terapêutica mais bem-sucedida.

A tontura é considerada por alguns autores como um dos sintomas mais comuns entre adultos. Ela consiste na ilusão de movimento do próprio indivíduo ou do ambiente que o circunda. Este sintoma pode ser causado por uma disfunção em qualquer segmento dos sistemas relacionados ao equilíbrio corporal. Quando a tontura adquire caráter rotatório é denominada vertigem. O dano ao sistema vestibular é a mais comum das causas orgânicas da vertigem. Além da vertigem, outros tipos de tontura ou instabilidade, juntamente com sintomas autonômicos secundários, tais como sudorese, náusea e vômitos, podem advir da disfunção do sistema vestibular.⁴

O paciente com tontura habitualmente relata dificuldade de concentração mental, perda de memória e fadiga. A insegurança física gerada pela tontura e pelo desequilíbrio pode conduzir à insegurança psíquica, irritabilidade, perda de autoconfiança, ansiedade, depressão ou pânico. Muitos pacientes com tontura, deliberadamente restringem as atividades físicas, viagens e reuniões sociais, com o intuito de reduzir o risco de aparecimento destes sintomas desagradáveis e assustadores e para evitar o embaraço social e o estigma que eles podem causar. Muitos estudos mostraram a importância de se avaliar os prejuízos da qualidade de vida em pacientes vertiginosos com o intuito de quantificar os efeitos impostos pela vertigem nas funções de vida diária, além de auxiliar na escolha do tratamento e na avaliação do mesmo.⁴

Os sintomas psicológicos - depressão, ansiedade e medo - são apontados pela literatura como comórbidos da vertigem, cuja influência pode tornar

o prognóstico menos positivo, com declínio na qualidade de vida dos pacientes.⁵ Esta comorbidade sugere que estudos sejam feitos no sentido de determinar quais os principais quadros psicológicos concomitantes à queixa de vertigem em pacientes otoneurológicos. A angústia, como o equivalente psíquico da vertigem, merece ser, bem como a ansiedade, a depressão e o medo, investigada como possível sintoma psicológico concomitante à vertigem e considerada no diagnóstico, prognóstico e terapêutica de pacientes otoneurológicos.

O exame otoneurológico é realizado para investigar funcionalmente o sistema vestibular e possibilitar a exclusão de alterações vestibulares relacionadas ao sistema nervoso central (SNC), além de confirmar os dados da história do paciente. O médico quer essencialmente avaliar a condição das orelhas do paciente, sua audição e sua habilidade para responder aos testes de equilíbrio, saber sobre a presença ou ausência de nistagmo e ter a certeza de que o funcionamento do SNC está satisfatório.

Está experimentalmente demonstrado que as estruturas labirínticas e principalmente a estria vascular apresentam atividade metabólica intensa e, portanto, dependem de oferta constante e adequada de oxigênio e glicose. Nesse aspecto, as alterações metabólicas que envolvem o fornecimento de energia, como as disfunções do metabolismo da glicose e da glândula tireoide, são facilmente entendidas como potenciais geradoras de tontura. A energia utilizada em forma de ATP deve ser fornecida constantemente por meio do recebimento contínuo de oxigênio e glicose.⁶

Por não possuir reservas tissulares de energia e por apresentar atividade permanente, o labirinto é sensível às variações de fornecimento de glicose durante a hipoglicemia ou ainda na presença de altos níveis de insulina.⁷ Já nos casos de diabetes *mellitus* propriamente dito, as alterações observadas histologicamente são a microangiopatia e a neuropatia periférica, responsáveis pela dificuldade do fluxo sanguíneo terminal e pelo fornecimento irregular de glicose 1. Alguns autores relatam ainda alterações celulares mínimas e comprometimento funcional das vias labirínticas centrais como complicação do diabetes *mellitus* inicial, sem relação com a neuropatia ou microangiopatia. O labirinto é particularmente sensível a pequenas variações nos níveis plasmáticos de glicose e insulina, e uma prova disso é a presença de receptores insulínicos

no saco endolinfático. Esse seria um dos motivos pelos quais as alterações subclínicas podem repercutir em seu funcionamento.⁶

Entre os distúrbios metabólicos aceitos atualmente como responsáveis por alterações labirínticas estão as disfunções metabólicas da glicose (diabetes, hipoglicemia reativa e hiperinsulinemia) e da glândula tireoide, além de problemas relacionados ao metabolismo lipídico.

No ambulatório de otoneurologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) foram observados, durante cerca de um ano, 17 pacientes diagnosticadas com fibromialgia no ambulatório de reumatologia do mesmo hospital. As pacientes responderam a um questionário em relação à tontura e foi feita anamnese detalhada direcionada a esta, que avalia: início do sintoma, intensidade, duração, características (rotatória, não rotatória, desequilíbrio), sintomas associados (zumbido, hipoacusia, cefaleia), fatores de piora e melhora, doenças concomitantes, ocupação, história de trauma craniano, doenças otológicas prévias, medicamentos em uso, medicações de que fez uso para tontura, tabagismo, prática de esportes e revisão dos sistemas. Foram realizados otoscopia, audiometria tonal, vocal e imitanciometria, exames otoneurológicos e vectoeletronistagmografia com aparelho computadorizado.

Das 17 pacientes observadas, apenas duas do grupo com fibromialgia apresentaram alteração com características periféricas na vectoeletronistagmografia. Na anamnese, observamos várias

queixas relacionadas à ansiedade, depressão e stress emocional; a maioria das pacientes refere que o repouso e o relaxamento melhoram a tontura.

Apesar do pequeno número de pacientes observadas, o fato de não haver alterações no exame clínico e no exame otoneurológico parece indicar que não existe alteração no sistema labiríntico que justifique o sintoma de tontura nas pacientes com fibromialgia.

Referências

1. Ignachewski LER, Semeghini TA, Garcia Junior JR. Aspectos Fisiopatológicos e Neuroendócrinos da Síndrome de Fibromialgia. *Saúde em Revista*. 2004;6(12):55-58.
2. Provenza JR, Pollak DF, Martinez JE, et al. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina - Fibromialgia. *Elaboração Final*: 2 de março de 2004.
3. Helfenstein M, Feldman D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. *Revista brasileira de reumatologia*. 2002;42(1) 8-14.
4. Ganança FF, Castro ASO, Branco FC, et al. Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2004;70(1):94-101.
5. Paiva AD, Kuhn AMB. Sintomas psicológicos concomitantes à queixa de vertigem em 846 prontuários de pacientes otoneurológicos do Ambulatório de Otoneurologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*. 2004;70(4):512-15.
6. Bittar RSM, Bottino MA, Zerati FE, et al. Prevalência das alterações metabólicas em pacientes portadores de queixas vestibulares. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2003;69(1):64-68.
7. Sanchez TG, Medeiros IRT, Fassolas G, et al. Frequência de alterações da glicose, lipídeos e hormônios tireoideanos em pacientes com zumbido. *Arq Otorrinolaringol*. 2001;5(1):6-10.