

Fibromialgia, LER, entre outras Confusões Diagnósticas

Fibromyalgia, Repetitive Strain Injury and other Diagnostic Confusions

Milton Helfenstein Jr. ⁽¹⁾

RESUMO

Este é um típico caso de ocorrência comum na rotina médica em todas as regiões do país. Envolve uma jovem profissionalmente ativa, afastada há diversos anos do trabalho, alegando total ausência de melhora de sua sintomatologia, contrariamente a uma evidência científica. Relata quadro de dor difusa pelo corpo, erroneamente interpretada como consequência de seu trabalho, com múltiplos diagnósticos de lesões musculoesqueléticas, que vêm piorando, apesar da retirada das incriminadas sobrecargas biomecânicas laborais. O caso foi interpretado como uma doença, *lato sensu*, que não é reconhecida na literatura médica. A possibilidade de fibromialgia, reumatismo psicogênico e de simulação, envolvendo litígio trabalhista, é trazida em questão.

Palavras-chave: síndrome da fibromialgia, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, lesões por esforços repetitivos, reumatismo psicogênico, litígio trabalhista.

INTRODUÇÃO

Paciente jovem, queixando-se de dores difusas pelo corpo há aproximadamente cinco anos, envolvendo o esqueleto axial e periférico. O quadro foi considerado como relacionado às suas atividades ocupacionais. No entanto, apesar da retirada das incriminadas sobrecargas biomecânicas laborais e do tratamento medicamentoso instituído, afirma piora progressiva.

RELATO DO CASO

CSP, 29 anos, feminina, solteira, bancária. A paciente alega que há cinco anos, quando contava com apenas 24 anos de idade, surgiu dor por toda a face extensora de ambos antebraços. Naquele período, encontrava-se há quatro meses na função de caixa, que foi precedida por dois anos na função de escriturária, dentro de seu cenário laboral. Por razões que não soube justificar, não procurou ajuda médica. Alega que seu quadro foi progressivamente piorando, somando-se dor por toda a extensão dos membros superiores, trapézios e região cervical. Aproximadamente

ABSTRACT

*This is a typical case, extremely common on daily practice, occurring in several areas of our country, involving a young female patient, active professionally, deviated from her job for several years, arguing total lack of efficacy on her treatment, conversely to scientific evidence. She complains of diffuse pain, erroneously interpreted as consequence of her job, with multiple specific diagnosis of musculoskeletal lesions, which has becoming worse, despite of withdrawal of the incriminated biomechanical overloading. The case was interpreted as a disease, *lato sensu*, which is not recognized in the medical literature. The possibility of fibromyalgia, psychogenic rheumatism and simulation, involving litigation, is brought forward.*

Keywords: *Fibromyalgia, repetitive strain injuries, cumulative trauma disorders, overuse syndrome, psychogenic rheumatism, litigation.*

um ano mais tarde, efetuou sua primeira consulta médica, alegando dor por toda a extensão dos membros superiores, região cervicodorsal, trapézios, além de sensação de dormência e formigamento nas mãos, que não possuíam um padrão cronológico. Nessa primeira consulta, foram solicitados exames de eletroneuromiografia (ENMG) de membros superiores, ultra-sonografias (US) de ombros, braços, cotovelos, antebraços, punhos e mãos, além de uma tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical. A ENMG concluiu por síndrome do túnel do carpo grau “frustro”, além de radiculopatia C5-C6-C7 bilateral. As USG sugeriram tendinopatia do supra-espinhal bilateral e bursite subacromial/subdeltóidea, contendo na respectiva análise descritiva tendão supra-espinhoso com espessura normal, heteroecogenicidade tendínea e presença de líquido dentro de ambas as bursas. Também sugeriram tenossinovite em cotovelos, em tendões flexores e extensores de punhos, com achados descritivos absolutamente idênticos em ambos os lados (presença de halo anecóico peritendíneo). A TC evidenciou uma discreta protusão discal com leve impressão sobre o saco dural, sem envolvimento de forames laterais.

Trabalho realizado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Recebido em 14/12/05. Aprovado, após revisão, em 10/01/06.

1. Assistente-Doutor da Disciplina de Reumatologia da UNIFESP.

Endereço para correspondência: Milton Helfenstein Jr, Rua João de Lacerda Soares, 90, São Paulo, CEP 04707-010, São Paulo, Brasil, e-mail: m.helfen@terra.com.br

Exames de sangue, envolvendo hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, proteína C-reativa, fator anti-nuclear, fator reumatóide, ASLO, células LE e testes de função tireoideana, foram todos normais ou negativos. A paciente foi considerada como portadora de LER/DORT (Lesão por Esforço Repetitivo / Distúrbios Osteomoleculares Relacionados ao Trabalho) e foi imediatamente afastada do trabalho. Alega que durante o seu atual e prolongado afastamento do trabalho, que já dura quatro anos, tem realizado, constantemente, tratamento medicamentoso e fisioterápico, envolvendo diversos antiinflamatórios, TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulations) e ondas-curtas para síndrome do túnel do carpo e ultra-som (US) e TENS para tendinites em membros superiores e bursite em ombros. Relata que vem progressivamente piorando. Suas dores estão mais freqüentes e mais intensas. Não há parestesia noturna ou mesmo pela manhã, mas que surge quando efetua qualquer tipo de atividade física, seja a mais leve. Alega também que nos últimos meses somou-se ao quadro dor na região lombar com irradiação para ambos os membros inferiores. Realizou uma ressonância magnética (RM) da coluna lombo-sacra, que também constatou uma protusão discal com um discreto efeito sobre o saco dural, porém com forames laterais de conjugação livre. O quadro foi interpretado como uma hérnia de disco causando lombociatalgia bilateral. Afirma que não tem condições de retornar ao trabalho e nem mesmo de efetuar quaisquer de suas tarefas domésticas, desde o início de seu afastamento.

O exame físico atual demonstra músculos normotônicos e normotróficos; ausência de nodulações ou espessamentos tendíneos; sem crepitação aos movimentos dos tendões. Sinal de Tinel e Phalen negativos. Manobra de estiramento do nervo mediano (*gliding*) negativa. Referiu diminuição da sensibilidade tátil em ambos os membros superiores e inferiores, sem respeitar qualquer distribuição dermatômica. Presença de 18 *tender points* positivos, além de positividade para todos os pontos-controle. Todas as manobras do exame físico obtiveram respostas discrepantes, com a paciente apontando dores em sítios anatômicos que não foram estressados. Presença de calosidades nas mãos. As manobras específicas de estresse de tendões na região dos ombros (*Apley, Neer, Jobe, Patte, Hawkins, Yergason, Speed, Lippman, Dawbarn, Gerber, palm-up* e teste do aperto do botão subacromial), cotovelos (envolvendo manobras de Mill, Maudsley e Cozen), punhos e mãos, foram todas negativas, demonstrando ausência de processo inflamatório tendíneo (tendinite) ou bursite.

DISCUSSÃO

Este é um caso típico que se vem vivenciando na prática médica diária, dentro do cenário LER/DORT, com indivíduos envolvidos em litígio trabalhista, com anos de afastamento, alegando piora progressiva e irreversibilidade de fictícias lesões teciduais⁽¹⁾. Tem se deixado a propedêutica médica de lado e tem sido transferida a responsabilidade do diagnóstico final para exames que servem apenas para complementar o raciocínio clínico⁽²⁾. Cumpre destacar a grande freqüência com que os médicos solicitam as chamadas “provas de atividade reumática” para quaisquer dores declaradas no sistema musculoesquelético. Geralmente solicitam fator anti-nuclear, fator reumatóide, células LE, ASLO e proteína C-reativa sem quaisquer critérios, e quando alterados tais resultados, costumam encaminhar ao reumatologista para “afastar” enfermidade reumática e, depois, rotular como LER. Apenas alguns adotaram uma graduação para achados eletrofisiológicos mais discretos do que leves, ou seja, “frustra” e tem se hipervalorizado tais achados. Freqüentemente, têm se encontrado radiculopatias em vários níveis nesses exames de ENMG e, ainda, bilaterais, sem qualquer achado clínico ou de imagem corroborativo, como neste caso, que havia apenas um discreto abaulamento/protusão discal que foi erroneamente interpretado como hérnias de discos cervical e lombar. Tal achado de TC e de RM ocorre em até 40% e 50% dos indivíduos assintomáticos, respectivamente⁽³⁾. Já na própria anamnese percebe-se que a queixa de parestesias nas mãos não tem relação com uma suposta síndrome do túnel do carpo ou com radiculopatia. O exame físico demonstrou a ausência de tal possibilidade. Cumpre lembrar que radiculopatia raramente é bilateral, muito menos em diversos níveis. Além disso, a dor costuma iniciar-se na região vertebral e ter irradiação descendente, diferentemente deste caso, em que a paciente alega justamente o contrário (irradiação ascendente e iniciando-se por antebraços, poupando as mãos). As US têm sido solicitadas para braços e antebraços, apesar de não haver indicação na totalidade das vezes, pois não há questionamento sobre a possibilidade de abscessos, tumorações ou avaliações de massas nesses sítios anatômicos, tratando-se de estruturas onde nem mesmo existem tendões, os quais representam os tecidos quase sempre considerados como inflamados e responsáveis pela maioria da sintomatologia declarada, dentro deste cenário LER/DORT. Os médicos pedem US indiscriminadamente. Os achados são hipervalorizados. Neste caso, nem mesmo tivemos acesso à documentação fotográfica de tais exames

(que sabidamente não são interpretados pelos médicos envolvidos, que se limitam apenas a dar credibilidade às respectivas conclusões dos laudos de imagem). Cumpre ressaltar que os eletromiografistas e ultra-sonografistas menos cuidadosos deveriam se ater apenas às análises descritivas de tais exames e deixar a conclusão diagnóstica para o médico envolvido. Faz-se importante lembrar que os achados ultra-sonográficos que permitem inferir por uma bursite são acúmulo de líquido dentro da bursa, além de espessamento das suas respectivas paredes⁽³⁾, que não foram constatadas. Na US foi apenas evidenciada a presença fisiológica de líquido. Geralmente numa tendinite o achado ultra-sonográfico é o aumento da espessura tendínea^(3,4), juntamente com hipocogenicidade tendínea, que também não foram constatados nessa paciente. Numa tenossinovite deve ocorrer acúmulo de líquido na bainha sinovial^(3,4) (o qual pode estar presente em indivíduos sadios). Destaque-se que o tendão supra-espinhoso possui heterocogenicidade fisiológica, pelas suas características biomecânicas, com suas fibras em distintas orientações. O ultra-sonografista chegou a alegar tenossinovite em tendões na região do cotovelo, que foi interpretada pelo médico envolvido como epicondilite medial e lateral. Faz-se imperativo lembrar que tenossinovite significa processo inflamatório de bainha sinovial tendínea e que nenhum tendão na região ao nível do cotovelo possui bainha sinovial. Portanto, o ultra-sonografista alegou algo que não existe. Não há nenhuma relação com epicondilite. Além disso, epicondilite medial e lateral, de maneira concomitante, seria uma situação muito rara dentro do ambiente ocupacional, por razões óbvias, que são aqui comentadas em relação aos punhos. Também foram alegados processos inflamatórios tendíneos em tendões flexores e extensores de ambos os punhos. Isto totaliza mais de 40 tendões. Verifica-se, portanto, que foram alegados processos inflamatórios tendíneos em unidades agonistas e antagonistas que exercem movimentos totalmente contrários, de maneira concomitante, situação que seria extremamente rara dentro de um cenário ocupacional, além de envolver, supostamente, de maneira idêntica, tanto o membro superior dominante como o não-dominante, simultaneamente (outra situação

rara). Os casos destas TC e RM representam outra situação extremamente comum. Cumpre lembrar que até 50% dos indivíduos assintomáticos exibem abaulamentos ou protusões discais nesses exames, e freqüentemente tais achados são interpretados, de maneira equivocada, como hérnias⁽⁵⁾. Além disso, esquecem-se da própria evolução da hérnia de disco, que em até 90% das vezes resolve-se nos primeiros três meses, de maneira conservadora. No caso desta paciente, a sua sensibilidade tátil e dolorosa não respeitou qualquer distribuição dermatômica, não havia qualquer alteração neurológica. Reflexos, força, massa e tônus musculares estavam totalmente preservados. O tratamento declarado, ainda que sem comprovação de sua respectiva aderência, é muito distante de uma evidência científica. Por exemplo: não existe comprovação do papel de TENS em síndrome do túnel do carpo ou em tendinite. Afirmar piora de um fictício processo inflamatório tendíneo com o uso de antiinflamatórios e do repouso do membro afetado é ir contra toda a literatura médica e a experiência da prática diária. A presença de calosidades nas mãos, juntamente com pele palmar espessada das mesmas e, ainda, com a presença de um bom tônus muscular e de uma boa massa muscular indicam que a paciente vem exercendo atividades manuais, contrariamente às suas afirmativas de impossibilidade de realizar qualquer tipo de trabalho, inclusive suas tarefas domésticas. Não podemos esquecer também da evolução natural dessas tendinites consideradas nesta paciente. Sabe-se que a evolução de uma tendinite causada por sobrecarga biomecânica oscila, geralmente, entre uma e três semanas, quando o repouso e o tratamento são instituídos. A consequência desse fenômeno quem sofre é a nossa comunidade, com milhares de indivíduos afastados do trabalho, onerando nosso sistema previdenciário. E, o pior, muitos desses indivíduos terminam aposentados numa fase muito precoce da vida, quando poderiam estar contribuindo para a nossa sociedade⁽⁶⁾. Diagnóstico final: síndrome da fibromialgia? Distúrbio psicogênico/psiquiátrico? Simulação com oportunismo? Quem dará a resposta? Muitos têm diagnosticado LER, para qual não há cura!

REFERÊNCIAS

1. Helfenstein M, Feldman D: Prevalência da Síndrome da Fibromialgia em Pacientes Diagnosticados como Portadores de Lesões por Esforços Repetitivos (LER). *Rev Bras Reumatol* 38: 71-77, 1998.
2. Helfenstein M: Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) - em "Atualização Terapêutica" - F. Cintra do Prado, Jairo Ramos e J. Ribeiro do Valle, 22ª ed. Editoras Artes Médicas Ltda: 1776-1778; 2005.
3. Sernik RA e Cerri GG: Ultra-sonografia Sistema Musculoesquelético, 1ª Ed. Editora Sarvier; 2002.
4. Mitraud SAV: Avaliação do Exame Ultra-sonográfico de Pacientes Afastados do Trabalho com Diagnóstico de LER de uma Indústria de São Paulo - Tese de Doutorado, São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2005.
5. Williams DC: Nonarticular and Regional Musculoskeletal Disorders - Chapter 64 - In *Rheumatology Secrets* - Sterling G. West - Hanley & Belfus and Mosby Ed: 348-353; 1997.
6. Helfenstein M, Feldman D: The Pervasiveness of the Illness Suffered by Workers Seeking Compensation for Disabling Arm Pain. *J Occup Environ Med*: 171-175, 2000.