

Revisão: Algumas evidências apóiam os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos da fibromialgia

QUESTÃO

Quais são as evidências de pesquisa para a efetividade dos tratamentos para a síndrome fibromiálgica (SFM)?

ESCOPO DA REVISÃO

Incluiu estudos que utilizaram os critérios de classificação da SFM do *American College of Rheumatology*. Estudos de síndrome da fadiga crônica e encefalomielite miálgica foram excluídos a menos que os resultados fossem analisados separadamente para SFM. Os *desfechos* eram dor (escala visual analógica), função (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*) e abandonos por efeitos adversos.

MÉTODOS DE REVISÃO

Procurou-se na Medline, PubMed, CINAHL, EMBASE/Excerpta Medica, PsycINFO, Web of Science, *Cochrane Library* e nas listas de referências por ensaios clínicos. Os estudos não puderam ser agrupados; eles foram classificados de acordo com o nível de evidência – ensaios aleatorizados controlados duplo-cegos (EACs) tiveram o nível mais alto. 146 ensaios clínicos (59 sobre tratamentos farmacológicos e 87 sobre tratamentos não farmacológicos) foram incluídos.

RESULTADOS PRINCIPAIS

Tratamentos não farmacológicos. Tratamento em piscina aquecida ou hidroterapia, com exercício (2 de 3 EACs) e sem exercício (2 de 2 EACs), foi eficaz para dor e função. As evidências sobre exercícios aeróbicos são contraditórias. Um pequeno EAC mostrou melhora da dor e na função, enquanto outro EAC não mostrou diferenças entre os grupos de tratamento e controle. Um de 3 EACs sobre treino de força simples-cego não mostrou diferenças entre os grupos de treino de força e controle. 2 EACs de qualidade moderada avaliaram fisioterapia; 1 EAC sobre massagem do tecido conjuntivo mostrou melhora da dor e da função. Evidências para a terapia cognitivo-comportamental eram de baixa qualidade.

Tratamentos farmacológicos. Analgésicos: 2EACs mostraram que o tramadol melhorou a dor e 1 destes EACs também mostrou melhora na função. Os dados eram insuficientes para analgésicos simples e outros opióides fracos. *Antidepressivos:* 4 de 5 EACs com a amitriptilina mostraram redução na dor; 2 destes avaliaram função, com 1 mostrando melhora. Entretanto, apenas 1 EAC durou > 12 semanas e este EAC não mostrou diferença para dor. 4 EACs de alta qualidade avaliaram inibidores seletivos de recaptura de serotonina; 2 com fluoxetina mostraram melhora tanto da dor quanto da função. 3 EACs de alta qualidade avaliaram inibidores de recaptura duais: a duloxetina mostrou redução na dor (2 EACs, com 1 mostrando melhora funcional) e o milnaciprano também reduziu a dor (1 EAC). Para os inibidores da monoamino oxidase, a moclobemida (1 EAC) e o pirlindole (1 EAC) reduziram a dor. *Outras drogas:* 2 EACs avaliaram o tropisetron; 1 mostrou redução na dor para a dose de 5 mg, enquanto o outro EAC não mostrou diferenças para dor e função. Um EAC mostrou melhora na dor e na função para o pramipexol, embora a incidência de eventos adversos leves a moderados tenha sido alta. Um EAC mostrou que a pregabalina, 450 mg, reduziu a dor, a função não foi avaliada.

CONCLUSÕES

Em pacientes com síndrome fibromiálgica, existem algumas evidências para a eficácia dos seguintes tratamentos: tratamento em piscina aquecida com ou sem exercícios, tramadol, amitriptilina, fluoxetina, duloxetina, milnaciprano, moclobemida, pirlindole e pramipexol. As evidências são contraditórias para exercício, fisioterapia e tropisetron. As evidências para terapia cognitivo-comportamental eram de baixa qualidade.

RESUMIDO DE

Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008;**67**:536–41.

Correspondência para: Dr S Carville, King's College London, London, UK; serena.carville@kcl.ac.uk

Fontes de financiamento: EULAR.

► Escores de impacto clínico: CG/CF/Atenção primária 6/7; Reumatologia 6/7

Uma força tarefa multidisciplinar de 19 especialistas em SFM representando 11 países europeus revisou todos os dados publicados disponíveis sobre SFM desde 2005. Devido à grande variabilidade nas medidas e avaliações de desfecho, os dados não foram agrupados em uma meta-análise formal. Ao invés disso, os especialistas classificaram os estudos de acordo com a qualidade. Uma abordagem semelhante foi utilizada para o desenvolvimento das diretrizes de tratamento de SFM conduzido pela *American Pain Society* em 2004.¹ Os dois grupos avaliaram aproximadamente 500 estudos de SFM, mas <200 foram considerados adequados para análise. Utilizando técnicas Delphi, os especialistas em SFM dos dois lados do Atlântico concordaram que as melhores evidências empíricas sustentam os antidepressivos para a dor da SFM. Um dos maiores desentendimentos com os especialistas em SFM americanos relaciona-se com a eficácia dos exercícios para sintomas de dor crônica. Enquanto as recomendações americanas enfatizam o exercício aeróbico

para a SFM, os europeus interpretam as evidências disponíveis como insuficientes. Outra diferença de opiniões relaciona-se à terapia cognitivo-comportamental para a dor da SFM: especialistas americanos em SFM argumentam que há fortes evidências sobre os benefícios da terapia psicológica e comportamental, especialmente a terapia cognitivo-comportamental.²

Embora as recomendações de tratamento baseadas na revisão da literatura e em consensos de especialistas possam ser o melhor método para avaliar as terapias para SFM neste momento, as meta-análises representam o padrão ouro. A força das meta-análises provém do uso de unidades padronizadas para comparar os desfechos dos estudos que usam métodos de mensuração diferentes. Também, através da média dos tamanhos de efeito em diferentes estudos e comparações, as meta-análises aumentam o tamanho efetivo da amostra e minimizam a influência de fatores desconhecidos. Recentemente, vários EACs de alta qualidade sobre antidepressivos^{3,4} e anti-epilépticos⁵ para a SFM foram publicados. Portanto, as reco-

mendações de tratamento baseadas em meta-análises rigorosas destes e de outros dados representariam uma fundamentação mais sólida para as diretrizes de tratamento da SFM.

Roland Staud, MD
University of Florida
Gainesville, Florida, USA

1. **Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L.** *JAMA* 2004;292:2388–95.
2. **Rosy LA, Buckelew SP, Dorr N, et al.** *Ann Behav Med* 1999;21:180–91.
3. **Russell LJ, Mease PJ, Smith TR, et al.** *Pain* 2008;136:432–44.
4. **Vitton O, Gendreau M, Gendreau J, et al.** *Hum Psychopharmacol* 2004;19:S27–35.
5. **Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, et al.** *Arthritis Rheum* 2005;52:1264–73.