

Fibromyalgia syndrome and gestation. Case report*

Síndrome fibromiálgica e gestação. Relato de caso

Telma Regina Mariotto Zakka¹, Lin Tchia Yeng², Manoel Jacobsen Teixeira¹

*Recebido do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

DOI 10.5935/1806-0013.20140031

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The impact of fibromyalgia during gestation is not clearly defined. Its treatment is a challenge for the health team and drug prescription requires care and attention. This study aimed at evaluating treatment possibilities for a patient with chronic pain during gestation.

CASE REPORT: Patient with 32 years of age, with fibromyalgia and irritable bowel syndrome, with eight weeks gestation. Patient was being treated for one year in the Ambulatory of Chronic Abdominal, Pelvic and Perineal Pain, from the Interdisciplinary Pain Center of the Hospital.

CONCLUSION: Multidisciplinary treatment has involved drug replacement, physiotherapy, acupuncture, psychotherapy, postural and dietary reeducation.

Keywords: Drugs, Fibromyalgia, Gestation, Multidisciplinary treatment.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O impacto da fibromialgia no decurso da gestação não é claramente definido. Seu tratamento constitui um desafio para a equipe de saúde e a prescrição farmacológica exige cuidado e atenção. O objetivo deste estudo foi analisar as possibilidades de tratamento de uma paciente com quadro de dor crônica durante a gestação.

RELATO DO CASO: Paciente de 32 anos, com quadro de fibromialgia e síndrome do intestino irritável com gestação de oito semanas. Esta paciente encontrava-se, há um ano, em tratamento no Ambulatório de Dor Abdominal, Pélvica e Perineal Crônica do Centro Interdisciplinar de Dor do Hospital.

CONCLUSÃO: O tratamento multidisciplinar abrangeu a mo-

dificação dos fármacos, fisioterapia, acupuntura, psicoterapia, reeducação postural e alimentar.

Descritores: Fármacos, Fibromialgia, Gestação, Tratamento multidisciplinar.

INTRODUÇÃO

As mudanças anatômicas e funcionais durante o período gestacional podem desencadear, agravar ou modificar a expressão das afecções dolorosas, especialmente as musculoesqueléticas. Mulheres com quadros dolorosos crônicos, como a síndrome fibromiálgica e a síndrome do intestino irritável, podem apresentar sintomas associados aos desconfortos inerentes a esse período.

A escolha das intervenções terapêuticas constitui um dilema que exige um planejamento adequado para oferecer analgesia com menor risco para a gestante e o feto^{1,2}. Ao se estabelecer o tratamento farmacológico é importante considerar a idade gestacional, a placenta e o feto, com suas características próprias.

Aproximadamente 1 a 2% das malformações congênitas são causadas por fármacos e, 4 a 5% por outros agentes químicos. O agente teratogênico produz alterações na morfologia e na fisiologia embrionária e/ou fetal, de modo que se considera teratogênese não só as deformidades anatômico-estruturais, mas as alterações funcionais e comportamentais, o retardo de crescimento e o atraso no desenvolvimento neuromotor¹⁻⁴.

Os fármacos utilizados durante a gestação podem alterar o fluxo sanguíneo placentário e causar lesões fetais por diminuição do aporte de oxigênio e nutrientes, e podem estar presentes na circulação fetal no momento do nascimento.

Na amamentação muitos fármacos são excretados no leite materno e consistem em uma fonte potencial de toxicidade para o lactente. A ligação dos fármacos às proteínas plasmáticas do leite materno relaciona-se com a fração que permanece na circulação materna e com a fração livre transferida para o leite. Substâncias que apresentam uma elevada taxa de ligação à proteína são excretadas em pequenas quantidades no leite e reduzem a exposição do lactente, assim como fármacos com baixa lipossolubilidade e aqueles que são hidrossolúveis difundem-se lentamente para o leite materno e devem ser preferidos para as mulheres que amamentam¹⁻⁴.

O objetivo deste estudo foi analisar as possibilidades de tratamento de uma paciente com quadro de dor crônica durante a gestação.

RELATO DO CASO

Paciente de 32 anos, casada, secretária executiva, com quadro de dor difusa por todo o corpo, sono não reparador, leve e inquieto,

1. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital de Clínicas, Centro Interdisciplinar de Dor, São Paulo, SP, Brasil.

2. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital de Clínicas, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 03 de janeiro de 2014.

Aceito para publicação em 19 de maio de 2014.

Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

Telma Regina Mariotto Zakka
R. Antonio Valente da Silva, 141
12080-230 São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: trmzakka@gmail.com

depressão moderada, ansiosa, sensação de edema nos membros inferiores, lombalgia, fadiga, dificuldade de concentração e episódios de enxaqueca há três anos. Há um ano apresenta quadro de dor ou desconforto abdominal, pelo menos três dias por semana, sensação de distensão abdominal, obstipação e fezes em cíbalos. Exames laboratoriais e de imagem normais.

Após investigação exaustiva, foi feito o diagnóstico de fibromialgia e síndrome do intestino irritável e iniciado o tratamento farmacológico com a utilização de duloxetina (90mg), posteriormente associada a pregabalina (300mg), além de cloridrato de mebeverina (400mg) e dipirona (2000mg) ao dia. Como complementação do plano terapêutico, estava em acompanhamento com a fisioterapia (cinesioterapia) e a psicoterapia. Retornou em um dos atendimentos ambulatoriais, grávida de 8 semanas, referindo dor intensa, escala analógica visual de dor=9 (EAV), sono ruim, com vários despertares noturnos e muito ansiosa. Informou que interrompeu as medicações e a fisioterapia abruptamente, há um mês, quando soube da gestação.

Orientou-se a paciente para a necessidade do acompanhamento multidisciplinar com o emprego de fármacos, acupuntura, reeducação alimentar e postural e manter a psicoterapia. A duloxetina e a pregabalina foram mantidas suspensas e prescreveu-se a maprotilina (25mg) e gradativamente elevou-se até a dose até 75mg, associada a dipirona (2000 a 3000mg/dia). Os sintomas foram adequadamente controlados durante a gestação.

DISCUSSÃO

Os cuidados destinados às gestantes e lactantes com dor, devem contemplar o tratamento etiológico, a identificação e modificação dos fatores concorrentes para sua expressão, incluindo as funções psíquicas e operacionais dos diferentes sistemas e aparelhos que contribuem para o sofrimento. A adequação de esquemas analgésicos, as

orientações sobre os mecanismos da dor e as razões e riscos dos procedimentos propostos para seu controle, diminuem a subutilização dos fármacos e o subtratamento dos sintomas, melhorando a adesão e o resultado final do tratamento.

Ao escolher um fármaco é importante conhecer o seu perfil de segurança nas diversas fases da gestação e amamentação, o grau de ligação proteica, solubilidade lipídica, peso molecular e as características metabólicas maternas que influenciam a transferência materno-fetal das substâncias^{1,2,4}. Com exceção das moléculas polares grandes, a maioria dos medicamentos atravessa a placenta e alcança o feto^{5,6}.

Para orientar a prescrição de fármacos na gestação e lactação, a *Food and Drug Administration* (FDA), nos Estados Unidos da América (EUA), desenvolveu uma classificação de risco baseada no potencial do fármaco em causar malformações fetais^{2,4,9} (Tabela 1).

No caso descrito, optou-se pela retirada de fármacos da categoria C em virtude da segurança do feto. A maprotilina aparece como um fármaco mais seguro em relação às anteriormente usadas. A dipirona e o paracetamol podem ser utilizados em pacientes grávidas tanto para controle da dor aguda como em pacientes com dor crônica. Ainda, o reforço para a realização de terapias não farmacológicas bem orientadas deve ser sempre feito em pacientes gestantes.

CONCLUSÃO

Tratar as dores agudas e crônicas durante a gestação e lactação constitui um desafio para o médico e uma grande preocupação para a mulher e, muitas vezes, determina o subtratamento e a subutilização dos fármacos causando sofrimento desnecessário e uma evolução clínica desfavorável. Ao se prescrever um fármaco durante a gestação ou lactação considerar o binômio mãe-filho e analisar criticamente e individualmente as escolhas e decisões.

Tabela 1. Classificação de risco da *Food and Drug Administration* (EUA) para fármacos utilizados na gravidez para controle da dor^{2,4,7}

Classificação FDA	Definição	Exemplos
Categoria A	Estudos controlados em gestantes não demonstraram risco para o feto. Há risco baixo de teratogenicidade.	Multivitaminas
Categoria B	Estudos em animais não demonstraram risco de teratogenicidade, mas não há estudos em humanos com os fármacos ou há estudos em animais que demonstraram risco fetal, mas estudos controlados em humanos não demonstraram o risco.	Acetaminofeno/paracetamol Dipirona Lidocaína-bupivacaína Maprotilina Ciclobenzaprina
Categoria C	Estudos demonstraram risco fetal em animais e não há estudos em humanos	Aspirina Codeína, tramadol Gabapentina-lamotrigina Topiramato Clorpromazina Levomepromazina Venlafaxina, duloxetina, Amitriptilina Carisoprodo Baclofeno Cetorolaco-tenoxicam
Categoria D	Há evidência de risco fetal em humanos, mas o benefício do uso do fármaco pode tornar seu uso aceitável, apesar do risco.	Imipramina Diazepam Carbamazepina

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Use of psychoactive medication during pregnancy and possible effects on the fetus and newborn. *Pediatrics*. 2000;105(4):880-7.
2. American Society of Health-System Pharmacists. *Pharmacist's Drug Handbook*, Bethesda, MD; 2002. 1282p.
3. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. *Manual de Orientação. Drogas na Gravidez*. São Paulo: Ponto Editora; 2003. 178p.
4. Blake DA, Niebyl JR. Requirements and limitations in reproductive and teratogenic risk assessment. In: Niebyl JR, (editor). *Drug use in pregnancy*. Philadelphia: Lea and Febiger; 1988. 1-9p.
5. Kulay LJ, Kulay MNC, Lapa AJ. *Drogas na gravidez e na lactação: Guia Prático*. São Paulo: Manole Editora; 2007. 697p.
6. Baldessarini RJ. Tratamento farmacológico da depressão e dos transtornos de ansiedade. In: Goodman e Gilman: *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 11 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2006. 383-410p.
7. Chaney DS, Mihic, J, Harris RA. Hipnóticos e Sedativos. In: Goodman e Gilman: *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 11 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 2006. 359-79p.
8. EUA. Department of Health and Humans Service. U.S. Food and Drug Administration (FDA) – center for Drug Evaluation and Research. Disponível em URL:<http://www.fda.gov/cder/index.html>.
9. Marks JM, Spatz DL. Medications and Lactation: What PNP's need to Know. *J Pediatr Health Care*. 2003;17(6):311-7.