

ARTIGO ORIGINAL

Estudo do perfil lipídico de pacientes com fibromialgia

Study of the lipid profile of patients with fibromyalgia

Verônica Magalhães Raimundo¹, Thais Rodrigues Pato¹

RESUMO

A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dor musculoesquelética generalizada que acomete principalmente mulheres de meia-idade. Na literatura, alguns estudos têm relacionado doenças musculoesqueléticas com dislipidemia, porém somente um trabalho avaliou esta relação com fibromialgia. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil lipídico de pacientes com fibromialgia comparando-o com uma amostra de controles. Participaram do estudo 42 mulheres com fibromialgia e 42 mulheres sem queixa de dor. Não foi observada diferença entre o perfil lipídico destas populações.

PALAVRAS-CHAVE

fibromialgia, dor, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia

ABSTRACT

Fibromyalgia is a syndrome characterized by generalized skeletal pain, which affects mainly middle-aged women. Some studies in literature have associated musculoskeletal diseases with dyslipidemia; however, only one study associated it with fibromyalgia. The objective of the present study was to evaluate the lipid profile of patients with fibromyalgia, comparing it with a control sample. A total of 42 women with fibromyalgia and 42 with no pain complaint participated in the study. No difference was observed regarding the lipid profile of these two populations.

KEYWORDS

fibromyalgia, pain, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia

¹ Médica Fisiatra, Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas FMUSP

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas FMUSP
Rua Diderot, 43 – Vila Mariana – São Paulo/SP
Cep 041116-030

INTRODUÇÃO

A Síndrome Fibromiálgica (SFM) é caracterizada pela ocorrência de dor musculoesquelética generalizada crônica e pontos dolorosos (“tender points”) na ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares.¹ Em 1990, um estudo multicêntrico realizado pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), definiu os critérios diagnósticos para esta moléstia sendo estes: história de dor crônica generalizada (dor difusa, bilateral, acima e abaixo da cintura, nas extremidades e no esqueleto axial) e dor, em pelo menos 11 de 18 pontos dolorosos específicos, à palpação digital realizada com pressão menor ou igual a 4 Kgf.²

A prevalência de SFM em diferentes comunidades varia de 1 a 10% devido à variedade de fatores demográficos e da metodologia utilizada para sua conceituação. A prevalência quando se adotam os critérios da ACR é de 4 a 6%.³ Nos EUA acometem aproximadamente, 2% da população adulta (cerca de 5 milhões de indivíduos).⁴ Oitenta a noventa por cento dos doentes são do sexo feminino e as idades variam entre 30 a 60 anos. Uma estimativa do custo anual total desta doença na economia norte-americana é acima de 9 bilhões de dólares.⁴ No Brasil, um trabalho estudou as populações com queixa de dores crônicas musculoesqueléticas nas cidades de Fortaleza, Porto Alegre e Rio de Janeiro e constataram que 10,2% dos indivíduos apresentavam fibromialgia.⁵

A dislipidemia ou hiperlipidemia é definida como o aumento anormal dos níveis séricos de colesterol total (podendo resultar em aterosclerose) e/ou triglicérides. Considera-se como um distúrbio genético com ou sem influência de fatores ambientais.⁶ Segundo a American Heart Association (2005), aproximadamente 38 milhões de norte-americanos adultos tem níveis de colesterol elevados. A Organização Mundial da Saúde relata que níveis elevados de colesterol contribuem para 56% dos casos de doença cardiovascular em todo o mundo. No Brasil, um estudo de 1998, realizado em nove capitais, envolvendo 8.045 indivíduos com idade mediana de 34,7 +/- 9,6 anos, mostrou que o nível sérico de colesterol total foi de 183 +/- 39,8 mg/dL. Neste estudo, os valores foram mais elevados no sexo feminino e nas faixas etárias mais elevadas. Níveis elevados de colesterol total foram encontrados em 8,8% dos indivíduos.⁷

Alguns estudos têm sugerido que há uma associação entre dislipidemia e doenças musculoesqueléticas.^{8,9,10} A patogênese das manifestações musculoesqueléticas na dislipidemia, entretanto, não está completamente esclarecida.^{8,9} Um destes estudos determinou o perfil lipídico de pacientes com fibromialgia e síndrome dolorosa miofascial (SDM) e comparou com pacientes saudáveis. Foram avaliadas 30 mulheres com fibromialgia e 32 com SDM especialmente na região escapular. Trinta e uma mulheres de idade comparável foram escolhidas como grupo controle. O número de mulheres na pós-menopausa em cada grupo foi similar. Os resultados do estudo mostraram que no grupo das fibromiálgicas, o colesterol total, triglicérides, HDL, LDL e VLDL não apresentaram diferença significativa em relação aos controles. No grupo com SDM, o colesterol total, triglicérides, LDL e VLDL foram significativamente mais altos do que os controles e não foram diferentes do grupo com fibromialgia.¹¹

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi analisar o perfil lipídico de pacientes do Ambulatório de Fibromialgia da DMR – HC/FMUSP e comparar com um grupo controle de mulheres sem fibromialgia.

MÉTODO

Quanto ao desenho, trata-se de um estudo transversal controlado. Os dados foram colhidos através de revisão de prontuários de 42 pacientes do sexo feminino do Ambulatório de Fibromialgia da DMR – HC/FMUSP. Nestes prontuários, constam questionários semi-estruturados abrangendo informações a respeito da identificação da paciente (idade, cor), do tempo de dor (inicial e generalização), das comorbidades (incluindo hábito de fumar, hipertensão arterial sistêmica, diabetes e hipotireoidismo), dos antecedentes pessoais (métodos contraceptivos hormonais, menopausa, terapia de reposição hormonal e histerectomia total), dos antecedentes familiares relevantes (história familiar de acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana prematura – em mulheres com menos de 65 anos e homens com menos de 55 anos – morte prematura e súbita de familiares próximos), do exame físico (peso e altura) e dos exames laboratoriais (colesterol total e frações e triglicérides) colhidos no Laboratório Central do HC/FMUSP. Foram incluídos no estudo somente pacientes com o diagnóstico de fibromialgia segundo os critérios do ACR. Ressaltamos que os exames laboratoriais foram colhidos antes das pacientes realizarem o programa de reabilitação.

O grupo controle foi selecionado aleatoriamente sendo incluídas mulheres sem dor aguda ou crônica, localizada ou generalizada, com idade e sedentarismo comparável ao grupo com fibromialgia. Os dados foram colhidos através de entrevista e foram obtidas informações a respeito da identificação, antecedentes pessoais (incluindo hábito de fumar, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hipotireoidismo, métodos contraceptivos hormonais, menopausa, terapia de reposição hormonal e histerectomia total) e antecedentes familiares relevantes. As características clínicas das pacientes e grupo controle estão disponíveis na tabela 1.

Os dados quantitativos (idade, índice de massa corpórea, níveis de colesterol total, LDL, HDL e triglicérides) obtidos dos grupos fibromialgia e controle foram analisados através da média e desvio padrão (tabelas 1 e 2) e comparados entre si pelo Teste T.

Os dados qualitativos (raça, tabagismo, diabetes, antecedentes familiares e categorias de dislipidemia) foram analisados pelo teste do Qui Quadrado. Consideramos o nível de significância igual $p < 0.05$.

RESULTADOS

As variáveis idade e índice de massa corpórea não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos controle e paciente ($p < 0,05$) sendo portanto, comparáveis entre os mesmos.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os níveis

Tabela 1
Características clínicas das pacientes e controles.

	Pacientes (n = 42)		Controles (n = 42)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	52	10,83	48,2	13,35
IMC **	27,02	4,87	27,09	5,92
	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Tabagismo	8	19%	6	14,3%
HAS	11	26,19%	11	26,19%
Hipotireoidismo	6	14,28%	6	14,28%
Fat. Horm.*	28	66,67%	27	64,37%
Diabetes	4	9,52%	2	4,8%
Ant. Familiares	14	33,34%	17	40,48%
Raça Branca	32	76,2%	29	69%
Raça Parda	7	16,66%	6	14,3%
Raça Negra	3	7,14%	3	7,1%
Raça Amarela	0	-	4	9,5%
Sobrepeso***	15	35,71%	15	35,71%
Obesidade	10	23,81%	11	26,2%

*Causas de hipoestrogenismo: menopausa / climatério e histerectomia total (inclui ooforectomia);

** Índice de massa corpórea;

***Sobrepeso: IMC 25-29,9 / obesidade:IMC >=30.

Tabela 2
Níveis de Lipídes.

	Pacientes (n = 42)		Controles (n = 42)	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
CT	212,97	45,97	190,38	40,4
LDL	128,66	41,69	111,98	33,46
HDL	55,35	14,48	53,86	15,88
TG	140,73	76,49	124,1	59,85

CT = Colesterol total, LDL = "Low-Density Lipoproteins" (lipoproteínas de baixa densidade), HDL = "High-Density Lipoproteins" (lipoproteínas de alta densidade), TG = Triglicérides, Valores de p<0,05

de colesterol (total, HDL e LDL) e triglicérides entre os grupos controle e paciente (p<0,05).

Em relação as variáveis raça, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, fatores hormonais, diabetes e antecedentes familiares os dois grupos mostraram-se comparáveis, também não ocorrendo diferença estatisticamente significativa entre eles (p<0,05).

Ao distribuímos os valores absolutos de níveis de colesterol e triglicérides conforme a classificação laboratorial das dislipidemias¹² (quadros 1 e 2), notamos pouca diferença percentual em relação ao total de mulheres com dislipidemia, seja ela hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista ou diminuição do HDL isolado (grupo controle 40,48% versus grupo pacientes 45,24%). Porém, houve uma diferença

percentual significativa em relação ao total de mulheres sem dislipidemia (grupo controle 42,86% versus grupo pacientes 23,81%) (tabela 3). Contudo, tal diferença não se mostrou estatisticamente significativa (p<0,05), ou seja, não houve diferença entre os níveis de lipídes e nem quanto a classificação laboratorial em relação à dislipidemia.

Tabela 3
Classificação laboratorial dos grupos em relação à dislipidemia.

	Pacientes		Controles	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Hipercolesterolemia isolada	6	14,29%	5	11,9%
Hipertrigliceridemia isolada	3	7,14%	3	7,14%
Hiperlipidemia mista	6	14,29%	1	2,4%
Diminuição do HDL isolado*	4	9,52%	8	19%
Total com dislipidemia	19	45,24%	17	40,48%
Total sem dislipidemia	10	23,81%	18	42,86%
Valores limítrofes** col. total e/ou LDL	10	23,81%	6	14,3%
triglicérides	3	7,14%	1	2,4%
Total limítrofe	13	30,95%	7	16,7%

* Uma paciente apresentou hiperlipidemia mista associada;

** uma paciente apresentava as duas categorias limítrofe.

Quadro 1
Valores de referência dos lipídes para indivíduos >20 anos de idade.

LÍPIDES	VALORES	CATEGORIA
Colesterol total	< 200	ótimo
	200 - 239	limítrofe
	>= 240	alto
LDL - colesterol	< 100	ótimo
	100 - 129	desejável
	130 - 159	limítrofe
	160 - 189	alto
	>= 190	muito alto
HDL - colesterol	> 40	baixo
	< 60	alto
Triglicérides	< 150	ótimo
	150 - 200	limítrofe
	201 - 499	alto
	>= 500	muito alto

Quadro 2
Classificação Laboratorial.

Hipercolesterolemia isolada: aumento do colesterol total e/ou LDL
Hipertrigliceridemia isolada: aumento dos triglicérides
Hiperlipidemia mista: aumento do colesterol total e dos triglicérides
Diminuição isolada do HDL

DISCUSSÃO

A prevalência de dislipidemia no grupo com fibromialgia foi semelhante a do grupo sem fibromialgia (45,24% versus 40,48%). Dados nacionais mostraram níveis elevados de colesterol total em 8,8% dos indivíduos.⁷ Há portanto, uma grande diferença percentual das pacientes deste estudo em relação a população geral que se deve, provavelmente, ao fato da amostra estudada ser do sexo feminino e idade média de 52 anos fatores já relacionados com níveis mais elevados de colesterol total.⁷ Outro fator relevante é que todas as participantes do estudo eram sedentárias (até a coleta dos exames laboratoriais). O sedentarismo constitui fator de risco para a aterosclerose e a literatura destaca o impacto do exercício sobre o HDL e triglicérides.¹²

Dados da literatura evidenciam que a dislipidemia não apresenta predomínio em relação a grupos raciais. Desse modo, apesar da maior parte de nossa amostra ser composta por mulheres da raça branca, consideramos que isso não interferiu na análise dos dados obtidos.

Em relação ao sobrepeso, nossa amostra apresentou um percentual semelhante entre si e também em comparação a população brasileira na qual aproximadamente 32% apresentava sobrepeso, sendo esta taxa de 38% para o sexo feminino e de 27% para o sexo masculino, de acordo com os dados do Ministério da Saúde de 1993.¹² A obesidade foi encontrada em 8% da população brasileira. O excesso de peso é particularmente mais prevalente entre o sexo feminino; estima-se que aproximadamente 30% das mulheres ocidentais adultas, em especial nos anos que seguem a menopausa, são portadoras de obesidade. Sabe-se que o índice de massa corporal (IMC) feminino parece atingir os seus maiores valores entre os 50 e 59 anos, período este freqüentemente coincidente com a menopausa e que representa a média de idade da nossa amostra. Além disso, segundo a literatura, a prevalência de obesidade chega ao redor de 60% nos anos que antecedem a menopausa, tendendo a acentuar-se nos anos pós-menopausa.¹³ No Brasil, um estudo entre mulheres climatéricas, atendidas em um serviço universitário da região sul do país, mostrou uma prevalência de sobrepeso e obesidade de 63,7%, valor próximo ao relatado por outros autores.¹⁴

O tabagismo é hábito de vida que, sem dúvida, tem maior impacto na saúde como um todo e, sobretudo, como interferente no perfil bioquímico e celular, como também reduz os níveis de HDL sérico, que está relacionado com o número de cigarros fumados por dia. De acordo com dados do IBGE (1991), a prevalência de tabagismo em pessoas acima de 5 anos de idade foi de 24%, com maior concentração na faixa etária entre 30 e 49 anos. Outros estudos realizados entre 1971 e 1998 mostraram taxas de prevalência variando de 35% a 40%. No Estudo Transversal da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (1999) as taxas de prevalência de tabagismo foram de 17% (idade média de 46 +/- 16 anos), após avaliação de aproximadamente 20 mil indivíduos em 19 cidades do estado.¹² Em nosso estudo, a prevalência de tabagismo foi semelhante a este último estudo descrito (pacientes 19% versus controles 14,3%).

As alterações nos lípidos séricos podem ocorrer tanto no hi-

potiroidismo, manifesto clinicamente, como na forma subclínica. O mecanismo primário da hipercolesterolemia no hipotireoidismo é pelo acúmulo de LDL, devido o decréscimo do número correspondente de receptores hepáticos para o LDL.¹² A prevalência de disfunções da tireóide é de 2 a 4% nos indivíduos com mais de 65 anos de idade e de 0,5 a 1% na população geral.¹⁵ Um estudo recente avaliou a prevalência de disfunção tireoidiana e anti-TPO positivo numa amostra de base populacional, em 1292 mulheres acima de 35 anos do Município do Rio de Janeiro no período de 2003 a 2004. Em relação ao hipotireoidismo (clínico e subclínico) a prevalência foi de 12,3%, sendo 5,2% clínico (TSH > 4mUI/ml e T4 livre baixo).¹⁶ Em nossa amostra, a prevalência de hipotireoidismo foi semelhante a deste estudo nos dois grupos (14,28%).

Segundo o IBGE, mais de 13,5 milhões de mulheres (14% da população feminina) estão no climatério¹⁷ período que se estende dos 45 aos 64 anos e se caracteriza pelo déficit da produção de hormônio estrogênio pelos ovários. Mulheres no período climatérico pós-menopausal apresentam alteração do perfil lipídico que pode ser melhorado com o uso de terapia de reposição hormonal. Neste estudo, a prevalência de mulheres com fatores hormonais propícios para alterações lipídicas foi alta em ambos os grupos (pacientes 66,67% versus controles 64,3%).

Há poucos trabalhos na literatura que tratam sobre fibromialgia e dislipidemia e, nestes trabalhos, as alterações musculoesqueléticas que são relacionadas com a hiperlipidemia são a poliarterite migratória e tendinopatia do Aquiles.¹¹ Os resultados do único e mais recente trabalho que aborda o tema fibromialgia e dislipidemia mostraram que no grupo das pacientes fibromiálgicas, o colesterol total, triglicérides, HDL, LDL e VLDL não apresentaram diferença significativa em relação aos controles,¹¹ resultado semelhante ao nosso.

CONCLUSÃO

Não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os níveis lipídicos de mulheres com fibromialgia e de mulheres sem fibromialgia.

REFERÊNCIAS

1. Kaziyama HHS, Lin TY, Teixeira MJ, Piagge FD. Síndrome fibromiálgica. Rev Med (São Paulo). 2001; 80: (ed. esp. Pt. 1):111-27.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1990;33(2):160-72.
3. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum. 1995;38(1):19-28.
4. Russell IJ. Fibromyalgia syndromes. Phys Med Rehabil Clin N Am. 1997;8:213-26.
5. Seda H. Reumatismo: conceito, história, nomenclatura, classificação, epidemiologia. In: Seda H, editor. Reumatologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1982. p.3-24.
6. Witzum JL, Steinberg D. As hiperlipoproteinemias. In: Wyngaarden JB, Smith Jr LH, Cecil: tratado de medicina interna. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.1199.
7. Guimarães AC, Lima A, Mota E, Lima JC, Martinez T, Conti AF, et al. The cholesterol level of a selected Brazilian salaried population: biological and socioeconomic influences. CVD Prevention. 1998;1:306-17.

8. Klemp P, Halland AM, Majoos FL, Steyn K. Musculoskeletal manifestations in hyperlipidaemia: a controlled study. *Ann Rheum Dis.* 1993;52(1):44-8.
9. Careless DJ, Cohen MG. Rheumatic manifestations of hyperlipidemia and antihyperlipidemia drug therapy. *Semin Arthritis Rheum.* 1993;23(2):90-8.
10. Struthers GR, Scott DL, Bacon PA, Walton KW. Musculoskeletal disorders in patients with hyperlipidaemia. *Ann Rheum Dis.* 1983;42(5):519-23.
11. Ozgocmen S, Ardicoglu O. Lipid profile in patients with fibromyalgia and myofascial pain syndromes. *Yonsei Med J.* 2000;41(5):541-5.
12. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2001; 77(supl III):1-48.
13. Milewicz A, Bidzińska B, Sidorowicz A. Perimenopausal obesity. *Gynecol Endocrinol.* 1996;10(4):285-91.
14. De Lorenzi DRS, Basso E, Fagundes PO, Saciloto B. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(8): 479-84.
15. Freitas MC, Lima LHC. Diagnóstico e tratamento do hipotireoidismo. In: Vilar L. *Endocrinologia clínica.* Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p.134-44.
16. Vaisman, M. Prevalência de disfunção tireoidiana e anticorpo anti peroxidase (Anti-Tpo) em amostra probabilística de mulheres acima de 35 anos no município do Rio de Janeiro. In: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia [homepage de Internet]. Rio de Janeiro: SBEM; c2007 [citado em 2007 nov. 14]. Disponível em: http://www.endocrino.org.br/conteudo/artigos_exibe.php?idNot=43
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage de Internet]. Brasília: IBGE; c2007 [citado em 2007 nov. 16]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/default.php>