



Mapeamento dos preditores da disfuncionalidade do sistema modulatório descendente da dor na

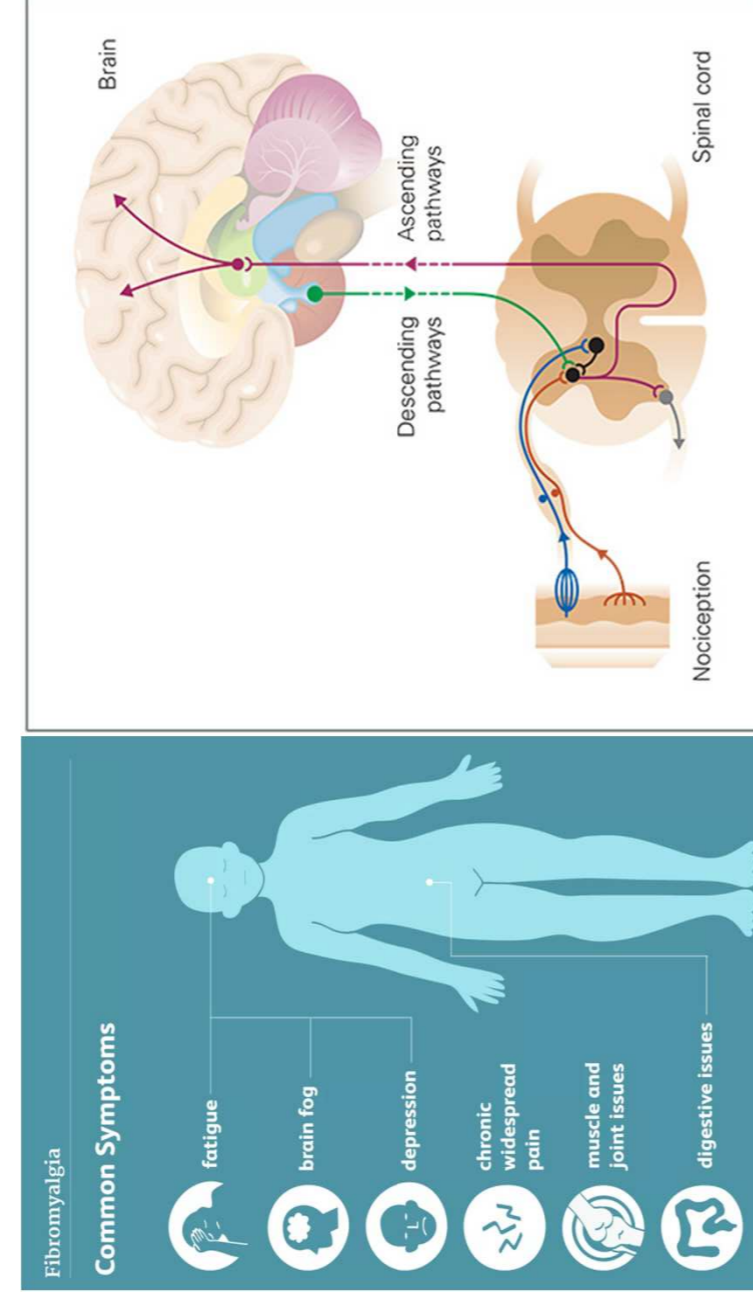
Fibromialgia: um estudo exploratório.

Ricardo Scherer¹, Wolnei Caumo²

¹ Graduando em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ² Professor Associado IV do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFRGS

INTRODUÇÃO

A Fibromialgia (FM) é caracterizada por dor musculoesquelética generalizada. Fisopatologicamente, há disfunção do Sistema Modulatório Descendente da Dor (DPMS) e alterações de neuroplasticidade, que impactam na resposta ao tratamento. Por isso, é importante entender a relação entre as variáveis clínico-laboratoriais e a função do DPMS, que pode ser aferida pelo CPM-task.



OBJETIVOS

Relacionar as variáveis clínico-laboratoriais presentes na FM ao nível de disfunção do DPMS para saber se essas variáveis podem prever o nível de disfunção desse sistema.

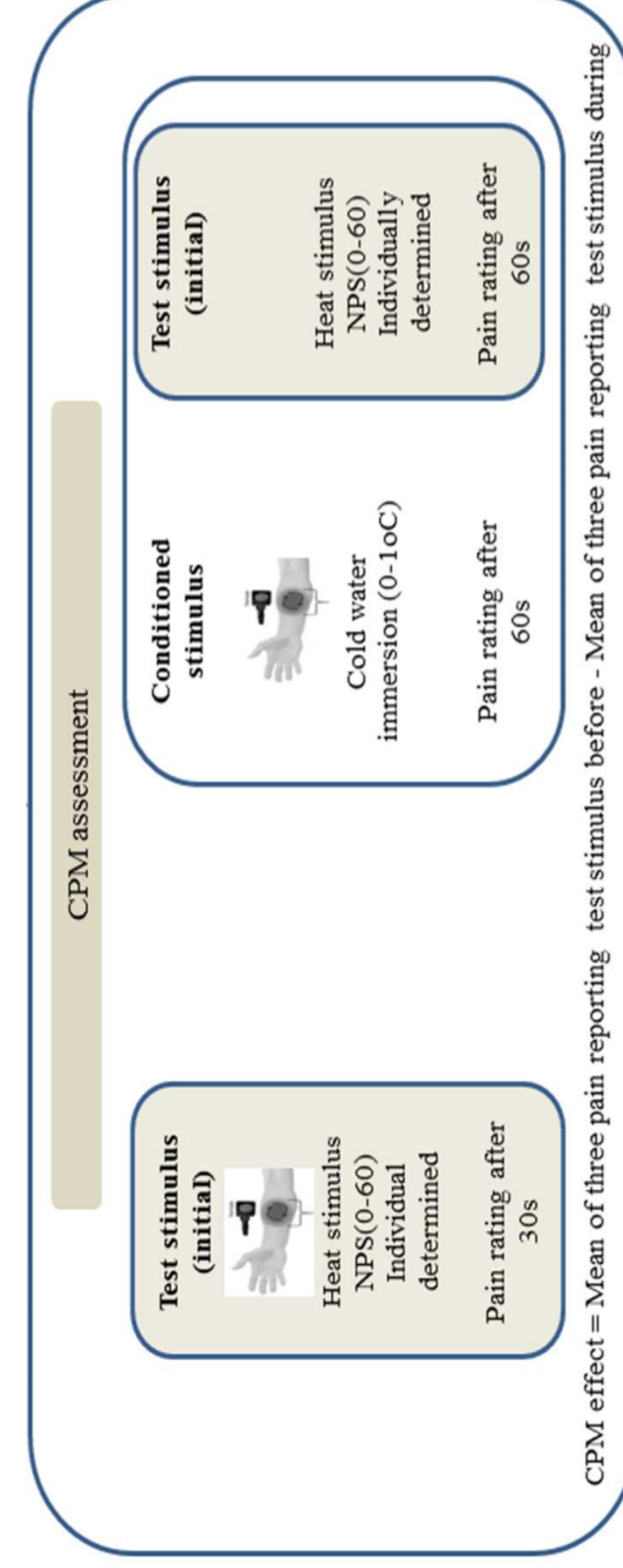
METODOLOGIAS

Mulheres com Fibromialgia (n=117)

Questionários:

- Questionário Demográfico padronizado;
- Escala Análoga Visual da dor (EAV);
- Questionário de Impacto da Fibromialgia (QIF);
- Escala de catastrofização da dor;
- Inventário de Depressão de Beck;
- Índice da qualidade de sono de Pittsburgh;
- Marcadores de neuroplasticidade (BDNF e S100B).

CPM-task:



RESULTADOS

Tabela 1: características clínicas e sociodemográficas (média ± dp e frequência).

	Não responsivas	Responsivas	p
Idade	48,43 (9,29)	50,54 (7,84)	0,19
IMC	28,38 (4,70)	27,83 (5,02)	0,54
Educação (anos)	10,28 (4,20)	10,60 (4,12)	0,68
Comorbidades clínicas	25/35	28/29	0,27
Tabagismo	12/48	9/48	0,36
Desordens psiquiátricas	23/37	24/41	0,43
Uso de medicações com ação sobre o SNC	22/38	16/41	0,21
Nº de dias em uso de analgésico nos três meses anteriores à pesquisa (<4x/>4x)	11/49	20/37	0,03

Tabela 2: relação entre os desfechos e os fatores clínico-laboratoriais de acordo com o espectro de responsividade ao CPM-task.

	Não responsivas (n=60)	Responsivas (n=57)	p
EAV de dor ²	7,49 (1,68)	6,81 (1,58)	0,03
Inventário de depressão de Beck ²	25,43 (11,49)	20,09 (8,87)	0,00
Escala de catastrofização da dor ²	35,73 (10,55)	26,95 (12,09)	0,00
Índice de qualidade do sono de Pittsburgh ²	19,45 (7,01)	15,75 (8,20)	0,01
BDNF (ng/mL) ²	50,58 (29,34)	40,61 (21,14)	0,03
S100B (pg/nL) ²	22,18 (11,04)	17,06 (8,22)	0,02
Questionário de Impacto da Fibromialgia ²	69,24 (13,06)	58,75 (13,66)	0,00
Diferença na EAV de dor durante o CPM-task ¹	1,20 (1,02)	-1,90 (1,38)	0,00

¹comparado por Mann-Whitney Test; ² comparado por teste-t para amostras independentes; p significante < 0,05.

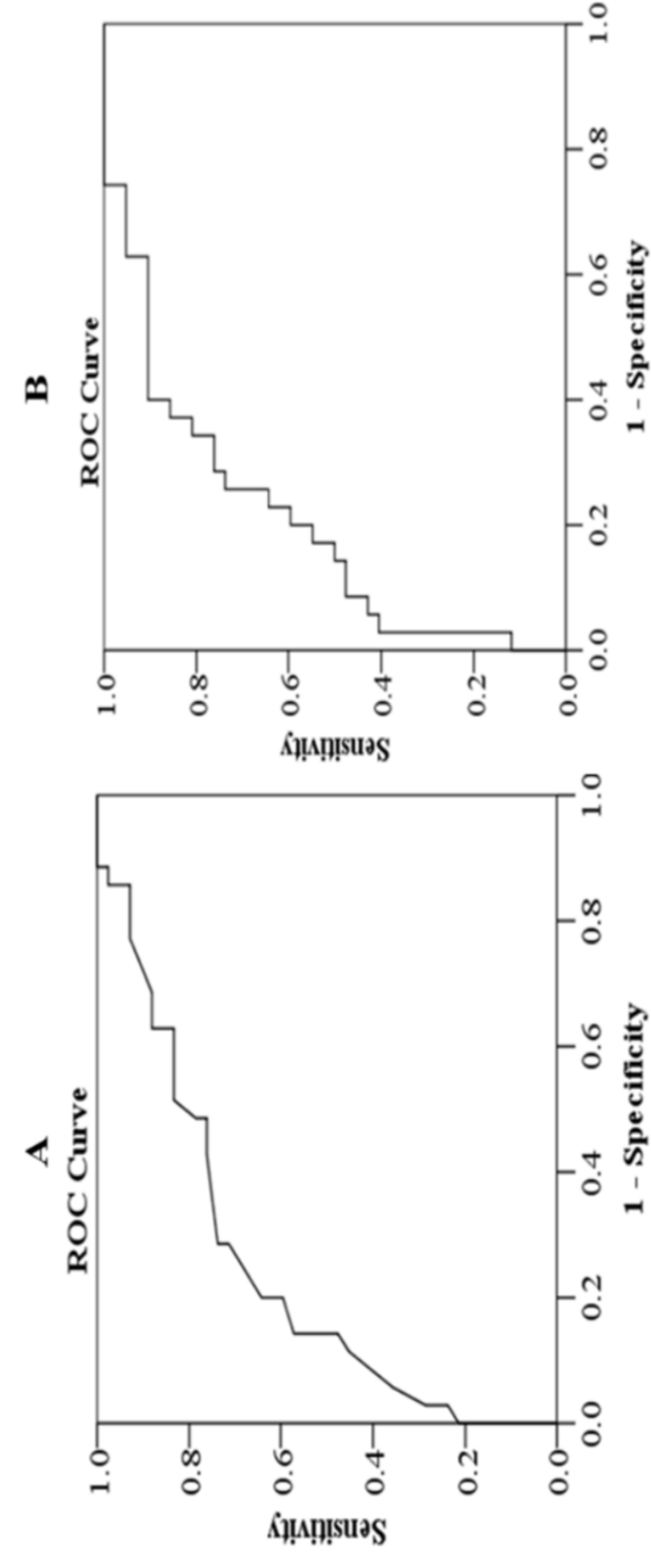


Figura 1: curvas ROC da especificidade versus sensibilidade do BPPCS e FIQ.

Tabela 3: Relação entre fatores clínico-laboratoriais da FM e pontos de corte para prever a disfuncionalidade do DPMS (curva ROC):

	AUC	95% CI	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade
Fator 1	0,63	(0,53 – 0,73)	-1,59	0,98	0,96
Fator 2	0,64	(0,54 – 0,75)	-2,57	100	0,98
Fator 3	0,60	(0,50 – 0,71)	-2,71	100	100
Fator 4	0,57	(0,46 – 0,67)	-4,18	100	100

Fator 1: fardo emocional.

Fator 2: qualidade do sono e limiar de dor.

Fator 3: marcadores de neuroplasticidade e uso de analgésicos.

Fator 4: intensidade da dor.

CONCLUSÕES

Conclui-se que é possível utilizar os fatores clínico-laboratoriais da FM para prever a disfunção do DPMS. Essa informação é útil para estimar a resposta a determinados tratamentos que dependem da disfunção do DPMS, a partir dos fatores clínico-laboratoriais.

Aprovação pelo comitê de ética do HCPA: 140369
CAAE: 32962214.1.0000.5327