REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

FIBROMIALGIA JUVENIL: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E ABORDAGEM TERAPÊUTICA NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

JUVENILE FIBROMYALGIA: DIAGNOSTIC CHALLENGES AND THERAPEUTIC APPROACH IN PEDIATRIC PRACTICE

FIBROMIALGIA JUVENIL: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y ENFOQUE TERAPÉUTICO EN LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA

Enzo Mugayar Campanholo[1], Emanoelle Cristina Machado da Silva[1], Lia Lara Martins Vieira de Carvalho[1], Samantha Arnaut Oliveira Mendes[2]

e737410
https://doi.org/10.47820/recima21.v7i3.7410

PUBLICADO: 03/2026

RESUMO

A dor crônica em crianças e adolescentes constitui condição prevalente, associada à incapacidade funcional, absenteísmo escolar e importantes repercussões psicossociais. Nesse contexto, a fibromialgia juvenil integra o grupo das síndromes de dor crônica primária, sendo caracterizada por dor musculoesquelética difusa e persistente, frequentemente acompanhada de fadiga, distúrbios do sono, alterações cognitivas e sintomas emocionais, com impacto significativo na qualidade de vida e na participação social. Apesar de sua relevância clínica, permanece frequentemente subdiagnosticada em razão da heterogeneidade das manifestações e da sobreposição com doenças reumatológicas, neurológicas e outras causas de dor crônica. O diagnóstico é essencialmente clínico, fundamentado em anamnese detalhada e exame físico criterioso, com exclusão adequada de condições secundárias, evitando exames complementares excessivos e de baixo rendimento diagnóstico. Evidências atuais sugerem que a fisiopatologia envolve mecanismos de sensibilização central da dor, associados à interação entre fatores neurobiológicos, psicológicos e ambientais, o que reforça a necessidade de abordagem terapêutica integral. O manejo mais eficaz é multidisciplinar e orientado à recuperação funcional, priorizando educação em dor, reabilitação física progressiva e intervenções psicológicas. O tratamento farmacológico, quando indicado, deve ser individualizado e adjuvante às medidas não farmacológicas. Esta revisão narrativa sintetiza evidências recentes acerca da definição, manifestações clínicas, diagnóstico, diagnóstico diferencial e estratégias terapêuticas da fibromialgia juvenil, oferecendo subsídios práticos para o reconhecimento e manejo dessa condição na prática pediátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Fibromialgia Juvenil. Dor Crônica. Adolescente.

ABSTRACT

Chronic pain in children and adolescents is a prevalent condition associated with functional impairment, school absenteeism, and significant psychosocial consequences. In this context, juvenile fibromyalgia belongs to the group of primary chronic pain syndromes and is characterized by persistent and diffuse musculoskeletal pain, frequently accompanied by fatigue, sleep disturbances, cognitive changes, and emotional symptoms, resulting in a substantial impact on quality of life and social participation. Despite its clinical relevance, juvenile fibromyalgia remains frequently underdiagnosed due to the heterogeneity of its clinical manifestations and overlap with rheumatologic, neurological, and other causes of chronic pain. Diagnosis is essentially clinical and should be based on a detailed medical history and careful physical examination, with appropriate

[1] Médico(a) residente de Pediatria do Hospital Regional de Taguatinga, Brasília, Distrito Federal, Brasil.
[2] Médico(a) Pediatra pelo Hospital Regional de Taguatinga, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

exclusion of secondary conditions, thereby avoiding excessive low-yield complementary investigations. Current evidence suggests that the pathophysiology involves mechanisms of central sensitization associated with the interaction of neurobiological, psychological, and environmental factors, reinforcing the need for a comprehensive therapeutic approach. The most effective management is multidisciplinary and focused on functional restoration, prioritizing pain education, progressive physical rehabilitation, and psychological interventions. Pharmacological treatment, when indicated, should be individualized and used as an adjunct to non-pharmacological strategies. This narrative review summarizes recent evidence regarding the definition, clinical manifestations, diagnosis, differential diagnosis, and therapeutic strategies for juvenile fibromyalgia, providing practical guidance for its recognition and management in pediatric clinical practice.

KEYWORDS: *Juvenile Fibromyalgia. Chronic Pain. Adolescent*.

RESUMEN
El dolor crónico en niños y adolescentes constituye una condición prevalente, asociada a discapacidad funcional, ausentismo escolar y relevantes repercusiones psicosociales. En este contexto, la fibromialgia juvenil forma parte del grupo de los síndromes de dolor crónico primario y se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso y persistente, frecuentemente acompañado de fatiga, trastornos del sueño, alteraciones cognitivas y síntomas emocionales, con un impacto significativo en la calidad de vida y la participación social. A pesar de su relevancia clínica, la fibromialgia juvenil permanece frecuentemente subdiagnosticada debido a la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas y a la superposición con enfermedades reumatológicas, neurológicas y otras causas de dolor crónico. El diagnóstico es esencialmente clínico y debe basarse en una anamnesis detallada y un examen físico cuidadoso, con adecuada exclusión de condiciones secundarias, evitando la realización de estudios complementarios excesivos y de bajo rendimiento diagnóstico. La evidencia actual sugiere que la fisiopatología involucra mecanismos de sensibilización central del dolor, asociados a la interacción entre factores neurobiológicos, psicológicos y ambientales, lo que refuerza la necesidad de un abordaje terapéutico integral. El manejo más eficaz es multidisciplinario y orientado a la restauración funcional, priorizando la educación en dolor, la rehabilitación física progresiva y las intervenciones psicológicas. El tratamiento farmacológico, cuando está indicado, debe ser individualizado y utilizado como complemento de las estrategias no farmacológicas. Esta revisión narrativa sintetiza evidencias recientes sobre la definición, manifestaciones clínicas, diagnóstico, diagnóstico diferencial y estrategias terapéuticas de la fibromialgia juvenil, ofreciendo orientaciones prácticas para su reconocimiento y manejo en la práctica pediátrica.

PALABRAS CLAVE*: Fibromialgia Juvenil. Dolor Crónico. Adolescente.*

INTRODUÇÃO

A dor crônica em crianças e adolescentes configura condição prevalente e clinicamente relevante, associada à incapacidade funcional, absenteísmo escolar e importantes repercussões psicossociais. Atualização recente de revisão sistemática com meta-análise estimou a prevalência global de dor crônica na população pediátrica em aproximadamente 20%, com predomínio de cefaleia e dor musculoesquelética entre os fenótipos mais frequentes.[1] No cenário contemporâneo, a conceituação biopsicossocial e a classificação da dor crônica como condição de saúde — incluindo o constructo de dor crônica primária na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), definida pela presença de dor persistente por mais de três meses associada a sofrimento

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

emocional e/ou incapacidade funcional não explicada por outro diagnóstico — favorecem a padronização diagnóstica e a organização do cuidado.[15]

A fibromialgia juvenil, frequentemente denominada juvenile primary fibromyalgia syndrome, insere-se no espectro das síndromes de dor crônica primária e caracteriza-se por dor musculoesquelética difusa e persistente, comumente acompanhada por fadiga, distúrbios do sono, cefaleia, queixas cognitivas e sintomas de humor, resultando em impacto significativo na qualidade de vida e na participação social.[3] Estudos de coorte recentes demonstram elevada carga de sofrimento psíquico e a presença de fatores cognitivo-comportamentais relacionados à dor, além de níveis moderados a elevados de incapacidade funcional, reforçando a necessidade de avaliação clínica abrangente e abordagem integrada.[12]

O subdiagnóstico da fibromialgia juvenil permanece frequente na prática pediátrica, em parte devido à heterogeneidade da apresentação clínica, à sobreposição com condições reumatológicas e neurológicas e à dificuldade em diferenciar dor crônica primária de etiologias secundárias potencialmente graves.[2] Dessa forma, recomenda-se que a avaliação seja baseada em história clínica direcionada, exame físico completo e identificação de sinais de alerta, evitando investigações extensas e repetitivas de baixo rendimento diagnóstico na ausência de indícios de doença orgânica.[2]

Do ponto de vista terapêutico, as evidências disponíveis sustentam que o manejo mais consistente da fibromialgia juvenil é multimodal e centrado na funcionalidade, com ênfase em educação em dor, reabilitação física por meio de exercício estruturado e intervenções psicológicas, como a terapia cognitivo-comportamental. Intervenções farmacológicas devem ser individualizadas e utilizadas com cautela na população pediátrica.[13,11] Revisões recentes também destacam avanços na compreensão dos mecanismos de sensibilização central e na sistematização da avaliação clínica, reforçando a importância de estratégias precoces, interdisciplinares e orientadas à retomada progressiva das atividades.[11]

Diante desse contexto, esta revisão narrativa tem como objetivo sintetizar evidências recentes acerca da definição, manifestações clínicas, avaliação diagnóstica, diagnóstico diferencial e manejo terapêutico da fibromialgia juvenil, oferecendo ao pediatra um guia prático fundamentado em literatura atual e de livre acesso.

MÉTODOS

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura sobre fibromialgia na infância e adolescência, com o objetivo de sintetizar evidências recentes relacionadas à definição, epidemiologia, mecanismos fisiopatológicos, manifestações clínicas, critérios diagnósticos, diagnósticos diferenciais e estratégias terapêuticas aplicáveis à prática pediátrica. Optou-se pela

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

revisão narrativa por permitir uma abordagem ampla e integrativa do tema, adequada para contextualização clínica e atualização de profissionais de saúde.

A revisão foi orientada pela seguinte questão norteadora: quais são as evidências contemporâneas e clinicamente relevantes sobre apresentação, diagnóstico e manejo da fibromialgia juvenil em crianças e adolescentes? A busca bibliográfica foi estruturada para priorizar evidências recentes e com potencial aplicabilidade na prática clínica pediátrica, especialmente em contextos ambulatoriais.

Foram consultadas as bases PubMed/MEDLINE, PubMed Central, SciELO e LILACS, com complementação por busca manual nas listas de referências dos estudos selecionados e rastreamento adicional via Google Scholar para identificação de literatura pertinente. A consulta ao PubMed Central foi priorizada visando incluir, preferencialmente, estudos de acesso aberto, garantindo rastreabilidade e livre consulta das fontes utilizadas.

A estratégia de busca incluiu combinações dos seguintes termos em inglês: “juvenile fibromyalgia”, “juvenile primary fibromyalgia syndrome”, “pediatric fibromyalgia”, “adolescent fibromyalgia”, “chronic widespread pain” e “chronic musculoskeletal pain”, associados a descritores relacionados a diagnóstico, manifestações clínicas, diagnóstico diferencial e tratamento, como “diagnosis”, “clinical features”, “differential diagnosis”, “management”, “treatment”, “exercise”, “cognitive behavioral therapy” e “multidisciplinary treatment”. As estratégias foram adaptadas às especificidades de cada base.

Foram priorizados artigos publicados entre janeiro de 2016 e fevereiro de 2026, com o objetivo de refletir conceitos atuais sobre síndromes de dor crônica primária e estratégias terapêuticas contemporâneas. Estudos anteriores foram incluídos quando amplamente citados em revisões recentes ou quando forneciam fundamentação conceitual indispensável. Consideraram-se publicações em inglês, português e espanhol.

Quanto aos critérios de elegibilidade, foram incluídos estudos que abordassem diretamente a fibromialgia juvenil ou dor musculoesquelética crônica difusa em populações pediátricas, incluindo revisões sistemáticas, meta-análises, revisões narrativas recentes, ensaios clínicos, estudos observacionais e artigos conceituais relevantes para a compreensão da dor crônica primária nessa faixa etária. Foram excluídos relatos de caso isolados sem contribuição clínica significativa, estudos exclusivamente em adultos sem possibilidade de extrapolação para pediatria, resumos sem texto completo disponível e publicações com descrição metodológica insuficiente.

A seleção ocorreu por triagem inicial de títulos e resumos, seguida de leitura na íntegra dos artigos potencialmente elegíveis para confirmação da pertinência temática. Em seguida, realizou-se rastreamento manual das referências para identificação de publicações adicionais relevantes. Os estudos incluídos foram organizados por eixos temáticos — conceitos e

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

epidemiologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento — orientando a construção da síntese narrativa.

Durante a análise, extraíram-se informações relativas ao delineamento, população, critérios diagnósticos empregados, principais manifestações clínicas, desfechos funcionais e psicossociais, intervenções terapêuticas avaliadas e limitações metodológicas apontadas. A síntese foi qualitativa e integrativa, priorizando convergência entre achados e relevância clínica, conferindo maior peso a revisões sistemáticas e ensaios clínicos quando disponíveis. Por se tratar de revisão narrativa, não foi realizada avaliação formal padronizada do risco de viés. Ainda assim, a interpretação dos resultados considerou o delineamento metodológico, o tamanho amostral e a consistência dos achados, buscando reduzir o risco de conclusões baseadas em evidências de baixa robustez.

Por fim, ressalta-se que este estudo utilizou exclusivamente dados secundários provenientes de literatura científica de domínio público, sem coleta direta de dados em seres humanos; portanto, não houve necessidade de submissão a comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definição e epidemiologia

A fibromialgia juvenil é caracterizada por dor musculoesquelética difusa e persistente, associada a sintomas somáticos e neuropsicológicos — como fadiga, distúrbios do sono, queixas cognitivas e sintomas emocionais — com repercussão funcional significativa na vida da criança ou do adolescente.[3] Atualmente, é compreendida no espectro das síndromes de dor crônica primária, conceito incorporado à CID-11, que reconhece a dor como condição de saúde em si, e não apenas como manifestação secundária.[15]

Na classificação contemporânea, dor crônica primária é definida como dor persistente ou recorrente por mais de três meses, associada a sofrimento emocional e/ou incapacidade funcional, sem que outra condição clínica explique plenamente sua intensidade e persistência.[15] Nesse contexto, a fibromialgia juvenil constitui um fenótipo relevante de dor crônica primária na população pediátrica, compartilhando mecanismos relacionados à sensibilização central e a alterações na modulação da dor.[3,11]

Historicamente, a descrição da fibromialgia em crianças e adolescentes foi proposta por Yunus e colaboradores na década de 1980, com critérios adaptados à faixa etária pediátrica. Nos últimos anos, observa-se tendência de utilização adaptada de critérios empregados em adultos, especialmente os do American College of Rheumatology, com menor ênfase na contagem de pontos dolorosos e maior valorização da dor difusa, da carga sintomática e do impacto funcional.[3,11] Essa mudança reflete melhor compreensão da natureza multifatorial da síndrome e busca reduzir variabilidade diagnóstica entre serviços.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

A prevalência estimada permanece variável, principalmente pela heterogeneidade metodológica e pelas diferenças nos critérios diagnósticos. Revisões recentes apontam prevalência geralmente entre 1% e 6%, a depender da população e dos instrumentos utilizados.[3,11] Estudos populacionais sugerem aumento com a idade, sobretudo durante a adolescência, período de relevantes transformações neurobiológicas e psicossociais.[3] Há predomínio no sexo feminino, particularmente após o início da puberdade, padrão semelhante ao observado em adultos; fatores hormonais, diferenças na modulação da dor e influências psicossociais e culturais podem contribuir.[3,11] Ainda assim, meninos também podem ser acometidos, com possibilidade de subdiagnóstico nessa população.

O impacto funcional é expressivo. Estudos multicêntricos mostram que adolescentes com fibromialgia juvenil frequentemente apresentam limitação importante para atividade física, absenteísmo escolar, redução da participação social e pior qualidade de vida relacionada à saúde em comparação a pares saudáveis.[12] Além disso, comorbidades como ansiedade, depressão e distúrbios do sono são frequentes e podem contribuir para a manutenção e amplificação do quadro doloroso.[3,12] Dados longitudinais indicam heterogeneidade evolutiva: parte dos pacientes melhora funcionalmente, enquanto outros evoluem com persistência de dor e incapacidade, especialmente quando há fatores psicossociais adversos e elevada incapacidade funcional no diagnóstico.[2] Meta-análise recente sobre dor crônica pediátrica reforça a alta prevalência global do problema e a necessidade de maior reconhecimento das síndromes de dor crônica primária na prática pediátrica, incluindo a fibromialgia juvenil.[1] Assim, trata-se de condição real e potencialmente incapacitante, cuja prevalência pode estar subestimada pelo atraso diagnóstico e pela variabilidade na aplicação de critérios clínicos.[3,11]

Fisiopatologia e fatores associados

A fibromialgia juvenil é entendida como condição de dor crônica primária decorrente da interação entre mecanismos neurobiológicos do processamento da dor e fatores psicossociais e ambientais, em um modelo biopsicossocial.[15,3] O mecanismo central mais aceito envolve a sensibilização central, caracterizada por amplificação da sinalização nociceptiva no sistema nervoso central e redução da atividade inibitória descendente, resultando em maior percepção dolorosa mesmo diante de estímulos de baixa intensidade.[3,11,8]

Estudos demonstram alterações funcionais em redes envolvidas na modulação da dor, incluindo córtex pré-frontal, sistema límbico e tronco encefálico, sugerindo desequilíbrio entre vias facilitadoras e inibitórias.[8] Embora os dados pediátricos sejam mais limitados, revisões recentes indicam mecanismos semelhantes em adolescentes com fibromialgia juvenil, o que ajuda a explicar a proximidade clínica entre as apresentações juvenil e adulta.[11] Alterações neuroquímicas

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

também são descritas, com disfunções nos sistemas serotoninérgico, noradrenérgico e dopaminérgico, influenciando a modulação da dor, o humor e o sono.[3,8]

O sono não reparador é componente relevante. A fragmentação do sono associa-se a aumento da sensibilidade dolorosa e a piora de fadiga e função cognitiva, estabelecendo um ciclo bidirecional entre dor e distúrbios do sono.[3,12,4] Paralelamente, fatores psicossociais modulam a experiência dolorosa: estudos observacionais descrevem alta frequência de ansiedade e depressão e associação entre estratégias de enfrentamento desadaptativas (como catastrofização e evitação de atividades) e maior incapacidade funcional.[12,2] A dor persistente, por sua vez, pode reforçar isolamento social, absenteísmo escolar e redução de atividade física, perpetuando o quadro.[2]

Há indícios de influência genética e familiar, com maior frequência de dor crônica e síndromes funcionais em familiares de primeiro grau; ainda não há marcadores genéticos específicos, mas variantes relacionadas à modulação da dor e à resposta ao estresse podem contribuir para vulnerabilidade individual.[3,8] Eventos precipitantes frequentemente relatados incluem infecções, traumas físicos, procedimentos cirúrgicos e estressores emocionais relevantes, atuando como gatilhos em indivíduos predispostos.[3] Além disso, hipermobilidade articular é frequentemente observada em crianças e adolescentes com dor musculoesquelética crônica, podendo contribuir para dor persistente e fadiga muscular, embora não seja condição necessária para o diagnóstico.[3,14] Outro componente importante é o descondicionamento físico progressivo decorrente da redução de atividade em resposta à dor, com piora da resistência muscular e cardiorrespiratória, aumento de fadiga e maior percepção dolorosa durante tarefas cotidianas, reforçando o ciclo de inatividade e incapacidade — alvo terapêutico central em programas de reabilitação multimodal.[2,13]

Quadro clínico e comorbidades

A fibromialgia juvenil se manifesta como dor musculoesquelética difusa e persistente (tipicamente por mais de três meses), acompanhada por sintomas somáticos e neuropsicológicos que podem gerar sofrimento e incapacidade funcional desproporcionais aos achados objetivos do exame físico e de exames complementares.[3] Além da dor axial e apendicular, são frequentes fadiga persistente, sono não reparador, rigidez, cefaleia e queixas cognitivas, como dificuldade de concentração, com impacto no desempenho escolar e na participação social.[3,11] Em coorte multicêntrica de adolescentes incluídos em ensaio clínico, observou-se elevada carga sintomática e prejuízo funcional, reforçando que a avaliação deve contemplar funcionalidade e sintomas associados, e não apenas intensidade dolorosa.[12]

Comorbidades psiquiátricas, sobretudo ansiedade e depressão, são comuns e relevantes para o prognóstico; sintomas depressivos podem seguir trajetórias distintas ao longo do tempo e

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

associar-se a pior evolução funcional em subgrupos.[8] Também são frequentes padrões de evitação de atividade e redução progressiva do condicionamento físico, perpetuando o ciclo dor–fadiga–inatividade, aspecto reiterado em revisões sobre manejo e prognóstico.[2]

A evolução é heterogênea. Parte dos adolescentes melhora com abordagem multimodal, enquanto outros mantêm dor e limitações na transição para a vida adulta.[2] Estudos qualitativos com jovens adultos previamente diagnosticados apontam que fatores de risco e resiliência — como suporte social, estratégias de enfrentamento e acesso a tratamento — modulam desfechos de longo prazo.[4] Em paralelo, a literatura sobre dor crônica na adolescência sugere repercussões em múltiplos domínios na vida adulta, reforçando a relevância do reconhecimento e da intervenção precoces.[1,14]

Critérios diagnósticos e avaliação prática

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado em dor musculoesquelética difusa persistente associada a sintomas somáticos e prejuízo funcional significativo, com exclusão adequada de condições orgânicas que expliquem o quadro.[3,11] Historicamente, critérios pediátricos exigiam múltiplos pontos dolorosos à palpação, conforme descrito por Yunus e colaboradores; entretanto, revisões recentes destacam limitações desse método, incluindo variabilidade interexaminador e baixa reprodutibilidade em crianças e adolescentes.[3,11] Por isso, observa-se crescente uso adaptado dos critérios do ACR, nos quais a distribuição da dor corporal e a carga sintomática associada são centrais, e a contagem de pontos dolorosos deixa de ser requisito obrigatório.[21]

Na prática, a avaliação deve considerar: dor difusa em múltiplos segmentos por mais de três meses; sintomas associados (fadiga, sono não reparador, dificuldades cognitivas); e impacto funcional mensurável sobre atividades escolares, físicas e sociais.[3,11] Evidências clínicas recentes reforçam que a incapacidade funcional pode ser mais determinante para qualidade de vida do que a intensidade da dor, tornando desejável o uso de instrumentos padronizados de avaliação funcional e psicossocial.[12,9]

A anamnese deve explorar início e evolução dos sintomas, fatores precipitantes, flutuações, repercussões escolares e sociais, padrão de sono e sintomas emocionais. O exame físico deve ser musculoesquelético e neurológico completo, com foco na identificação de sinais de alerta para etiologias secundárias, como febre persistente, perda ponderal involuntária, rigidez matinal prolongada, artrite objetiva, déficits neurológicos focais ou manifestações sistêmicas.[3,11,20] Exames laboratoriais e de imagem não têm papel diagnóstico e devem ser solicitados apenas quando houver suspeita clínica de doença inflamatória, infecciosa, endócrina ou neoplásica.[3,11]Revisões enfatizam que investigações extensas e repetitivas, na ausência de sinais

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

REVISTA CIENTÍFICA - RECIMA21 ISSN 2675-6218

de alerta, raramente mudam a conduta, podem atrasar intervenções efetivas e aumentar ansiedade do paciente e da família.[2,20]

A comunicação diagnóstica é componente prático central: explicação clara, validação da experiência dolorosa e apresentação do modelo biopsicossocial favorecem adesão e melhora funcional.[8,4,14,17] Assim, o enquadramento inicial deve enfatizar restauração gradual da funcionalidade e estabelecimento de expectativas realistas, integrando aspectos clínicos, funcionais e psicossociais e direcionando precocemente para estratégias multidisciplinares.[3,11]

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial deve priorizar a exclusão de doenças orgânicas que justifiquem dor musculoesquelética persistente, especialmente quando há sinais sistêmicos ou alterações ao exame físico.[3,11] Devem ser consideradas doenças reumatológicas inflamatórias, como artrite idiopática juvenil e doenças do tecido conjuntivo, nas quais são mais comuns rigidez matinal prolongada, artrite objetiva, manifestações sistêmicas e/ou alterações laboratoriais inflamatórias.[20,18]

Doenças musculares e neurológicas, incluindo miopatias inflamatórias e distúrbios neuromusculares, devem ser lembradas diante de fraqueza muscular progressiva, intolerância ao esforço desproporcional ou elevação persistente de enzimas musculares.[18] Condições endócrinas e metabólicas, como hipotireoidismo e deficiência de vitamina D, podem cursar com dor difusa e fadiga, devendo a investigação ser dirigida quando houver suspeita clínica.[20]

Além disso, síndromes de hipermobilidade articular, síndromes dolorosas regionais e dor associada a descondicionamento físico podem ser confundidas com fibromialgia juvenil.[3,11] Transtornos do humor e transtornos somáticos podem coexistir ou simular dor crônica difusa, exigindo avaliação cuidadosa e abordagem interdisciplinar.[6] Em geral, a ausência de sinais inflamatórios objetivos, alterações neurológicas focais ou comprometimento sistêmico significativo, associada à presença de dor difusa e sintomas somáticos típicos, favorece o diagnóstico após exclusão adequada de causas secundárias.[3,11]

Tratamento

O tratamento deve ser multidisciplinar e centrado na restauração funcional, priorizando estratégias não farmacológicas.[3,2,11] O objetivo terapêutico não é apenas reduzir a dor, mas melhorar funcionalidade, desempenho escolar e participação social. A educação do paciente e da família é etapa fundamental: a explicação do diagnóstico e do modelo biopsicossocial reduz ansiedade, favorece adesão e ajuda a alinhar expectativas realistas quanto à evolução.[3,2]

A reabilitação física progressiva, com programas estruturados de exercício aeróbico e fortalecimento, é uma das intervenções com melhores desfechos funcionais. Evidências apontam

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

melhora da capacidade física, redução da incapacidade e aumento da participação em atividades diárias quando o exercício é gradual e supervisionado.[13,19] Recomenda-se estimular precocemente rotina ativa e retorno progressivo às atividades escolares e esportivas. Intervenções psicológicas, especialmente terapia cognitivo-comportamental, auxiliam no desenvolvimento de estratégias adaptativas de enfrentamento, reduzem catastrofização e melhoram funcionamento global.[17,5] Programas integrativos que combinam exercício e intervenções psicológicas demonstram benefícios adicionais em adolescentes.[10]

O tratamento farmacológico tem papel adjuvante e individualizado, reservado principalmente a comorbidades como distúrbios do sono, ansiedade ou depressão. Revisões recentes ressaltam que a evidência para uso rotineiro de analgésicos, antidepressivos ou anticonvulsivantes em pediatria é limitada, exigindo ponderação cuidadosa de riscos e benefícios.[2,13,7] Programas interdisciplinares de manejo da dor crônica, envolvendo pediatria, fisioterapia, psicologia e, quando necessário, psiquiatria infantil, têm sido associados a melhora sustentada de funcionalidade e qualidade de vida, reforçando a importância de intervenção precoce e integrada.[13,19,10]

Prognóstico

A evolução é variável, desde melhora funcional progressiva até persistência de dor e incapacidade na transição para a vida adulta.[3,2] Estudos longitudinais sugerem que parcela significativa mantém sintomas e limitações anos após o diagnóstico, embora muitos apresentem redução gradual da incapacidade quando submetidos a intervenções multidisciplinares precoces.[8] Fatores associados a pior prognóstico incluem elevada incapacidade funcional inicial, sintomas depressivos e ansiosos, baixa participação em atividade física e estratégias desadaptativas de enfrentamento.[2,8,14] Em contrapartida, suporte familiar, adesão a programas de reabilitação e intervenções psicológicas precoces associam-se a melhor evolução funcional e reintegração escolar e social.[4,10]

Mesmo quando a dor persiste, muitos indivíduos alcançam melhora progressiva de funcionalidade e qualidade de vida ao longo do tempo, sobretudo com abordagem estruturada e contínua.[2,13] Revisões recentes enfatizam que o prognóstico parece depender menos da intensidade inicial da dor e mais da capacidade de restauração funcional e adaptação psicossocial.[13,16] Assim, reconhecimento precoce e implementação de estratégias integradas são determinantes para reduzir o impacto na vida adulta e favorecer desfechos mais favoráveis.[3,2]

CONSIDERAÇÕES

A fibromialgia juvenil constitui importante causa de dor crônica e incapacidade funcional em crianças e adolescentes, permanecendo frequentemente subdiagnosticada em razão da

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

heterogeneidade clínica e da sobreposição com outras condições médicas. O reconhecimento da síndrome como manifestação de dor crônica primária favorece uma abordagem mais adequada, com redução de investigações excessivas e início oportuno de intervenções direcionadas à recuperação funcional.

A avaliação deve ser abrangente e integrar dimensões físicas, funcionais e psicossociais, com identificação criteriosa de sinais de alerta e exclusão direcionada de causas secundárias. Nesse processo, a comunicação diagnóstica clara, aliada à validação da experiência dolorosa do paciente, é componente central para fortalecer a adesão terapêutica e sustentar um plano de manejo realista e efetivo.

As evidências atuais indicam que o tratamento mais consistente é multimodal e interdisciplinar, com foco em educação em dor, reabilitação física progressiva e intervenções psicológicas; a terapêutica farmacológica, quando necessária, deve ser individualizada e utilizada como adjuvante. Estratégias orientadas ao retorno gradual às atividades escolares e sociais são fundamentais para interromper o ciclo de dor, inatividade e incapacidade.

Embora a evolução seja variável, intervenções precoces e integradas podem reduzir o impacto em longo prazo, favorecendo melhora funcional e qualidade de vida. Assim, ampliar o reconhecimento da fibromialgia juvenil na prática pediátrica é passo essencial para qualificar o cuidado, reduzir o estigma e minimizar repercussões na transição para a vida adulta.

REFERÊNCIAS

1. Chambers CT, Dol J, Tutelman PR, Langley CL, Parker JA, Cormier BT, et al. The prevalence of chronic pain in children and adolescents: a systematic review update and meta-analysis. Pain. 2024;165(10):2215-2234.

2. Coles ML, Uziel Y. Juvenile primary fibromyalgia syndrome: a review—treatment and prognosis. Pediatr Rheumatol online J. 2021;19(1):74.

3. Coles ML, Weissmann R, Uziel Y. Juvenile primary fibromyalgia syndrome: epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis. Pediatr Rheumatol online J. 2021;19(1):22. DOI:10.1186/S12969-021-00493-6.

4. Daffin M, Ting TV, Wang M, Kashikar-Zuck S. A qualitative study of risk and resilience in young adult outcomes following juvenile-onset fibromyalgia. Pain Rep. 2021;6(3):E964.

5. Eccleston C, Fisher E, Law E, Bartlett J, Palermo TM. Psychological Interventions For Parents Of Children And Adolescents With Chronic Illness And Pain: Systematic Review. Pain. 2015;156(11):2109-2118.

6. Garralda ME. Unexplained physical complaints. Child Adolesc Psychiatr Clin N AM. 2018;27(2):223-235.

7. Häuser W, Ablin J, Perrot S, Fitzcharles MA. Management of fibromyalgia: practical guidance. Drugs. 2019;79(12):1287-1298.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

8. Kashikar-Zuck S, Cunningham NR, Sil S, Bromberg MH, Lynch-Jordan AM, Ting TV, et al. Long-term outcomes of adolescents with juvenile-onset fibromyalgia into adulthood and impact of depressive symptoms on functioning over time. Pain. 2019;160(2):433-441.

9. Kashikar-Zuck S, Flowers SR, Claar RL, Guite JW, Logan DE, Lynch-Jordan AM, et al. Clinical utility and validity of the functional disability inventory among children with chronic pain. Pain. 2011;152(7):1600-1607.

10. Kashikar-Zuck S, Ting TV, Arnold LM, Bean J, Powers SW, Graham TB, et al. Cognitive behavioral therapy combined with neuromuscular training for juvenile fibromyalgia: randomized controlled trial. Arthritis Rheumatol. 2016;68(4):1103-1113.

11. Lavarello C, Ancona S, Malattia C. Juvenile primary fibromyalgia syndrome: advances in etiopathogenesis, clinical assessment and treatment: a narrative review. Biomedicines. 2025;13(5):1168.

12. Lynch-Jordan AM, Connelly M, Guite JW, King C, Goldstein-Leever A, Logan DE, et al. Clinical characterization of juvenile fibromyalgia in a multicenter cohort of adolescents enrolled in a randomized clinical trial. Arthritis Care Res (Hoboken). 2023;75(8):1795-1803.

13. Migliorini F, Maffulli N, Memminger MK, Simeone F, Bardazzi T, Vaccaro MG, et al. Management of juvenile fibromyalgia: a level i evidence-based systematic review. Med Sci (Basel). 2025;13(3):203.

14. Murray CB, Groenewald CB, De La Vega R, Palermo TM. Long-term impact of adolescent chronic pain on young adult educational, vocational, and social outcomes. Pain. 2020;161(2):439-445.

15. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, Barke A, Aziz Q, Benoliel R, et al. The iasp classification of chronic pain for icd-11: chronic primary pain. Pain. 2019;160(1):28-37.

16. Noel M, Groenewald CB, Beals-Erickson SE, Gebert JT, Palermo TM. Chronic pain in adolescence and risk of mental health disorders in adulthood. Pain. 2016;157(7):1578-1586.

17. Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, Williams AC, Morley S. Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: updated meta-analytic review. Pain. 2010;148(3):387-397.

18. Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, Wedderburn LR. Textbook of pediatric rheumatology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.

19. Sil S, Arnold LM, Lynch-Jordan A, Ting TV, Peugh J, Kashikar-Zuck S. Exercise interventions in juvenile fibromyalgia: randomized clinical trial outcomes. Arthritis Care Res (Hoboken). 2018;70(3):349-357.

20. Weiss PF. Pediatric pain syndromes and fibromyalgia. Pediatr Clin North AM. 2018;65(4):801-815.

21. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum. 2016;46(3):319-329.

Este artigo é publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC-BY), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.