



# **III Curso de**

# **Reumatología Pediátrica**

## **para Médicos Internos**



# Síndromes de Amplificação Dolorosa



**Paula Estanqueiro**

Unidade de Reumatologia Pediátrica

Hospital Pediátrico, CHUC - Coimbra  
Pediatría

- Quadros de **dor, aguda ou crónica, sem causa evidente**, nos quais a dor perde a função de alarme e passa a ser o **elemento fulcral no processo patológico**.
- Não existem estudos da incidência de dor musculoesquelética amplificada na criança.
- Mas a dor amplificada é um motivo crescente de referência às consultas de reumatologia pediátrica (~10-15% dos doentes).

# Síndromes de amplificação dolorosa

---

- O corpo **involuntariamente** amplifica a intensidade da dor, de forma *desproporcional aos sinais clínicos objetivos*, fazendo com que:
  - ❖ A resposta ao estímulo doloroso seja mais pronunciada (**hiperalgesia**)
  - ❖ Ou mesmo que estímulos habitualmente não dolorosos (toque da roupa, água do banho, sopro,...) possam produzir dor (**alodinia**).

# Síndromes de amplificação dolorosa

---

- Muitas vezes estas crianças e jovens são observadas por **várias subespecialidades** e sujeitas a múltiplas investigações antes do diagnóstico correto ser feito.
- A **identificação precoce** destas entidades é fundamental para evitar investigações e/ou terapêuticas inadequadas.
- A influência na vida dos adolescentes é substancial e inclui limitação física, absentismo escolar, dificuldades no relacionamento familiar e interpessoal.

# Síndromes de amplificação dolorosa

---

- A sua **etiologia é desconhecida** mas pode estar relacionada com trauma (geralmente menor), doença ou perturbação psicológica.

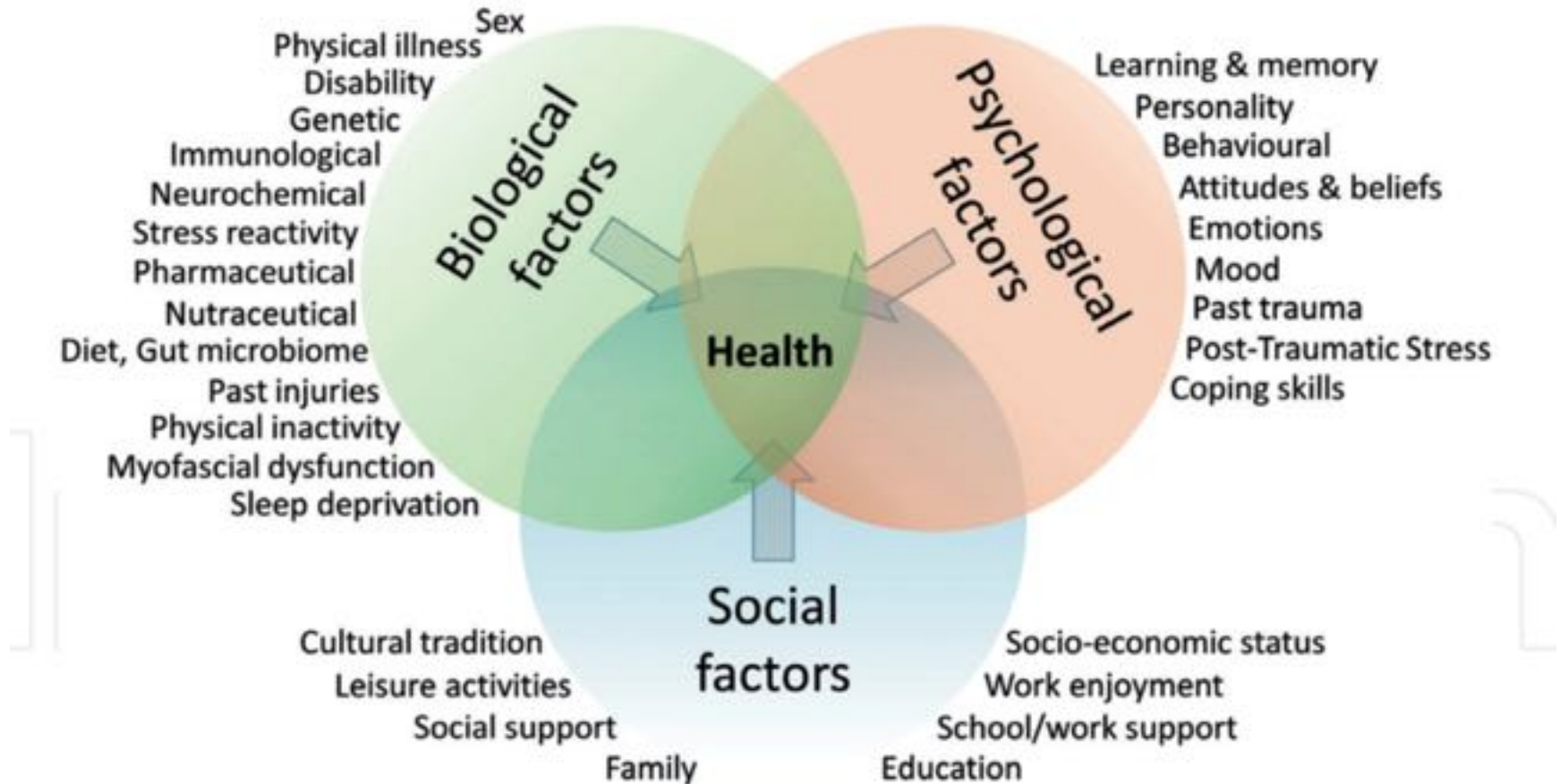
## Fatores intrínsecos:

- **limiar de dor individual**
- **género feminino**
- estratégias de ***coping***

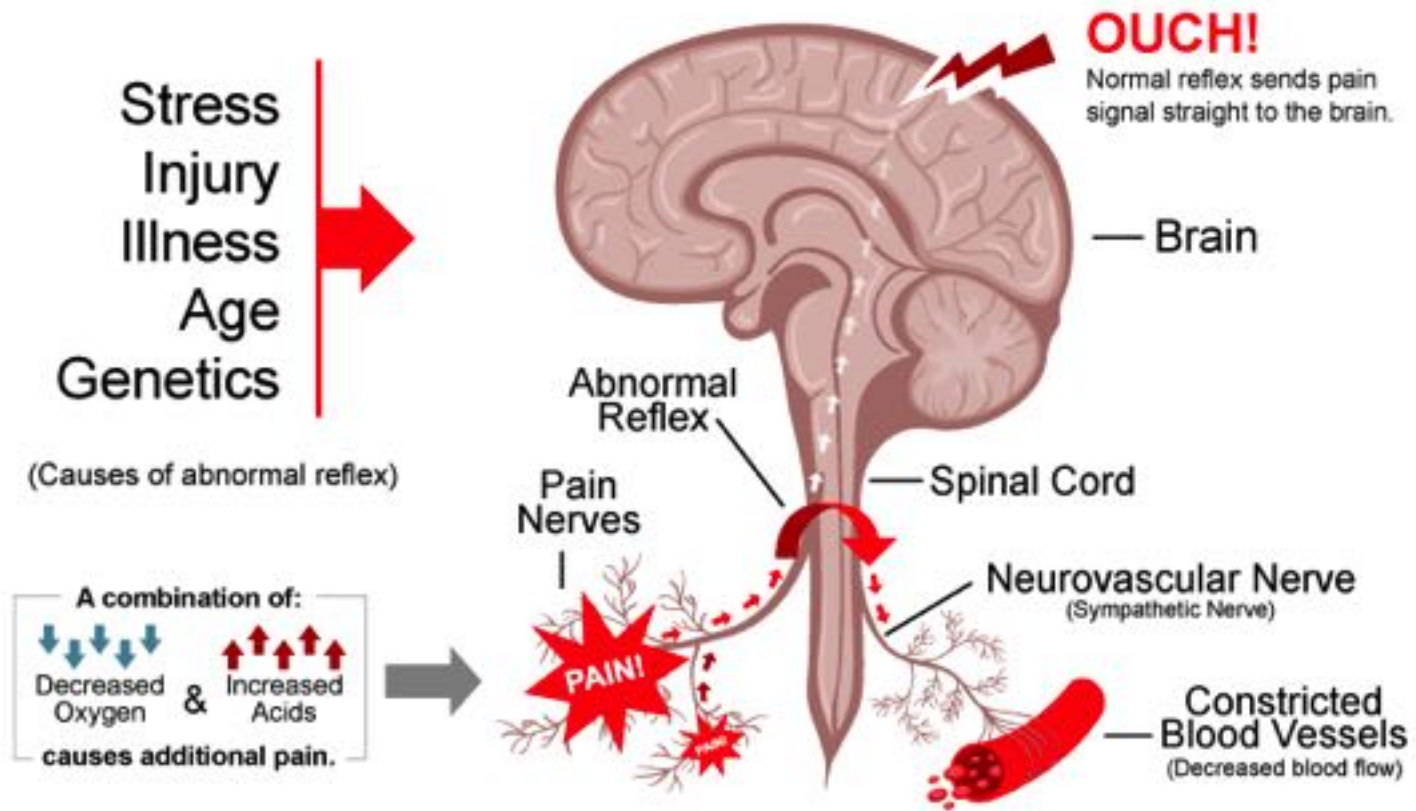
## Fatores extrínsecos:

- **experiências prévias de dor**
- **stress social**
- **modelos comportamentais**
- **mecanismos periféricos e centrais de dor**

# Síndromes de amplificação dolorosa



# Síndromes de amplificação dolorosa



©2014 The Children's Hospital of Philadelphia. All Rights Reserved.

Atividade aumentada do sistema nervoso simpático.



# Síndromes de amplificação dolorosa

---

- As síndromes de amplificação dolorosa atingem principalmente **os adolescentes** (*idade média 12-13 anos*), sendo raros antes dos 7-8 anos.
- Todas as séries referem um predomínio no género feminino (4:1), até 80% dos casos.
- É frequente uma **história familiar positiva** de dor crónica; muitas vezes a criança é o **espelho** dos pais (geralmente a mãe).

- O **stress psicológico** é um tema recorrente nos estudos de crianças com dor amplificada, apresentando estas crianças e famílias índices de ansiedade mais elevados, mas se isto é a **causa ou o efeito** não se sabe.
- A **história social** pode documentar eventos major recentes, como alterações na família nuclear, mudança de residência, problemas escolares, doenças, morte.

# Síndromes de amplificação dolorosa

---

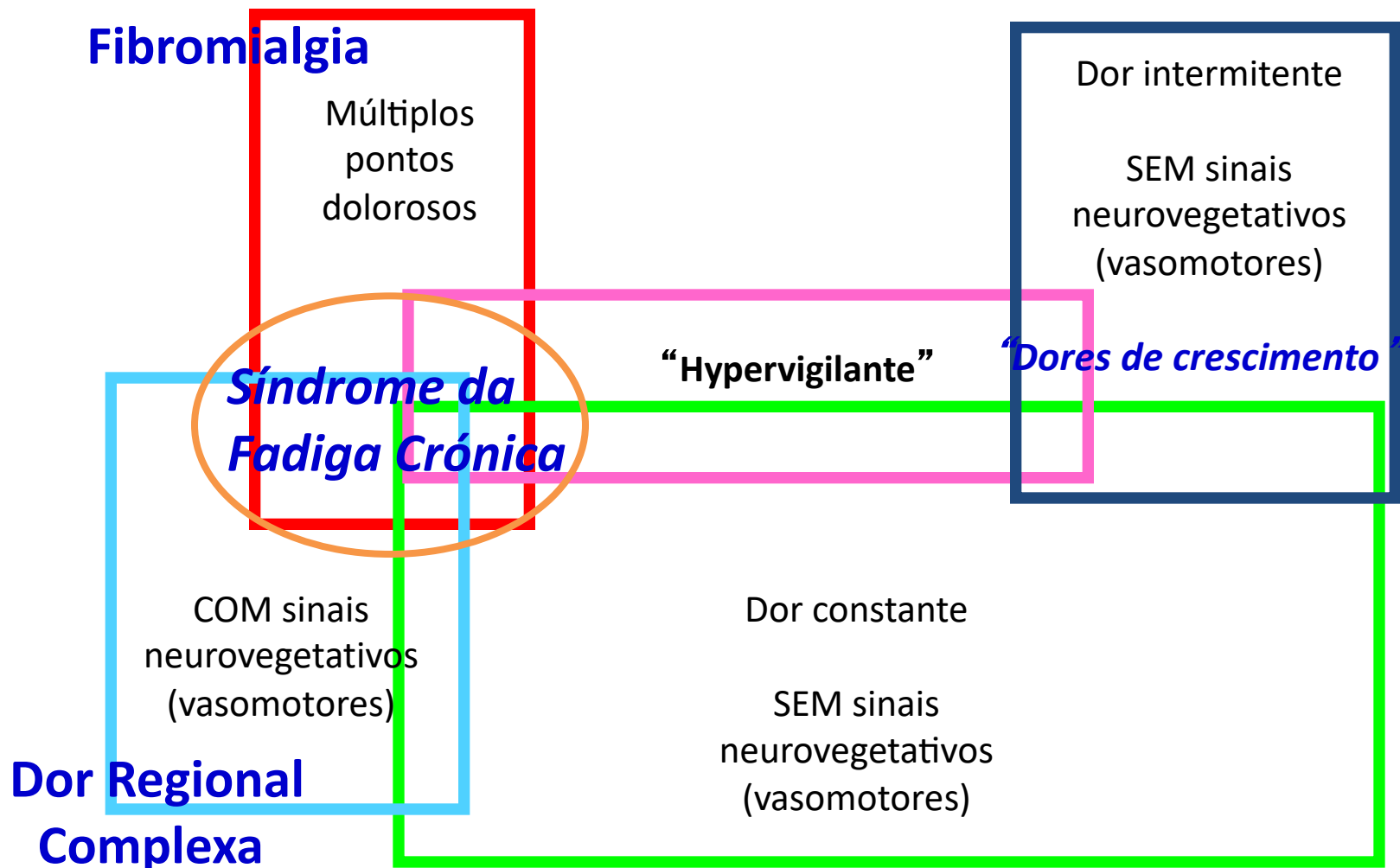
- São comuns os problemas escolares, quer por dificuldades de aprendizagem quer por perfeccionismo e/ou elevadas espetativas dos próprios ou dos pais.
- **O absentismo escolar é frequente.**

# Síndromes de amplificação dolorosa

---

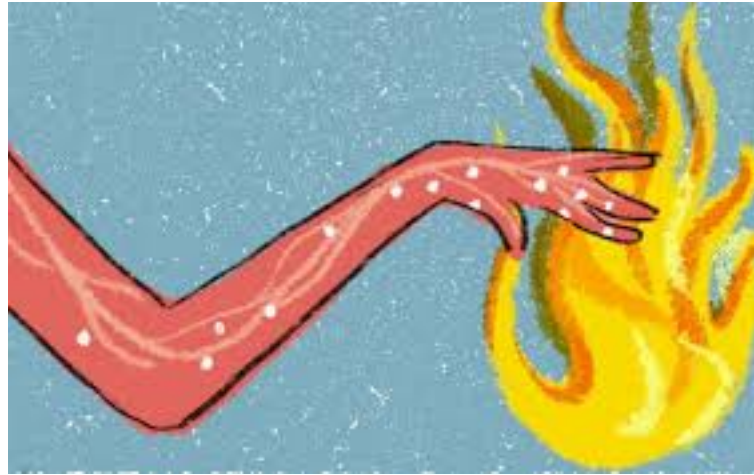
- Há múltiplas manifestações de dor amplificada, geralmente separadas pelos autores em função:
  - ❖ Localização (localizada ou difusa)
  - ❖ Presença de sinais de disfunção autonómica
  - ❖ Associação com diversos sintomas sistémicos.

# Síndromes de amplificação dolorosa



# Síndromes de amplificação dolorosa: como reconhecer

# Dor regional complexa tipo 1



# Dor regional complexa tipo 1

---

- A dor regional complexa tipo 1 é uma síndrome que associa dor persistente com disfunção autonómica, motora e alterações tróficas, sem distribuição dermatoma nem lesão de nervo.
- É uma dor descrita como intensa, espontânea ou induzida por estímulo, mas desproporcional ao trauma/estímulo.
- A dor e a incapacidade consequente aumentam com o tempo, e o uso de tala ou ligadura de contenção é muitas vezes um fator perpetuador da dor.



# Dor regional complexa tipo 1

---

- Qualquer parte do corpo pode estar envolvida, e a criança pode ter várias áreas dolorosas.
- O membro inferior está mais frequentemente envolvido que o superior (dominante geralmente), e a periferia é mais atingida que as áreas centrais.
- A dor é constante no membro afetado, mesmo em repouso, e aumenta com o movimento do membro.
- No exame físico é relevante a ausência de achados sugestivos de doença subjacente, um exame neurológico normal, e a presença de alodinia e sinais de disfunção autonômica.

# Dor regional complexa tipo 1

---

- A maioria dos doentes tem **alodinia** (estímulo não doloroso desencadeia dor), sendo também comum a **hiperalgesia** (estímulo ligeiramente doloroso condiciona uma dor intensa).

# Dor regional complexa tipo 1

---

- **Alodinia** - dor despertada por estímulos não dolorosos / insignificantes (sopro, contato do lençol ou roupa, água do banho).



Embora a dor seja referida como moderada a severa,  
muitas vezes é incongruente com a observação clínica.



*La belle indifference*

HP - CHUC - In curso de Reumatologia  
Pediátrica

# Dor regional complexa tipo 1

---

- Os achados autonómicos incluem o **edema, alterações da temperatura** (geralmente arrefecimento), **hiperhidrose, cianose ou pele marmoreada**.
- Podem ser persistentes ou transitórios, por vezes só se tornam aparentes após exercitar o membro ou mantê-lo pendente alguns minutos.



**III Curso de**  
**Reumatología Pediátrica**  
para Médicos Internos



HP - CHUC III curso de Reumatología  
Pediátrica

# Dor regional complexa tipo 1

- Edema frio que ultrapassa os limites da articulação.







**III Curso de**  
**Reumatología Pediátrica**  
para Médicos Internos



**III Curso de**  
**Reumatologia Pediátrica**  
para Médicos Internos

# Dor regional complexa tipo 1

---

- As alterações tróficas da pele surgem nos casos mais prolongados.



- **Quando evocar o diagnóstico?**
  - Alodinia / Hiperestesia
  - Edema que ultrapassa limites da articulação
  - Posturas bizarras ou distônicas
  - Subcianose do membro doloroso
  - Membro mais frio
- Uso de lenço / canadianas / cadeira
- Conflitos emocionais: familiar / escola /social



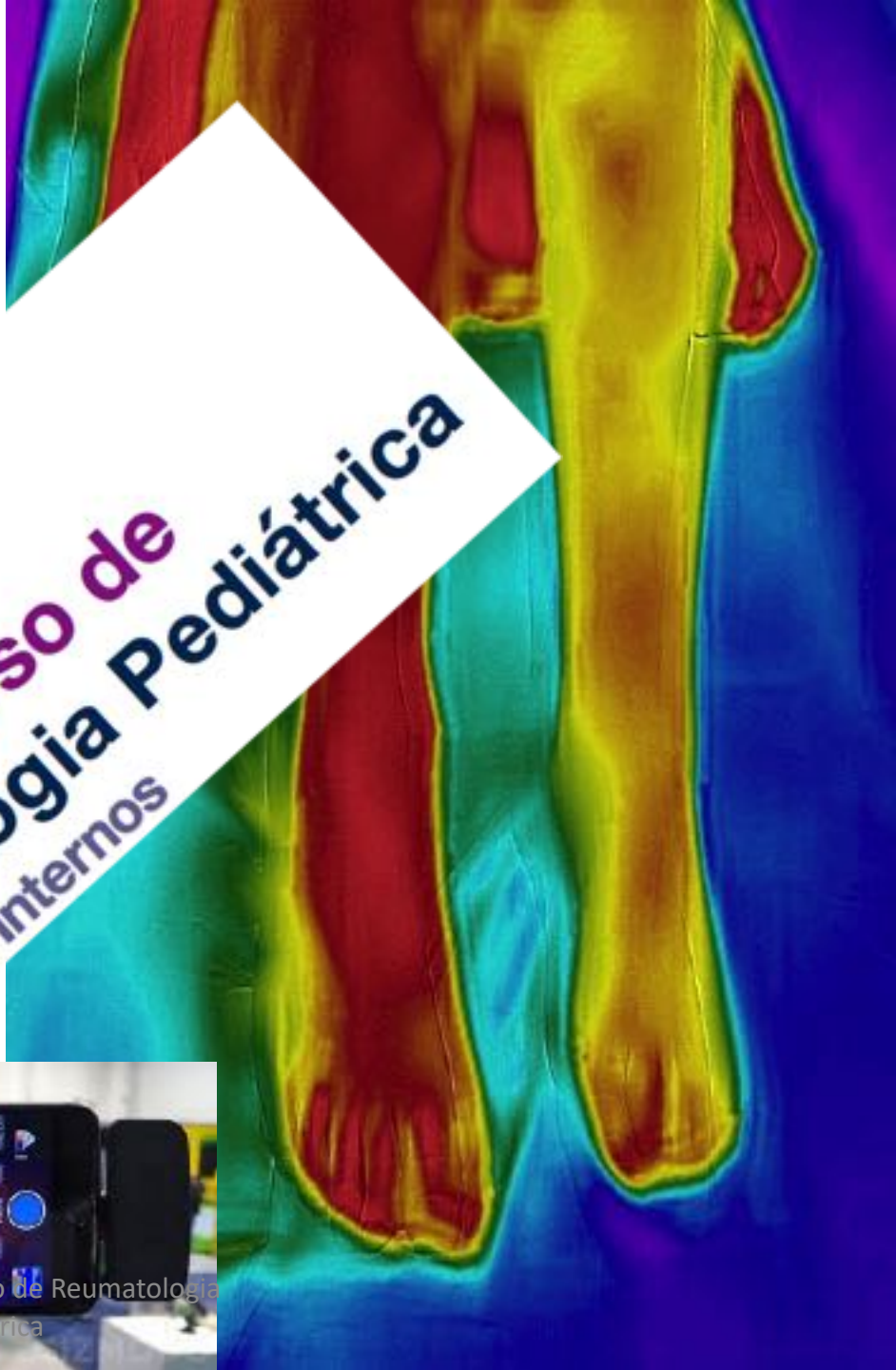
O diagnóstico é clínico!



III Curso de  
Reumatologia Pediátrica  
para Médicos Internos

Dor periférica associada a disfunção autonómica

♂, 8 anos




**III Curso de  
Reumatologia Pediátrica**  
para Médicos Internos

3,5 meses  
evolução



HP - CHUC III curso de Reumatologia  
Pediátrica

# Termografia iPhone / Android



**III Curso de  
Reumatologia Pediátrica**  
para Médicos Internos



HR - CHUC III Curso de Reumatologia  
Pediátrica

Artropatado pérmio



Acrocianose / Raynaud



# III Curso de Reumatología Pediátrica

para Médicos Internos



## Critérios de Budapeste (2003)

1. Continuing pain which is disproportionate to any inciting event
2. Must report at least one symptom in three of the four following categories
  - Sensory: reports of hyperaesthesia and/or allodynia
  - Vasomotor: reports of temperature asymmetry and/or skin colour changes and/or skin colour asymmetry
  - Sudomotor/oedema: reports of oedema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry
  - Motor/trophic: reports of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nail, skin)
3. Must display at least one sign at time of evaluation in two or more of the following categories
  - Sensory: evidence of hyperalgesia and/or allodynia
  - Vasomotor: evidence of temperature asymmetry and/or skin colour changes and/or asymmetry
  - Sudomotor/oedema: evidence of oedema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry
  - Motor/trophic: evidence of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nail, skin)
4. There is no other diagnosis that better explains the signs and symptoms

Sensibilidade 100%, especificidade 80-90% (adultos)

HP - CHUC - III curso de Reumatologia

Pediátrica

Síndromes de amplificação dolorosa

## Box 1 | Current International Association for the Study of Pain clinical diagnostic criteria for complex regional pain syndrome<sup>1</sup>

- Continuing pain, which is disproportionate to any inciting event
- Must report at least one symptom in three of the four following categories\*:
  - Sensory: Reports of hyperalgesia and/or allodynia
  - Vasomotor: Reports of temperature asymmetry and/or skin color changes and/or skin color asymmetry
  - Sudomotor/edema: Reports of edema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry
  - Motor/trophic: Reports of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nails, skin)
- Must display at least one sign at time of evaluation in two or more of the following categories\*:
  - Sensory: Evidence of hyperalgesia (to pinprick) and/or allodynia (to light touch or deep somatic pressure, or joint movement)
  - Vasomotor: Evidence of temperature asymmetry and/or skin color changes and/or asymmetry
  - Sudomotor/edema: Evidence of edema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry
  - Motor/trophic: Evidence of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nails, skin)
- There is no other diagnosis that better explains the signs and symptoms

\*For research settings in which it is desirable to maximize specificity, a more stringent research diagnostic decision rule requires all four of the symptom categories and at least two of the sign categories to be positive for a diagnosis.

- A abordagem terapêutica **tem de ser** multidisciplinar e inclui entre outros: a fisioterapia, terapia ocupacional e terapêuticas cognitivo-comportamentais.

**3 Ps (physical, psychological, pharmacological)**

- Restaurar função - retomar vida escolar, atividades sociais e recreativas.

- **As imobilizações estão contra-indicadas!**
- **Parar investigações complementares!**



- O prognóstico geralmente é mais favorável do que no adulto, mas as recidivas são frequentes (20-30%).

# Fibromialgia Juvenil

**I wake up tired  
I stay up tired  
I go to bed tired.**

**I wake up in pain  
I stay up in pain  
I go to bed in pain.**

**I wake up with hope  
I stay up with hope  
I go to bed with hope.**



- A **dor** é **generalizada**, mal definida e imprecisa, e pode acompanhar-se da sensação de rigidez articular e muscular.
- Associa-se a uma multiplicidade de **sintomas somáticos**, entre outros a fadiga, sono não reparador, dificuldades de concentração e perturbações do humor.
- A prevalência na população geral é de 2% e estima-se que 2%-6% das crianças em idade escolar sofram de fibromialgia juvenil.

- O seu diagnóstico e a abordagem terapêutica continuam a ser um desafio e alvo de mitos e controvérsias várias.
- Nos estudos de adultos o atraso de diagnóstico é > 2 anos com uma média 3,7 consultas com diferentes especialistas.
- Apesar da dor ser o sintoma dominante, é uma condição heterogénea e complexa com impacto diverso na qualidade de vida.

**Fibromialgia**  
***Doença Somática Sistémica***

Weiss et al. *Pediatric Rheumatology* (2019) 17:51  
<https://doi.org/10.1186/s12969-019-0356-z>

Pediatric Rheumatology

RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Demographic, clinical, and treatment characteristics of the juvenile primary fibromyalgia syndrome cohort enrolled in the Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance Legacy Registry



- 201 doentes
- Idade média diagnóstico – 15 anos
- F/M – 84%/16%
- 18% HF positiva



# Fibromialgia juvenil

Symptom duration in years prior to diagnosis (Mean  $\pm$  SD) 1.7  $\pm$  2.1

## Symptoms endorsed for past month

<u>Widespread musculoskeletal pain</u>	164 (91%)
Pain modulation with anxiety or stress	121 (80%)
Pain modulation with physical activity	117 (75%)
<u>Frequent headaches</u>	111 (68%)
Pain modulation with weather change	86 (61%)
<u>Nonrestorative sleep</u>	94 (52%)
Frequent awakenings	75 (42%)
Increased sleep latency	74 (41%)
Numbness and tingling of extremities	48 (32%)
Anxiety and/or depression	40 (28%)
<u>Hypermobility on exam</u>	35 (28%)
Subjective soft tissue swelling of extremities	32 (22%)
Irritable bowel symptoms	24 (16%)
Hypersomnia	25 (14%)

- Dor musculoesquelética generalizada (91%) modulada por:
  - Atividade física
  - Ansiedade/stress
  - Clima

- Fadiga (84%)
- Perturbações sono (82%)
- Cefaleias (68%)

Weiss et al. Pediatric Rheumatology 2019;17:51

HP - CHUC - III curso de Reumatologia

Pediátrica

Síndromes de amplificação dolorosa

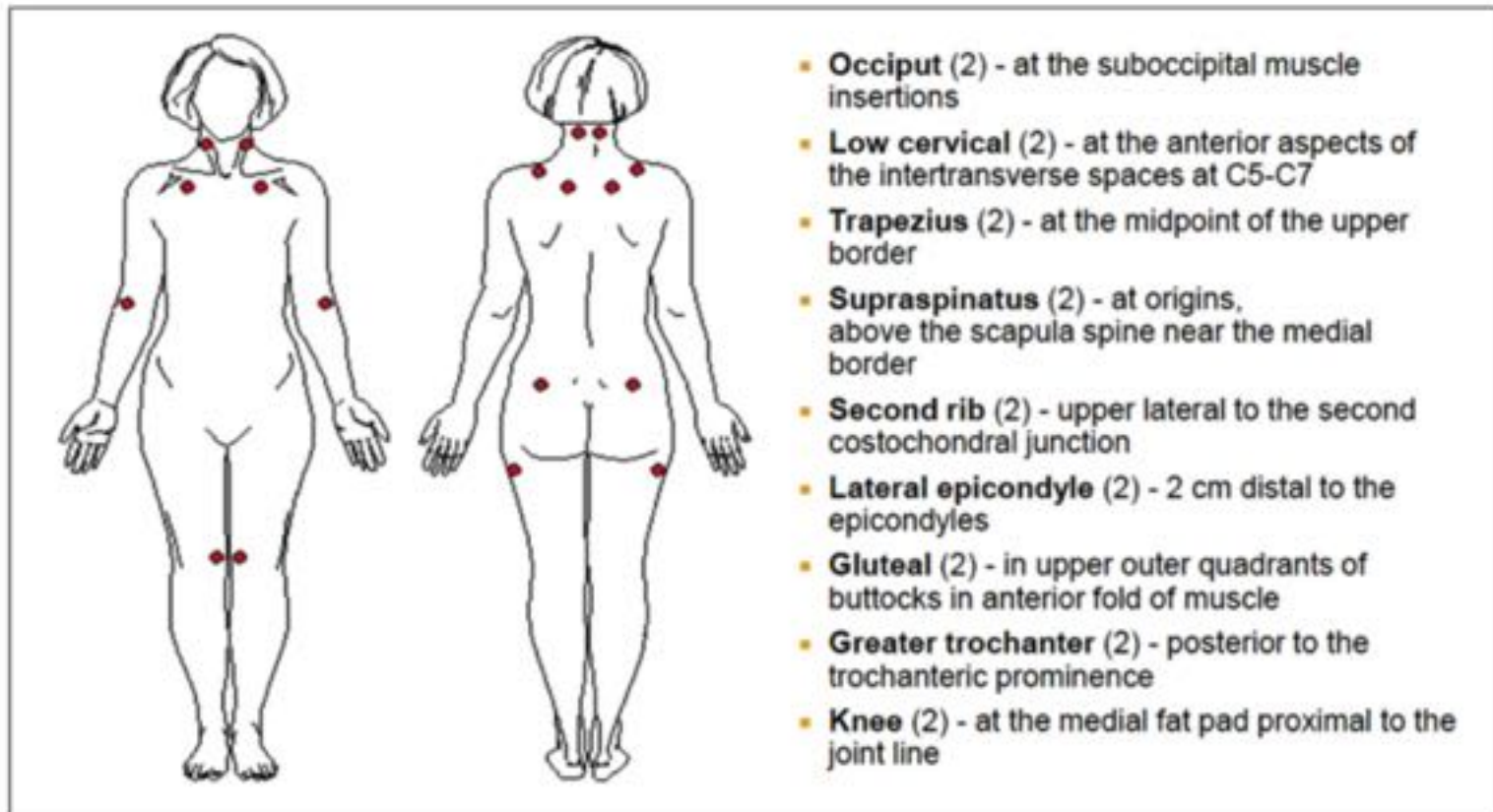
- Não existe nenhum teste laboratorial específico ou biomarcador de diagnóstico da fibromialgia.
- As *guidelines* concordam que o diagnóstico permanece clínico, e o objetivo do exame físico e das investigações laboratoriais limitadas é excluir outras doenças com expressão somática que possam explicar os sintomas.
- Tradicionalmente, o diagnóstico de fibromialgia nos adultos era baseado nos critérios ACR de 1990.

## 1) História de **3 meses de dor musculoesquelética difusa:**

- Dor do lado esquerdo e dor do lado direito do corpo
- Dor acima e abaixo da linha de cintura
- Presença concomitante de dor no esqueleto axial

## 2) E a presença de dor em pelo menos **11** dos **18 pontos dolorosos:**

Para se considerar um *tender point* como “positivo”, a palpação digital deve ser dolorosa.



**Figure 1.** American College of Rheumatology 1990 criteria for the loci of tender point examination of fibromyalgia (Adapted from: Wolfe F et al. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-172)

## Critérios de Yunus e Masi (1985)

**Table 3.** Yunus and Masi diagnostic criteria for juvenile primary fibromyalgia syndrome (Adapted from: Arthritis Rheum 1985; 28: 138-145)

---

### Major Criteria

1. Generalized musculoskeletal pain at three or more sites for three or more months
2. No underlying medical condition
3. Normal laboratory tests
4. Five or more typical tender points

### Minor Criteria

Presence of three of the following features:

1. Chronic anxiety or tension
  2. Fatigue
  3. Poor sleep
  4. Chronic headache
  5. Irritable bowel syndrome
  6. Subjective soft tissue swelling
  7. Numbness
  8. Pain modulation by physical activities
  9. Pain modulation by weather factors
  10. Pain modulation by anxiety or stress
-

- Em 2010, *Wolfe* propôs novos critérios para o diagnóstico de fibromialgia nos adultos.
- Estes critérios incluem:
  - Um **índice de dor difusa**
  - Uma escala de **gravidade dos sintomas**
  - Um **somatório de diversos sintomas somáticos**
- Esta classificação inclui não só fadiga, sono não reparador e alterações cognitivas, mas também múltiplos sintomas somáticos.

**Índice de Dor Difusa** (*widespread pain index, WPI*): número de áreas nas quais o doente apresentou dor na última semana

**Widespread Pain Index (WPI)**  
(1 point per check box; score range: 1–19)

Please check the boxes below for each area in which you have had pain or tenderness **during the past 7 days**.

<input type="checkbox"/> Shoulder girdle, left	<input type="checkbox"/> Lower leg left
<input type="checkbox"/> Shoulder girdle, right	<input type="checkbox"/> Lower leg right
<input type="checkbox"/> Upper arm, left	<input type="checkbox"/> Jaw left
<input type="checkbox"/> Upper arm, right	<input type="checkbox"/> Jaw right
<input type="checkbox"/> Lower arm, left	<input type="checkbox"/> Chest
<input type="checkbox"/> Lower arm, right	<input type="checkbox"/> Abdomen
<input type="checkbox"/> Hip (buttock) left	<input type="checkbox"/> Neck
<input type="checkbox"/> Hip (buttock) right	<input type="checkbox"/> Upper back
<input type="checkbox"/> Upper leg left	<input type="checkbox"/> Lower back
<input type="checkbox"/> Upper leg right	<input type="checkbox"/> None of these areas

WPI score: \_\_\_\_\_

FRONT BACK

**Figure 2.** Diagnostic and Severity Criteria for Fibromyalgia: Widespread Pain Index (WPI). (Adapted from: Wolfe F. et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62: 600-610).

## Escala de Pontuação de Gravidade dos Sintomas (*symptom severity, SS*):

### SYMPTOM SEVERITY (SS)

B. How much of a problem have the following been for you during the past week?

	No problem	Slight/Mild problem, generally mild or intermittent	Moderate, Considerable problem, often present	Severe, pervasive, continuous, life- disturbing problem
Fatigue	0	1	2	3
Waking Still Feeling Tired	0	1	2	3
Concentration or Memory Problems	0	1	2	3

Part B Score: Total of all domains



## Sintomas somáticos

C. Have you had problems with any of the following during the past three months?

Muscle pain	Headache	Sun sensitivity	Chest pain
Muscle weakness	Dizziness	Blurred vision	Hair loss
Numbness/tingling	Shortness of breath	Loss/changes in taste	Fever
IBS	Nervousness	Hearing difficulties	Thinking problem
Abdominal pain/cramps	Depression	Ringing in ears	Dry mouth
Diarrhea	Fatigue/tiredness	Easy bruising	Dry eyes
Constipation	Insomnia	Frequent urination	Itching
Heartburn	Loss of appetite	Bladder spasms	Wheezing
Vomiting	Rash	Painful urination	Oral ulcers
Nausea	Hives/welts	Seizures	Raynaud's

Part C Score: 0 = No symptoms, 1= Few symptoms, 2= Moderate number of symptoms, 3= A great deal of symptoms

WPI = A Score

SS = B Score + C Score

**Fibromyalgia if: WPI  $\geq$  7 and SS  $\geq$  5 OR WPI 3-6 and SS  $\geq$  9**

Na avaliação em jovens **não foram** referidos:

- Dor torácica, Raynaud, convulsões, espasmos vesicais

**Foram referidos:**

- Sensibilidade à luz, aos sons, ao toque, tonturas, vertigens

- As guidelines concordam que o diagnóstico **permanece clínico.**
- Investigações laboratoriais limitadas para exclusão de outras patologias.

- **Diagnóstico diferencial:**

- LES
- DMJ
- AIJs
  
- **Hipotiroidismo**
- Doenças neurológicas
- **Depressão**
- Miopatias
- Doenças metabólicas
- Doenças malignas

## Tratamentos prévios:

- **Farmacológicos**
  - Nenhum (39%)
  - 1 tipo (38%)
  - $\geq 2$  (23%)
- **Não farmacológicos**
  - Nenhum (67%)
- Medicação mais frequente – AINEs (27%).
- Não farmacológico – FT (21%).

**Table 2** Treatments tried and recommended for juvenile primary fibromyalgia syndrome patients

Treatments	% of sample
Pharmacological treatments previously tried	
Daily non-steroidal anti-inflammatory drugs	27%
Selective serotonin reuptake inhibitors	17%
Tri-cyclic antidepressants	17%
Gamma-aminobutyric acid analogues	11%
Selective norepinephrine reuptake inhibitors	5%
Opioids	4%
Non-pharmacological treatments previously tried	
Physical therapy	21%
Herbals and supplements	9%
Therapeutic massage	16%
Mindfulness/meditation	12%
Chiropractic	6%
Acupuncture/acupressure	5%
Yoga	4%
Hypnosis	2%
Craniosacral therapy	1%
Treatments recommended or provided at baseline visit	
Psychoeducation on chronic pain	92%
Graded aerobic exercise program	76%
Sleep hygiene education	70%
Physical therapy referral	57%
General counseling referral	53%
Medications	51%
Referral to pain clinic	46%
Cognitive-behavioral therapy referral	42%
Biofeedback referral	8%
Referral for psychiatric evaluation	4%
Referral for integrative medicine evaluation	3%
Referral to rehabilitation clinic	1%

Weiss et al. Pediatric Rheumatology 2019;17:51

# Fibromialgia juvenil

## Treatments recommended or provided at baseline visit

Psychoeducation on chronic pain	92%
Graduated aerobic exercise program	76%
Sleep hygiene education	70%
Physical therapy referral	57%
General counseling referral	53%
Medications	51%
Referral to pain clinic	46%
Cognitive-behavioral therapy referral	42%
Biofeedback referral	8%
Referral for psychiatric evaluation	4%
Referral for integrative medicine evaluation	3%
Referral to rehabilitation clinic	1%

EDUCAÇÃO DA DOR

HIGIENE DO SONO

EXERCÍCIO AERÓBICO

FISIOTERAPIA

Weiss et al. Pediatric Rheumatology 2019;17:51

HP - CHUC - III curso de Reumatologia

Pediátrica

Síndromes de amplificação dolorosa

## Recommendations

### EXTENDED REPORT

## EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia

**Results** 2979 titles were identified: from these 275 full papers were selected for review and 107 reviews (and/or meta-analyses) evaluated as eligible. Based on meta-analyses, the only 'strong for' therapy-based recommendation in the guidelines was exercise. Based on expert opinion, a graduated approach, the following four main stages are suggested underpinned by shared decision-making with patients. Initial management should involve patient education and focus on non-pharmacological therapies. In case of non-response, further therapies (all of which were evaluated as 'weak for' based on meta-analyses) should be tailored to the specific needs of the individual and may involve psychological therapies (for mood disorders and unhelpful coping strategies), pharmacotherapy (for severe pain or sleep disturbance) and/or a multimodal rehabilitation programme (for severe disability).

1ª LINHA



Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:318–328

# Fibromialgia juvenil

**Table 3 Recommendations**

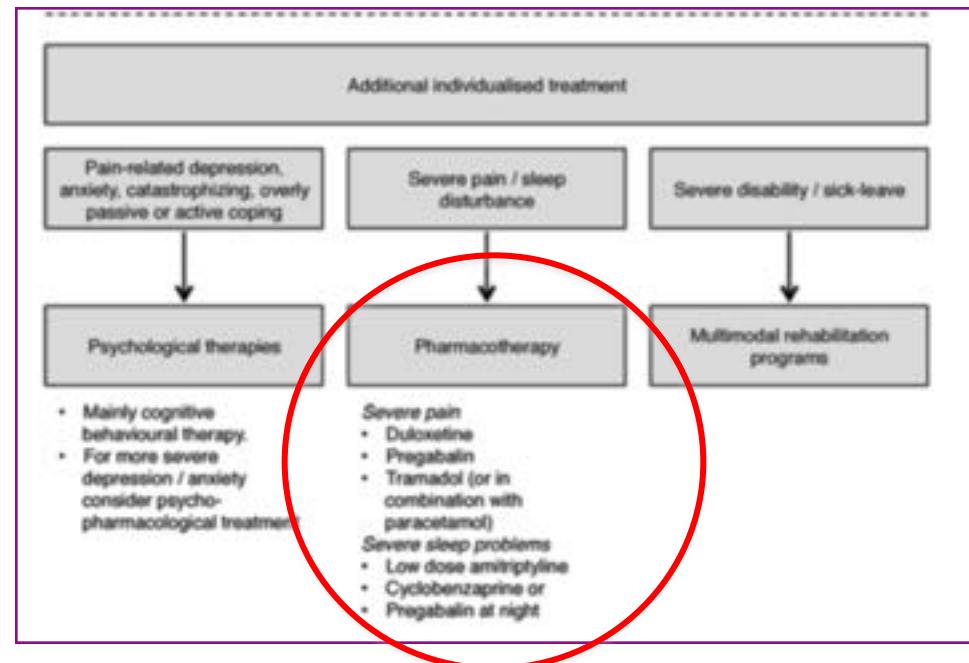
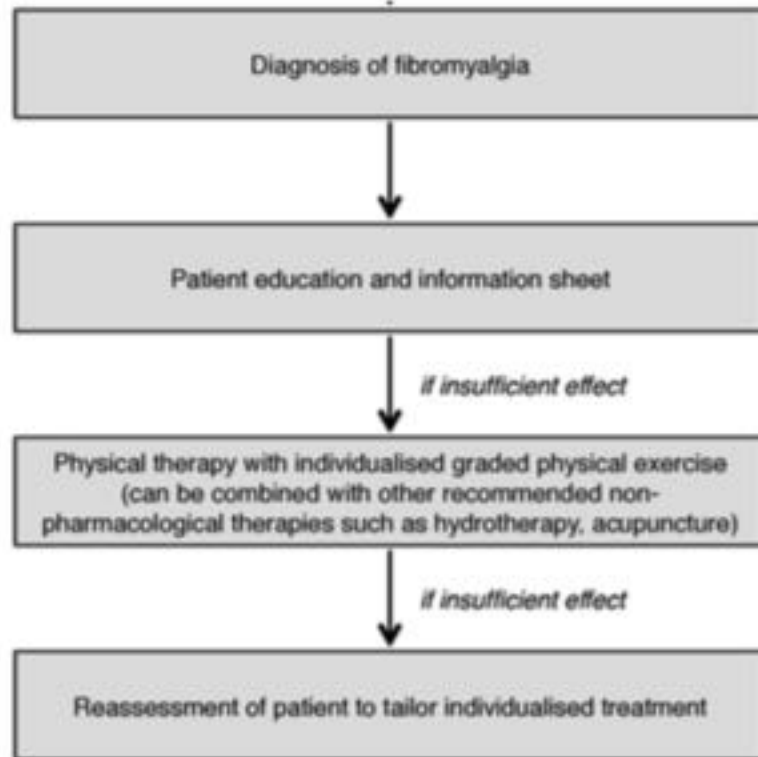
Recommendation	Level of evidence	Grade	Strength of recommendation	Agreement (%)*
<i>Overarching principles</i>				
Optimal management requires prompt diagnosis. Full understanding of fibromyalgia requires comprehensive assessment of pain, function and psychosocial context. It should be recognised as a complex and heterogeneous condition where there is abnormal pain processing and other secondary features. In general, the management of FM should take the form of a graduated approach.	IV	D		100
Management of fibromyalgia should aim at improving health-related quality of life balancing benefit and risk of treatment that often requires a multidisciplinary approach with a combination of non-pharmacological and pharmacological treatment modalities tailored according to pain intensity, function, associated features (such as depression), fatigue, sleep disturbance and patient preferences and comorbidities; by shared decision-making with the patient. Initial management should focus on non-pharmacological therapies.	IV	D		100
<i>Specific recommendations</i>				
<b>Non-pharmacological management</b>				
Aerobic and strengthening exercise	Ia	A	Strong for	100
Cognitive behavioural therapies	Ia	A	Weak for	100
Multicomponent therapies	Ia	A	Weak for	93
Defined physical therapies: acupuncture or hydrotherapy	Ia	A	Weak for	93
Meditative movement therapies (qigong, yoga, tai chi) and mindfulness-based stress reduction	Ia	A	Weak for	71–73
<b>Pharmacological management</b>				
Amitriptyline (at low dose)	Ia	A	Weak for	100
Duloxetine or milnacipran	Ia	A	Weak for	100
Tramadol	Ib	A	Weak for	100
Pregabalin	Ia	A	Weak for	94
Cyclobenzaprine	Ia	A	Weak for	75

\*Percentage of working group scoring at least 7 on 0–10 numerical rating scale assessing agreement.

Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:318–328

HP - CHUC III curso de Reumatologia

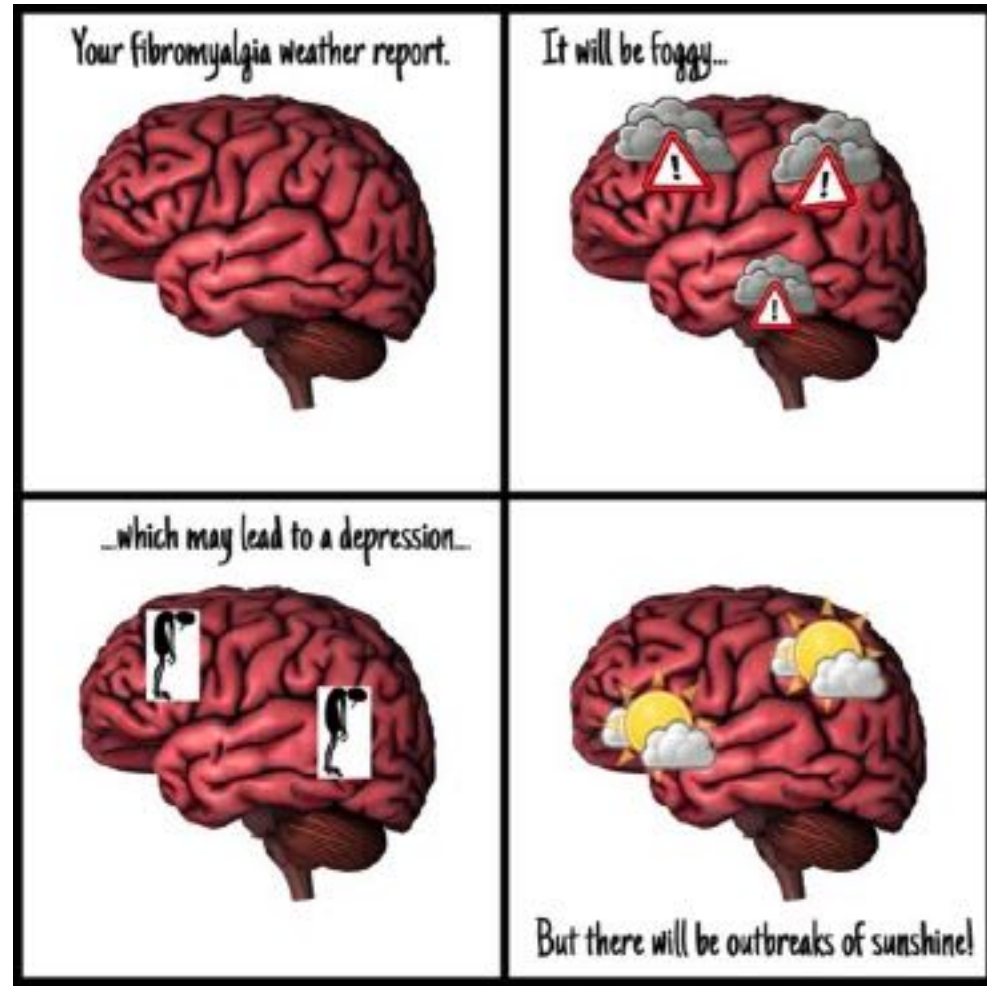
Pediátrica Síndromes de amplificação dolorosa



- ❖ Atividade física aeróbica
- ❖ Melhoria qualidade do sono
- ❖ Terapêutica cognitivo-comportamental



- **Validação da doença.**
- Desordem “funcional” - os sintomas não são causados por uma doença dos nervos, músculos ou articulações.
- Objetivos do tratamento - melhorar a qualidade de vida, manter a função (individual e em sociedade) e reduzir os sintomas.



# Síndromes de amplificação dolorosa

---



# Síndromes de amplificação dolorosa

## Quando pensar??

- **Adolescentes género feminino**
- **Dor continuamente a agravar**
- **Sinais autonómicos, alodinia**
- **Expressões incongruentes... *la belle indifferance***
  
- **Exame normal** (além da dor), sem artrite, entesite, ou neuropatia
- **Exames laboratoriais normais**
- **Não resposta às terapêuticas prévias**
  
- **Disfunção familiar e social marcada**
- **Absentismo escolar prolongado**
- **Boas alunas, boas desportistas, perfeccionistas**

*“The good physician treats the disease;  
the great physician treats the patient who has the disease”*  
*Sir William Osler*