

FIBROMIALGIA

Autores.

Prada Hernández, Dinorah (*).
Molinero Rodríguez, Claudino (**).
Gómez Morejón, Jorge (***).
Marín Toledo, Ramón (****).

(*) Especialista 1^{er} Grado en Reumatología. Especialista en MGI.

(**) Especialista 2^{do} Grado en Reumatología. Especialista 1^{er} Grado en Medicina Interna.

(***) Especialista 1^{er} Grado en Reumatología. Especialista en MGI.

(****) Especialista 1^{er} Grado en Medicina Interna.

Contenido.	Resumen.
<ol style="list-style-type: none">1. Definición.2. Diagnóstico.3. Como diferenciarla.4. Tratamiento.<ul style="list-style-type: none">• Información al paciente.• Farmacológico.• Intervenciones no farmacológicas.5. Status laboral.	<p>La Fibromialgia es un desorden reumático no articular caracterizado por dolor músculo-esquelético generalizado y presencia de puntos anatómicos sensibles de localización característica. El diagnóstico de esta enfermedad es puramente clínico y para ellos se han establecido criterios diagnósticos.</p> <p>El diagnóstico diferencial incluye una lista extensa de enfermedades, la presencia de otra enfermedad no excluye su diagnóstico.</p> <p>El éxito del tratamiento de la Fibromialgia incluye la combinación de varios pilares (información al paciente, tratamiento farmacológico y no farmacológico) así como la necesidad de minimizar la incapacidad laboral para mantener al paciente lo más activo posible, teniendo en cuenta el carácter benigno y la evolución crónica de esta enfermedad.</p>

Aviso a pacientes y familiares: La información de este artículo está dirigida a médicos de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnóstico o tratamiento. Si sospecha la presencia de un problema de salud, imprima el documento y consulte su médico de cabecera.

Definición.

La Fibromialgia o también llamada Síndrome Fibrosítico es un desorden reumático no articular caracterizado por dolor músculo esquelético crónico generalizado, presencia de puntos anatómicos de sensibilidad exquisita, rigidez, fatiga, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, dismenorrea, parestesias matinales y síndrome de colon irritable (1). El dolor no puede ser explicado por trastornos degenerativos o inflamatorios (1-2).

Diagnóstico.

La Fibromialgia es una enfermedad crónica generalizada de etiología desconocida, entidad común cuya prevalencia en la población es de un 2%, siendo 10 veces más frecuente en mujeres entre los 30 y 69 años. Según Wolfe y cols la prevalencia actual entre las mujeres es de un 3,4% vs 0,5% los hombres. Este síndrome es cuatro veces más frecuente en el sexo femenino que la Artritis Reumatoide. Se ha descrito también en la población infantil y en ancianos (4).

En el año 1990 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) estableció los criterios diagnósticos de esta enfermedad (5).

1. Dolor generalizado:

El dolor se considera generalizado cuando está presente en el lado izquierdo del cuerpo, dolor en el lado derecho, dolor sobre la cintura y dolor bajo en la cintura. Además hay dolor axial-cervical con dolor en la parte anterior del tórax o columna torácica o dolor lumbar.

2. Dolor en 11 de los 18 puntos gatillo con la presión digital:

- ✓ **Occipucio:** Bilateral, en la inserción del músculo sub-occipital.
- ✓ **Cervical bajo:** Bilateral, en la parte anterior de los espacios intertransversos C5 - C7.
- ✓ **Trapezio:** Bilateral, en el punto medio del borde superior.
- ✓ **Supraespinoso:** Bilateral, el origen sobre la espina de la escápula próximo al borde medial.
- ✓ **Segunda costilla:** Bilateral, en la segunda unión condro-esternal.
- ✓ **Epicóndilo lateral:** Bilateral, a dos centímetros distal del epicóndilo.

- ✓ **Glúteo:** Bilateral, cuadrante supero-externo de la nalga en la parte abultada del músculo.
- ✓ **Trocánter mayor:** Bilateral, posterior a la prominencia trocantérea.
- ✓ **Rodilla:** Bilateral, en la almohadilla grasa media próxima a la línea articular.

La presión digital debe ser realizada con una fuerza aproximada de 4 kg/cm². Para que un punto gatillo sea considerado positivo el paciente debe sentir dolor, pues no es suficiente sentir presión o sensibilidad.

El dolor generalizado debe estar presente por lo menos durante 3 meses.

Para realizar el diagnóstico es preciso que se cumplan los dos criterios.

El dolor en los pacientes con Fibromialgia es de tipo punzante o quemante y lo refieren usualmente a cuello, hombros, codos, caderas, rodillas y dorso, este suele acompañarse de envaramiento especialmente matinal que no mejora con el correr del día a diferencia de los reumatismos inflamatorios (6-7). El dolor, la fatiga y el envaramiento frecuentemente empeoran con el frío, la humedad y especialmente con el stress o ante estados de ansiedad (7-8).

El 50% de estos pacientes no logran un sueño reparador ya sea por su frecuente despertar, demoras para conciliar el sueño, dificultad para volverse a dormir y cansancio al despertar (9-10).

Otras manifestaciones como cefalea, migrañas, trastornos evacuativos y miccionales, dismenorrea, parestesias, dolor precordial, sensación sugestiva de tumefacción de partes blandas, etc. Cuando este síndrome se manifiesta sin otras enfermedades concomitantes se denomina Fibromialgia Primaria (7-10), cuando se asocia a otros padecimientos como Artritis Reumatoide, Osteoartritis, Lupus Eritematoso Sistémico, etc, se denomina Fibromialgia Secundaria (7-11-12).

No existe ningún test de laboratorio que permita descubrir o excluir el diagnóstico de Fibromialgia, por otra parte, es de buena práctica solicitar un exámen básico de laboratorio incluyendo recuento de glóbulos rojos y reactantes de fase aguda. La presencia del Factor Reumatoideo positivo, ANA, o una Velocidad de Sedimentación Globular acelerada no difiere de la población general (7-13). Test más específicos se deben indicar como único fin de descartar diagnósticos

alternativos surgidos de la historia clínica o del exámen físico.

Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial de la Fibromialgia incluye una lista bastante extensa de enfermedades aunque la presencia de otra entidad concomitante no excluye el diagnóstico de Fibromialgia (2-7-13-14).

1. Enfermedades reumáticas:

- Formas de comienzo de reumatismos inflamatorios.
- Polimiositis-Dermatomiositis.
- Polimialgia Reumática.
- Osteoporosis con microfracturas.
- Osteomalacia.
- Lupus Eritematoso Sistémico.
- Síndrome de fatiga crónica.

2. Enfermedades no reumáticas:

- Hipotiroidismo.
- Hipertiroidismo.
- Hiperparatiroidismo.
- Miopatias inflamatorias.
- Hipocalcemia.
- Hipokaliemia.
- Tumores malignos.
- Enfermedad de Parkinson.
- V.I.H.

Tratamiento.

1. Información al paciente.

Es uno de los pilares fundamentales del tratamiento. El éxito de la terapia depende en gran medida de que los pacientes entiendan lo que les pasa. Es importante ser enfático y asertivo para transmitir al paciente la comprensión de su enfermedad y para que se siente atendido. Explicarle que esto no es un proceso deformante o invalidante contribuye a la recuperación del paciente (15).

2. Farmacológico.

- Antidepresivos, ansiolíticos y tratamiento psico-farmacológico (16-17).
- Amitriptilina: 25 mg en dosis nocturna. En nuestro medio es el fármaco más utilizado,

no influye en la fisiología del sueño pero es utilizado en más del 40% de los pacientes con fibromialgia.

- Fluoxetina: 20 mg en la mañana (bloqueante de la recaptación de la serotonina). Su asociación con amitriptilina (10-25 mg) ha demostrado ser más beneficiosa que el uso de estos fármacos por separado.
- Alprazolán: 0,5 -3 mg/día. Acción sobre los receptores del ácido gamma-butírico. Es el único ansiolítico que produce efectos positivos en pacientes con fibromialgia. Su asociación con Ibuprofeno (2,400 mg/día) ha demostrado su eficacia.
- Relajantes musculares: El único relajante muscular que ha demostrado su beneficio es la ciclobenzaprina (10-30 mg) usado solo o en combinación con Ibuprofeno.
- Analgésicos: No se ha demostrado que sean eficaces. El uso de narcóticos debe ser evitado.
- Antiinflamatorios no esteroides: La utilidad de los AINES en el tratamiento de la fibromialgia es limitado, se deben usar por tiempo limitado y conociendo sus efectos adversos sobre todo en el adulto mayor. El Ibuprofeno es el AINE que más ha sido estudiado, demostrándose que ha sido beneficioso solo si es usado en combinación con Alprazolán.
- Esteroides: No hay razón justificada para el uso de corticosteroides o grandes dosis de AINES debido a la ausencia de un proceso inflamatorio y de hecho estos han probado ser totalmente ineficientes (18-19).
- Otros compuestos: Zolpidem: Mejora la calidad del sueño sin alterar niveles de dolor ni de actividad por sus propiedades antidepresivas.

Existen estudios con resultados poco concluyentes con calcitonina, hormona de crecimiento, ácido málico y magnesio.

- Tratamiento del dolor localizado:
En problemas regionales como tendinitis, bursitis, epicondilitis, etc está justificado el uso de esteroides-anestésicos en puntos dolorosos.
3. Tratamiento no farmacológico.
- Programa de ejercicios:
Un plan de terapia física que consiste en una progresión lenta y sostenida de ejercicios aerobios como el caminar, andar en bicicleta o nadar durante unos 30 minutos 3 o 4 veces por semana. Se ha visto que la actividad física mejora el sueño, aumenta la secreción de endorfinas y tiene efecto antidepressivo (20-21).
 - Terapia conductivo-conductual (17):
Ayuda a disminuir el dolor y mejora la percepción del estado de salud. Contribuye a restaurar patrones negativos y a desarrollar estrategias preventivas en situaciones en las cuales se produce percepción del dolor aumentado.
Se han desarrollado además otros tipos de terapias que incluyen: acupuntura (16-17), mesoterapias, corrientes interferenciales, láser, hipnosis, homeopatía y muchas otras con resultados contradictorios (21).
 - Electrosueño:
En un estudio realizado en el Hospital Universitario Arnaldo Milián en la provincia de Villa Clara a 20 pacientes con diagnóstico de Fibromialgia a los cuales se les aplicó 10 sesiones de electrosueño por un período de 10-15 minutos, se pudo comprobar una disminución marcada de los puntos dolorosos con mejoría sustancial en la rigidez, fatiga, trastorno del sueño y cefalea (22).

Status laboral.

A estos pacientes es necesario minimizar su incapacidad. Mantenerlos lo más activo posible es responsabilidad del médico de atención primaria. El tipo de trabajo que desempeña el

paciente, el grado de satisfacción con el mismo y factores inherentes al profesional influirán sobre el número de bajas laborales y su duración. Solo en situaciones de exacerbación de los síntomas que dificultan la realización del trabajo habitual se hará prescripción de la baja laboral.

Bibliografía.

1. Martínez JE, Ferraz MB, Sato EI, Atra E. Fibromyalgia versus Rheumatoid Arthritis: A Longitudinal Comparison of The Quality of Life. *J Rheumatol* 1995, 22: 270-274
2. Mear Varela A. Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a trastornos psíquicos. Manual S.E.R de las enfermedades reumáticas. 3^{ra} ed Madrid Panamericana 2000.
3. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell I J, Herbert L. The prevalence and characteristics of Fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rehum* 1995, 38: 19-28
4. Buskila D, Press J, Gedalia A, Klein M, Neuman L, Bohem R. et al. Assesments of nonarticular tendens and prevalence of Fibromyalgia in children. *J Rheumatol* 1993, 20: 368-370
5. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldemberg DL et al The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the Clasification of Fibromyalgia. *Arthritis Rehum* 1990, 33: 160-172
6. Yunus M, Masi AT, Calabro JJ et al. Primary Fibromyalgia (Fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rehum* 1981, 11: 151-171
7. Boulware DW, Schmid LD, Baron M The Fibromyalgia Syndrome. Could you recognize and treat it? *Postgrad Med* 1990, 87: 211-214
8. Wolfe F. The Clinical Syndrome of Fibrositis. *AM J Med* 1986, 81(suppl 3A): 7-13
9. Kmish-Shriwise S. Fibromyalgia Syndrome: An Overview. *Phys Ther* 1997, 77: 68-75
10. Buchwald D, Garrity D. Comparison of patients with Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia and Multiple Chemical Sensitivities. *Arch intern med* 1994, 154: 2049-2053

11. Goldemberg DL. Fibromyalgia, Chronic Fatigue Syndrome and Myofascial Pain. *Curr Opin rehum* 1996, 8: 113-123
12. Goldemberg DL. Fibromyalgia Syndrome: An emerging but controversial condition. *JAMA* 1987, 257: 2782-2787
13. Wilke W. Fibromyalgia. Recognizing and addressing the multiple enterrelated factors. *Postgrad Med* 1996, 100: 153-170
14. Raymond MC, Brown JB. Experience of Fibromyalgia. Qualitativ study. *Can Fam Physician* 2000, 46: 1100-1106
15. Robbins JM, Kirmayes LJ, Kapusta MA. Illnes worry and disability in Fibromyalgia Síndrome. *Int J Psychiatry Med* 1990, 20: 49-63
16. Alarcón GS, Bradley LA. Advance in the Treatment of Fibromyalgia. Current Status and Future Directions. *Am J Med Sci* 1998, 315(6): 397-404 [Medline]
17. Berman BM, Ezzo J Hadhazy, Swyers JP. Is Acupuncture Effective in the Treatment , Pág. 85.
18. of Fibromyalgia? *J Fam Pract* 1999, 48: 213-218
19. Carette S. Chronic pain syndromes. *Annals of The Rehumatic diseases* 1996, 55: 497-501
20. Clark S, Tindall E, Benneth RM. A double blind crossover trial of prednisone versus placebo in the treatment of Fibriosisitis. *J Rehumatol* 1985, 12: 980-983
21. Sherman C. Managing Fibromyalgia with exercise. *The physician and sportsmedicine* 1992, 20: 166-172
22. Nies KM. Treatment of the Fibromyalgia Syndrome. *The Journal of Muskuloskeletal Medicine* 1992, 9: 20-26
23. Fuste Jiménez C, et al. Aplicación de electrosueño en pacientes con Fibromialgia. *Rev Cub Reumatología* 1998