

Médica Sur

Volumen
Volume **12**

Número
Number **2**

Abril-Junio
April-June **2005**

Artículo:

Fibromialgia

Aspectos clínico-prácticos del diagnóstico y tratamiento

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Médica Sur Sociedad de Médicos, AC.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com

Fibromialgia

Aspectos clínico-prácticos del diagnóstico y tratamiento

Nilson Agustín Contreras Carreto,* Rafael Vidal Tamayo Ramírez**

Resumen

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor generalizado, fatiga y disturbios del sueño. Está presente en el 5% de la población general adulta (principalmente mujeres). Con excepción de los puntos dolorosos, la clínica, rutina de laboratorio y estudios de imagen son normales. Recientes resultados en el estudio de la neurofisiología y neuroendocrinología del dolor demuestran que la fibromialgia no es simplemente un desorden psicológico.

Palabras clave: Fibromialgia, dolor generalizado, fatiga, desorden del sueño, puntos dolorosos, desorden psicológico.

Introducción

La fibromialgia (FM) es una forma de dolor musculosquelético, difuso, crónico y benigno de origen no articular. Se caracteriza por la combinación de varios síntomas y principalmente por la presencia subjetiva de dolor generalizado, fatiga, rigidez matutina y trastorno del sueño junto con la reproducibilidad a la presión de múltiples puntos dolorosos. (Punto práctico 1).

Afecta al 5% de la población mayor de 18 años. Su prevalencia es del 2-6% en la consulta de medicina general y en la consulta de reumatología según distintos autores, es del 3,7-20% con una incidencia del 3.9% en mujeres entre 20-40 años y 5.8% entre 40-60 años.

Abstract

Fibromyalgia is a syndrome characterized by generalized pain, fatigue and sleep disturbances. It is present in at least 5% of the general adult population (mostly women). With the exception of painful tender points, the clinical, routine laboratory, and imaging evaluations in uncomplicated fibromyalgia are normal. Recent research in the neurophysiology and neuroendocrinology of pain demonstrates that fibromyalgia is not simply a psychological disorder.

Key words: Fibromyalgia, generalized pain, fatigue, sleep disturbances, painful tender points, and psychological disorder.

Etiopatogenia

Se desconoce cuál es la etiología concreta de la enfermedad a pesar de que se han propuesto diversos mecanismos (*Tabla I*), entre ellos alteración de la fase 4 del sueño (no-REM), factores psicológicos (ansiedad, depresión, hipocondriasis, etc.), alteraciones del sistema nervioso autónomo o anomalías musculares. (*Figura 1*).

Determinadas enfermedades se encuentran asociadas a la fibromialgia, compartiendo con ella la influencia de las alteraciones psicológicas en su desarrollo como el Síndrome de colon irritable, las cefaleas de tipo migrañoso o el síndrome premenstrual (*Figura 2*).

Punto práctico 1

La FM es un proceso no inflamatorio frecuente que afecta predominantemente a mujeres en torno a los 50 años y se caracteriza por dolor muscular generalizado, rigidez, parestesias, sueño no reparador y fatigabilidad.

* Departamento de Medicina Interna.
** Departamento de Medicina Interna y Endocrinología.

Fundación Clínica Médica Sur. México, D.F.

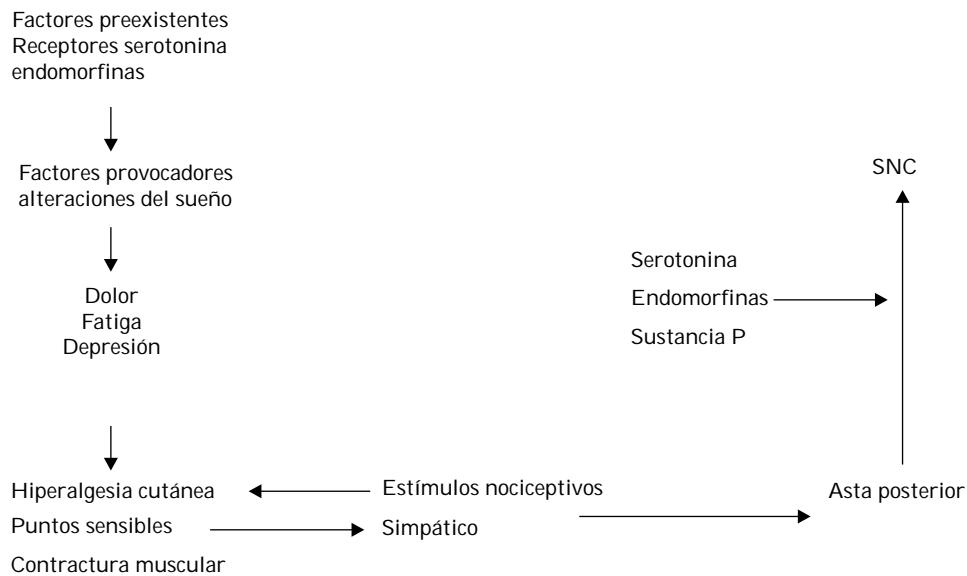


Figura 1. Patogenia de la fibromialgia.

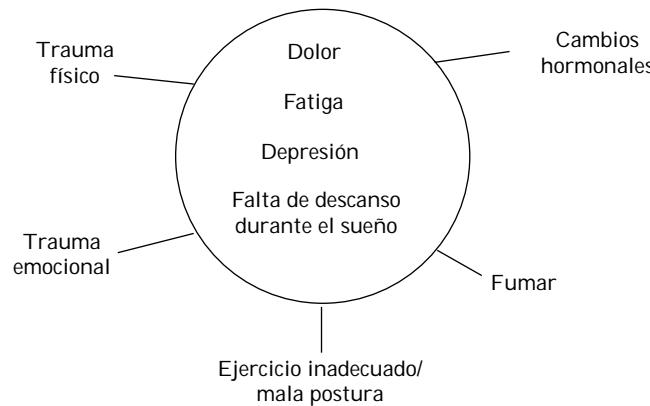


Figura 2. Fibromialgia y otros factores implicados.

Tabla I. Factores implicados en la etiopatogenia de la fibromialgia

- Enfermedades infecciosas
 - Virus
 - Epstein-Barr
 - Parvovirus
 - LYME
 - VIH
- Traumatismo físico
- Estrés emocional
- Cambios medicamentosos

Características clínicas

Los pacientes se quejan de dolor generalizado y rigidez de tronco y cintura escapular así como pélvica, debilidad, mala tolerancia al ejercicio, siendo uno de los principales exacerbantes del dolor. (Punto práctico 2).

Dolor generalizado: El paciente puede expresar dolor generalizado en todo el cuerpo o bien en la mitad de éste, en la parte derecha o la izquierda por encima o, más raramente, por debajo de la cintura. (Punto práctico 3).

Las áreas que provocan más dolor subjetivo son la región lumbar, cervical, hombros, caderas, rodillas, manos y pared torácica, y en menor porcentaje codos, tobillos y muñecas (*Figura 3*).

Punto práctico 2

En la FM la exploración física no muestra nunca signos inflamatorios. La manifestación más característica es la presencia de dolor selectivo en los denominados “puntos gatillo”, pudiendo existir nódulos subcutáneos en las áreas dolorosas a la palpación (en la población sana, estos nódulos, si se presentan, no son dolorosos).

Punto práctico 3

El hallazgo principal es el dolor generalizado. Es el síntoma cardinal, variable en intensidad y cuya presencia es esencial para el diagnóstico.

Fatiga: Se presenta en 75-91% de los pacientes tanto en la forma juvenil como en adultos, sin causa que lo justifique. El paciente se manifiesta cansado, sobre todo por las mañanas al levantarse. La fatiga puede mejorar después, aunque puede reaparecer, de forma prematura, con el desarrollo de la jornada.

Alteraciones del ciclo sueño/vigilia: Las alteraciones del sueño de estos pacientes suelen ser variables de unos a otros, desde la dificultad para conciliarlo, tener sueño agitado y superficial, entrecortado, hasta dormir pocas horas consecutivas. En cualquier caso es un sueño no reparador y ocurre en un 67% de los pacientes; por tanto, el sujeto se levanta con la sensación de no haber descansado (*Figura 3*).

Rigidez: Se presenta principalmente por la mañana al levantarse, sobre todo en las manos al realizar movimientos, con sensación de hinchazón limitante en el 60%, no se prolonga más de media hora, tal y como

sucede en las enfermedades articulares inflamatorias. (Punto práctico 4).

Dolor abdominal: Ocurre en el 25%, se puede manifestar como Sx de colon irritable con dolor abdominal difuso asociado a dolor tipo cólico y urgencia para defecar varias veces al día, sin presencia de hallazgos patológicos en las heces.

Cefalea: Las cefaleas coincidentes son habituales en un 54% de los casos ya sean de tipo tensión o difusas, desencadenadas a veces por los mismos mecanismos que el dolor difuso.

Punto práctico 4

Los hallazgos característicos son la fatiga, las alteraciones del ciclo sueño/vigilia y la rigidez

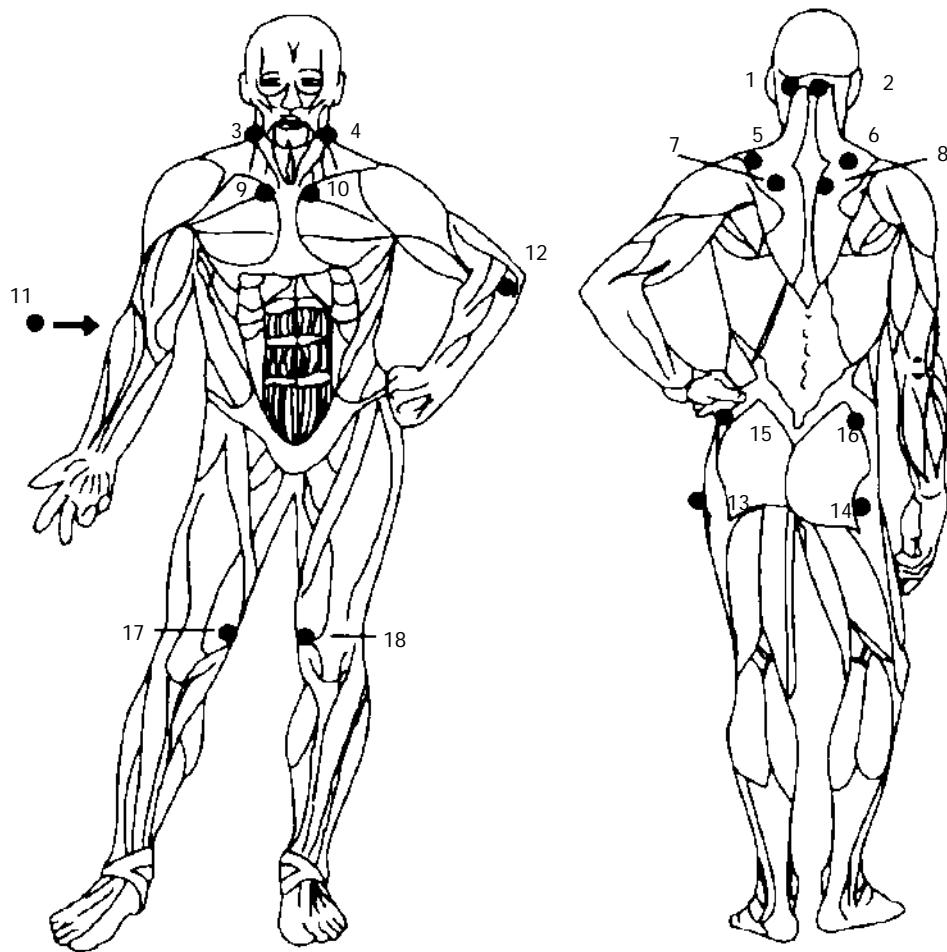


Figura 3. Localización anatómica de los puntos dolorosos en la fibromialgia.

Raynaud Like: En un 10-40% de los pacientes. (Punto práctico 5).

Exploración física

El único dato positivo es la presencia de múltiples puntos dolorosos, extremadamente dolorosos a la palpación, que desencadenan un característico "salto", por parte del paciente, de huida o defensa llamada *jump sign*.

Punto práctico 5

Los hallazgos coexistentes son el dolor abdominal, la cefalea y el Raynaud Like.

Tabla II. Puntos fibromiálgicos.

Localización bilateral
• Occipucio: en la inserción de los músculos suboccipitales
• Cervical: cara anterior de las apófisis transversas de C5-C7
• Trapecio: punto medio del borde superior
• Supraespino: borde medial de la espina de la escápula
• Segunda costilla: unión costocondral por fuera
• Epicóndilo: 2 cm de distancia distal
• Glúteo medio: cuadrante supereexterio de la nalga
• Trocánter mayor: posterior a la prominencia trocantérea
• Rodilla: almohadilla grasa medial a la interlínea articular

Puntos dolorosos: Los puntos dolorosos deben de palparse con el pulgar, imprimiendo una fuerza de 4 kg aproximadamente, ya que se considera que éste es el límite a partir del cual es normal sentir el dolor. Aplicando 4 kg la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 58.7%, mientras que con 3 kg la sensibilidad es del 89.3% y la especificidad del 93.5%¹⁹ (*Figura 3*).

El diagnóstico es principalmente clínico y es recomendable utilizar los CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN, siendo los más aceptados en la actualidad los propuestos por el American College of Rheumatology en 1990.

Clasificamos a un paciente de fibromialgia según estos criterios si refiere:

- a dolor generalizado de al menos 3 meses de evolución.
- b) Dolor a la palpación en 11 o más de los 18 PUNTOS seleccionados (*Tabla II*).

Diagnóstico diferencial (otras formas de dolor musculosquelético)

- Artritis crónica juvenil (ACJ) y lupus eritematoso sistémico (LES).
- Miopatías inflamatorias.
- Secundario a trastornos endocrinos.
- Síndrome de hiperlaxitud ligamentaria (*Tabla III*).
- Síndrome de fatiga crónica (*Tabla IV*).
- Síndrome de dolor miofascial. (Punto práctico 6).

Fisiopatología de la fibromialgia

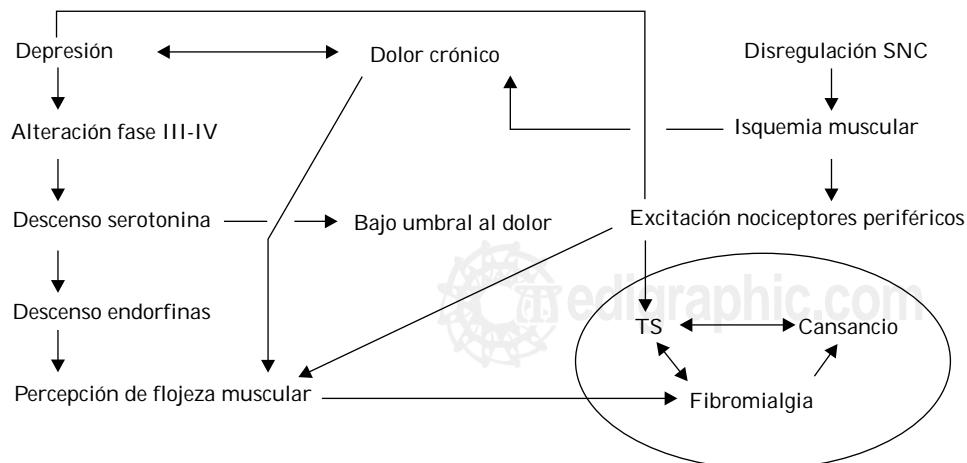


Figura 4. Mecanismo en la etiopatogenia de la fibromialgia.

Estudios complementarios

Los estudios complementarios son característicamente normales. La enfermedad suele tener un curso crónico, en ocasiones con intensidad variable, generalmente no requiere controles de laboratorio (*Tabla V*).

Tratamiento

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son utilizados en la fibromialgia. Los analgésicos, además de controlar el dolor, pueden incrementar la eficacia de otros agentes terapéuticos, evitando los efectos secundarios de los AINEs. Entre los fármacos a utilizar está el paracetamol y la codeína. (Punto práctico 7).

Los antidepresivos tricíclicos, que actúan a nivel del SNC, han demostrado su efectividad en numerosos tra-

Tabla III. Criterios de hiperlaxitud ligamentaria.

- Hiperextensión de los dedos hasta que queden paralelos al antebrazo
- Flexión palmar de pulgar sobre el antebrazo
- Hiperextensión del codo > de 10°
- Hiperextensión de la rodilla > de 10°
- Colocación de las palmas de las manos en el suelo con las rodillas totalmente extendidas

Diagnóstico: tres o más de los movimientos

Tabla IV. Criterios diagnósticos del síndrome de fatiga crónica

1. Criterios mayores
 - Exclusión de enfermedad sistémica
 - Curso de fatiga persistente o recidivante
2. Síntomas
 - Fatiga y debilidad de > 6 meses
 - Cefalea crónica
 - Alteración del sueño
 - Síntomas neuropsiquiátricos
 - Artralgias migratorias
 - Debilidad muscular inexplicable
 - Mialgias
 - Faringitis
 - Adenopatías dolorosas
 - Faringitis
 - Fatiga que precede a la actividad
 - Inicio súbito
 - Fiebre
3. Signos
 - Febreña
 - Faringitis
 - Adenopatías

Diagnóstico: Criterios mayores + 6 síntomas + 2 signos
Criterios mayores + 8 síntomas

bajos controlados, siendo la amitriptilina y la ciclobenzaprina los más efectivos respecto a los grupos control. La amitriptilina es un antidepresivo tricíclico que inhibe la recaptación de la serotonina, con porcentajes de mejoría variable a corto plazo en cuanto el dolor y número de puntos dolorosos. Su efecto debe esperarse a partir de la segunda semana de tratamiento y la dosis debe ajustarse para cada paciente entre 5 y 50 mg/día.

La ciclobenzaprina, otro fármaco tricíclico con capacidad miorrelajante, también se ha mostrado efectiva, sobre todo a corto plazo, sola o combinada con analgésicos. Las dosis a utilizar oscilan entre 10 y 40 mg/día, mejorando la fatiga, principalmente el sueño, así como el número de puntos dolorosos (*Tabla II*).

Tabla V. Estudios complementarios en la fibromialgia.

- Hemograma
- VSG
- Enzimas musculares
- Factor reumatoide
- TSH, T4
- Anticuerpos antinucleares
- Serología
- Estudio radiológico
- EMG

Punto práctico 6

Algunos autores han considerado el síndrome miofascial como una forma localizada de fibromialgia

Punto práctico 7

La administración de AINEs es eficaz en algunos casos, pueden utilizarse ansiolíticos y antidepresivos con misma eficacia. El manejo de estos pacientes comienza por explicarles la naturaleza del proceso, crónico pero no invalidante ni deformante.

Finalmente, en la respuesta al tratamiento deben considerarse los criterios señalados en la *tabla VI*.

Tabla VI. Criterios de respuesta al tratamiento.

1. Valoración global del médico (Escala analógica visual)
2. Valoración del sueño por parte del paciente (Escala analógica visual)
3. Recuento de puntos dolorosos menor de 13 de 18

Referencias

1. Toyofuku A, Miyako H. A case of temporo-mandibular disorder with fibromyalgia treated with the antidepressant, milnacipran. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19(5): 357-8.
2. Staud R. Predictors of clinical pain intensity in patients with fibromyalgia syndrome. *Curr Rheumatol Rep* 2004; 6(4): 281-6.
3. Crofford LJ. Pharmaceutical treatment options for fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2004; 6(4): 274-80.
4. Staud R. New evidence for central sensitization in patients with fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2004; 6(4): 259.
5. Sayar K, Gulec H, Topbas M, Kalyoncu A. Affective distress and fibromyalgia. *Swiss Med Wkly* 2004; 134(17-18): 248-53.
6. Alegre De Miquel C. [Problems in diagnosing fibromyalgia]. *Aten Primaria* 2004; 33(9): 526-7.
7. Berger J. On chronic fatigue syndrome. *Am J Psychiatry* 2004; 161(6): 1133-38.
8. Rao UR. Soft tissue rheumatism. *J Indian Med Assoc* 2003; 101(9): 528, 530.
9. Winfield J. Pain management in the rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25(1): 55-79.
10. Demitrack M. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Psych Clin North Am* 1998; 21(3): 671-692.
11. Pillemer S et al. The neuroscience and endocrinology of Fibromyalgia. *Arthr and Rheum* 1997; 40(11): 1928-1937.
12. Masi A. Neuroendocrine immune mechanisms in rheumatic diseases. *Rheumatic Dis Clin North Am* 2000; 26(4): 1003-1016.
13. Merskey Harold. Psychological medicine, pain and musculoskeletal disorders. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22(3): 623-635.
14. Rice J. Pain management in the rheumatic diseases; practical aspects of diagnosis and treatment. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25(1): 15-30.
15. Chokroverty S. Diagnosis and treatment of sleep disorders caused by comorbid disease. *Neurology* 2000; 54(5 Suppl): S8.
16. Fukuda K, Straus SE et al. The chronic fatigue syndrome. A comprehensive approach to its definition and study. *Ann Int Med* 1994; (121): 953-960.
17. Cope H, David A et al. Predictors of chronic postviral fatigue. *Lancet* 1994; 344: 864-868.
18. Herrmann M et al. Stress and rheumatic diseases. *Rheumat Dis Clin North Am* 2000; 26(4): 737-763.

Correspondencia:

Dr. Rafael Vidal Tamayo Ramírez
Fundación Clínica Médica Sur
3er piso de Hospitalización.
Puente de Piedra 150, Col. Toriello Guerra.
Delegación Tlalpan.
C.P. 14050, México, DF.