

REUMATOLOGIA

FIBROMIALGIA

Jenny Rigg Brenes*
Olger Calvo Tenorio**

SUMMARY

Fibromyalgia is officially recognized by the World Health Organization as a non specialized rheumatic illness, because it presents no lesional patterns. Its etiopathogenesis is unknown because there are no complementary or radiological tests which demonstrate its existence. Because of this fact, the diagnosis is based on the clinical antecedents and a physical examination of the patient. In 1997, Goldberg and Cols. investigated on the possible causes of the syndrome without obtaining conclusive results, but they maintained the idea that it was a multifactorial process (neurological, viral agents, problems in transmission and

modulation of painful stimulus) with psycho-social consequences. Investigations have showed the existence of biochemical, neuroendocrine, muscular and psychological anomalies associated to fibromyalgia. The effectiveness of the intervention is based on a multidisciplinary treatment: use of medicines, physical activity, massage, stretching, postural hygiene and psychological intervention.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un síndrome multisintomático caracterizado por dolor crónico musculoesquelético difuso, rigidez, parestesias,

cansancio, fatiga y trastornos del descanso nocturno, y con frecuencia síntomas emocionales de ansiedad y depresión, además de numerosos sitios dolorosos de distribución extensa y simétrica, que afecta principalmente a mujeres que hombres (9:1). La edad promedio es de 30 - 50 años. La prevalencia aumenta con la edad, y aunque no es lo común se han observados casos en niños. No existe ningún fármaco actualmente aprobado para esta indicación por las Agencias del Medicamento, ni europea ni americana. Se deben emplear de forma individualizada aquellos de efectividad probada en el tratamiento de los síntomas.

*Médico General. Área de Salud de Coto Brus.

**Médico General. Área de Salud de Coto Brus.

ETIOPATOGENIA:

La etiología de la fibromialgia es desconocida aunque los investigadores coinciden que se trata de un problema de origen cerebral y no una enfermedad del sistema periférico, implicándose diversas anomalías neuroquímicas, neuroendocrinas, inmunológicas, musculares, psicológicos, alteraciones del sueño, y otros.

DIAGNOSTICO Y CLINICA

La ACR (American College of Rheumatology) en 1990 realizó un estudio multicéntrico para unificar los criterios diagnósticos de la FM: 1. Dolor generalizado presente durante al menos 3 meses (afectando el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, además

del esqueleto axial). 2. Dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos elegidos —denominados *puntos gatillo o tender points*. El signo más característico es la presencia de múltiples puntos de dolor con aumento de la sensibilidad a la palpación digital. Los *tender points*, además de una alta sensibilidad y especificidad para detectar la Fibromialgia.

Tabla 1: Localización de Tender points.

Occipucio	Bilateral en la inserción del músculo suboccipital
Cervical bajo	Bilateral, parte anterior de espacios intertransversos C5-C7.
Trapecio	Bilateral, borde superior.
Supraespinoso	Bilateral, en el origen próximo al borde medial.
2º Costilla	Bilateral, en la 2º unión condroesternal.
Codo	Bilateral, a 2 cm distal del espicúndilo.
Glúteo	Bilateral, cuadrante superior externo de la nalga.
Trocánter mayor	Bilateral, posterior a la eminencia trocantérea.
Rodilla	Bilateral, posterior a la almohadilla grasa media próxima a la línea articular.

Otros síntomas clínicos fundamentales de la Fibromialgia son: dolor (100%), rigidez (76-84%) matutina o postreposo, alteraciones del sueño (56-72%), fatiga (57-92%), parestesias (puede ser el inicio).⁸

ASPECTOS TERAPÉUTICOS

La eficacia del tratamiento se encuentra no sólo en una adecuada administración de fármacos (analgésicos, ansiolíticos y anti-

flamatorios) sino también en la ejecución de un programa de intervención conductual y actividad física.^{2,3,11}

Tabla 2. Fármacos recomendados por la Sociedad Española de Reumatología

1. Analgésicos: Paracetamol 1 gramo cada 6- 8 horas Tramadol 50 mg cada 8 horas Paracetamol + Tramadol 350/12.5 cada 6 – 8horas AINES: Ibuprofén 400-600 mg por 8horas)
2. Inductores del sueño / relajantes: Ciclobenzaprina 10-30 mg HS Zolpidem 10 mg HS(menos de 4 semanas) Paracetamol + Tramadol 350/12.5 HS (menos de 4 semanas)
3. Antidepresivos: Amitriptilina 25-50 mg HS Fluoxetina 20-40 mg por día
4. Ansiolíticos: Alprazolam 1mg cada 12-24 horas (menos de 8 semanas) Fluoxetina (menos de 8 semanas)

CONCLUSIONES

La fibromialgia actualmente supone un problema de salud, por la importante demanda médica y consumo de recursos sanitarios que genera y por la repercusión social y laboral que padecen muchos de los enfermos. La ausencia de un tratamiento curativo y la respuesta insuficiente en un grupo destacable de pacientes hace que resulte un trastorno muy insatisfactorio para profesionales y enfermos, que se añade a la controversia que ha generado su concepto mismo y su diagnóstico. Los pacientes etiquetados como fibromiálgicos se podrían beneficiar del ejercicio

físico, de la terapia conductual y de algunos tratamientos farmacológicos. Sin embargo, con estos últimos no existe evidencia de la seguridad o de la eficacia a más de 2 meses, por lo que se debe reevaluar la necesidad de mantener el tratamiento. Los fármacos con mayor evidencia de la mejora del dolor y/o sueño son los antidepresivos tricíclicos, los relajantes musculares y los analgésicos. No existe evidencias en este tipo de pacientes de la utilidad de las benzodiazepinas en tratamientos a largo plazo, ni de los antiinflamatorios no esteroideos. Es importante individualizar el tratamiento en función de las

características y sintomatología más prevalente de los pacientes.

RESUMEN:

La fibromialgia es reconocida oficialmente por la Organización Mundial de la Salud, como una enfermedad reumática no especializada, por carecer de patrones lesionales. Es de etiopatogenia desconocida y no existen pruebas radiológicas ni otras pruebas complementarias que evidencien su existencia, por tanto el diagnóstico se basará en los antecedentes clínicos del paciente y un examen físico. En 1997, Goldberg y Cols investigaron las posibles causas del síndrome sin llegar a obtener resultados concluyentes pero mantuvieron la postura de que se trataba de un proceso multifactorial (neurológico, procesos virales, trastornos de la transmisión y modulación del estímulo doloroso) con consecuencias psico-sociales. Las investigaciones han demostrado la existencia de anomalías bioquímicas, neuroendocrinas, musculares, psicológicas que se asocian con la fibromialgia. La eficacia del tratamiento se encuentra en un tratamiento multidisciplinar, uso de fármacos, actividad física, masajes, estiramientos, higiene postural e intervención psicológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández RMA. Tratamiento de la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27:10.
2. Gelmans SM, Lera S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumatol* 2002;29(7):323-9.
3. Goldenberg DL. Differential diagnosis of fibromyalgia. 2005 Up To Date. Version 13.3. August 2005.
4. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jamenson, Loscalzo. Principios de Medicina Interna. Harrison, 17a edición, Mc Graww-Gill, 2009, página 2175-2177.
5. MOIOLI, B. y MERAYO, L. A. Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2005, vol. 12, no. 8, pp. 476-484.
6. Rizzi M, Sarzi-Puttin P, Atzeni F, et al. Cyclic alternating pattern : A new marker of sleep alteration in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2004; 31: 1193-1199.
7. RODRIGUEZ-HERNANDEZ, J. L. Dolor osteomuscular y reumatólgico. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2004, vol. 11, no. 2 [citado 2009-05-31], pp. 56-64.
8. Spaeth M, Briley M. Fibromyalgia: a complex syndrome requiring a multidisciplinary approach. *Hum Psychopharmacol.* 2009 May 28;24(S1):S3-S10.
9. Uceda J, González A, Fernández C, Hernández R. Fibromialgia: aspectos históricos, definición y clasificación. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:10; 414 -6.
10. VILLANUEVA, V. L., VALIA, J. C., CERDA, G. et al. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2004, vol. 11, no. 7, pp. 50-63.
11. Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJ. A double-blind placebo controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1994;23:255-9.