

Fibromialgia

Dra. María Concepción Serratos-Vázquez*

* Médico especialista en Anestesiología y Algología, Adscrita del Hospital de Traumatología UMAE «Dr. Victorio de la Fuente Narváez», Distrito Federal.

El síndrome de fibromialgia es una condición médica caracterizada por dolor muscular crónico generalizado y sensibilidad a la palpación de múltiples puntos de tejido blando que están anatómicamente definidos, asociada a otros síntomas somáticos, como falta de sueño, fatiga y rigidez⁽¹⁾.

La fibromialgia es la causa más frecuente de dolor generalizado y configura un grupo importante y heterogéneo de pacientes, que requiere un enfoque individualizado⁽¹⁻³⁾.

Es una enfermedad reconocida por todas las organizaciones médicas internacionales y por la OMS desde 1992. Está clasificada con el código M79.7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 CM en su última revisión) como una enfermedad reumatológica, también ha sido reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código x33x8a.

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que en los Estados Unidos de 3 a 6% de la población general padece la enfermedad. Esto hace que sea dos veces más frecuente que la artritis reumatoide^(1,3).

Es 4 a 7 veces más frecuente en mujeres, los síntomas usualmente se originan entre los 20 y 55 años, pero la condición se puede diagnosticar en la infancia, etapa en la que no hay diferencia entre sexos⁽³⁻⁵⁾.

ETIOLOGÍA

La secuencia de eventos que causan la fibromialgia son desconocidos, sin embargo los avances y descubrimientos hechos en las dos últimas décadas nos pueden ayudar a develar los misterios de esta enfermedad.

ALTERACIONES MUSCULARES

Las primeras investigaciones sobre la causa del síndrome de la fibromialgia estudiaron la posibilidad de defectos o disfunciones en los músculos de estos pacientes y las biopsias musculares realizadas a individuos con fibromialgia, determinaron que el contenido de colágeno intramuscular es más bajo en los pacientes con fibromialgia, lo que podría favorecer microlesiones del músculo.

Las hipótesis sobre este aspecto han sido descartadas a medida que se ha acumulado evidencia de que la FBM es producida por un incremento de la percepción del dolor a nivel del Sistema Nervioso Central.

FACTORES GENÉTICOS

Los polimorfismos del gen COMT han sido involucrados en la patogenia de dolor crónico y de la fibromialgia esencialmente a través de una hipótesis adrenérgica. La enzima Catecol-O-metiltransferasa (COMT) cataliza la transferencia de un grupo metilo de la S-adenosilmetionina a las catecolaminas, incluyendo los neurotransmisores dopamina, noradrenalina y adrenalina. Esta O-Metilación constituye una de las vías más importantes de degradación de dichos neurotransmisores. El patrón de herencia sería autosómico-dominante.^{2,3}

FACTORES EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y EL EJE NEUROENDOCRINO

Varios mecanismos pueden estar implicados, incluida la sensibilización central, la supresión del inhibidor de las vías descendentes, la actividad excesiva de las células gliales, y las anomalías en la liberación de neurotransmisores o proteínas reguladoras o ambos. Una de las teorías más impor-

tantes que apoyan estas investigaciones es la teoría de la «disfunción del sistema nervioso autónomo», parte importante del sistema nervioso central, y que ayuda a controlar una gran variedad de órganos del cuerpo humano.

El SNA se divide en: sistema nervioso simpático y sistema nervioso parasimpático con bases anatómicas y funcionales diferentes, mientras el primero le ayuda al organismo a responder a las condiciones de estrés, tales como emergencias, el sistema parasimpático es responsable de regular el sueño y la digestión. Con el fin de comunicarse entre sí los dos sistemas utilizan diversas sustancias químicas llamadas neurotransmisores dentro de las cuales están^(3,4):

- 1) Sustancia P ayuda a comunicar sensaciones de dolor al cerebro y el cuerpo. Varios estudios han demostrado que los pacientes con fibromialgia tienen niveles de sustancia P en el líquido cefalorraquídeo, hasta tres veces más elevados y ésta pudiera ser la causa de una mayor percepción del dolor.
- 2) Endorfinas hormonas secretadas por el cuerpo en reacción al estrés físico como el ejercicio o el miedo, son consideradas opioides naturales y de éstas las betaendorfinas están, muy implicadas en la supresión del dolor, pero en los pacientes con fibromialgia parecen tener sólo el 50% de los niveles normales de esta endorfina.
- 3) Serotonina es un neurotransmisor que ayuda a regular el estado de ánimo y los pacientes con fibromialgia parecen tener niveles bajos de serotonina en sus cerebros. Estos niveles se han ligado a depresión, ansiedad y dolores de cabeza crónicos.

HORMONAS

El SNA también se basa en algunas hormonas para estimular algunas funciones corporales:

- 1) El cortisol que es secretado por las glándulas suprarrenales, se libera cuando el cuerpo se encuentra físicamente amenazado o estresado, la función del cortisol tiende a ser anormal en pacientes con fibromialgia, se libera más cortisol que en la mayoría de la gente, esto puede hacer que el paciente se sienta constantemente cansado.
- 2) Hormona del crecimiento la cual se libera durante el ejercicio y el sueño profundo y ayuda a controlar el crecimiento del músculo y los tejidos, así como el metabolismo ayuda a curar las heridas y lesiones sufridas por el cuerpo durante el día. Las personas con fibromialgia parecen tener niveles muy bajos de la hormona del crecimiento en su cuerpo^(4,5).
- 3) La noradrenalina es una hormona liberada por la glándula suprarrenal y controlada por el sistema nervioso simpático, ayuda a controlar la respuesta al estrés, tales como

sudoración. Los pacientes que sufren de fibromialgia tienen niveles menores de epinefrina, lo que contribuye al dolor y la fatiga.

CUADRO CLÍNICO

Casi todos los pacientes con fibromialgia son mujeres que se observan fatigadas o agitadas. Su queja principal es un dolor generalizado, constante que puede ser migratorio, se puede ocasionar rigidez generalizada sobre todo al levantarse por las mañanas y sensación de edema. Los síntomas varían en relación con la hora del día, el nivel de actividad, los cambios climáticos, la falta de sueño o el estrés, algunas veces refieren sensación de quemazón, adormecimiento y hormigueo en las extremidades, más común en las extremidades superiores.

Cansancio que se mantiene durante casi todo el día. Las personas que padecen la fibromialgia tienen una mala tolerancia al esfuerzo físico. La consecuencia es que cada vez se hacen menos esfuerzos y la masa muscular se empobrece y el nivel de tolerancia al ejercicio desciende aún más.

Entre el 70 y el 80% de los pacientes se quejan de tener un sueño de mala calidad empeorando el dolor los días que duermen mal. Los registros electroencefalográficos están alterados en el sentido de que en la fase IV del sueño se detectan unas ondas similares a las que mantienen la actividad alerta del cerebro. Las personas con fibromialgia padecen con mayor frecuencia cuadros de ansiedad y depresión, pérdida de la memoria, dolor torácico, palpitaciones; diarrea alternada con estreñimiento, dismenorrea y dolor pélvico. Estos síntomas se relacionan con las condiciones médicas como son síndrome de dolor miofascial, síndrome de colon irritable, cefalea tensional o migrañas, síndrome de la articulación temporomandibular, cistitis intersticial, síndrome de piernas inquietas y otras^(3,4).

DIAGNÓSTICO

No existe ningún examen de laboratorio para el diagnóstico de la fibromialgia, Un proceso diagnóstico correcto debería incluir una historia clínica detallada que incluya vida laboral y familiar, evaluación psicológica, examen físico completo, análisis básicos (hemograma, VSG, PCR, CK, TSH y proteinograma) que puede ser ampliada a criterio del médico y algunas pruebas de imagen para descartar enfermedades que pueden coexistir. El diagnóstico es clínico.

El Colegio Americano de Reumatología (ACR) en 1992, dio a conocer los dos requerimientos básicos para hacer el diagnóstico de fibromialgia.

1. Presencia de dolor en los cuatro cuadrantes del cuerpo, así como en el esqueleto axial, de manera más o menos continua, por un mínimo de 3 meses (Figura 1).

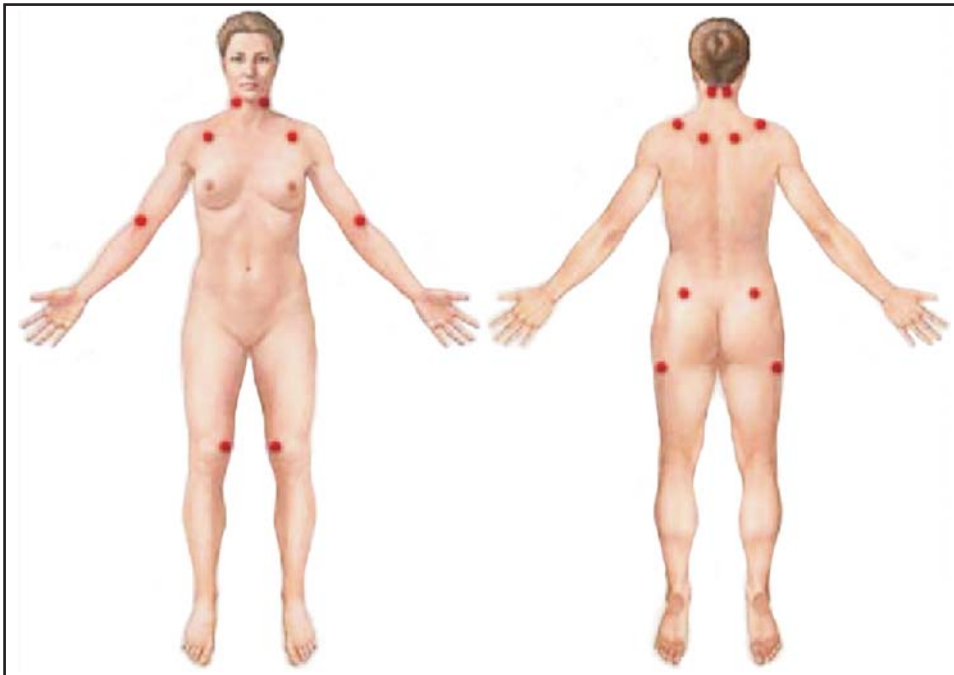


Figura 1. Localización de los puntos dolorosos en la fibromialgia.

Cuadro I. Localización de Tender points.

Occipucio	Bilateral en la inserción del músculo suboccipital
Cervical bajo	Bilateral, parte anterior de espacios intertransversos C5-C7
Trapezio	Bilateral, borde superior
Supraespinoso	Bilateral, en el origen próximo al borde medial
2ª Costilla	Bilateral, en la 2ª unión condroesternal
Codo	Bilateral, a 2 cm distal del epicóndilo
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

2. Presencia de por lo menos 11 de 18 puntos sensibles anatómicamente específicos. Los puntos sensibles pueden estar en cualquier músculo palpable, los 18 puntos sensibles existen en 9 pares. Los criterios del ACR describen 4 pares de puntos sensibles en la parte anterior del cuerpo y 5 en la parte posterior (Cuadro I).

La combinación de ambos criterios ofrece una sensibilidad del 88.4% y una especificidad del 81.1%. La presión aceptable para desencadenar dolor es la que hace que el lecho ungual del dedo del examinador quede isquémico, es decir se torne blanco, lo que correspondería aproximadamente a 4 kilos^(3,5).

FACTORES PREDISPONENTES

Ballina y cols. observaron que los pacientes con fibromialgia ciertas características comunes como: exigentes, cuida-

dosos, ordenados y meticulosos en todos los aspectos de su vida, y que también era característico encontrar rasgos depresivos, son pacientes que se encuentran sometidos a un estrés constante.

La fibromialgia se ha asociado a situaciones de trauma físico o emocional, cuadros infecciosos sobre todo virales como el VIH y el virus de la hepatitis «B» y «C»^(3,4).

TRATAMIENTO

En la actualidad no hay una cura para la fibromialgia, los tratamientos se enfocan en el manejo de los síntomas en el mayor grado posible. Se ha observado que de la misma manera que las manifestaciones de la fibromialgia varían de paciente a paciente, así también varían las formas de tratamiento que tienen éxito.

Debido a la compleja naturaleza del padecimiento, se requiere de un tratamiento multimodal, que comprende tanto aspectos farmacológicos, como no farmacológicos (físicos, y sobre todo apoyo psicosocial). Algunas combinaciones podrían ayudar a disminuir el dolor, mejorar el sueño y reducir la tensión muscular. Sabemos que la combinación de todos los factores integrados de tratamiento mejora la sintomatología y el pronóstico funcional del paciente.

INFORMAR AL PACIENTE

El primer paso es explicar al paciente con lenguaje claro y sencillo, el nombre del problema, que se trata de una enfermedad frecuente, de carácter benigno y de evolución crónica. La información sobre el diagnóstico en algunos casos resulta intrusiva y dolorosa, tanto en el aspecto físico como emocional, es importante ser empático y asertivo para transmitir al paciente la comprensión de su enfermedad y para que se sienta atendido^(5,6).

FARMACOLÓGICO

En el terreno farmacológico se han empleado diversos fármacos como son:

- A) Cuando se utilizaron fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en la fibromialgia; a dosis terapéuticas, los resultados obtenidos en trabajos controlados no son significativamente diferentes a los del grupo placebo.
- B) Los analgésicos, además de controlar el dolor, pueden incrementar la eficacia de otros agentes terapéuticos, evitando los efectos secundarios de los AINE. Entre los fármacos a utilizar está el paracetamol.
- C) Los antidepresivos tricíclicos son fármacos que actúan a nivel del SNC, han demostrado su efectividad en numerosos trabajos 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 al 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.

Los inhibidores de la recaptura de serotonina como la fluoxetina a dosis variables que van de 20 a 80 mg al día.

Hay algunos estudios en los que se sugiere que los análogos de las benzodiazepinas (zopiclona y zolpidem) po-

drían ser eficaces en la mejora del sueño y tal vez de la fatiga, aunque no se vio mejoría en el dolor.

En los pacientes con síntomas claros de ansiedad, podrían beneficiarse de las benzodiazepinas, como alprazolam, preferentemente en combinación con psicoterapia

Otros antidepresivos como la venlafaxina, a pesar de que tras la publicación de un ensayo abierto parecía que pudiera ser eficaz, los resultados no fueron refutados por un ensayo doble ciego, en el que no fue mejor que el placebo.

La duloxetina a dosis de 60 mg/12 horas, se evaluó en un ensayo multicéntrico doble ciego, frente a placebo, durante un período de doce semanas de duración. Y se observó una mejoría significativa en la subescala específica del dolor. Sin embargo el abandono del tratamiento fue del 44% de los pacientes.

D) Otros fármacos más recientemente utilizados en la fibromialgia con muy buenos resultados son la pregabalina y el tramadol.

NO FARMACOLÓGICAS

1) Terapia cognitivo-conductual

La base central del tratamiento psicológico es incidir en el autoconocimiento, discerniendo entre el ser y el estar; el autoconcepto, la autoimagen, la validez personal y el descubrimiento de las propias capacidades intrínsecas con o sin enfermedad; profundizar en el conocimiento, la evaluación y control del dolor; el aprendizaje de técnicas de respiración y relajación; el contacto con el placer; y cómo superar las barreras de comunicación, adquiriendo mayores habilidades sociales. El trabajo de aspectos tales como la atención y la memoria o la coordinación motriz, es también fundamental^(5,6).

2) Programas de ejercicio:

Cualquier forma de ejercicio aeróbico ha demostrado ser eficaz en la fibromialgia, el paciente que mantiene ejercicio físico aeróbico regula mejor el dolor, la ansiedad y la calidad de vida en general, pero no existe evidencia de que mejore la fatiga, la función física o la depresión⁽⁶⁾.

3) Acupuntura

Los pocos estudios realizados hacen que no dispongamos de evidencia de alta calidad. Un ensayo clínico bien realizado y otros trabajos de menor calidad metodológica demuestran efectos beneficiosos de la acupuntura en la FBM (en relación con el dolor y debilidad matutina). Si bien, algunos pacientes no mejoran y un grupo pequeño presenta exacerbación de los síntomas. No hay datos de seguimiento, se desconocen los resultados tiempo después de finalizar el tratamiento^(3,6).

REFERENCIAS

1. Paiva E, Deodhar A, Jones K, Bennett R. Impaired growth hormone secretion in fibromyalgia patients: Evidence for augmented hypothalamic somatostatin tone. *Arthritis Rheum* 2002;46: 1344-1350.
2. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004;50:944-952.
3. Tovar SA. Fibromialgia. *Colomb Med* 2005;36:287-291.
4. Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M. The pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med* 2007;146:726-734.
5. Tishler M, Levy O, Maslakov I, Bar-Chaim S, Amit-Vazina M. Neck injury and fibromyalgia are they really associated? *J Rheumatol* 2006;33:1183-5.
6. Lemstra M, Olszynski WP. The effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Clin J Pain* 2005;21:166-174.