

FORMACIÓN CONTINUADA

Fibromialgia: un diagnóstico cenicienta

E. Soriano Suárez^a, M.J. Gelado Ferrero^b y M.R. Girona Bastus^b

ABS Girona-4. Girona.

Palabras clave: Fibromialgia; Reumatología.

Introducción

A todo profesional consciente de sus limitaciones, esta patología se le ha resistido en más de una ocasión. Normalmente supone un dispendio de tiempo, exploraciones complementarias, visitas a diferentes especialistas y grandes dosis de paciencia. Estas últimas son requeridas tanto por el facultativo de referencia como por el propio paciente, que soporta la peregrinación sin apreciar mejora ni solución a su malestar (en algún caso, como se puede comprobar a través de una carta a un periódico, hasta 35 años se ha retrasado el diagnóstico). El paciente además debe escuchar explicaciones que atribuyen sus males a distintas especialidades reumáticas o simplemente a «los nervios». Esta diferencia de criterios cosechada en la peregrinación no hace sino aumentar la inseguridad del propio enfermo, su ansiedad y, como consecuencia, el empeoramiento de la clínica.

La fibromialgia (FM) es un proceso de etiología desconocida, cuya clínica se caracteriza por dolor musculoesquelético extraarticular difuso crónico, rigidez matinal, sueño no reparador y fatiga. Es la causa más frecuente de dolor musculoesquelético generalizado crónico.

Existen pocos estudios sobre la prevalencia de este síndrome. Siguiendo los criterios del American College of Rheumatology, se ha encontrado que presentan FM un 2% (3,4% de mujeres y 0,5% de varones) de la población de Wichita (Estados Unidos)¹.

En la consulta especializada de reumatología la prevalencia es del 15-

TABLA 1. Síntomas que pueden asociarse a la fibromialgia

De tipo neurológico
Parestesias de distribución atípica
Cefaleas de tensión
Dificultad para la concentración y la memoria reciente
Disminución de la tolerancia al ruido
Sensación vertiginosa
Fatigabilidad de los músculos oculares
De tipo torácico
Prolapso de válvula mitral sin alteración orgánica
Palpitaciones
Dolor torácico anterior inespecífico
De tipo gastrointestinal
Pirosis
Colon irritable (detectado hasta en un 50% de los casos) ³
Dismotilidad esofágica
De tipo genitourinario
Menstruación dolorosa y vulvodinia
Polaquiuria y urgencia miccional
De tipo osteomuscular
Hiperlaxitud articular
Disfunción de la articulación temporomandibular
Dolores del arco plantar o talalgia
Otros
Dermografismo inmediato
Depresión
Trastornos primarios del sueño

20%, y se calcula que en España deben existir unas 800.000 personas afectadas de este síndrome². En la consulta de medicina general la prevalencia es del 5-7%³. En una consulta diaria, por lo tanto, pueden pasar desapercibidos 2 o 3 pacientes con probable FM.

La FM se da predominantemente en el sexo femenino (73-88%), con una edad de presentación entre los 12 y los 45 años. Es muy rara fuera de estas edades, aunque se han descrito casos de FM infantil y en ancianos⁴.

Manifestaciones clínicas

El paciente refiere que «le duele todo» y que empeora con el estrés, la inactividad, los cambios climáticos, el ejercicio vigoroso, incluso a veces con el reposo nocturno, condiciones que si no son manifestadas espontáneamente, se deberán indagar en la anamnesis. Acompañando al dolor, el enfermo explica fatiga desde que se levanta de la cama, sensación de no haber descansado, a pesar de conciliar el sueño, y/o una tumefacción difusa subjetiva y rigidez matinal.

^aResidente de Medicina Familiar y Comunitaria.
^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Unitat Docent de MFIC de Girona.

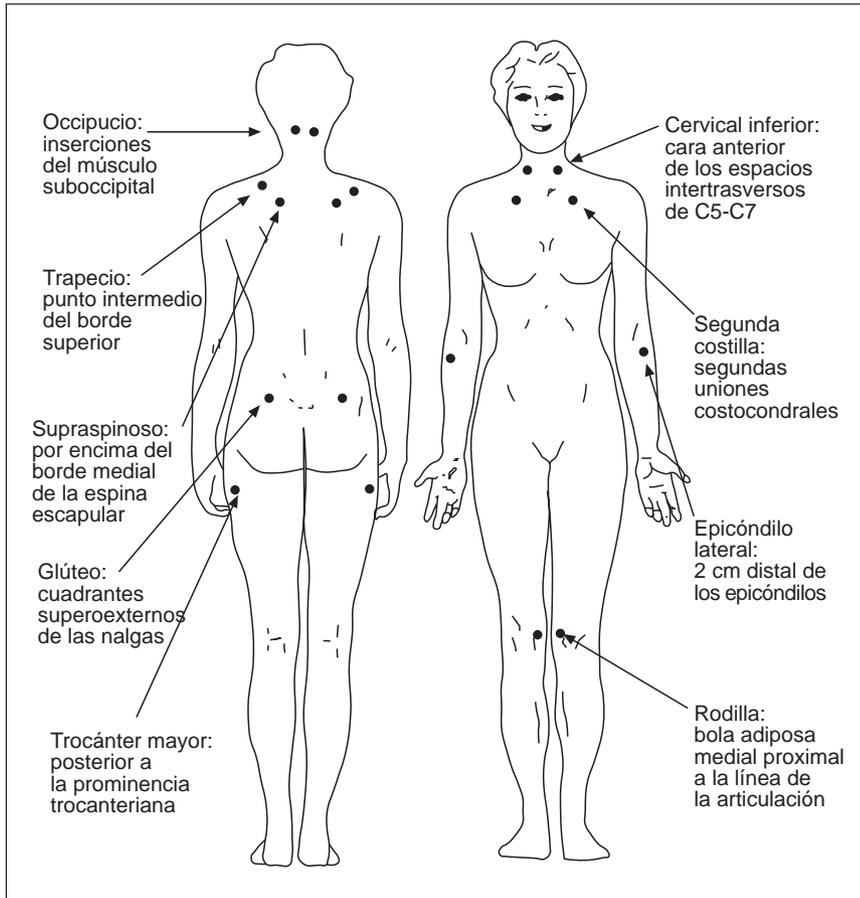


Figura 1. Localización de los puntos gatillo.

La FM se puede asociar a una sintomatología variada (tabla 1).

Diagnóstico

El diagnóstico fue incorporado en la décima revisión de la OMS (1992) de la *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem* (ICD-10), que entró en vigor en enero de 1993. Los criterios diagnósticos son los establecidos por el American College of Rheumatology en 1990:

- Dolor difuso presente como mínimo 3 meses.
- Palpación dolorosa en 11 puntos gatillo de los 18 posibles (fig. 1).

La palpación de los puntos gatillo o *tender points*, en los cuales existe una disminución del umbral del dolor, debe hacerse con un dedo y aplicando una presión aproximada de unos 4 kg (técnica que podemos ensayar con objetos domésticos tipo balanza de cocina o de baño). Se consi-

derará positiva la palpación si se manifiesta dolor, no si manifiesta simplemente molestia.

El diagnóstico viene dado por la presencia de los criterios ya citados, junto con la exclusión de alteraciones analíticas y radiográficas. Deben ser normales la bioquímica general, el hemograma y la VSG.

Diagnóstico diferencial

Debe realizarse con procesos que presentan dolor y rigidez musculoesquelética extraarticular (tabla 2).

Tratamiento

Constituye el aspecto más controvertido del capítulo, puesto que la variedad de formas de tratamiento caracteriza la enfermedad. Esto es expresión de un cierto fracaso terapéutico y también de la necesidad de abordar el tratamiento desde varios enfoques para lograr alguna mejoría, siempre supeditada, además, a la idiosincrasia individual.

Han sido ensayados diferentes enfoques terapéuticos:

Educación

Dado que suelen ser pacientes con una dilatada historia clínica de exploraciones, visitas a diferentes facultativos y tratamientos, un aspecto básico en el enfoque consiste en informar claramente sobre la naturaleza, pronóstico y posibilidades terapéuticas del proceso. En la mayoría de ocasiones el reconocimiento de la enfermedad por sí sola, evitando negarla o atribuir los síntomas a «los nervios», ya es una forma de terapia. Se deberá empezar por advertir al paciente de la elevada probabilidad de no llegar a controlar sus síntomas al cien por cien, pero a la vez ofrecerle una mejoría notable. Este comentario inicial suele ser alentador y favorecer el clima de confianza médico-paciente que requiere, más que otras, esta patología. El paciente interpreta que se entienden sus síntomas y se conoce la enfermedad, lo cual empieza a disminuir su ansiedad. Se han realizado estudios comparando sesiones de modificación conductual con sesiones placebo sin obtener resultados significativamente diferentes, aunque es preciso reconocer que la duración de las sesiones era más corta que, por ejemplo, la establecida para la artritis reumatoide, y que hay un cierto grado de dificultad en el cumplimiento por parte del paciente⁵⁻⁷.

Terapia física

El ejercicio físico no fatigante (aeróbico) o la terapia con ejercicios de relajación producen mejoría global en la mayoría de los pacientes, sobre todo aumentando la tolerancia del dolor, aunque raramente modifican la calidad del sueño^{8,9}. Algunos autores presentan resultados alentadores, pero parece que los efectos dependen directamente de la implicación y grado de cumplimiento del paciente⁸.

Terapia local

Las infiltraciones de anestésico, con o sin corticoide, sobre algún punto gatillo, mejoran el dolor local. Deben reservarse para pacientes que presentan uno o pocos puntos de dolor persistentes tras la mejoría del cuadro general¹⁰.

TABLA 2. Diagnóstico diferencial de la fibromialgia^{29,30}

Síndrome de fatiga crónica
Enfermedades dolorosas locales
Síndrome de dolor miofascial
Síndrome de disfunción de la articulación temporomandibular
Coexistencia de varias formas de reumatismo de partes blandas
Enfermedades reumáticas
Forma de comienzo de artropatías inflamatorias
Polimiositis/dermatomiositis
Polimialgia reumática
Osteoporosis/osteomalacia
Reumatismo psicógeno
Depresión
Trastornos primarios del sueño
Endocrinopatías metabólicas
Hiper e hipotiroidismo
Hiperparatiroidismo e hipoparatiroidismo
Insuficiencia suprarrenal
Miopatías metabólicas
Enfermedades infecciosas
Infecciones virales: Epstein-Barr, VIH...
Otras patologías
Enfermedad tumoral metastásica
Neurosis en sus diversas formas
Parkinson

Terapia farmacológica

No se conoce actualmente ningún fármaco capaz de controlar la enfermedad totalmente. Es importante identificar y tratar los pacientes con depresión subyacente, en cuyo caso hay que perseguir el control de ésta y observar cómo evolucionan posteriormente los síntomas de la FM. El asesoramiento psiquiátrico es una medida innecesaria en la mayoría de los pacientes. Se han utilizado: analgésicos (paracetamol, codeína, tramadol) que controlan el dolor e incrementan la eficacia de otros agentes terapéuticos^{11,12}; el uso de antiinflamatorios no esteroides no parece tener ventajas sobre los analgésicos simples, y puede provocar más efectos secundarios. Ibuprofeno ha sido el más sistemáticamente estudiado y ha demostrado ser beneficioso sólo al asociarlo a alprazolam^{13,14}; el uso de esteroides orales no ha demostrado ser beneficioso¹⁵. Han sido ensayados diferentes psicofármacos como tratamiento de este proceso:

– Amitriptilina (Tryptizol[®]) es un antidepresivo tricíclico que mejora la

intensidad del dolor, los puntos gatillo y la calidad del sueño por sus efectos sobre la recaptación de serotonina a partir de la segunda semana. Debe ajustarse la dosis 5 y 50 mg/día^{16,17}. Otros estudios, sin embargo, no han demostrado mejoría en la calidad del sueño con su uso a largo plazo¹⁸.

– Ciclobenzaprina (Yurelax[®]) es un antidepresivo tricíclico con capacidad miorrelajante que mejora la fatiga, la depresión y el número de puntos gatillo. Parece ser que es el único miorrelajante que ha demostrado ser beneficioso¹⁹. Actúa sobre la recaptación de noradrenalina. A dosis de 10-40 mg/día es efectivo a corto plazo, sólo o asociado a analgésicos^{11,20,21}.

– Fluoxetina (Adofen[®], Prozac[®], Re-neuron[®]) ha demostrado mejorar la fatiga, la calidad del sueño y la depresión en estos pacientes, pero sin diferencias significativas respecto al placebo²². En un estudio la mejoría se advirtió sólo al asociarla a ciclo-benzaprina²³. Los mejores resultados se han obtenido al combinar fluoxetina, 20 mg por la mañana, y amitriptilina, 25-50 mg por la noche²⁴.

– Alprazolam (Trankimazín[®]) es un ansiolítico que ha demostrado tener

efectos positivos solo o asociado a ibuprofeno¹³.

– Otros agentes terapéuticos utilizados con resultados variables o no concluyentes incluyen: imipramina (Tofranil[®], 25 mg/8 h)²⁵; zopiclona (Limovan[®], Datolan[®], Siaten[®], 7,5 mg/día), clorpromacina (Largactil[®], 100 mg/día), maprotilina (Ludiomil[®], 50-100 mg/día), ondasetrón²⁶, lignocaina i.v.¹⁹.

La eficacia de agentes hipnóticos como flurazepam, temazepam, triazolam, parece ser menor, pues los pacientes con síndrome fibromiálgico no suelen presentar problemas para conciliar el sueño.

Evolución

La mayoría de estudios llevados a cabo sobre el pronóstico del síndrome fibromiálgico concluyen en la naturaleza crónica de esta dolencia²⁷.

No es raro que los pacientes busquen alternativas de curación paramédicas, lo que sí sorprende es que se lleguen a usar tratamientos no suficientemente evaluados en esta patología (narcóticos) o válidos sólo para un reducido número de pacientes (corticoides).

Sólo un 20% de pacientes llega a presentar una mejoría importante, con disminución del número de puntos gatillo positivos, disminución del dolor en aquellos que persisten (usando comparativamente la escala analógica visual del dolor), mejora subjetiva de la calidad del sueño y disminución de la rigidez matinal. La mayoría sigue refiriendo un cuadro clínico similar al inicial.

Es un proceso que puede llegar a tener repercusiones laborales y provocar incapacidades transitorias e incluso jubilaciones anticipadas, puesto que su prevalencia es mayoritaria en población activa.

Conclusión

Se debe descartar este proceso mediante la verificación de los criterios diagnósticos a todos los pacientes con historia compatible.

Con finalidad terapéutica, es muy importante transmitir al paciente la comprensión de su enfermedad y crear la empatía necesaria para que se sienta atendido, aunque no mejore clínicamente. Hay que enfatizar la cronicidad y benignidad del cuadro. Es conveniente evitar la práctica de exploraciones innecesarias una vez

verificado el diagnóstico, así como la peregrinación a especialistas. Se debe individualizar, por último, el tratamiento continuamente y dependiendo del componente predominante en cada caso, teniendo en cuenta los recursos intelectuales, laborales, familiares y sociales de cada paciente.

Bibliografía

1. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IL, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19-28.
2. Robles Gómez E. Fibromialgia. Introducción, conceptos y fisiopatología. Encuentros médicos. Mayo, 1995: 4-10.
3. Wolfe F. Fibromyalgia: the clinical syndrome. *Rheum Dis Clin NA* 1989; 15: 1-12.
4. Shafran SD. The chronic fatigue syndrome. *Am J Med* 1991; 90: 730-739.
5. Bradley LA, Young LD, Anderson KO, Turner RA, Agudelo CA, McDaniel LK et al. Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. Treatment outcome and six-month followup. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 1105-1114.
6. Vlaeyen JWS, Teeken-Gruben NJG, Goossens MEJB, Rutten-van Molken MPMH, Pelt RAGB, Van Eek H et al. Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: a randomized clinical trial: I. Clinical effects. *J Rheumatol* 1996; 23: 1237-1245.
7. Buckelew SP, Conway R, Parker J, Deuser WE, Jennings J, Witty TE. Biofeedback/relaxation training and exercise interventions for fibromyalgia: a prospective trial. *Arthritis Care Res* 1998; 11: 196-209.
8. McCain GA, Bell DA, Mai FM, Halliday PD. A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 1135-1141.
9. Martin L, Edwothy SM, Macintosh B. Is exercise helpful in treatment of fibromyalgia? *Arthritis Rheum* 1993; 36 (Supl): 292.
10. Jaeger B, Skootsky SA. Double-blind controlled study of different myofascial trigger point injection techniques. *Pain* 1987; 31 (Supl): 292.
11. Wike WS. Treatment of resistant fibromyalgia. *Rheum Clin Dis North Am* 1995; 21: 247-260.
12. Rothenberg MD. New pain killer may have special benefits for the treatment of fibromyalgia. *Fibromyalgia Frontiers* 1995; 3: 5-6.
13. Russell IJ, Fletcher EM, Michalek JE, Mc Broom PC, Hester GG. Treatment of primary fibrositis/fibromyalgia syndrome with ibuprofen and alprazolam: double-blind, placebo-controlled study. *Arthritis Rheum* 1991; 34: 552-560.
14. Yunus MB, Masi AT, Aldag JC. Short term effects of ibuprofen in primary fibromyalgia syndrome: a double-blind, placebo controlled trial. *J Rheumatol* 1989; 16: 527-532.
15. Clark S, Tindall E, Bennett RM. A double-blind cross-over trial of prednisone versus placebo in the treatment of fibrositis. *J Rheumatol* 1985; 12: 980-983.
16. Scudds RA, McCain GA, Rollman Gb y Harth M. Improvement in pain responsiveness in patients with fibrositis after successful treatment with amitriptyline. *J Rheumatol* 1989; 16 (Supl): 98-103.
17. Moldofsky H. Sleep and fibrositis syndrome. *Rheum Dis Clin NA* 1989; 15: 90-103.
18. Carette S, Bell MJ, Reynolds WJ, Haraoui B, McCain GA, Bykerk VP et al. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine, and placebo in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind clinical trial. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 32-40.
19. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia (see comments). *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1560-1570.
20. Fossaluzza V, De Vita S. Combined therapy with cyclobenzaprine and ibuprofen in primary fibromyalgia syndrome. *Int J Clin Pharmacol Res* 1992; 12: 99-102.
21. Bennett RM, Gatter RA, Campbell SM, Andrews RP, Clark SR, Scarola JA. A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis. A double-blind controlled study. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 1535-1542.
22. Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJ. A double-blind placebo controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1994; 23: 255-259.
23. Cantini F, Bellandi F, Niccoli L, Di Munno O. Fluoxetine combined with cyclobenzaprine in the treatment of fibromyalgia (in Italian). *Minerva Medica* 1994; 85: 97-100.
24. Goldenberg DL, Mavssky M, Mossey C. The independent and combined efficacy of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1995; 38 (Supl): 229.
25. Wyszynski AJ, Mor F, Lurie Y, Weinberger A. A imipramine for the treatment of fibrositis. A therapeutic trial. *Am Rheum Dis* 1985; 44: 752-753.
26. Carrera JQ, Castano AV, Gómez JP, Rodríguez AF, Medano WH, Rubeio AG et al. Comparison of tenoxicam and bromazepam in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Pain* 1996; 65: 221-225.
27. Felson DT, Goldenberg DL. The natural history of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1986; 29: 1522-1526.
28. Wolfe F, Hawley DJ, Cathey MA, Caro X, Russell IJ. Fibrositis: symptom frequency and criteria for diagnosis. An evaluation of 291 rheumatic disease patients and 58 normal individuals. *J Rheumatol* 1985; 12: 1159-1163.
29. Andreu Sánchez JL, Barceló García P, Figueras Pedrosa M. Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a trastornos psicógenos. Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Barcelona: Doyma, 1996; 757-764.
30. Graciela S, Braley LA. Advances in the treatment of fibromyalgia: current status and future directions. *Am J Med Scien* 1998; 315 (6): 397-404.