

## Fibromialgia: Guía Clínica Fibromyalgia: Clinical Guide

*Jaque, Juanita (1); Miranda, Juan Pablo (2); Pérez de Arce, Edith; Pacheco, Sergio (2); Plaza, Gerson (2); Gutiérrez, Tania (3); Muñoz, Ana Luisa (1); Letelier, Carmen (4); Contador, Renato (5); Tapia, Patricia (5);*

### I. Definición

La fibromialgia (FM) es un síndrome de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor crónico generalizado del aparato locomotor. Algunos de los problemas que comúnmente se asocian con la FM son: fatiga, rigidez en las mañanas, problemas de sueño, dolores de cabeza, entumecimiento de manos y pies, parestesias en extremidades, rigidez articular, cefaleas, depresión y ansiedad.

La FM constituye la causa más común de dolor osteomuscular generalizado (1-2).

### II. Epidemiología

En EE.UU. se describe una prevalencia entre 0,7% a 13% para las mujeres, y de 0,2% a 3,9 % para los hombres. Siendo más frecuente en pacientes de sexo femenino (4,2% v/s 0,2%) con una relación mujer:hombre de 21:1 (1). En España se estima una prevalencia de 2,4%, presentándose con mayor frecuencia entre los 40 y los 49 años (4,9%) e infrecuentemente en personas que superan los 80 años de edad. (2)

En nuestro país no existen estudios de prevalencia. Sin embargo, en nuestra Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se estima en un 5,44% (3).

### III. Etiología y Mecanismos Patogénicos

En la actualidad no se conoce la etiología ni los mecanismos patogénicos precisos que actúan en la FM. No obstante, se ha comprobado que existe una agregación familiar, pues familiares de pacientes con FM tienen un riesgo de 8.5 veces mayor de padecerla en comparación al resto de la población. Es así como hay indicios de que algunos fenotipos

genéticos son más frecuentes en los enfermos con FM, como es el caso del gen que regula la expresión de la enzima catecol-o-metil-transferasa<sup>10</sup> o el gen regulador de la proteína transportadora de serotonina (4). Recientes publicaciones sugieren que existiría un procesamiento de las señales del dolor a nivel central alterado, con incremento de la sustancia P, relacionado con un conjunto de interacciones entre neurotransmisores (noradrenalina, endorfinas, dopamina, histamina y GABA), estresores externos, constructos conductuales, disfunción hormonal (eje hipotálamohipofisoadrenal) y del sistema nervioso autónomo. Demostrándose que los pacientes con FM presentarían un umbral de dolor más bajo que en el resto de la población (5-6).

En algunos pacientes se ha encontrado la presencia de factores predisponentes como: antecedentes de situaciones traumáticas en la infancia (violencia física o psicológica, abuso sexual, etc.), trastornos del estado de ánimo o el trastorno de ansiedad, infecciones, cirugías mayores y, en general, las situaciones de estrés postraumático. Describiéndose además que los estresores físicos como psicológicos agravan los síntomas (6).

### IV. Características Clínicas

Los síntomas más importantemente descritos son: múltiples áreas sensibles en puntos gatillos (100%), fatiga (70%) y trastornos del sueño (50-70%).

El dolor se describe como profundo, torturante, punzante o urgente, con irradiación e intensidad leve a severa. Las personas afectadas por la enfermedad tienden a despertarse debido a los dolores y la rigidez del cuerpo. Para algunos pacientes, el dolor disminuye durante el día y aumenta nuevamente en las horas de la noche, aunque muchos de ellos presentan dolor implacable durante todo el día. El dolor puede aumentar con la actividad o posiciones mantenidas, el frío, el clima húmedo, la ansiedad y el estrés.

Con frecuencia, se combinan otros síntomas, que se podrían clasificar en:

(1) Médico Anestesiólogo.  
(2) Interno 7° Año. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.  
(3) Médico Fisiatra  
(4) Psicóloga  
(5) Médico Psiquiatra

- Síntomas sensoriales: parestesias frecuentes en manos o piernas, hipersensibilidad sensorial (auditiva).
- Síntomas motores: rigidez generalizada o localizada al levantarse, contracturas en diversos grupos musculares y temblor de acción.
- Síntomas vegetativos: sensación de tumefacción en manos y otras áreas corporales, mareo o inestabilidad, hipersudoración, distermias, sequedad de mucosas, palpitaciones.
- Síntomas cognitivos: alteración en la atención, déficit de memoria reciente, alteración en la expresión verbal.
- Síntomas afectivos: ansiedad, alteración del estado de ánimo.

Al examen físico se pueden mostrar alteraciones posicionales, hipertonía muscular, contractura (trapecios, elevador, escápulas, serratos, romboides, etc.); estiramiento doloroso de las regiones afectadas; presencia de alodinia en trapecios y otras zonas; presencia de puntos gatillo en relación con una banda de tensión muscular y numerosos puntos de dolor (puntos dolorosos) en diversas áreas corporales. La reproducibilidad de la exploración de los puntos dolorosos es alta si se realiza de forma correcta (1,2,7).

## V. Diagnóstico

El diagnóstico es inminentemente clínico, utilizando los criterios para clasificación de la fibromialgia del American College of Rheumatology de 1990 (1-2):

1. Dolor generalizado que persiste por más de 3 meses: dolor a ambos lados del cuerpo, más dolor localizado sobre y bajo la cintura, más dolor axial: columna cervical o tórax anterior o columna dorsal o lumbar
2. Dolor a la palpación digital en al menos 11 de 18 puntos dolorosos (se consideran el hemicuerpo derecho e izquierdo):

**Occipucio:** inserción de músculos suboccipitales

- Cervical bajo: anterior a espacios intertransversos C5-C7.
- Trapezio: punto central del borde superior.
- Supraespinoso: sobre la espina de la escápula.
- Segunda costilla: lateral a unión condrocostal.
- Epicóndilos laterales: 2 cm distal a epicóndilos.
- Glúteo: cuadrante superior externo.
- Trocánter mayor.
- Rodilla: aspecto medial, próximo a la línea articular.

## Diagnósticos diferenciales

- Síndrome de fatiga crónica
- Síndrome de intestino irritable
- Síndrome miofascial
- Artritis reumatoidea
- Polimialgia reumática

- Enfermedad de Lyme
- Hipotiroidismo
- Osteomalacia
- Enfermedad degenerativa cervical y de la espalda baja
- Trastornos del sueño
- Depresión
- Cáncer
- Infección por VIH
- Alteraciones hidroelectrolíticas

## VI. Evaluación del Paciente con FM

La evaluación inicial de un paciente con FM requiere: Anamnesis de los síntomas del enfermo, la interferencia con su vida personal, familiar, laboral y las exigencias sociolaborales. Evaluación de los factores psicológicos y psiquiátricos. Identificar los factores agravantes y comorbilidad asociada.

Realizar examen físico general, del aparato locomotor, neurológico, cardíaco, respiratorio, autonómico y endocrino. En relación al laboratorio e imágenes, en la actualidad no existe ninguna prueba específica para el diagnóstico de la FM, por lo que las exploraciones complementarias de estos pacientes están destinadas a descartar otros diagnósticos. Se sugiere realizar hemograma, velocidad de hemossedimentación horaria, perfil hepático, perfil tiroideo y creatinina (CK) (2,7,8).

## VII. Tratamiento

### a) Tratamiento Farmacológico:

Antidepresivos tricíclicos (ATC): A corto plazo, han demostrado una mejoría clínica significativa hasta un 30%. Con disminución moderada del dolor, una mejor calidad del sueño (aumento de la etapa IV sueño no REM) y sensación de bienestar (9,10).

La amitriptilina, en dosis de 25 a 50 mg/día, es el antidepresivo que ha demostrado mayor utilidad en el manejo de la fibromialgia, al igual que nortriptilina.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS): Fármacos como la fluoxetina son útiles para tratar los síntomas depresivos, pero no se ha demostrado eficacia para el tratamiento del dolor si no hay depresión concomitante. Esto indicaría que el efecto noradrenérgico es tan importante como el serotoninérgico en el tratamiento de estos pacientes (11). En este sentido, los inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina, como la venlafaxina, el milnacipran y la duloxetina, son más eficaces que los inhibidores selectivos (12-15). Se están realizando estudios con mirtazapina, sin evidencias concluyentes (16).

**Potenciación del Efecto de los ATC - ISRS:** La asociación de ISRS (fluoxetina 20 mg/día) a un antidepresivo tricíclico produce una acción sinérgica entre ambas, mostrando ser más efectiva en el control de síntomas de pacientes con fibromialgia (17).

**Analgésicos y Antiflamatorios no Esteroidales:** No existe evidencia de la utilidad significativa de estos agentes farmacológicos, por lo que no tendrían indicación, al no mediar un proceso inflamatorio en la fisiopatología de la FM (18).

Se ha demostrado que el uso de tramadol, en dosis de 50 a 100 mg cada 4-6 hrs, ha tenido buenos resultados en el control del dolor crónico (19), siendo mayor en asociación con paracetamol (20). En caso de utilizarse, cabe recordar que los AINES deben ser utilizados con precaución y en periodos cortos por riesgo de gastritis medicamentosa (21).

**Gabapentina:** En estudios fase II y III, con algunos reportes en la literatura de reducción de un 38% del dolor a 9 meses de seguimiento (22,23).

**Pregabalina:** Con grandes proyecciones, un reciente estudio controlado, randomizado y doble ciego con pregabalina en dosis de 450 mg/día ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la FM, reduciendo los síntomas de dolor, alteraciones del sueño y fatiga al compararlo con placebo (24).

**Relajantes musculares:** La ciclobenzaprina es un medicamento empleado como relajante muscular que ha sido utilizado con moderado éxito al tratar los dolores y espasmos musculares de los pacientes con la FM, con mejor eficacia al disminuir los trastornos del sueño (25).

## **b) Tratamiento Coadyuvante:**

**Psicoterapia:** Su objetivo es controlar los aspectos emocionales de la ansiedad y la depresión, cognitivos, conductuales y sociales que agravan el cuadro clínico de los pacientes con FM. Aunque los resultados son modestos, la Terapia Cognitivo-Conductual en FM logra un control de dolor, fatiga y funcionamiento físico. El mayor beneficio ocurre cuando se asocia a ejercicio físico (26,27).

**Ejercicios:** Se debe animar y apoyar la realización de ejercicio aeróbico, de moderado a intenso, dos a tres veces por semana. Iniciar ejercicios de bajo impacto como caminar y nadar (8,28).

**Otras:** Masajes ligeros, la acupresión, la acupuntura y las técnicas de relajación también pueden ayudar a mejorar los síntomas. Muchos pacientes que padecen fibromialgia han encontrado beneficios con los grupos de apoyo. Además,

se sugieren cambios en el estilo de vida, una dieta equilibrada, evitar el consumo de cafeína para ayudar a resolver los problemas del sueño y reducir la intensidad de los síntomas. Además de reducción del estrés y el mejoramiento de las habilidades de adaptación (2,29-31).

## **Objetivos**

Se establecen como objetivos principales del tratamiento la mayoría en la calidad de vida además del:

- Manejo del dolor.
- Recuperar el sueño reparador.
- Mantener la funcionalidad.
- Manejo de elementos secundarios.
- Apoyo psiquiátrico y psicológico.
- Manejo de la discapacidad.

Para cumplir estos objetivos, es necesario tener un instrumento adecuado que logre la identificación de la presencia de dolor, aspectos psicológicos y funcionales del paciente, incluyendo una constante educación de éste. Y contar con un equipo multi e interdisciplinario, en constante perfeccionamiento, considerando tratamiento farmacológico, educación al paciente, fisioterapia y la asesoría de profesionales como: médico anestesiólogo, médico psiquiatra, médico fisiatra, odontólogo, psicólogo, asistente social, enfermera, auxiliar de enfermería y secretaría (30,31).

## **IX. Escalas de Evaluación Fibromialgia**

Dado la repercusión de la fibromialgia en todas las dimensiones de la vida del paciente, se hace necesario cuantificar tal impacto. Para ello se han confeccionado una serie de instrumentos de evaluación. Proponemos el instrumento Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), que es un cuestionario específico de fibromialgia, autoadministrado, breve y de fácil aplicación que evalúa el estado general de salud, capacidad funcional y calidad de vida (32).

Su utilidad se extiende al control de las intervenciones realizadas en el paciente. Existen 4 versiones españolas (S-FIQ), ampliamente validadas (33).

Otros instrumentos en uso son: SF-36 y el F-HAQ, con sensibilidades y especificidades más discutibles (34).

### *Correspondencia*

Dra. Juanita Jaque García.  
Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos  
Hospital Clínico Universidad de Chile.  
Dirección: Santos Dumont 999  
Fono: 9788824  
udolor@redclinica.cl

## Bibliografía

1. National Library of Medicine's medline and pre-medline database. Medline Plus.
2. J. Riveraa, C. Alegreb, F.J. Ballinac, J. Carbonell, L. Carmonae, B. Castelf, A. Colladog, J.J. Esteveh, F.G. Martinezi, J. Torneroj, M.A. Vallejok y J. Vidalj. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2 Supl 1: S55-66
3. Manuela González, Juanita Jaque, Sergio Pacheco, Gerson Plaza, Juan Pablo Miranda. Aspectos demográficos de los pacientes atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico Universidad de Chile. VI Congreso Chileno de Dolor. 23 - 24 Noviembre 2005. Viña del Mar.
4. Gursoy S, Erdal E, Herken H, Madenci E, Alasehirli B, Erdal N. Significance of catechol-O-methyltransferase gene polymorphism in fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int.* 2003;23:104-7
5. Leslie J. Crofford, Michael C. Rowbotham, Philip J. Mease, I. Jon Russell, Robert H. Dworkin, Ann E. Corbin, James P. Young, Jr., Linda K. La Moreaux
6. Roland Staud. Biology and therapy of fibromyalgia: pain in fibromyalgia síndrome. *Arthritis Res Ther.* 2006; 8(3): 208
7. E. Martínez, O. González, J. M. Crespo\*. Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global Año III, Número 4, 2003.*
8. Guía Manejo FM.
9. O' Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santero J, Kroenke K, Jackson JL. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: A meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2000;15:659-66.
10. Arnold LM, Keck PE Jr, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics.* 2000;41:104-13
11. Arnold LM, Hess EV, Hudson JI, Welge JA, Berno SE, Keck PE Jr. A randomized, placebo-controlled, double-blind, flexible-dose study of fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia. *Am J Med.* 2002 Feb 15;112(3):191-7.
12. Rao SG. The neuropharmacology of centrally-acting analgesic medications in fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am.* 2002;28:235-59.
13. Vitton O, Gendreau M, Kranzler J, Rao G. A double blind placebo-controlled trial of minalcipram in the treatment of fibromyalgia. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2004;19:27-35.
14. Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, Wohlreich M, Detke MJ, Iyengar S, et al. A double-blind, multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. *Arthritis Rheum.* 2004;50:2974-84.
15. Gendreau RM, Thorn MD, Gendreau JF, Kranzler JD, Ribeiro S, Gracely RH, Williams DA, Mease PJ, Malean SA, Clauw DJ. Efficacy of milnacipran in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2005 Oct;32(10):1975-85.
16. Samborski W, Lezanska-Szpera M, Rybakowski JK. Effects of antidepressant mirtazapine on fibromyalgia symptoms. *Rocz Akad Med Bialymst.* 2004;49:265-9.
17. Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1996 Nov;39(11):1852-9.
18. Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med.* 1999;21:180-91.
19. Burlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ.* 2006 May 23;174(11):1589-94
20. Bennet RM, Kamin M, Karim R, Rosenthal N. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Med.* 2003 May;114(7):537-45
21. Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med.* 1999;21:180-91.
22. Carro A, Vila V, del Valle E. Tratamiento Gabapentina en pacientes con fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2003; 30: 321