

Fibromialgia

Oswaldo Daniel Messina

Jefe de Reumatología del Hospital Cosme Argerich. Director de Investigaciones Reumatológicas y Osteológicas, SRL. Centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Tesorero de la Sociedad Argentina de Reumatología SAR, Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Una de las causas de consulta más frecuente en la práctica reumatológica diaria es el dolor musculoesquelético crónico (DMEC) que puede tener un origen periférico, neuropático o central. Una de las manifestaciones más frecuentes de DMEC de origen central es la fibromialgia (FM). La FM se caracteriza por historia de dolor musculoesquelético crónico difuso, involucrando los cuatro cuadrantes del cuerpo y el esqueleto axial y la presencia de 11 de los 18 puntos gatillo (*tender points*) en el examen físico. Una variedad de síntomas no específicos acompañan este cuadro incluyendo la fatiga que, a veces, empeora con la actividad física, parestesias, intestino irritable, migrañas y déficit de atención y de memoria.

Fisiopatología y aspectos clínicos

La sensibilización del sistema nervioso central al dolor, y su inadecuada inhibición y el dolor generalizado, son características cardinales en la FM.

La persistencia del dolor deteriora la calidad de vida, altera el sueño y la función física. El origen central del dolor en la FM es un ejemplo clásico de *alodinia* y se produce por la amplificación de mecanismos nociceptivos lo que se denomina sensibilización central.

La FM se caracteriza además por alteraciones del sueño y del estado de ánimo, astenia y procesos asociados como intestino irritable, vejiga irritable, crisis de pánico, migraña y desórdenes temporomandibulares. Los pacientes con FM tienen menor umbral para la percepción térmica y del dolor^{1,2}. La sustancia P se halla elevada en líquido cefalorraquídeo comparado con sujetos controles.

Factores genéticos han sido involucrados en cuanto a la predisposición para el desarrollo de FM. Los familiares

de primer grado de pacientes con FM tienen ocho veces más probabilidades de presentar esta afección. Existe además un polimorfismo específico en el gen transportador de serotonina y de la enzima COMT (catecol oximetil transferasa) que inactiva catecolaminas.

Asimismo pueden hallarse manifestaciones de disautonomía con hipertono simpático, intolerancia ortostática y trastornos del ritmo cardíaco. La disautonomía explica en gran parte las características multisistémicas de la FM³.

Por otra parte, la FM es una causa importante de discapacidad y alteración en la calidad de vida valorados por instrumentos como FIQ y SF 36 cuando se comparan pacientes con FM versus pacientes con dolor lumbar crónico u otros síndromes esqueléticos que originan dolor crónico⁴.

Diagnóstico

El diagnóstico de FM no es usualmente fácil de realizar por varias razones. En primer lugar, muchos médicos no especializados desconocen su existencia y minimizan los síntomas asociándolos a trastornos psiquiátricos y refiriendo a los pacientes a especialistas en psiquiatría exclusivamente. En segundo término, las formas de presentación clínica pueden ser muy variadas (dolor difuso crónico, trastornos del sueño, cansancio, cefaleas, parestesias, ansiedad, boca y ojo secos, fenómeno de Raynaud, colon y vejiga irritable, etc.), manifestaciones que en gran parte pueden explicarse por la *disautonomía* como señaló Martínez Lavin. Sin embargo, la manifestación cardinal es el dolor difuso junto con la sensibilidad dolorosa a la palpación de regiones anatómicas específicas y parestesias (patogenia conocida como “dolor mantenido por hipertono simpático”). El Colegio Americano de Reumatología ACR publicó los criterios de diagnóstico de FM, basados en la presencia de dolor a la compresión en 11 de 18 puntos gatillo (9 pares) en los siguientes sitios anatómicos⁵ (Figura 1):

- Occipucio bilateral en la inserción del músculo occipital

Correspondencia

Oswaldo Daniel Messina
drmessina@fibertel.com.ar



The 18 Tender Point Locations for FMS on "The Three Graces" Masterpiece

Figura 1.

- Cervical bajo bilateral en el espacio intertransverso entre C5 y C7
- Trapecio bilateral, en el punto medio de su borde superior
- Supraespinoso bilateral, por encima de la espina escapular cerca de su borde
- Unión condrocostal de la segunda costilla
- Epicóndilo bilateral, 2 cm distal al epicóndilo
- Glúteo bilateral, en el cuadrante supero externo de la nalga
- Trocánter mayor bilateral, posterior al trocánter
- Rodilla bilateral, en la almohadilla grasa medial, proximal a la línea articular

Los criterios de ACR tienen dos componentes

1. Dolor difuso de al menos tres meses de duración (dolor en el lado izquierdo del cuerpo más el lado derecho del cuerpo, más dolor por encima de la cintura, más dolor por debajo de la cintura más dolor axial; el dolor axial incluye dolor de la columna cervical o en la columna dorsal o en la columna lumbar o dolor en la pared torácica anterior).
2. Presencia de por lo menos 11 de los 18 puntos especificados con anterioridad.

La presencia de un segundo proceso (AR y FM o artrosis y FM) no excluye el diagnóstico de FM.

Los diagnósticos diferenciales incluyen polimialgia reu-

mática, hipotiroidismo, osteomalacia, miopatías metabólicas o inflamatorias, radiculopatías y dolor torácico de otro origen. Precisamente, el dolor torácico es frecuente en FM y tiende a permanecer constante y a evitarse por la presión de los puntos gatillo a diferencia del dolor cardiogénico, que empeora con las actividades y mejora con el reposo.

Una situación clínica particularmente importante es la superposición de FM con enfermedades autoinmunes y la presencia de fenómenos vasomotores en manos que involucran toda la mano, a diferencia del verdadero Fenómeno de Raynaud que compromete sólo los dedos. Algunos estudios han sugerido que hasta un 25% de los pacientes con desórdenes autoinmunes presentan síntomas de FM y reúnen los criterios de ACR para FM. Este cuadro debe ser sospechado cuando un paciente refiere dolor musculoesquelético persistente sin hallazgos objetivos (clínicos o de laboratorio) que evidencien inflamación.

Tratamiento

El tratamiento de la FM se basa en medidas no farmacológicas y farmacológicas.

Las primeras incluyen técnicas de relajación, eutonia, terapias cognitivas, aqua gymm, natación, ejercicios de elongación y aeróbicos que han demostrado ser de relativa utilidad y coadyuvante del tratamiento farmacológico.

Se debe minimizar el microtraumatismo muscular e insistir en los ejercicios de baja intensidad.

Los fármacos más utilizados en el tratamiento de FM son los antidepresivos tricíclicos, relajantes musculares, inhibidores de recaptación de serotonina, anticonvulsivantes.

En el siguiente texto se listan todos los fármacos.

Fármacos utilizados en el tratamiento de la fibromialgia

Fuerte evidencia de eficacia

- Amitriptilina 25 a 50 mg por la noche (grado de recomendación A)
- Ciclobenzaprina 10 a 30 mg por la noche (grado de recomendación A)

Eficacia media

- Tramadol 200 mg día
- Fluoxetina 20 a 80 mg/día
- Duloxetina/milnacipram
- Pregabalina 150 a 450 mg/día
- Gabapentin

Eficacia débil

- Hormona de crecimiento
- Tropisetron

Sin evidencia de eficacia

- Opioides
- Daines
- Melatonina
- Corticoides
- Benzodiazepinas

Educación del paciente en relación a la naturaleza de la afección, terapias cognitivas, ejercicios aeróbicos (nivel de recomendación A).

Recientemente, la pregabalina ha sido aprobada para el tratamiento de la FM por *Food and Drug Administration (FDA)* de los Estados Unidos de América. Sus efectos colaterales más frecuentes incluyen somnolencia y sensación de aturdimiento, especialmente en dosis altas (450 mg/día).

Se recomienda iniciar con dosis de 75 a 150 mg/día para minimizar los efectos colaterales y aumentar la dosis diaria en forma progresiva.

Es importante recordar que la adherencia al tratamiento a los 6 meses con cualquiera de los fármacos listados es del orden de 38 al 50%. Las causas más frecuentes de aban-

dono del tratamiento incluyen el desarrollo de efectos adversos y falta de eficacia terapéutica. En todos los casos se deberá diseñar un tratamiento “a medida de cada paciente”, existiendo casos en los cuales no se logra la mejoría clínica luego de la prescripción sucesiva de varios fármacos. Otras medidas terapéuticas de eficacia no comprobada son la inyección de anestésicos locales o corticoides en los puntos gatillo, terapia de relajación miofacial, manipulación quiropráctica y acupuntura.

Siempre es de suma utilidad la evaluación multidisciplinaria que incluya un psicoterapeuta, reumatólogo y especialista en medicina física y rehabilitación.

Bibliografía

1. Tratamiento racional de la fibromialgia Rheum. Dis Clin of North Am. Robert Bennett 157-172.
2. Martinez – Lavin M. Tratamiento de la disautonomía en la fibromialgia. Rheum Dis Clin North Am. 325-332.
3. Goldemberg D. Pharmacological treatment of fibromialgia and other chronic musculoskeletal pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 21:3, 499-511, 2007.
4. Lie D, et al. Am Fam Phys, July 15, 2007.
5. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett R, Bombardier C, Goldemberg D, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromialgia: report of the multicenter criteria committee. Arthritis and Rheum 1990; 33: 160-72.