



REVISION BIBLIOGRÁFICA

ACTUALIZACIÓN EN FIBROMIALGIA

Danny Chaves Hidalgo*

Resumen

El síndrome de fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica que causa dolor, rigidez y sensibilidad en músculos, tendones y articulaciones. También se caracteriza por alteraciones del sueño, cansancio, fatiga, ansiedad, depresión y alteraciones en las funciones intestinales. La etiología de la fibromialgia sigue siendo desconocida, pero los recientes avances y descubrimientos han ayudado a desentrañar algunos de los misterios de esta enfermedad. La investigación pone de relieve algunas de las anormalidades bioquímicas, metabólicas e inmunológicas asociadas con la fibromialgia. Guías basadas en la evidencia sugieren que la fibromialgia sea manejada con terapias multidisciplinarias tales como la medicación, terapia cognitivo-conductual, educación y ejercicio.

Palabras clave

Fibromialgia, sintomatología, avances en etiopatogenia, tratamiento actual.

Abstract

Fibromyalgia syndrome (FMS) is a chronic condition causing pain, stiffness, and tenderness of the muscles, tendons, and joints. It is also characterized by restless sleep, tiredness, fatigue, anxiety, depression, and disturbances in bowel functions. The etiology of fibromyalgia remains unknown, but recent advances and discoveries have helped to unravel some of the mysteries of this disease. Research highlights some of the biochemical, metabolic, and immune regulatory abnormalities associated with fibromyalgia. Evidence-based guidelines suggest that fibromyalgia is typically managed with multidisciplinary therapies involving medication, cognitive behavioral therapy, education, and exercise.

Key words

Fibromyalgia symptoms, advances in pathogenesis, current treatment.

* Médico general, Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: drdannychaves@medicos.cr

Recibido para publicación: 19 de setiembre de 2012. **Aceptado:** 15 de enero de 2013

Definición

La fibromialgia es una de las enfermedades más comunes que afectan a los músculos, se manifiesta con dolor, rigidez y sensibilidad en músculos, tendones y articulaciones.

Los tejidos involucrados no se acompañan de inflamación. Por lo tanto, a pesar del dolor potencialmente incapacitante, los pacientes con fibromialgia no desarrollan daño a los tejidos o deformidad. El dolor suele afectar el cuello, glúteos, hombros, brazos, espalda y pecho. “Los puntos sensibles” se localizan en áreas del cuerpo que pueden provocar dolor generalizado y espasmos musculares cuando se tocan. ⁽⁵⁾ La fibromialgia (FM) se estima que afecta a más de 5 millones de estadounidenses (2 a 5% de la población adulta), por lo que es uno de los trastornos más comunes de dolor crónico generalizado en los Estados Unidos. La fibromialgia es el segundo trastorno más común observado por los reumatólogos (después de la artrosis) y representa una subpoblación importante de pacientes en la atención primaria. ⁽²⁾

Los pacientes con fibromialgia con frecuencia informan del inicio de los síntomas después de un accidente automovilístico, una cirugía o algún otro trauma, a menudo en la región occipital. Los síntomas neurológicos como parestesias, visión borrosa, entumecimiento y debilidad son comúnmente reportados por los pacientes con FM, con presencia de entumecimiento en hasta un 84% de los individuos. ⁽¹⁰⁾

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la fibromialgia implica una serie de factores, incluidas anomalías en el sistema nervioso autónomo y neuroendocrino, factores genéticos, variables psicosociales y estrés medioambiental. Estos factores están implicados en otros trastornos que frecuentemente coexisten con fibromialgia y también se caracterizan por un dolor persistente o recurrente, como el Síndrome de Intestino Irritable, trastorno témporo mandibular, trastorno afectivo mayor o trastornos de ansiedad. La fibromialgia también puede

ocurrir simultáneamente con enfermedades inflamatorias crónicas tales como la artritis reumatoide (AR), osteoartritis y lupus eritematoso sistémico. La presencia de una o más de estas condiciones coexistentes pueden complicar el diagnóstico y el tratamiento de la fibromialgia. Los estudios realizados por Russell et al, indican que los síntomas de dolor de la fibromialgia también pueden implicar aberraciones en las vías descendentes de inhibición del dolor. La transmisión de información sensorial al cerebro es inhibida por la activación de las fibras que descienden del tronco cerebral al asta dorsal, principalmente a través de la liberación de neurotransmisores asociados con las variaciones en el dolor y el estado de ánimo (por ejemplo, norepinefrina y serotonina). Entre las personas con fibromialgia, la función de este sistema de inhibición del dolor endógeno puede verse afectada por las deficiencias en los niveles de estos neurotransmisores en el SNC. Russell y sus colegas encontraron que, en comparación con los controles sanos, los pacientes con fibromialgia se caracterizan por bajos niveles séricos de serotonina y bajos niveles en el líquido cefalorraquídeo de metabolitos de la serotonina, norepinefrina y dopamina. ⁽¹⁾

La frecuente comorbilidad de la fibromialgia con trastornos del estado de ánimo sugiere un papel importante para la respuesta al estrés y anomalías neuroendocrinas. El eje hipotálamo-hipófisis es un componente crítico de la adaptación al estrés. En la fibromialgia la respuesta de adaptación al estrés se ve perturbada, lo que conduce a la aparición de los síntomas. ⁽⁵⁾

Los pacientes con fibromialgia a menudo tienen problemas con el sueño, incluyendo sueño no reparador, insomnio, despertar temprano por la mañana, y mala calidad de sueño. En un estudio realizado por Roizenblatt y col, la calidad del sueño fue significativamente menor en los pacientes con fibromialgia que en los controles y los pacientes reportaron un empeoramiento de los síntomas de dolor después de la falta de sueño. En estudios de polisomnografía, los patrones alfa-delta asociados con sueño interrumpido y no reparador se observan con frecuencia en pacientes con fibromialgia.



Las alteraciones del sueño están relacionadas con la falta de energía y la fatiga que se observan con frecuencia en estos pacientes. La observación de ondas alfa durante el sueño de ondas delta se ha asociado con reducción de la producción de GH e IGF 1. Dado que la GH y el IGF 1 son necesarias para la reparación de los micro traumas musculares, los trastornos del sueño pueden afectar la curación de las lesiones del tejido muscular, prolongando de este modo la transmisión de los estímulos sensoriales del tejido muscular dañado al SNC y mejora la percepción del dolor muscular. A su vez, esta percepción aumentada del dolor contribuye al aumento en la alteración del sueño, manteniendo de ese modo la fatiga del paciente y la insuficiente reparación del tejido muscular. ⁽¹⁾

Este carácter multidimensional de la fibromialgia ha hecho que sea difícil de definir y evaluar su severidad. La etiología indeterminada y la falta de marcadores específicos de la enfermedad exacerbaban el problema de evaluación de la gravedad de la fibromialgia. Mientras que varios estudios investigaron el uso potencial de marcadores biológicos, la correlación de estos marcadores con los síntomas fue equívoca, lo que los vuelve ineficaces como indicadores de gravedad. ⁽⁷⁾

FACTORES DE RIESGO

LA HISTORIA DEL PACIENTE puede revelar factores de riesgo para la FM, como la predisposición familiar. Los familiares de las personas con FM tienen un riesgo más alto de padecerla. En un estudio reciente, parientes de primer grado de pacientes con FM fueron 8 veces más susceptibles de tener FM que los familiares del grupo control de pacientes con artritis reumatoide (AR). Los factores ambientales, como traumatismos o lesiones físicas, infecciones (por ejemplo, enfermedad de Lyme y la hepatitis C), y otros factores de estrés (por ejemplo, trabajo, vida familiar e historia de abuso), plantean un riesgo adicional. Por último, el sexo es un factor de riesgo. Las mujeres son diagnosticadas con FM aproximadamente 7 veces más a menudo que los hombres. ⁽⁶⁾

Diagnóstico

La fibromialgia se diagnostica sobre la base de los síntomas característicos y la exclusión de otras enfermedades que pueden conducir al mismo patrón de síntomas. ⁽⁴⁾

Aunque la fibromialgia es la más común de las enfermedades crónicas de dolor generalizado, a menudo es subdiagnosticado. El diagnóstico de la fibromialgia se ha demostrado que aumenta la satisfacción del paciente y reduce la utilización de asistencia sanitaria. La evaluación de la fibromialgia se basa en los criterios del American College of Rheumatology (ACR) 1990.

Los criterios implican:

- Historia de dolor generalizado presente durante al menos tres meses.
- Dolor en ambos lados del cuerpo por encima y por debajo de la cintura.
- Dolor en 11 de los 18 puntos dolorosos a la palpación digital (ambos lados del cuerpo): occipucio, cervical, trapecios, supraespinosos, segunda costilla, epicóndilos laterales, glúteo, trocánter mayor, rodillas. Un punto sensible duele sólo en el área donde se aplica, y no hay dolor referido. Un instrumento conocido como un dolorímetro se puede utilizar para aplicar exactamente 4 kg de presión a través de los puntos sensibles durante el examen. ⁽⁵⁾

Criterios Diagnósticos

Recientemente, ACR propuso nuevos criterios diagnósticos para la fibromialgia que incluye síntomas comunes tales como fatiga, trastornos del sueño y problemas cognitivos, así como el dolor (Tabla 1). El examen de los puntos sensibles se reemplaza con un índice de dolor generalizado (WPI) y severidad de los síntomas (SS). Los nuevos criterios aparecen en una lista de comprobación de síntomas que se espera sea más adecuada para su uso en atención primaria. El examen físico completo se sigue recomendando junto con otras pruebas de diagnóstico para identificar las

causas de los síntomas, además de la fibromialgia. En lugar del recuento de los puntos sensibles, los pacientes pueden aprobar 19 regiones del cuerpo en las que se experimentado el dolor durante la última semana. Se da un punto por cada área, por lo que la puntuación está entre 0-19. Este número se refiere como Índice de dolor generalizado (WPI) y es uno de los dos índices requeridos para hacer el diagnóstico de fibromialgia.

La segunda parte de la puntuación necesaria para diagnosticar FM implica la evaluación de los síntomas del paciente. El paciente puntúa sus

síntomas específicos en una escala de 0-3. Estos síntomas incluyen: Fatiga, sueño no reparador, síntomas somáticos, cognitivos, síntomas generales (por ejemplo, dolor de cabeza, debilidad, problemas intestinales, náuseas, mareos, entumecimiento / hormigueo, pérdida de cabello). Los números asignados a cada uno se suman, para un total de 0-12.

El diagnóstico se basa en la puntuación WPI y la puntuación SS ya sea: WPI de al menos 7 y puntuación SS de al menos 5, o WPI de 3-6 y la puntuación SS de al menos 9. ⁽⁵⁾

Tabla 1: Nuevos Criterios Diagnósticos (ACR).

Fatiga	Sueño no reparador	Síntomas Cognitivos
0 = Sin problemas	0 = Sin Problemas	0 = Sin problemas
1 = Problemas Leves e intermitentes	1 = Problemas Leves e intermitentes	1 = Problemas Leves e intermitentes
2 = Problemas moderados considerables presentes a menudo.	2 = Problemas moderados considerables presentes a menudo.	2 = Problemas moderados considerables presentes a menudo.
3 = Problemas graves generalizados constantes e inquietantes	3 = Problemas graves generalizados constantes e inquietantes	3 = Problemas graves generalizados constantes e inquietantes

Tomado de (5)

Exámenes de laboratorio

Las pruebas de laboratorio, como hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, TSH, T3, T4, CPK, vitamina D, PCR, función renal y pruebas de función hepática son necesarios para descartar otros trastornos. Los rayos X, análisis de sangre, medicina nuclear, tomografía computarizada y la biopsia muscular son normales en los casos de fibromialgia. ⁽⁵⁾

Manejo

Abordaje no farmacológico

La investigación, así como la experiencia clínica indica que se justifica la adición de la educación y un componente conductual o cognitivo conductual para los protocolos de tratamiento de FM. Especialmente cuando se combina con otras modalidades como el ejercicio, la higiene del sueño, o ritmo de actividad, utilizar algún tipo de intervención conductual parece añadir eficacia al tratamiento. Es importante evitar cualquier sugerencia de que los síntomas están “solo en su cabeza”.



Es fácil olvidar los aspectos estigmatizantes de cualquier diagnóstico de salud mental en nuestra sociedad.

Una vez que el paciente comprenda la naturaleza de la interacción “mente / cuerpo”, las nuevas sugerencias parecen ser aceptadas sin resistencia.

Para la práctica clínica diaria, se sugiere utilizar los principios no farmacológicos de la gestión integral del dolor representado por el

acrónimo Express. Ex es para el Ejercicio, P es la comorbilidad psiquiátrica, ya que ambos trastornos de depresión y ansiedad son comunes en condiciones de dolor crónico y contribuyen significativamente al dolor y la discapacidad. R es para “recuperar la función”, que en FM a menudo implica ayudar a los pacientes con el ritmo de actividad, E para la Educación, donde simplemente informar a un paciente que en Internet se puede encontrar información fiable puede ser un buen comienzo. ⁽³⁾

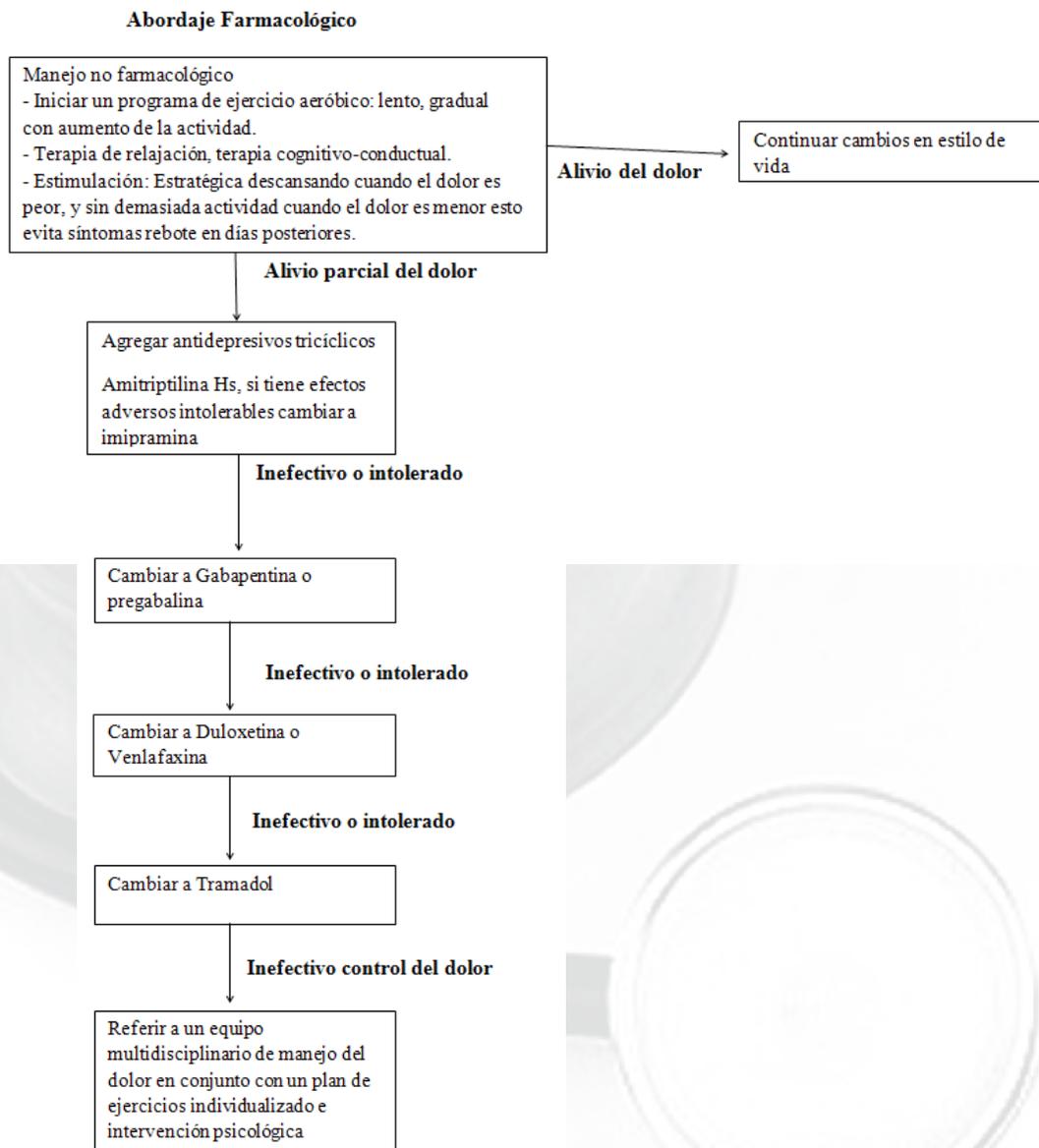


Figura 1.
Diagrama de manejo del dolor recomendado por European League Against Rheumatism. ⁽⁸⁾

En la actualidad, existe una amplia variedad de agentes farmacológicos frecuentemente utilizados solos o en combinación para controlar los síntomas de la fibromialgia, sin embargo, sólo tres están formalmente indicados por la FDA, para fibromialgia: dos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), duloxetina y milnacipran, y la pregabalina, un anticonvulsivo. A pesar de la falta formal de aprobación, los pacientes y prescriptores utilizan otros agentes no autorizados, con diversos grados de éxito para controlar los síntomas de fibromialgia. Algunos de estos agentes incluyen AINES, acetaminofén, opioides, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antiespasmódicos, agonistas de dopamina, hipnóticos, benzodiazepinas y relajantes musculares. Sin embargo, sólo cuatro de los agentes farmacéuticos mencionados tienen respaldo de ensayos multicéntricos para su uso: amitriptilina, pregabalina, milnacipran y la duloxetina. ⁽¹¹⁾

Conclusiones

La fibromialgia es una patología que constituye un diagnóstico de exclusión, por lo que se convierte un reto diagnóstico para el médico tratante. Incluso se asocia con otros trastornos reumatológicos o psiquiátricos lo que tiende a dificultar más su correcta identificación. Recientemente ha cambiado el sistema de puntos dolorosos por un esquema diagnóstico más integral que incluye fatiga, trastornos del sueño y cognitivos, con lo cual se deja ver la importancia de una adecuada identificación de la enfermedad y un abordaje multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Bibliografía

1. Bradley, A. (2009, December) Pathophysiology of Fibromyalgia. *Am J Med*, 122 (12 Suppl).
2. Clauw, J., Lesley, M., Arnold, M. D., Bill, H. & McCarberg, M. D. (2011). The Science of Fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*. 86(9), 907-911.
3. Hassett, L., Psy, D. Richard, N. & Gevirtz, D. (2009, May). Nonpharmacologic Treatment for Fibromyalgia: Patient Education, Cognitive-Behavioral Therapy, Relaxation Techniques, and Complementary and Alternative Medicine. *Rheum Dis Clin North Am*. 35(2), 393-407.
4. Häuser, W., Wolfgang, E., Markusm H., Detlev, O., Nutzinger, M., Schiltewolf, P., Henningsen. (2009). Fibromyalgia Syndrome Classification, Diagnosis, and Treatment. *Dtsch Arztebl Int*, 106(23), 383-91.
5. Jahan, F., Kashmira, N., Waris, Q., Rizwan, Q. (2012). Fibromyalgia Syndrome: An Overview of Pathophysiology, Diagnosis and Management. *Oman Medical Journal*, 27, 3, 192-195.
6. Arnold, L., Clauw, D. & McCarberg, B. (2011). Improving the Recognition and Diagnosis of Fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*. 86(5), 457-464.
7. Silverman, S., Sadosky, A., Evans, C., Yeh, Y., Alvir, J. M. & Zlateva, G. (2010). Toward characterization and definition of fibromyalgia severity. *Musculoskeletal Disorders*, 11:66.
8. Sumpton, J., Phm, E., Dwight, E. y Moulin, M. D. (2008, November/December) Fibromyalgia: Presentation and management with a focus on pharmacological treatment. *Pain Res Manage* 13, 6.
9. Wang, Ch., Christopher, M., Schmid, H., Ramel, B.S., Kalish, R., Vinh, J., Goldenberg, L., Lee, Y. & hy McAlindon, T. (2010, August 19). A Randomized Trial of Tai Chi for Fibromyalgia. *N engl j med*, 363, 8 nejm.org .
10. Watson, N. F., Buchwald, D., Goldberg, J., Noonan, C. and Ellenbogen, R. (2009, September). Neurological Signs and Symptoms in Fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 60(9), 2839-2844.
11. Wright, Ch., Scott, D., Mist, R., Ross, L. & Jones, K. D (2010, September). Duloxetine for the treatment of fibromialgia. *Expert Rev Clin Immunol*. 6(5), 745-756.