

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 14:
REUMATOLOGÍA

Tema 14.10.A:
ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

Dr. Daniel Pacheco Rodríguez
Dra. Lilian Soto



ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

FIBROMIALGIA

Dr. Daniel Pacheco Rodríguez

Dra. Lilian Soto

1. RESUMEN

La fibromialgia (FM) es una enfermedad caracterizada por fatiga, trastornos del sueño y dolor músculo esquelético generalizado que afecta casi a un 3% de la población en USA. En Chile es una causa frecuente de consulta tanto en nivel primario como en los consultorios de Reumatología. Afecta preferentemente a mujeres de edad media. Aunque los pacientes con FM tienen dolores que se pueden confundir con los de un reumatismo articular, el dolor de esta enfermedad se localiza en los músculos y en los ligamentos y tendones peri articulares, por lo que debemos clasificarla como un **Reumatismo no articular difuso o Reumatismo de partes blandas**. El diagnóstico de FM se basa en el examen clínico y no puede diagnosticarse a través de exámenes de laboratorio dado que las imágenes, exámenes de sangre y biopsias musculares son normales. Su etiología es desconocida, su patogenia multifactorial, su tratamiento incluye educación y medidas farmacológicas y no farmacológicas, su pronóstico se considera benigno ya que no produce deformidades ni reduce las expectativas de vida, sin embargo puede alterar considerablemente la calidad de vida de quienes la padecen.

2. CUADRO CLÍNICO

En el 80% de los casos la FM se presenta en mujeres, preferentemente en la edad media de la vida, pero puede presentarse a cualquier edad, incluso en niños. Menos frecuentemente afecta a hombres, aunque en ellos puede estar sub diagnosticada. Se ha descrito en prácticamente todas las razas. Los síntomas fundamentales de la FM son el dolor, la rigidez matinal o post reposo, las alteraciones del sueño, la fatiga general y las parestesias (Tabla 1)

2.1 DOLOR

El motivo más frecuente de consulta es el dolor esquelético crónico, es decir meses hasta años de evolución. El dolor puede afectar cualquier zona esquelética, incluyendo los cuatro cuadrantes del cuerpo y el esqueleto axial, es decir columna, caderas y hombros. Es un dolor real, que es más frecuente e incluso más intenso que el de la artritis reumatoidea (AR). En ocasiones el dolor puede comenzar en una o varias regiones del cuerpo, tal como el cuello, hombros o zona lumbar y después extenderse a otras áreas; otras veces el dolor es “en todo el cuerpo”. Ha sido descrito de diferentes formas, tales como ardor, punzada, cansado u otros y puede acompañarse de disestesias o parestesias sin distribución dermatómica. Su intensidad puede variar según la hora del día, el clima, el nivel de actividad física, los patrones de sueño el cansancio o fatiga y el estado tensional. La mayoría de los pacientes siempre siente algo de dolor, lo localizan en los músculos o las articulaciones y a veces lo describen como migratorio

2.1.1 SENSIBILIDAD (DOLOR A LA PALPACION)

Los pacientes con FM tienen al examen físico una serie de “puntos dolorosos” (tender points) o de hipersensibilidad conocidos como “puntos gatillo” o “puntos fibromiálgicos”. Estos puntos predefinidos según criterios de la American College of Rheumatology (ACR) son considerados “positivos” cuando un paciente refiere dolor al aplicarles una presión de 4Kg. En clínica esto se logra apretando con el dedo pulgar

con la fuerza necesaria para que se blanquee la uña del dedo del examinador. Por lo general estos puntos no duelen en forma espontánea, por lo que los pacientes no refieren necesariamente el dolor en ellos. Por lo tanto, el dolor en estos puntos aparece en el examen físico muchas veces sorprendiendo al paciente que no se había percatado de ellos. Los puntos dolorosos son (Figura 1).

- 1-2 **Occipucio.** Bilateral, en los puntos de inserción de los músculos suboccipitales.
- 3-4 **Cervical inferior.** Bilateral, en los aspectos anteriores de los espacios intervertebrales entre las vértebras C5-C7.
- 5-6 **Trapezio.** Bilateral, en el punto medio del borde superior.
- 7-8 **Supraespinoso.** Bilateral, en el punto de origen, supraescapular cerca del borde medio.
- 9-10 **Segunda costilla.** Bilateral, en la segunda articulación costocondral, un poco lateral a la articulación en la superficie superior.
- 11-12 **Epicóndilo.** Bilateral, 2 cm. distal al epicóndilo.
- 13-14 **Glúteo. Bilateral.** En el cuadrante superior externo de la nalga en el pliegue anterior del músculo.
- 15-16 **Trocánter mayor.** Bilateral, posterior a la protuberancia trocantérea.
- 17-18 **Anserino.** Bilateral, en la almohadilla medial grasa cerca de la línea de la articulación.

Aunque los primeros estudios sugerían que las personas con FM tenían sensibilidad sólo en estos puntos, datos posteriores indicaron que los pacientes podían tener hipersensibilidad en prácticamente todo el cuerpo. Los puntos dolorosos parecen ser regiones donde la hipersensibilidad es mayor. Los individuos que tienen más dolor difuso habitualmente tienen mayor número de puntos dolorosos. Los puntos dolorosos no solo miden la hipersensibilidad al dolor, si no también cuán afligido (*distressed*) está. Fuera de conocer la ubicación de estas zonas de hipersensibilidad, el médico debe saber examinarlas. El examen debe ser cuidadoso y suave, si el clínico aplica una fuerza mayor de la necesaria (4 Kg) puede encontrar dolor en cualquier zona que no corresponda específicamente a los puntos que está buscando. En ese caso debe presionar con menos fuerza, si persiste una hipersensibilidad difusa y no localizada en los puntos fibromiálgicos se debe preguntar al paciente si el dolor es mayor en los puntos clásicos o en las otras zonas, que pueden llamarse zonas control. Si la respuesta a esa pregunta es afirmativa es más probable que el diagnóstico corresponda a una FM.

2.2 FATIGABILIDAD

La gran mayoría de los pacientes con FM experimenta fatiga moderada o severa, menor resistencia al esfuerzo o el agotamiento típico, propio de la gripe o de la falta de sueño. Este síntoma empeora después de la realización de alguna actividad y puede ser acompañado de alteraciones de la memoria. Con frecuencia la fatiga es el problema más importante para el paciente, incluso más que el dolor, llegando al agotamiento. Puede asemejarse a la que ocasiona el síndrome de fatiga crónica (SFC) El 50% de los pacientes con FM tienen también criterios de SFC.

2.3 ALTERACIONES DEL SUEÑO

Los pacientes con FM pueden conciliar el sueño sin grandes dificultades, sin embargo tienen un sueño ligero o superficial que les hace despertar frecuentemente en la noche. A menudo el paciente se despierta y se levanta sintiéndose cansado, agotado, "apaleado" incluso después de haber dormido toda la noche, dado que el problema no es de la cantidad u horas de sueño, si no que del tipo o la calidad de éste.

2.4 RIGIDEZ o ANQUILOSAMIENTO.

Puede ser localizada en manos o ser difusa, aparece temprano en la mañana o después de períodos de reposo o de cambios de la temperatura o humedad relativa.

2.5 TRASTORNOS COGNOSCITIVOS

Estos síntomas pueden cambiar de día en día. Incluyen dificultad para concentrarse, sensación de confusión, “lentitud mental”, *lapses* de memoria y disminución de la memoria reciente.

2.6 ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS

Con frecuencia los pacientes con FM tienen una personalidad psicológica vulnerable, son autoexigentes, cuidadosos, responsables, morales y meticulosos. Además, en un porcentaje mayor al esperado presentan depresión, ansiedad, somatizaciones, fobias y trastornos de pánico. Tabla 2.

2.7 CEFALEA Y DOLOR DE LA CARA.

La migraña o jaqueca y el síndrome de dolor de la articulación temporomandibular son más frecuentes de lo esperado.

2.8 SÍNTOMAS TORÁCICOS

Son frecuentes los dolores torácicos para esternales y las costovertebrales relacionados con actividades y posturas que obligan a inclinarse hacia adelante (escribir o tipear). A veces estos dolores se acompañan de disnea y palpitaciones que pueden confundirse con una cardiopatía. Los pacientes con FM son susceptibles a presentar prolapso de la válvula mitral, una condición cardíaca que en general no es motivo de mayor preocupación.

2.9 SENSACIÓN DE HINCHAZÓN

Los pacientes refieren una “sensación de hinchazón” particularmente en las manos o dedos, habitualmente se quejan que el “anillo no le cabe”, no obstante al examen físico es muy difícil objetivar ese síntoma. No se debe olvidar que el aumento de volumen es un signo que se debe ver más que “sentir”.

2.10 TRASTORNOS ABDOMINALES

Son frecuentes el colon irritable (30-60%), la disfagia ilógica y el síndrome dispeptico.

2.11 PROBLEMAS GENITOURINARIOS

Es posible que los pacientes se quejen de poliaquiuria y tenesmo vesical (12%), a veces este cuadro es doloroso lo que se conoce como “cistitis intersticial” o “vejiga irritable”. En las mujeres puede haber dismenorrea, aumento de los síntomas de la FM con la regla, vulvodinia y dispareunia.

2.12 OTROS

También se puede presentar “hipotensión de origen neurológico”, sensación de desequilibrio, “síndrome de piernas inquietas” mientras está despierto en reposo o durante el sueño, hipersensibilidad a la luz y objetos brillantes, a sonidos y a olores, reacciones pseudo alérgicas en la piel, pseudo síndrome de Raynaud (30%).

3. ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

3.1 ETIOLOGÍA

Hay hipótesis respecto a una agregación familiar en la FM ya que parientes en primer grado de pacientes con la enfermedad tienen una frecuencia de FM mayor que la esperada. Probablemente, al igual que lo que sucede en otros reumatismos, la FM puede expresarse cuando una persona genéticamente predispuesta tiene contacto con algún factor ambiental que puede gatillar el desarrollo de los síntomas. Entre los factores ambientales que se han considerado como gatillantes se incluyen: trauma físico, especialmente del esqueleto axial; infección, como por ejemplo parvovirus y virus de la hepatitis C; *distress* emocional, agudo o crónico. También se pueden considerar como inductores a factores internos, tales como el hipotiroidismo; alteraciones inmunes, como lo que sucede en los reumatismos autoinmunes y a trastornos del sueño. Respecto al sueño hay estudios que han mostrado inclusión de ondas alfa en el sueño no REM, lo que reduce considerablemente la etapa IV del sueño. También se ha descrito ondas delta más frecuentemente que en controles, lo cual se ha denominado “sueño alfa-delta”, que se relaciona con un sueño no

reparador. Este patrón de sueño no es exclusivo de la FM sino que puede verse en otros cuadros de dolor crónico.

Sin embargo, aunque hay estudios que sugieren que existen muchos de estos factores estresores que pueden iniciar la enfermedad, habitualmente es muy difícil asegurar con certeza el rol de algún factor en un paciente individual.

3.2 PATOGENIA

La mayoría de los investigadores creen que el factor más importante que lleva al desarrollo de una FM es una alteración en el sistema nervioso central que estaría relacionada con los componentes centrales de la respuesta al estrés. Los principales componentes de esta respuesta son la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y el locus cerúleo-norepinefrina del sistema nervioso autónomo. Esos sistemas son capaces de ser activados por una variedad de estresores. Los disturbios en esos sistemas pueden afectar los procesamiento sensoriales y las funciones autonómicas y neuroendocrinas como se observan en la FM. Finalmente existen también factores psico-conductuales que pueden contribuir a la patogenia de la enfermedad.

3.2.1 ALTERACIONES EN EL PROCESAMIENTO SENSORIAL.

Alteraciones de Hipersensibilidad en los Ganglios dorsales de la medula en relación a un aumento o upregulación de los Canales de Sodio.

Estudios respecto al dolor en pacientes con FM han demostrado que muchos de ellos no pueden detectar estímulos suaves eléctricos, termales o de presión, pero esos estímulos en cambio provocan dolor o una sensación desagradable. Eso se puede interpretar como una disminución del umbral del dolor. Aunque lo mejor estudiado es el dolor, la alteración del procesamiento sensorial en la FM es generalizada, por ejemplo muchos pacientes experimentan hipersensibilidad a estímulos como ruidos, luces brillantes, olores, medicamentos y sustancias químicas. Estos síntomas de sensibilidad a múltiples estímulos ocurren en un número importante de pacientes. Otras investigaciones han demostrado anormalidades neuroquímicas específicas que pueden estar asociadas con la transmisión anormal del dolor. Es así como se ha demostrado que los pacientes con FM tienen aproximadamente tres veces mayor concentración de sustancia P (SP) en el líquido céfalo raquídeo (LCR) que los controles. El significado de esta elevación de SP en LCR no está claro. La SP es un péptido pronociceptivo almacenado en los gránulos secretorios de los nervios sensoriales y se libera en respuesta a una estimulación axonal. La SP puede teóricamente derivarse de fibras nociceptivas periféricas hiperactivas o desde neuronas centrales. Un nivel elevado de SP en el LCR no es específico de FM, dado que también se ha visto en otros cuadros dolorosos como lumbago crónico o artrosis de caderas. Es probable que este hallazgo esté relacionado con el dolor dado que en pacientes con una enfermedad parecida a la FM, pero con escaso o sin dolor como la fatiga crónica, no se encuentra. La SP en el LCR se mantiene estable en el tiempo o aumenta con el tiempo en la FM, pero no cambia con las recaídas del dolor agudo. Los niveles son semejantes en pacientes fibromiálgicos con o sin alteraciones psiquiátricas.

3.2.2 DISFUNCION HIPOTALAMICO-HIPOFISIARIO (HH)

Existen datos que muestran que el eje HH funciona anormalmente en algunos pacientes con FM. Se ha descrito una disminución de la excreción urinaria de cortisol libre, una liberación exagerada de ACTH en respuesta a CRH y un ritmo diurno anormal en la secreción de cortisol y otras hormonas. También se han notado cambios en la regulación de la hormona de crecimiento (GH) lo que sugiere una función hipotalámica anormal y niveles muy bajos de factor de crecimiento insulino similar 1 (IGF-1). Se ha demostrado que la administración de GH recombinante en este subgrupo de pacientes tiene beneficios clínicos, pero los altos costos de ese tratamiento y la existencia de otros más baratos y de similar eficacia han limitado su uso.

Hay estudios que relacionan el estrés con desregulación de varios ejes centrales, alteraciones de la GH y de neuropéptidos. Un interesante modelo puede verse en la Figura 2.

3.2.3 SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Muchos pacientes con dolor difuso tienen anormalidades en la función del sistema nervioso autónomo. Solo un grupo de enfermos presenta esta alteración que consiste en un tono simpático basal bajo y una incapacidad de responder a estresores. Las manifestaciones clínicas relacionadas con la disfunción autonómica son la hipotensión ortostática, la inestabilidad vasomotora y la disfunción visceral.

4. FACTORES PSIQUIÁTRICOS, PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES.

La FM es un reumatismo de partes blandas y no una enfermedad psiquiátrica, aún así ha habido mucho debate respecto a la importancia de los factores psiquiátricos en la FM. Algunos autores piensan que todos los síntomas de FM son supratentoriales, mientras que otros piensan que las comorbilidades psiquiátricas tienen la misma frecuencia que en cualquier enfermedad crónica. Las alteraciones del ánimo claramente ocurren con mayor frecuencia en la FM. Entre un 20%-40% tienen depresión o ansiedad concomitantemente con la FM y entre un 40%-70% tiene alguna alteración psiquiátrica en algún momento de la vida en pacientes de unidades terciarias. Estas cifras son menores en pacientes con FM de la población general. Tal como en otras enfermedades crónicas, en la FM también se presentan diversas alteraciones psicosociales, entre ellas se destacan los trastornos de conducta relacionados con una mala adaptación al dolor (incapacidad de arreglárselas); las alteraciones cognitivas, como victimización y pérdida de control; alteraciones en el ámbito social, como interferencias con el rol y deterioro social. Cuando el dolor aumenta y se hace crónico aparecen nuevos problemas como pérdida del trabajo, disminución de ingresos, distanciamiento de las amistades. Si la respuesta del paciente a estos problemas es mal adaptada es decir, abandona su trabajo o rol, se aísla de amigos, deja sus responsabilidades y la actividad física, entonces termina abrumado y arrollado por el dolor y su impacto negativo. En esos casos el estrés, la impotencia, la ansiedad, la angustia, la desconfianza y la somatización emergen y empeoran los síntomas. Todos estos factores influyen en la manera como los pacientes reportan sus síntomas, como y cuando acuden al médico y como responden a las terapias. También explica porqué las terapias conductuales han demostrado su utilidad.

5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la FM es clínico, no existen exámenes de laboratorio ni de imágenes que lo sustenten. El diagnóstico se hace valiéndose de los criterios de clasificación de la ACR formulados en 1990. Los criterios son:

1. Presencia de dolor músculo esquelético generalizado por más de tres meses en cada uno de los 4 cuadrantes del cuerpo. Eso significa dolor arriba y debajo de la cintura y en ambos lados del cuerpo.
2. Ausencia de otra enfermedad sistémica que pudiera ser la causa del dolor.
3. Presencia de 11 de los 18 puntos dolorosos o puntos fibromiálgicos (ya descritos) con la aplicación de una presión de 4 Kg.

5.1 LIMITACIONES DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LA ACR

Los criterios de clasificación (CC) fueron creados para uniformar el estudio de los pacientes reumáticos, es decir para clasificar grupos de pacientes con fines de investigación o de seguimiento. En reumatología existen CC para un gran número de enfermedades incluidas artritis AR, lupus eritematoso sistémico (LES), Vasculitis y otros. Con posterioridad estos criterios se han utilizado con fines diagnósticos de casos

individuales para lo cual tienen limitaciones. En la FM las limitaciones son las siguientes:

1. El paradigma de los puntos dolorosos sugería que los pacientes sentían dolor solo en esos lugares específicos. Hoy día se reconoce que los pacientes pueden tener hipersensibilidad en otros sitios musculares o tendíneos.
2. El número de puntos dolorosos puede variar día a día, por lo que a veces puede ser menor a 11 puntos y otras veces mayor.
3. Hay algunos pacientes que no presentan dolor en los 4 cuadrantes del cuerpo. Algunos sufren dolor en un hemicuerpo y otros solo en la parte superior o inferior del cuerpo.
4. El examen de los puntos dolorosos puede ser muy subjetivo y realizado equivocadamente puede conducir a errores. A veces se confunden con los puntos del dolor miofascial, que es un cuadro regional que consiste en un dolor en un punto fibromuscular con irradiación distal regional.

Aún con estas restricciones, los criterios de la ACR junto con la fatigabilidad, las alteraciones del sueño y el descarte racional de patologías que pueden presentar dolor difuso, son la base del diagnóstico de FM.

La FM debe considerarse como un síndrome cuyo cuadro más característico puede ser identificado mediante los CC de la ACR pero que puede incluir una gran cantidad de pacientes que no cumplen cabalmente con esos CC. Figura 3

6. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El dolor difuso es el síntoma que define la FM, sin embargo este cuadro puede ser causado por una serie de enfermedades. La evaluación de diagnóstica depende de la duración de los síntomas, la historia clínica y el examen físico. Un dolor difuso de años de duración es muy probable que sea una FM, especialmente si se acompaña de fatiga, alteraciones del sueño, problemas de memoria y colon irritable y en el examen físico se encuentran puntos dolorosos típicos. Al contrario una persona que se presente con dolor difuso de corta evolución, es decir semanas o algunos meses necesita una evaluación más exhaustiva. Algunas enfermedades que se acompañan de dolor difuso pueden verse en la Tabla 3.

Al realizar la historia el clínico debe aclarar bien el comienzo de los síntomas, el tipo de dolor, los síntomas acompañantes, si existe exposición a algún medicamento. El examen físico debe enfocarse a identificar signos de inflamación, como un derrame, sinovitis o artritis u otro signo como una debilidad objetiva con baja de peso o fiebre que son incompatibles con FM.

Como mínimo a un sujeto que se presenta con dolor difuso crónico debe solicitársele (en primera evaluación, si no los tiene hechos) un hemograma completo y VHS, pruebas de función hepática como transaminasas y fosfatasas alcalinas, pruebas de función renal como nitrógeno ureico y creatinina, pruebas tiroideas como T3, T4 y TSH, además de glicemia y eventualmente calcemia y PTH si existen sospechas fundadas de hipeparatiroidismo. No debe someterse a estos pacientes a múltiples exámenes de laboratorio o de imágenes, dado que estos son irrelevantes e innecesarios y más bien reflejan un desconocimiento del médico respecto al diagnóstico, lo que es percibido por el paciente aumentando su desconfianza, angustia y dolor. Dado que la FM es menos frecuente en los hombres se ha sugerido en ellos un estudio más agresivo, especialmente buscando apnea del sueño e infección por virus de la hepatitis C.

La sobre posición de FM y reumatismos auto inmunes o enfermedades del tejido conectivo (ETC) merecen una atención especial. Al inicio estas enfermedades muchos individuos se presentan con dolor difuso. También pacientes con AR o LES diagnosticadas mucho tiempo antes pueden presentar una FM típica (FM secundaria) o en ocasiones al comenzar a disminuir un tratamiento esteroideal se puede presentar un cuadro semejante a la FM. Al contrario en ocasiones la FM se presenta con un

síndrome semejante al Raynaud, eritema malar evanescente y piel con aspecto de *livedo reticularis*. En todos estos casos el diagnóstico diferencial es clínico, **los exámenes de laboratorio inmunológico no están indicados ni en el diagnóstico de FM ni en el diagnóstico diferencial con las enfermedades auto inmunes**. Dicho de otra forma la presencia de dolor difuso no es suficiente para plantear el diagnóstico de una enfermedad del tejido conectivo y si no hay otros elementos clínicos sugerentes, los exámenes inmunoreumatológicos no serán de utilidad.

5. TRATAMIENTO

En la actualidad el tratamiento de la FM se considera más un arte que una ciencia y ya que no hay un tratamiento definitivo, se enfoca hacia el manejo de los síntomas. De la misma forma como las manifestaciones clínicas varían ampliamente entre pacientes distintos, así también varían las formas de tratamientos que tienen éxito. Hay diferentes grados de compromiso y lo que sirve para un paciente puede no ser útil en otro. En primer lugar, formando parte del tratamiento, está la actitud del médico que debe programar una consulta prolongada o una serie de visitas cuando el diagnóstico es considerado. En ese tiempo debe explorar cuidadosamente los síntomas, identificar los que son más preocupantes para el paciente, determinar los impactos de las molestias en los diferentes aspectos de la vida, intentar percibir cuales son las causas de las molestias y cuales son los elementos gatillantes o estresores. Se debe tener una actitud comprensiva pero segura y franca. En la mayoría de los casos es beneficioso "marcar" al individuo con el diagnóstico y ayudarlo a entender sus síntomas. En algunos individuos esto puede ser inicialmente dañino, sobre todo si no es acompañado por una adecuada información y educación respecto a la enfermedad.

5.1 EDUCACION

La educación es una intervención demostrada como eficaz en el manejo terapéutico del paciente con FM. Es muy importante explicar a los pacientes cuales son los rasgos más relevantes de la enfermedad y **a que se enfrentan ante este diagnostico**.

Lo primero que deben saber los pacientes es que se trata de una enfermedad real pero benigna, es decir que no le va a provocar deformidades ni limitaciones físicas y que no es una enfermedad progresiva como la artrosis, la AR, o el LES, pero que sin embargo altera radicalmente la calidad de vida. El médico debe abordar la educación de una forma positiva, dejando siempre abierta la gran probabilidad de que la enfermedad se pueda manejar. Debe explicar que el tratamiento incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas; que entre las medidas farmacológicas usará antidepresivos, aunque el paciente no se sienta deprimido; que la respuesta es lenta y que la duración es prolongada, meses o años, porque la condición es crónica. Muchos pacientes con esa información son capaces de adquirir estrategias de adaptación. En cada visita el médico puede abordar algunos de los diferentes aspectos de la enfermedad para que el paciente comprenda que lo que siente está relacionado con su FM y no con una enfermedad distinta y más peligrosa.

5.2 TERAPIA FARMACOLOGICA

El concepto de Dominios: Actualmente existe consenso en enfocar el manejo de los síntomas que caracterizan la FM en diferentes **dominios** como a. Dolor b. Alteraciones del Sueño c. Fatigabilidad d..Puntos sensibles. Este enfoque permite aclarar cual **dominio** se encuentra predominando en cada paciente, en diferentes momentos y elegir la terapia mas apropiada para cada individuo.

Los otros conceptos fundamentales a considerar son que los fármacos deben usarse **asociados** e inicialmente en **bajas dosis**, para evitar abandonos por reacciones adversas; además deben ser indicados con horario y duración de tratamiento, que

debe ser prolongada o permanente, para evitar que la paciente solo los tome cuando esta en crisis o por cortos periodos.

Terapia básica.

Los compuestos tricíclicos, tales como el antidepresivo amitriptilina y el relajante muscular ciclobenzaprina, son los medicamentos más estudiados en el tratamiento de la FM. La mayor dificultad de su uso es determinar la dosis adecuada. En general se usan dosis menores a las utilizadas para la depresión. Deben ser administradas varias horas antes de acostarse, entre las 20 y 21 hr. Se debe partir con dosis bajas AMT 25 mg o CBZ 5-10 mg. Posteriormente se puede aumentar estas dosis. Dado los efectos adversos de los antidepresivos tricíclicos también se ha ensayado con buenos resultados con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluoxetina y la sertralina. Estos medicamentos se usan en la mañana, fluoxetina 20 mg o sertralina 50 mg. Tanto los AMT como los ISRS se deben emplear aún en ausencia de depresión y su objetivo primordial es mejorar las alteraciones del sueño del paciente.

Medicamentos más utilizados según dominio predominante.

- a. **Dolor:** en este dominio han demostrado mayor eficacia fármacos como los inhibidores de recaptación duales (Duloxetina o Milnacipram) o Alfa 2 delta ligando (pregabalina), asociados a Tramadol/ Paracetamol, y en casos difíciles Ondansetron-Tropisetron
- b. **Trastornos del sueño:** mejores resultados han mostrado los Alfa 2 delta ligando o Amitriptilina 25 mg/día, o Ciclobenzaprina , o Pramipexole ,o Zolpidem (y/o Zopiclona) en asociación con TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
- c. **Fatigabilidad:** Antidepresivos tricíclicos (ATC) o Alfa 2 delta ligando o Inh. De recaptación duales . Sin efecto Ciclobenzaprina
- d. **Puntos sensibles :** ATC o Duloxetina . Sin efecto Ciclobenzaprina. Además debe asociarse Ejercicios aeróbicos baja intensidad

Otros medicamentos que pueden utilizarse son gabapentina en dosis de 300-900 mg, el tramadol que debe usarse con precaución, en forma intermitente y nunca como el medicamento más importante. Solo en casos de una gran angustia o ansiedad se pueden usar ansiolíticos como el alprazolam o clonazepam, los que no mejoran el dolor y deben evitarse.

Los anti inflamatorios no esteroidales (AINEs) no son útiles en el tratamiento de la FM, pero se pueden agregar si existe alguna causa de dolor propioceptivo agregado. Los corticoides por vía general no tienen ninguna indicación en la FM. El uso de corticoides locales en los puntos dolorosos se realiza solo excepcionalmente y en ocasiones pueden ser perjudiciales.

5.3 TERAPIA NO FARMACOLÓGICA

5.3.1 EJERCICIOS

Los ejercicios aeróbicos, de acondicionamiento cardiovascular y muscular, son útiles en el tratamiento de la FM porque tienen efectos antidepresivos y aumentan la sensación de bienestar y auto control. Al inicio se debe tener cuidado porque los pacientes pueden experimentar un empeoramiento de los síntomas inmediatamente después de

haberlos realizados. Se debe comenzar con esfuerzos pequeños y observar la tolerancia a ellos. Se recomiendan ejercicios de bajo impacto como ejercicios en el agua, nadar, caminar o ejercicios estacionarios como cinta o bicicleta estática. Posteriormente se puede aumentar la exigencia siempre según la tolerancia. Se recomiendan sesiones de elongaciones antes y después de los ejercicios. Se deben evitar los ejercicios de impacto y los contra resistencia.

5.3.2 TERAPIA CONDUCTUAL COGNITIVA.

Se refiere a programas de educación estructurada enfocados a enseñar al paciente destrezas que podrá usar para “arreglárselas” con su FM. Se ha demostrado efectiva en mejorar el devenir de pacientes con enfermedad crónica. Debe ser muy específica para la patología. Incluye: técnicas de relajación, aprender a buscar el “ritmo” propio en las actividades de la vida diaria, programación de actividades placenteras, técnicas de imágenes visuales agradables, planteamiento de estrategias de distracción, enfrentamiento y resolución de problemas, control de metas y objetivos. El objetivo de estas terapias es dar al paciente las herramientas para que pueda obtener un mejor control de la enfermedad. El clínico debe mencionarle al paciente la existencia de estas técnicas y plantearle que debe desarrollarlas, obviamente el concurso de un psicólogo es fundamental para lograr alcanzarlas.

5.3.3 TERAPIAS COMPLEMENTARIAS

Estas terapias incluyen acupuntura, manipulación quiropráctica, *biofeedback*, terapias de liberación miofacial “aplicación de las manos” y otras. Todas estas técnicas son de muy dudosa efectividad y se recomienda que el médico no las recomiende. Si el paciente las quiere realizar se debe observar si los resultados son neutros, deletéreos o beneficiosos y acordar con él si tienen un costo-beneficio adecuado.

5.3.4 RECOMENDACIONES

Casos leves: Educación, ejercicios aeróbicos y elongación, CBZ 0,5 mg en la noche ó 0,5 en la noche y almuerzo.

Casos moderados (mayoría): Educación, ejercicios aeróbicos, AMT dosis inicial 12,5-25 mg en la noche, que puede aumentarse a 50 mg.

Casos severos: Educación, ejercicios aeróbicos, AMT 25 mg en la noche y fluoxetina 20 mg en la mañana. Se puede aumentar AMT a 50 mg y fluoxetina a 40 MG Se pueden

Casos muy severos: A lo anterior se pueden agregar analgésicos puros como tramadol 10 gotas, 1 a 3 veces en el día. Se puede intentar con gabapentina iniciando con 300 mg.

6. DERIVACION

Siempre es importante que un Reumatólogo evalúe al menos una vez al paciente con FM, con mayor razón si existen dudas diagnósticas o si no hay respuesta a la terapia instaurada. Si hay un predominio de depresión u otros problemas psiquiátricos se debe pedir el apoyo de salud mental y psiquiatría para el tratamiento de ese componente. Recordar que la “psicoterapia” no es suficiente para la depresión ni para la FM.

7. PRONOSTICO

Un 25% de los pacientes pueden remitir su enfermedad después de 2 años. Los más jóvenes y los que tienen presentaciones menos severas tienden a presentar mejores resultados. Los pacientes que responden pueden continuar refiriendo dolor persistente o intermitente de menor nivel y tolerable. Los medicamentos pueden ser necesarios por años.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

J Klippel, Editor. Fibromyalgia and Diffuse Pain Syndrome. In Primer on the Rheumatic Diseases. Edition 12. Atlanta 2001. D J Clauw, MD. Pags. 188-193

D Pacheco, Editor. Fibromialgia. En REUMA, Reumatología para Médicos de Atención Primaria. Tangram Ediciones. Santiago 2002. Irene Castro. Pags. 119-128.

Rheumatic Disease Clinics of North America. Fibromyalgia. May 2002.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al. The American College of Rheumatology Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1990;33:160-162

Wolfe F, Ross K, Anderson J et al. The prevalence and characteristic of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum 1995;38:19-28.

Goldenberg DL, Mossey Cj, Schmid CH. A model to asses severity and impact of fibromyalgia. J Rheumatol 1995;22:2313.

Godfrey RG. A guide to the understanding and use of tricyclic antidepressant in the overall management of fibromyalgia and others chronic pain syndromes. Arch Intern Med 1996;156:1047-1052.

www.arthritis.org

www.grupoaulamedica.com

www.fmpartnership.org

Tabla 1.

Síntomas clínicos fundamentales de la fibromialgia

Síntoma	%
1. Dolor	100
2. Rigidez matinal o post reposo	75-85
3. Alteraciones del sueño	55-75
4. Fatiga general	55-95
5. Parestesias	al inicio

Tabla 2.

Co-morbilidad psiquiátrica en la fibromialgia

Morbilidad	% actual	% antecedente
Depresión	22	68
Distimia	10	-
Trastorno de pánico	7	16
Fobia simple	12	16
Eptstein y cols, 1999		

Tabla 3.

Condiciones que simulan fibromialgia o se presentan concomitantemente con fibromialgia.

Comunes

- Hipotiroidismo
- Medicamentos, especialmente hipolipemiantes y medicamentos antivirales
- Síndromes de compresión neurológica, especialmente síndrome del túnel carpiano de evolución prolongada y estenosis cervical
- Polimialgia reumática
- Infecciones virales, especialmente virus de la hepatitis C y parvovirus.
- Apnea del sueño

Menos comunes

- Enfermedades auto inmunes de reciente comienzo, como LES, RA, polimiositis
- Enfermedades endocrinológicas, como enfermedad de Addison, síndrome de Cushing e hiperparatiroidismo
- Abandono de tratamiento esteroideal, programado o no programado
- Síndrome de mialgia eosinofilia
- Neoplasias

Figura1. Puntos Fibromiálgicos.

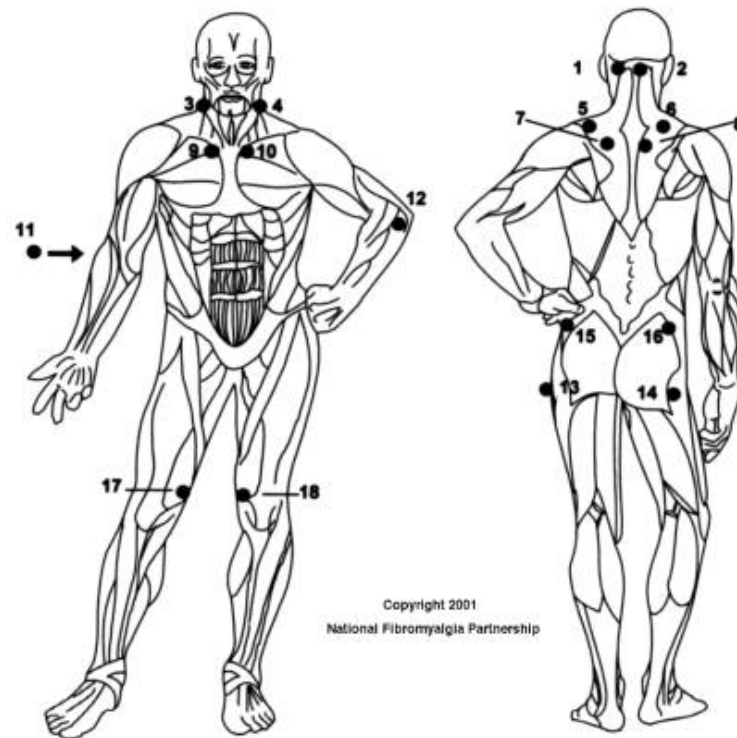


Figura 2. Estrés, disfunción de baro-receptores y dolor.

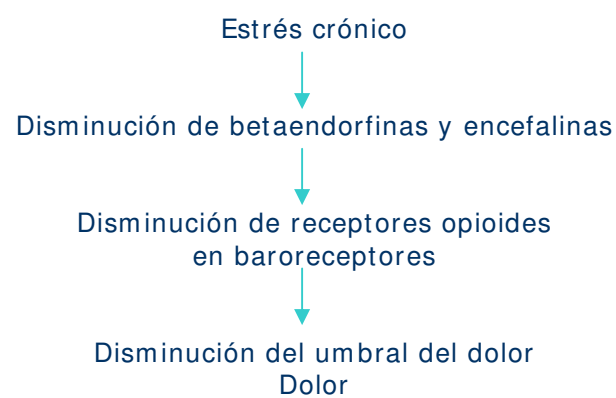
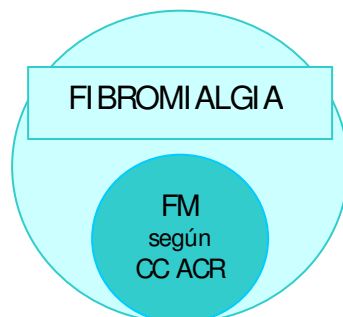


Figura 3. Hay pacientes con FM que no cumplen con los criterios de clasificación de la American College of Rheumatology.



CASOS CLÍNICOS.

Caso 1.

AMJ. Mujer de 53 años que refiere presentar dolor en hombros, brazos, manos y cuello desde hace meses, además refiere gran compromiso del estado general, decaimiento y cansancio durante el día. Este dolor lo tiene por años con exacerbaciones frecuentes. Su cuadro actual data desde hace unos tres meses y ha sido progresivo. Refiere que el dolor es persistente y que frecuentemente es en todo el cuerpo. Al interrogarla también manifiesta tener dolor cervical, lumbar y en piernas y que amanece muy cansada, adolorida, con sueño y apaleada. Tiene antecedentes de cefaleas a repetición que trata con anti jaquecosos. Ha consultado varios médicos que la han estudiado con exámenes de sangre, radiografías (Rx) de columna cervical, lumbar y la última vez con Rx de columna total y una cintigrafía ósea. La Rx cervical muestra discopatías, uncoartrosis y otros fenómenos degenerativos. De la Rx lumbar y total solo trae el informe que indica espondilosis, espóndil artrosis y xifo-escoliosis leve dorso lumbar. La cintigrafía muestra captación en codos y manos de carácter degenerativo o inflamatorio. Ha tomado ketoprofeno, diclofenaco, celecoxib (celebra) sin resultados. Toma además alprazolam 0,5 mg para dormir.

Nota. La paciente está ansiosa, desconfiada y algo agresiva en su relación con el médico.

¿Qué datos preguntaría en la anamnesis?

Si duerme bien o se despierta varias veces en la noche.

Si duerme "bien" ¿Por qué amanece cansada?

Si hay alguna articulación que se haya inflamado, tratar de diferenciar "hinchazón" pasajera matinal, de un verdadero aumento de volumen que haya sido visto por el paciente.

Si ha tenido limitaciones o ha podido hacer sus actividades pese al dolor.

Si tiene parestesias en las manos, matinales.

Si toma algún otro medicamento, especialmente hipolipemiantes.

Se debe interrogar respecto a cualquier compromiso extra articular para desechar otra enfermedad reumatológica. Fotosensibilidad, eritema, alopecia etc.

PREGUNTAS

1. ¿Qué buscaría en el examen físico?

Respuestas esperables:

Examinar bien las articulaciones para descartar sinovitis

Determinar si el dolor es articular o no articular

Buscar signos de inflamación local

Examinar los puntos dolorosos con cuidado

Buscar los "puntos fibromiálgicos"

2. ¿Qué buscaría en los exámenes de laboratorio que trae?

Respuesta:

Normalidad

3. ¿Qué piensa de la cintigrafía y las Rx que trae?

Respuesta:

Son totalmente inespecíficas. Cualquier persona sin dolor puede tener los mismos hallazgos.

4. ¿Qué exámenes pediría?

Respuesta esperable:

Hemograma y VHS, si no tiene uno reciente, nitrógeno ureico, glicemia, transaminasas, fosfatasas alcalinas, T3, T4, TSH.

5. ¿Cómo lo trataría si está de acuerdo con el diagnóstico de fibromialgia?

Caso 2.

Mujer de 60 años, con dolores difusos músculo esqueléticos desde hace años, con antecedentes de depresión mayor y en tratamiento con fluoxetina 20 mg y clonazepam 1 mg en la noche. Hace años consultó a un Reumatólogo quien le hizo el diagnóstico de fibromialgia (FM) y la trató con amitriptilina. Ese tratamiento lo usó por algunos meses y posteriormente lo dejó porque se sintió mejor y le producía sequedad de mucosas y palpitaciones. Desde entonces ha tenido muchas “recaídas” de su FM que ha tratado con analgésicos y antiinflamatorios, sin embargo desde que está con fluoxetina y ansiolíticos se siente mejor. Además toma atorvastatina por dislipidemia. Su cuadro actual comienza hace unos dos meses con dolor cervical, dorsal alto, hombros, brazos; menos intensamente tiene dolor en zona lumbar y muslos. Junto con el dolor refiere decaimiento y cansancio que se acentúa durante el día, refiere falta de apetito y una disminución de 2 kg de peso. Amanece adolorida y muy rígida de manos y zona cervico dorsal. Paciente se siente muy angustiada y preocupada por su enfermedad, no refiere cefalea.

Al examen hay sensibilidad en musculatura de las zonas mencionadas en la anamnesis, y se contabilizan 10 puntos FM positivos. No hay signos inflamatorios articulares ni déficit de la fuerza muscular.

PREGUNTAS

1. ¿Qué exámenes pediría?
 1. Hemograma y VHS
 2. Proteína C reactiva
 3. Cintigrama óseo con tecnecio
 4. Factor Reumatoideo
 5. Anticuerpos antinucleares
- A. Solo 1 correcta
 - B. 1 y 2 correctas
 - C. solo 3 correcta
 - D. todas correctas
 - E. solo 4 y 5 correctas

Respuesta correcta: B

La paciente se realizó exámenes de laboratorio que mostraron Hematocrito 36%, Leucocitos 10.000 por mm³, fórmula leucocitaria normal. VHS 80 mm/hr, PCR 80 (normal < 20)

2. ¿Qué hipótesis diagnóstica es/son probables y se debe/n estudiar?
 1. Fibromialgia (FM)
 2. Miopatía por hipolipemiantes
 3. Polimialgia reumática (PMR)
 4. Neoplasia oculta
- A. Solo 1 es correcta
 - B. Solo 2 es correcta
 - C. Solo 3 es correcta
 - D. 3 y 4 son correctas

E. Todas son correctas

Respuesta correcta es D. El cuadro es muy sugerente de una PMR en una paciente que antes tenía muy probablemente una FM (no hay relación entre ambas)

La neoplasia oculta no se puede descartar y debe ser estudiada.

Caso 3.

Mujer de 42 años que trabaja como secretaria en una AFP, refiere desde hace algo más de un año cansancio progresivo y dolores músculo esqueléticos difusos y difíciles de sistematizar. En general le duele todo, pero especialmente las manos, el lado derecho mayor que el izquierdo, el cuello y la zona lumbar. Muy tensa, refiere también cefalea y dolor en la zona temporal de la cara, lado derecho. Duerme mal y tiene insomnio del despertar. Amanece cansada. Reinterrogada reconoce tener "hormigueos" y adormecimientos en manos y antebrazos en la mañana, y durante el día mientras trabaja. También refiere amanecer con las manos "hinchadas" y que no le cabe la argolla en el dedo. Tiene antecedentes de depresión por lo que estuvo en tratamiento por 6 meses hace 3 años atrás. Al examen físico no hay artritis ni déficit muscular, solo un aspecto edematoso muy sutil de las manos. Presenta dolor a la palpación en ambos epicóndilos, en la zona superior del cuello, en el dorso a nivel de supraespinosos, a nivel paraesternal alto, en la zona externa de glúteos y a nivel interno de rodillas (bursa anserina) La hipersensibilidad es bilateral, mas acentuada en el lado derecho. Recientemente se realizó un hemograma y VHS, T3, T4 y TSH Perfil bioquímico, GOT, CK total Rx cervical que resultaron normales.

PREGUNTAS.

1. ¿Qué examen le pediría para completar el estudio?

- A. Ninguno
- B. Radiografía cervical y lumbar
- C. Electromiografía, para estudiar nervio mediano
- D. Repetiría todos los exámenes.
- E. TAC cervical.

Respuesta correcta es C. La paciente tiene síntomas sugerentes de síndrome del túnel carpiano, que efectivamente resultó ser positivo mostrando ondas agudas positivas y potenciales de inserción en territorio del nervio mediano bilateral.

2. ¿Cuál/cuales son las hipótesis diagnósticas más probables de su cuadro actual?

- 1. Síndrome del túnel carpiano (STC)
- 2. Fibromialgia
- 3. Cervicobraquialgia bilateral
- 4. Polimiositis

- A. Solo 1 es correcta
- B. Solo 2 es correcta
- C. Solo 4 es correcta
- D. 1 y 2 son correctas
- E. Todas pueden ser correctas

El paciente tiene un a Fibromialgia porque cumple con las características de la enfermedad y además un STC por la EMG. Una vez tratado el STC (quirúrgicamente) hubo gran alivio de las parestesias. Posteriormente debió seguir tratamiento con ciclobenzaprina ½ comprimido en la noche y almuerzo.