

Fibromialgia

Autoras:

Dra. Carla Gobbi M.P.Nº 23590/3

Esp. en Medicina Interna M.E.Nº 8690

Esp. en Reumatología M.E.Nº 10646

Cátedra de Clínica Médica Hospital Córdoba

Dra. Ida Exeni M.P.Nº 7906/6

Esp. Reumatología M.E.Nº 3254

Esp. en Infectología M.E.Nº 5406

Integrante del Comité de Contralor de Reumatología del CMPC

1. Concepto y definición.

La Fibromialgia (FM) se caracteriza por dolor músculo esquelético crónico diseminado, y presencia de puntos dolorosos. Los pacientes con FM también padecen síntomas neuropsicológicos asociados: fatiga, sueño no reparador, disfunción cognitiva, ansiedad y depresión. Se asocia a síndrome de fatiga crónica, trastornos témporo-mandibulares, cefaleas crónicas, colon irritable, cistitis intersticial o síndrome de vejiga dolorosa y otros síndromes de dolor pélvico. Es de pronóstico incierto y con gran repercusión en la calidad de vida del paciente.

Prevalencia: La prevalencia global de la FM es alrededor del 2,7%. Con los criterios ACR 1990 había disbalance en el género, con una relación 91 a favor del femenino (se basaban en dolor a la palpación de 11 de 18 puntos, pero los hombres tienen mayor umbral al dolor por presión). Usando los criterios 2010 sin considerar puntos dolorosos la prevalencia cambia a 7,7% en mujeres y 4,9% en hombres, con una relación en 1,6:1, similar a otras enfermedades que cursan con dolor crónico. Afecta a cualquier edad, incluyendo a los niños, con incremento en la edad media de la vida.

2. Cuadro Clínico

El síntoma más común es dolor generalizado, por encima y debajo de la cintura y en forma bilateral, involucrando al esqueleto axial. El dolor es difuso, sin localización precisa, de intensidad severa, asociado a disminución de las capacidades funcionales y presente la mayoría de los días durante un mínimo de 3 meses. Se observa aumento de la sensibilidad al dolor en la palpación de puntos dolorosos. Otros síntomas que varían en frecuencia e intensidad en cada individuo: fatiga, rigidez, trastornos del sueño, disfunción cognitiva, ansiedad y depresión.

Síndromes de superposición: La FM puede presentarse con otras patologías que causen dolor crónico: cefalea, dolor témporo mandibular y miofascial que compromete la región cervical y/o lumbar. Son frecuentes las quejas viscerales a nivel del tracto gastrointestinal, vejiga, y región pélvica o perineal.

Criterios diagnósticos: Hay nuevos criterios diagnósticos de 2010 que no requieren completar la cantidad de puntos dolorosos para hacer el diagnóstico, pero investigan otros síntomas somáticos no dolorosos que están típicamente presentes (ej. fatiga, trastornos del sueño, de la memoria y del humor).

Estos criterios se evalúan a través de un cuestionario autoadministrado. Se toma un Índice de dolor generalizado (WPI por sus siglas en inglés, WidespreadPainIndex) y también severidad de los síntomas (SS). Hay una lista de comprobación de síntomas, más adecuado para la atención primaria. Los pacientes pueden evaluar 19 regiones del cuerpo en las que se ha experimentado dolor durante la última semana. Se da un punto por cada área, por lo que la puntuación está entre 0-19. La segunda parte de la puntuación implica la evaluación de la severidad de los síntomas del paciente. La escala va de 0-3, donde:

- 0: significa “sin problemas”,
- 1: “problemas leves e intermitentes”,
- 2: “problemas moderados, considerables, presentes a menudo”
- 3: “problemas graves, generalizados constantes e inquietantes”.

Se evalúa en dos etapas: en la primera fatiga, sueño no reparador y trastornos cognitivos, a los que se asigna una puntuación que va de 0 a 9; en la segunda etapa, los síntomas evaluados son múltiples, según se puede apreciar en el cuestionario.

Se cuenta el número de síntomas y si el paciente tiene 0 síntomas la puntuación es 0, entre 1 y 10 la puntuación es 1, entre 11 y 24 la puntuación es 2 y a partir de 25, es 3. Se suma la primera parte de la evaluación SS con la segunda parte y la puntuación va de 0 a 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^{2,6}

3. Estudios a Solicitar

No hay estudios de laboratorio o imágenes útiles para el diagnóstico. Ante la sospecha de FM se debe comenzar con el cuestionario autoadministrado, (ACR 2010). El tratamiento debe iniciarse de inmediato incluso si el paciente necesitara más estudios para clarificar algunos síntomas o signos no usuales o si se lo deriva a otro especialista para evaluar alguna comorbilidad.

4. Conducta Inicial

El tratamiento de la FM es más un arte que una ciencia. Debe integrar terapias farmacológicas y no farmacológicas.

Tratamientos farmacológicos: En USA la FDA aprueba 3 drogas para tratamiento de FM: pregabalina, duloxetina y milnacipran. Aumentan la actividad de los neurotransmisores que inhiben el dolor, o reducen la actividad de los neurotransmisores “facilitadores”. Se recomienda comenzar con dosis bajas e ir aumentando (en) con base (a) en la

respuesta de cada paciente para evitar intolerancia y discontinuación de la terapia.

Otras drogas propuestas (aún no aprobadas) que demostraron eficacia en ensayos clínicos: amitriptilina, gabapentina, ciclobenzaprina, fluoxetina.

Tratamientos no farmacológicos: requieren de un equipo multidisciplinario para implementarlos: educación del paciente, ejercicios, terapia cognitiva y de trastornos del sueño, etcétera.

En cuanto al ejercicio físico se recomienda el aeróbico como el más beneficioso, iniciando siempre con baja intensidad e ir aumentando hasta llegar al ideal de 30-60 minutos 2 o 3 veces por semana eligiendo caminatas, bicicleta, danza o natación. Es importante la continuidad de la actividad.

Los materiales educativos están disponibles en *Internet* (ACR, American Chronic Pain Association, grupos de apoyo, grupos de autoayuda).

5. Niveles de Atención

1. El abordaje inicial se realiza en nivel de atención primaria por el médico clínico, generalista y de familia.
2. Al enfermo se lo debe derivar a Reumatólogos, Psicólogos y Psiquiatras especialistas en “trastornos del sueño” y en terapias conductuales / cognitivas. También a otros miembros del Equipo de Salud según las comorbilidades que presente.
3. Es una patología de manejo ambulatorio y las internaciones son excepcionales.

6. Control y Seguimiento del Tratamiento

No hay una periodicidad estipulada para los controles y al ser una enfermedad tan proteiforme dependerá de lo que predomine en el cuadro clínico.

El control es clínico, no son necesarios métodos complementarios de diagnóstico.

7. Riesgos de Iatrogenia

- No derivar el paciente a tiempo y rotularlo de “neurótico” o “histérico”.
- Indicar medicación no aprobada, que puede demorar el diagnóstico (analgésicos opioides o AINES) y tienen efectos adversos importantes.

8. Bibliografía

1. Ángel García D, et al. «Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática». *ReumatolClin*. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.06.001>
2. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic

- criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010; 62:600–10. DOI 10.1002/acr.20140*
3. Crofford, L *Fibromyalgia. Harrison's Rheumatology, 3rd Edition. McGraw-Hill Education, 13 Nueva York*
 4. Arnold L, Gebke K, Choy E *Fibromyalgia: management strategies for primary care providers. Int J ClinPract, February 2016, 70, 2, 99-112, doi 10.1111/ijcp. 12757*
 5. Binkiewicz-Gli ska, A et al *Fibromyalgia Syndrome – a multidisciplinary approach Psychiatr. Pol. 2015; 49(4): 801–810 DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/4>*
 6. Chaves Hidalgo, D *Medicina Legal de Costa Rica Marzo 2013. Vol 30 (1) 83-8.*
 7. Para consultar en Internet: www.rheumatology.org
www.reumatología.org.ar
www.institutferran.org/fibromialgia.htm
<http://www.fibromialgia.nom.es/fibromialgia-sindrome-de-fatiga-cronica-sindrome-quimico-multiple-Noticias-2010/nuevo-criterios-para-el-diagnostico-de-la%20fibromialgia.html>