



DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4>

Ciencias de la Salud
Artículo de investigación

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

Clinical and therapeutic management of Fibromyalgia

Manejo clínico e terapêutico da Fibromialgia

Cristóbal Lenin Fajardo-Menoscal ^I

cristo_ctm@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6995-756X>

Maryuri Guicella Sarango-Coronel ^{II}

gisse2711@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9585-1670>

Ana Gabriela Carrera-Chulde ^{III}

agcarrera_4@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0980-6054>

Stiven Daniel Carrillo-Ibarra ^{IV}

stevencarrillo94@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3007-5284>

Correspondencia: cristo_ctm@hotmail.com

***Recibido:** 25 junio de 2021 ***Aceptado:** 31 de julio de 2021 * **Publicado:** 17 de agosto de 2021

- I. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- II. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- III. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- IV. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

Resumen

La Fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor generalizado, fatiga y disturbios del sueño. Está presente en el 5% de la población general adulta (principalmente mujeres). Con excepción de los puntos dolorosos, la clínica, rutina de laboratorio y estudios de imagen son normales. Recientes resultados en el estudio de la neurofisiología y neuroendocrinología del dolor demuestran que la Fibromialgia no es simplemente un desorden psicológico.

Palabras Clave: Fibromialgia; dolor generalizado; fatiga; desorden del sueño; puntos dolorosos; desorden psicológico.

Summary

Fibromyalgia is a syndrome characterized by generalized pain, fatigue and sleep disturbances. It is present in at least 5% of the general adult population (mostly women). With the exception of painful tender points, the clinical, routine laboratory, and imaging evaluations in uncomplicated fibromyalgia are normal. Recent research in the neurophysiology and neuroendocrinology of pain demonstrates that fibromyalgia is not simply a psychological disorder.

Keywords: Fibromyalgia; generalized pain; fatigue; sleep disturbances; painful tender points; and psychological disorder

Resumo

A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dor generalizada, fadiga e distúrbios do sono. Está presente em 5% da população adulta em geral (principalmente mulheres). Exceto pelos pontos doloridos, a clínica, o laboratório de rotina e os estudos de imagem estão normais. Resultados recentes no estudo da neurofisiologia e neuroendocrinologia da dor mostram que a fibromialgia não é simplesmente um distúrbio psicológico.

Palavras-chave: Educação situada; estratégias didáticas; aprendizagem situada; contexto social; práxis educacional.

Introducción

La Fibromialgia (FM) es una forma de dolor musculoesquelético, difuso, crónico y benigno de origen no articular. Se caracteriza por la combinación de varios síntomas y principalmente por la

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

presencia subjetiva de dolor generalizado, fatiga, rigidez matutina y trastorno del sueño junto con la reproducibilidad a la presión de múltiples puntos dolorosos. Afecta al 5% de la población mayor de 18 años. Su prevalencia es del 2-6% en la consulta de medicina general y en la consulta de reumatología según distintos autores, es del 3,7-20% con una incidencia del 3.9% en mujeres entre 20-40 años y 5.8% entre 40- 60 años. Las causas se desconocen cuál es la etiología concreta de la enfermedad a pesar de que se han propuesto diversos mecanismos, entre ellos alteración de la fase 4 del sueño, factores psicológicos (ansiedad, depresión, hipocondriasis, etc.), alteraciones del sistema nervioso autónomo o anomalías musculares. Determinadas enfermedades se encuentran asociadas a la Fibromialgia, compartiendo con ella la influencia de las alteraciones psicológicas en su desarrollo como el Síndrome de colon irritable, las cefaleas de tipo migrañoso o el síndrome premenstrual. La Fibromialgia es un proceso no inflamatorio frecuente que afecta predominantemente a mujeres en torno a los 50 años y se caracteriza por dolor muscular generalizado, rigidez, parestesias, sueño no reparador y fatigabilidad.

La fibromialgia es una enfermedad que se caracteriza por tener múltiples síntomas, como dolor crónico generalizado, cansancio intenso, alteraciones del sueño, alteraciones cognitivas o trastornos del ánimo, entre los más frecuentes. Desde el año 1992 figura en el catálogo de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cansancio intenso Trastornos del ánimo 10 D Es una enfermedad muy frecuente, que afecta aproximadamente a un 2% de la población general apareciendo fundamentalmente en mujeres en la edad media de la vida. En la actualidad, no se conoce bien por qué se produce, pero hay varias causas capaces de desencadenarla. Como ocurre en otras enfermedades, existe también un componente genético que favorece su aparición, de forma que existen familias con varias personas afectadas por la enfermedad. La enfermedad produce una repercusión importante en la vida de las personas que la sufren de forma que su calidad de vida es una de las peores en comparación con otras enfermedades crónicas.

Existen varias causas capaces de desencadenar la aparición de la fibromialgia, como el estrés emocional, las infecciones, la cirugía o los traumatismos. En realidad, cualquier situación de estrés agudo o crónico, físico o emocional, puede considerarse como un desencadenante de la enfermedad. En los pacientes con fibromialgia, se han demostrado varias alteraciones de las moléculas que sirven para conectar las neuronas y los centros nerviosos entre sí, los llamados neurotransmisores cerebrales. Un desequilibrio de estos neurotransmisores produce una activación permanente del

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

sistema nervioso que se conoce como sensibilización central y que ocasiona a 2% mujeres de edad media y a su vez un mal funcionamiento entre los diferentes centros nerviosos produciendo varias consecuencias. Por ejemplo, cuando se alteran los mecanismos de transmisión del dolor, los pacientes perciben determinadas sensaciones de calor, frío o de simple roce como estímulos dolorosos, cuando en realidad no deberían serlo.

Estas alteraciones de los neurotransmisores son también las responsables de otros síntomas de la fibromialgia, como el cansancio, las alteraciones del sueño y los síntomas de ansiedad y depresión que aparecen como consecuencia del fracaso de los mecanismos de conexión cerebrales. Otros síntomas frecuentes en la fibromialgia, como las alteraciones digestivas, los trastornos de la termorregulación, las alteraciones en la frecuencia cardíaca, la sudoración o el síndrome, se producen por un mal funcionamiento del sistema nervioso autónomo debido también a las alteraciones de los neurotransmisores. Existen otros síndromes de sensibilización central, como el síndrome de la articulación temporo mandibular, síndrome de fatiga crónica, cistitis intersticial, dolor crónico pelviano, síndromes migrañoso o síndrome del intestino irritable, que acompañan con frecuencia a los pacientes con fibromialgia.

La fibromialgia es una enfermedad que produce una gran variedad de síntomas de tipos físicos y emocionales. Suelen aparecer de forma grave. La presencia de fibromialgia y de otros síndromes de sensibilización central en varios miembros de una misma familia se ha comprobado en varios estudios sugiriendo que, efectivamente, hay un componente genético. Varios genes que están implicados en la producción de neurotransmisores, receptores y otras moléculas relacionadas con la transmisión de la señal nerviosa se han visto relacionados con la presencia de fibromialgia. No obstante, es importante saber que la base genética determina solo una susceptibilidad individual, pero hacen falta los estímulos desencadenantes para producir la enfermedad. El dolor crónico generalizado, localizado en diversas partes del aparato locomotor, es el síntoma más frecuente y suele ser el motivo de consulta al médico. Junto al dolor hay otros síntomas también frecuentes como: Fatiga o cansancio intenso, que pueden llegar a limitar la actividad del paciente. Las alteraciones del sueño, con un sueño ligero que resulta poco reparador. Las alteraciones de la esfera cognitiva, que consisten en una dificultad para concentrarse, pérdida de memoria y dificultades para mantener la atención y realizar tareas que requieran esfuerzo mental, aunque sea mínimo. La rigidez matutina, la intolerancia al esfuerzo físico, los trastornos digestivos, las cefaleas y las alteraciones

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

del estado de ánimo con ansiedad o depresión, son también muy frecuentes entre los pacientes con fibromialgia.

Otros síntomas menos frecuentes, pero también muy importantes, son la sequedad de ojos, mareos y vértigos, dolor mandibular, taquicardia, disfunción sexual, trastornos psicopatológicos, dolor en suelo pélvico, prurito generalizado, disuria, hipersensibilidad sensorial, intolerancia a la luz brillante, intolerancia a los olores, sonidos, etc.

La calidad de vida percibida por el paciente con fibromialgia es bastante mala, y los índices que miden esta calidad de vida son peores que los de otros pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas reumatológicas. La fibromialgia tiene un curso crónico, con brotes de empeoramiento de aparición brusca y duración variable. En muchos casos, los brotes se desencadenan por situaciones de estrés físico o emocional o, simplemente, por cambios bruscos de las condiciones atmosféricas.

El diagnóstico se realiza exclusivamente por las manifestaciones clínicas comentadas en el apartado anterior y que son descritas por el paciente, generalmente en el momento de la primera visita. La exploración física no aporta información imprescindible para el diagnóstico, porque no existe ningún dato objetivo. La hiperalgesia o la alodinia, dolor desencadenado por estímulos no dolorosos, solo la presentan algunos pacientes. Es frecuente observar una limitación de la movilidad con contracturas de masas musculares a la palpación, pero son hallazgos inespecíficos que se observan en otras enfermedades frecuentes. Tampoco hay ninguna prueba analítica que se pueda utilizar para hacer el diagnóstico de fibromialgia. Las alteraciones de los neurotransmisores descritas antes todavía se encuentran en fase de estudio y no se tienen datos concluyentes que permitan utilizarlas para el diagnóstico o seguimiento de la enfermedad. Las pruebas de imagen, especialmente la resonancia magnética funcional, han permitido saber que en los pacientes con fibromialgia hay una alteración de la actividad de algunas zonas y núcleos cerebrales, pero todavía no se ha descrito un patrón específico que permita diferenciar la fibromialgia de otras enfermedades.

No obstante, la exploración física y una analítica amplia, son necesarias para descartar otras enfermedades si existe una sospecha clínica fundada. Los antecedentes clínicos del paciente, e incluso los antecedentes familiares, permiten descubrir la existencia de otros síndromes de sensibilización central que ayudan a confirmar la sospecha de fibromialgia. Existen unos requisitos desde el punto de vista de las manifestaciones clínicas que se denominan criterios diagnósticos de

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

fibromialgia. Estos criterios, como en la mayoría de las enfermedades, son útiles para homogenizar poblaciones de cara a la realización de estudios de investigación, pero no son estrictamente necesarios para establecer el diagnóstico. Recientemente, se han elaborado unos nuevos criterios donde se da prioridad a las manifestaciones clínicas que presenta el paciente y se han eliminado los puntos de fibromialgia utilizados antiguamente.

Otros diagnósticos que acompañan con frecuencia a la fibromialgia estarían incluidos las cefaleas, las alteraciones digestivas diversas, los mareos, las taquicardias, la vejiga irritable, entre otros. En definitiva, conviene aclarar que la fibromialgia es una enfermedad con muchos síntomas, en lugar de muchas enfermedades juntas en el mismo paciente. En el momento de hacer el diagnóstico también hay que diferenciar la fibromialgia de otras enfermedades, especialmente aquellas que cursan con dolor crónico generalizado, otras enfermedades reumáticas, endocrinas, de aparato digestivo, o infecciosas. Es conveniente establecer el diagnóstico de fibromialgia lo más pronto posible para tranquilizar al paciente, evitar pruebas diagnósticas innecesarias y tratamientos no indicados. Es importante saber que muchos de los diagnósticos que se hacen en los pacientes con fibromialgia son, en realidad, síntomas de la propia fibromialgia y no enfermedades distintas. La presencia de fibromialgia no descarta la existencia de otras enfermedades, ni tampoco a la inversa. Cada vez es más conocido que la fibromialgia es una comorbilidad frecuente que acompaña a muchas enfermedades. Así, por ejemplo, entre un 20% y un 30% de los pacientes con síndrome de Sjögren o con artritis reumatoide tienen también fibromialgia como comorbilidad asociada. La asociación de estas dos comorbididades en el mismo paciente hace que la evaluación de cualquiera de ellas resulte siempre más compleja de realizar. En el caso de los pacientes con artritis reumatoide y fibromialgia, sabemos que reciben más fármacos para tratar la artritis a pesar de que los datos de inflamación sean similares a los que no tienen la fibromialgia asociada.

Características clínicas

Los pacientes se quejan de dolor generalizado y rigidez de tronco y cintura escapular así como pélvica, debilidad, mala tolerancia al ejercicio, siendo uno de los principales exacerbantes del dolor.

Dolor generalizado:

El paciente puede expresar dolor generalizado en todo el cuerpo o bien en la mitad de éste, en la parte derecha o la izquierda por encima o, más raramente, por debajo de la cintura. Las áreas que

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

provocan más dolor subjetivo son la región lumbar, cervical, hombros, caderas, rodillas, manos y pared torácica, y en menor porcentaje codos, tobillos y muñecas.

- Factores implicados en la etiopatogenia de la Fibromialgia
- Enfermedades infecciosas Virus Epstein-Barr, Parvovirus, LYME y VIH
- Traumatismo físico
- Estrés emocional
- Cambios medicamentosos Trauma físico Cambios hormonales Fumar Ejercicio inadecuado mala postura Trauma emocional Dolor Fatiga Depresión Falta de descanso durante el sueño.

Fibromialgia y otros factores implicados

En la FM la exploración física no muestra nunca signos inflamatorios. La manifestación más característica es la presencia de dolor selectivo en los denominados “puntos gatillo”, pudiendo existir nódulos subcutáneos en las áreas dolorosas a la palpación (en la población sana, estos nódulos, si se presentan, no son dolorosos). El hallazgo principal es el dolor generalizado. Es el síntoma cardinal, variable en intensidad y cuya presencia es esencial para el diagnóstico.

Factores preexistentes receptores serotonina endomorfina

Factores provocadores alteraciones del sueño Dolor Fatiga Depresión Simpático Estímulos nociceptivos Asta posterior Serotonina Endomorfina Sustancia P SNC Hiperalgia cutánea Puntos sensibles Contractura muscular.

Patogenia de la fibromialgia

Fatiga: Se presenta en 75-91% de los pacientes tanto en la forma juvenil como en adultos, sin causa que lo justifique. El paciente se manifiesta cansado, sobre todo por las mañanas al levantarse. La fatiga puede mejorar después, aunque puede reaparecer, de forma prematura, con el desarrollo de la jornada.

Alteraciones del ciclo sueño/vigilia:

Las alteraciones del sueño de estos pacientes suelen ser variables de unos a otros, desde la dificultad para conciliarlo, tener sueño agitado y superficial, entrecortado, hasta dormir pocas horas

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

consecutivas. En cualquier caso es un sueño no reparador y ocurre en un 67% de los pacientes; por tanto, el sujeto se levanta con la sensación de no haber descansado.

Rigidez: Se presenta principalmente por la mañana al levantarse, sobre todo en las manos al realizar movimientos, con sensación de hinchazón limitante en el 60%, no se prolonga más de media hora, tal y como sucede en las enfermedades articulares inflamatorias.

Dolor abdominal: Ocurre en el 25%, se puede manifestar como Sx de colon irritable con dolor abdominal difuso asociado a dolor tipo cólico y urgencia para defecar varias veces al día, sin presencia de hallazgos patológicos en las heces.

Cefalea: Las cefaleas coincidentes son habituales en un 54% de los casos ya sean de tipo tensional o difusas, desencadenadas a veces por los mismos mecanismos que el dolor difuso.

Localización anatómica de los puntos dolorosos en la Fibromialgia

. Puntos fibromiálgicos. Localización bilateral

- Occipucio: en la inserción de los músculos suboccipitales
- Cervical: cara anterior de las apófisis transversas de C5-C7
- Trapecio: punto medio del borde superior
- Supraespinoso: borde medial de la espina de la escápula
- Segunda costilla: unión costochondral por fuera
- Epicóndilo: 2 cm de distancia distal
- Glúteo medio: cuadrante súper externo de la nalga
- Trocánter mayor: posterior a la prominencia trocánter
- Rodilla: almohadilla grasa medial a la interlínea articular Raynaud Like: En un 10-40% de los pacientes. Exploración física El único dato positivo es la presencia de múltiples puntos dolorosos, extremadamente dolorosos a la palpación, que desencadenan un característico “salto”, por parte del paciente, de huida o defensa llamada jump sign.

Puntos dolorosos:

Los puntos dolorosos deben de palparse con el pulgar, imprimiendo una fuerza de 4 kg aproximadamente, ya que se considera que éste es el límite a partir del cual es normal sentir el dolor. Aplicando 4 kg la sensibilidad es del 100% y la especificidad del 58.7%, mientras que con 3 kg la sensibilidad es del 89.3% y la especificidad del 93.5%¹⁹.

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

El diagnóstico es principalmente clínico y es recomendable utilizar los criterios de clasificación, siendo los más aceptados en la actualidad los propuestos por el American College of Rheumatology en 1990.

Clasificamos a un paciente de fibromialgia según estos criterios si refiere:

- a) Dolor generalizado de al menos 3 meses de evolución.
- b) Dolor a la palpación en 11 o más de los 18 PUNTOS seleccionados.

Diagnóstico diferencial (otras formas de dolor musculoesquelético)

- Artritis crónica juvenil (ACJ) y lupus eritematoso sistémico (LES).
- Miopatías inflamatorias.
- Secundario a trastornos endocrinos.
- Síndrome de hiperlaxitud ligamentaria.
- Síndrome de fatiga crónica.
- Síndrome de dolor miofascial

. Fisiopatología de la fibromialgia

Depresión Dolor crónico Bajo umbral al dolor Disregulación SNC Isquemia muscular Excitación nociceptores periféricos Cansancio Fibromialgia TS Alteración fase III-IV Descenso serotonina Descenso endorfinas Percepción de flojeza muscular.

Mecanismo en la etiopatogenia de la fibromialgia.

En la respuesta al tratamiento deben considerarse los criterios señalados en la. Criterios de respuesta al tratamiento.

1. Valoración global del médico (Escala analógica visual)
2. Valoración del sueño por parte del paciente (Escala analógica visual)
3. Recuento de puntos dolorosos menor de 13 de 18

Criterios diagnósticos del síndrome de fatiga crónica

1. Criterios mayores Exclusión de enfermedad sistémica Curso de fatiga persistente o recidivante
2. Síntomas Fatiga y debilidad de > 6 meses Cefalea crónica Alteración del sueño Síntomas neuropsiquiátricos Artralgias migratorias Debilidad muscular inexplicable Mialgias Faringitis Adenopatías dolorosas Faringitis Fatiga que precede a la actividad Inicio súbito Fiebre
3. Signos Febrícula Faringitis Adenopatías Diagnóstico: Criterios mayores + 6 síntomas + 2 signos Criterios mayores + 8 síntomas Estudios complementarios Los estudios complementarios son

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

característicamente normales. La enfermedad suele tener un curso crónico, en ocasiones con intensidad variable, generalmente no requiere controles de laboratorio

Criterios de hiperlaxitud ligamentaria.

- Hiperextensión de los dedos hasta que queden paralelos al antebrazo
- Flexión palmar de pulgar sobre el antebrazo
- Hiperextensión del codo > de 10°
- Hiperextensión de la rodilla > de 10°
- Colocación de las palmas de las manos en el suelo con las rodillas totalmente extendidas

Diagnóstico: tres o más de los movimientos.

Estudios complementarios en la fibromialgia.

- Hemograma
- VSG
- Enzimas musculares
- Factor reumatoide
- TSH, T4
- Anticuerpos antinucleares
- Serología
- Estudio radiológico

Tratamiento y seguimiento de la fibromialgia

El objetivo primordial del tratamiento debe ser mejorar los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia. Después de establecido el diagnóstico, a continuación, hay que informar bien al paciente sobre su enfermedad y las opciones terapéuticas disponibles, explicando aquellos tratamientos que han demostrado alguna eficacia en el control de los síntomas de la enfermedad.

El tratamiento debe ser individualizado y multidisciplinar combinando algunos medicamentos con terapias no farmacológicas. Las modalidades terapéuticas que han demostrado alguna eficacia en el tratamiento de la fibromialgia son la realización de ejercicio físico aeróbico, las terapias psicológicas del tipo cognitivo-conductual y algunos fármacos.

Tratamiento mediante ejercicio físico la realización de ejercicio físico aeróbico

Ha demostrado un beneficio claro en las manifestaciones clínicas de la enfermedad, principalmente dolor, salud mental, ansiedad e impacto global, con una efectividad incluso algo mayor que muchos fármacos. No hay evidencias sobre la superioridad de un tipo de ejercicio sobre otro, aunque los ejercicios con componente aeróbico son mejores que los de flexibilización y estiramiento. El ejercicio físico aeróbico constituye uno de los pilares del tratamiento de la fibromialgia y cualquiera de sus modalidades (natación, gimnasio, bicicleta, danza, etc.) ha demostrado en ensayos clínicos un efecto beneficioso.

Es importante destacar que tampoco se ha encontrado ninguna evidencia de que el ejercicio físico empeore las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Otras terapias físicas como la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, acupuntura, balneoterapia, los ultrasonidos, el láser, la magnetoterapia, el ozono, la oxigenoterapia hiperbárica, la quiropraxia y la osteopatía, no han demostrado una eficacia clara en la fibromialgia. Tratamiento psicológico La terapia cognitiva conductual y la reciente terapia del “mindfulness”, son las intervenciones psicológicas que han demostrado mayor eficacia para el tratamiento de la fibromialgia. El componente emocional de la enfermedad mejora con ambas terapias y se acompaña de una mejoría en síntomas como ansiedad, depresión, dolor e impacto de la enfermedad en la vida del paciente. Se sabe que la combinación del tratamiento psicológico con el ejercicio físico reduce el impacto global de la fibromialgia en la vida de los pacientes.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la fibromialgia está dirigido a mejorar la calidad del sueño y a reducir el dolor.

El paciente con fibromialgia ha de ser incluido en un programa multidisciplinario en el que se deben tener en cuenta una serie de preceptos básicos y realizar un planteamiento integral y particular según cada caso, teniendo en cuenta la gravedad y las consecuencias de los síntomas de cada paciente. Es necesario descartar la posible influencia de enfermedad psíquica.

Para el tratamiento de la fibromialgia se prescriben una gran variedad de analgésicos y antiinflamatorios. Existen enfermos que precisan de otros tratamientos como la infiltración local

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

con un anestésico (procaína al 1%) o una mezcla de anestésico y corticoide en los puntos dolorosos, fisioterapia, ejercicios, calor o masajes.

Potenciadores de las concentraciones de serotonina

Se cree que las alteraciones del sueño tan habituales en sujetos con fibromialgia son un factor importante en los síntomas de la enfermedad. Por eso, a veces se prescriben medicamentos que potencian las concentraciones de serotonina, que es un neurotransmisor modulador del sueño, dolor y respuesta inmunológica.

Antidepresivos tricíclicos

Una de las consecuencias del desconocimiento de la etiopatogenia de esta entidad patológica es el enorme número de fármacos estudiados, de los que sólo una minoría ha mostrado cierta efectividad, aunque no completa.

Varios medicamentos han sido utilizados para mejorar la calidad del sueño profundo en la fibromialgia, pero los que han obtenido mejores resultados hasta el momento son los antidepresivos tricíclicos. Éstos actúan inhibiendo la recaptación de serotonina a escala central, además de tener un efecto analgésico intrínseco que puede estar relacionado con una potenciación de los efectos analgésicos de las betaendorfinas a escala hipotalámica. Los más utilizados son la amitriptilina asociada a un relajante muscular de acción central, la ciclobenzaprina. Ambos han sido hasta el momento los fármacos que han obtenido mejores resultados en el tratamiento de la fibromialgia.

La amitriptilina, en dosis única nocturna de 25-50 mg, una dosificación muy inferior a la utilizada habitualmente en los cuadros depresivos, ha demostrado ser capaz de mejorar el dolor, la rigidez matutina, el sueño y la fatiga, sin disminuir de forma significativa el número de puntos dolorosos. Interfiere en la recaptación de serotonina, tiene una acción directa sobre la fase IV del sueño y posee una acción analgésica central que podría estar relacionada con los opioides endógenos, habiéndose postulado como posibles mecanismos de acción del fármaco en el síndrome fibromiálgico.

El tratamiento se inicia con dosis bajas para intentar minimizar los efectos indeseables (sequedad de boca, estreñimiento, aumento de peso). Si los antidepresivos tricíclicos no han sido eficaces en pocas semanas, no debe insistirse en su administración.

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

La ciclobenzaprina en dosis de 10-30 mg por la noche o dividido durante el día en dosis es un fármaco similar a la amitriptilina, con propiedades relajantes musculares. Mejora el dolor, la fatiga y el sueño y disminuye los puntos dolorosos. Alcanza su máximo efecto en unas 2 semanas después de haberse iniciado su administración. Parece eficaz en la fibromialgia infantil a una dosis media de 12,75 mg al día.

La doxepina se administra a dosis de 10 a 75 mg y tiene acción sedante similar a la amitriptilina, destacando su acción antihistamínica.

Las benzodiazepinas también pueden ser útiles. Un riesgo del tratamiento con estos fármacos es la dependencia, por lo que requieren un control riguroso. El alprazolam se utiliza en dosis de 0,25 a 1,5 mg por la noche, teniendo marcada acción ansiolítica.

Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina, como fluoxetina o paroxetina, a dosis de 20 mg diarios, pueden tener efectos beneficiosos en algunos pacientes. Los resultados de los estudios son contradictorios, por lo que suele aconsejarse su utilización cuando existe trastorno depresivo asociado.

El tetrazepam es un derivado benzodiazepínico, de acción miorrelajante específica, que se considera alternativa válida siempre y cuando se emplee en períodos breves de tiempo.

AINE

No han demostrado su eficacia en la reducción del dolor de la fibromialgia primaria empleados aisladamente. Mejora su uso cuando se combinan con amitriptilina y alprazolam.

Corticoides

Están contraindicados por su acción miopática y porque provocan una reducción del umbral del dolor.

Analgésicos

Puede ser de utilidad puntual la administración de analgésicos como el paracetamol con o sin codeína, el ketorolaco, tramadol (se une a los receptores opioides del cerebro, de manera similar a la codeína, eleva la concentración de neurotransmisores, serotonina y norepinefrina e inhibe su recaptación de forma parecida a la amitriptilina).

Debe ser evitada la administración prolongada de codeína y sustancias similares, pues utilizadas durante períodos de tiempo prolongados disminuyen las endorfinas que el propio organismo produce.

Los analgésicos se han mostrado más eficaces que los AINE en el tratamiento del dolor

Combinaciones

En general, el tratamiento farmacológico a largo plazo es poco efectivo, aunque es posible que el uso combinado de dos o más fármacos pueda producir mejores resultados de los que se consiguen con un fármaco exclusivamente.

Tolerancia al dolor

Suele ser útil explicar al paciente que la fibromialgia consiste en un estado de menor tolerancia al dolor. Además, se debe informar al paciente de cuáles de sus síntomas son debidos a la fibromialgia y cuáles no.

Fisioterapia

Debe incluirse tratamiento físico y rehabilitador. Esta modalidad de tratamiento varía en función del tipo e intensidad de la clínica de cada paciente. Clínicamente los aspectos son el dolor, la disfunción tisular y la discapacidad secundaria al dolor.

Es importante la relajación del paciente; cualquier procedimiento sirve, pero lo más habitual es el ejercicio aeróbico o la natación, entre otros. La práctica de este ejercicio tiene que resultar satisfactoria y que permita al paciente desconectar del círculo vicioso que es el dolor. Se debe hacer hincapié en que cada enfermo de fibromialgia es diferente, por lo que cada tipo de ejercicio debe ser estudiado para él.

No hace falta realizar ejercicios sofisticados. Andar a buen paso, trotar, pedalear, nadar, bailar, esquiar, caminar por el campo, practicar los deportes a los que se tenga afición o hacer gimnasia o pesas ligeras, pueden mejorar la capacidad de tolerancia al dolor, el humor y facilitar el sueño reparador. En cualquier caso, debe empezarse poco a poco, tanteando la capacidad de la persona y su tolerancia al ejercicio. Cada sesión debe precederse de ejercicios más lentos y suaves, de calentamiento de baja intensidad a realizar durante 5 minutos. Después se practica la actividad principal durante 20 minutos y se finaliza aminorando el ritmo en los últimos 3 minutos. Siempre es importante planificar el tiempo, pues los pacientes con fibromialgia no tienen la misma capacidad y pueden cansarse unos más rápidamente que otros.

El tratamiento debe ser individualizado y adaptado al paciente, siendo imprescindible su participación activa y contar con un entorno adecuado. El tratamiento mediante ejercicios aeróbicos

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

en los pacientes con fibromialgia mejora algunos de los parámetros de su cuadro clínico mientras están siendo sometidos a una terapia física de entrenamiento. Cuando cesa esta etapa, los pacientes empeoran en los parámetros clínicos aunque sigan manteniendo un nivel de forma física significativamente superior al que tenían antes de comenzar con el tratamiento, incluso durante períodos de un año.

Los masajes suelen ser muy apreciados por los pacientes. Son más eficaces realizados consecutivamente con calor, pues estos procedimientos incrementan el flujo sanguíneo al músculo proporcionando relajación y mejorando la flexibilidad. La cura termal balnearia proporciona estos efectos a través del descanso físico y psicológico más la aplicación del calor y/o ejercicio.

Psicoterapia

Los factores psicológicos desempeñan un papel importante tanto en el inicio como en el mantenimiento de la fibromialgia. No existe ninguna terapia psicológica que haya demostrado una clara eficacia en el tratamiento de la fibromialgia, sino que la mejoría se observa cuando se llevan aparejados tratamientos clínico y afectivo de los pacientes.

Hay todo un grupo de terapia de tipo natural que se está probando pero aún no ha demostrado óptimos resultados.

Fitoterapia

Se han dado casos en los que se emplea la fitoterapia para aliviar los síntomas de la fibromialgia, empleando plantas como el arcaocito, la ornaria, el fresno, el batoll, el enebro y el aciano.

Hay que hacer énfasis en la naturaleza benigna del proceso. En la actualidad se cree que la ansiedad y la depresión pueden no ser la causa sino la consecuencia de un padecimiento doloroso crónico. Sin embargo, aunque estas alteraciones no son la causa del dolor, sí es cierto que cuando existen, si no se tratan, será más difícil el tratamiento de los síntomas de fibromialgia. Se debe explicar el tratamiento y los efectos secundarios que éste puede generar, ya que algunos pacientes no entienden que se les prescriba un antidepresivo para el tratamiento del sueño.

Las correcciones posturales suelen ser eficaces. También se han demostrado eficaces algunas técnicas de relajación como las utilizadas en el yoga.

Se han dado casos en los que se emplea la fitoterapia para aliviar los síntomas de la fibromialgia, empleando plantas como el arcaocito, la ornaria, el fresno, el batoll, el enebro y el aciano

Apoyo emocional

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

El papel de las asociaciones de enfermos de fibromialgia es incuestionable. En España ya están creadas en casi todas las provincias con excelentes resultados, ya que agrupar a los enfermos y a sus familiares significa tanto una fuente de aliento como una opción para ganar claridad en su enfermedad y un motivo para intercambiar experiencias y crecer emocionalmente. En la fibromialgia este papel es importante gracias a la ayuda humana de contacto y de información que pueden obtener: evitar el aislamiento, expresarse y manifestarse en un entorno común, poder intercambiar opiniones y puntos de vista, y hacerse oír por la sociedad.

Papel de la atención primaria

El paciente fibromiálgico es un paciente que mayoritariamente debe ser tratado en el ámbito de la atención primaria por varios motivos: la patología que presenta es benigna y no requiere pruebas complementarias sofisticadas para su diagnóstico, es un enfermo que requiere un médico de referencia accesible y que pueda establecer una relación longitudinal a largo plazo y porque nadie como el médico de familia tendrá un conocimiento integral del paciente en su entorno que permita entender y evaluar su problemática. Es cierto que el abordaje del fibromiálgico es multidisciplinario y que especialistas como el reumatólogo, el psiquiatra, el rehabilitador y otros puedan tener un papel en el manejo de estos casos, pero la piedra angular alrededor de la cual debe girar la atención del enfermo con fibromialgia es el médico de atención primaria.

Discusión

Los estudios de seguimiento muestran que la fibromialgia tiene un curso crónico con fases de mejoría y brotes de reagudización. Los brotes de reagudización están relacionados con factores desencadenantes como esfuerzos físicos, situaciones de estrés y cambios estacionales que van empeorando la calidad de vida de los pacientes. Hay una serie de aspectos que afectan el pronóstico de la fibromialgia, como la elevada prevalencia de otras comorbilidades en comparación con otras enfermedades. Esto se asocia con un mayor número de tratamientos, un consumo más elevado de fármacos y también con un número mayor de cirugías. Una comorbilidad especialmente frecuente es la psiquiátrica, donde los diagnósticos de depresión y de ansiedad se asocian hasta en el 70% de los casos contribuyendo a empeorar la calidad de vida. Las complicaciones más frecuentes que se observan en los pacientes con fibromialgia son habitualmente derivadas del propio tratamiento. En el caso de los fármacos, el excesivo consumo de medicamentos, junto con los frecuentes efectos

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

secundarios que tienen, en muchos pacientes agravan su situación. En términos generales, la calidad de vida de la fibromialgia se encuentra entre las peores percibidas por los pacientes, peor que la que tienen otros enfermos con enfermedades crónicas. También es frecuente observar algunas complicaciones derivadas de cirugías innecesarias o de las exploraciones a las que se somete a estos pacientes en búsqueda de otras enfermedades. Las complicaciones de la fibromialgia sobre otros aspectos de la vida del paciente son considerables. En el entorno laboral, se producen muchas pérdidas de jornadas laborales como consecuencia de los brotes de reagudización y a la larga ocasionan pérdidas del puesto de trabajo, abandonos voluntarios de la actividad laboral o incapacidades laborales permanentes. En relación con la vida familiar, se ha observado un número mayor de separaciones y roturas de la unidad familiar. Y con respecto a los aspectos económicos, en las familias de pacientes con fibromialgia se ha constatado que existen ingresos económicos por debajo de la media. El especialista que puede realizar mejor el diagnóstico de fibromialgia es el reumatólogo, ya que se deben descartar otras enfermedades reumáticas de origen autoinmune o inflamatorio que suelen comenzar con síntomas parecidos y que son bien conocidas por los reumatólogos. Como, además, en muchas ocasiones la fibromialgia se asocia con estas enfermedades reumáticas, es el reumatólogo el especialista más adecuado para hacer el diagnóstico y establecer el tratamiento de la enfermedad.

Conclusiones

La fibromialgia es una enfermedad que se manifiesta como un proceso doloroso crónico generalizado no articular, con afección predominante de los músculos y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos, sin alteraciones orgánicas demostrables. Aún no se ha encontrado ninguna alteración anatomopatológica o bioquímica suficientemente clara que permita validarla como entidad clínica propia. En la actualidad se cree que el síndrome de fibromialgia es un trastorno de los mecanismos de percepción del dolor que condicionan a una hiperalgesia a estímulos mecánicos. Los criterios diagnósticos incluyen la existencia de 11 o más de 18 puntos sensibles (definidos como dolor moderado o grave) en presencia de un dolor generalizado de más de 3 meses de evolución. La psicopatología en los pacientes de fibromialgia es fundamental debido a que está comprobada la existencia de factores psicológicos y psicosociales en el proceso, siendo una condición asociada y no la causa del proceso. No se conoce un tratamiento real y efectivo. El

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

uso de amitriptilina, asociado en ocasiones a ciclobenzaprina, puede ofrecer mejoría del cuadro clínico. El concepto de fibromialgia deberá ir evolucionando con el tiempo, y se supone que dentro de unos años no se ajustará a lo que se conoce en la actualidad. Tal vez en el futuro forme parte de un cuadro sindrómico más amplio o, por el contrario, tal vez se identifiquen subgrupos de enfermos más específicos, todo depende de lo que la ciencia pueda avanzar para garantizar su identificación y curación.

Referencias

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., Schiltenwolf, 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.

Manejo clínico y terapéutico de la Fibromialgia

9. Wang, Ch., Christopher, M., Schmid, H., Ramel, B.S., Kalish, R., Vinh, J., Goldenberg, L., Lee, Y. & hy McAlindon, T. (2010, August
10. 19). A Randomized Trial of Tai Chi for Fibromyalgia. *N engl j med*, 363, 8 nejm.org.
11. 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.
12. 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.