

## CORRESPONDENCIA

Inés Yeguas Sánchez

Centro de Saúde Fingoi

Rúa Armórica s/n

27002 Lugo

Rev. galega actual. sanit. 2001;1(3): 180-183

# Síndrome de fibromialgia

I. Yeguas Sánchez

Servicio de Atención Primaria de Fingoi. Lugo.

## DEFINICIÓN

Se trata de un cuadro de dolor crónico músculo-esquelético, generalizado, benigno, de origen no articular y causa desconocida.

## EPIDEMIOLOGÍA

Los enfermos de fibromialgia proceden de un amplio sector de edades, comunidades, ubicación geográfica y estrato socio económico.

Es mas frecuente en mujeres (95% de los casos) y en edades comprendidas entre los 44 y 52 años, también puede aparecer en niños, ancianos y hombres.

En España lo padecen el 13% de los pacientes que acuden a una consulta de Atención Primaria, disminuyendo hasta el 10% de los pacientes que acuden a una consulta de Reumatología. Su índice de prevalencia se encuentra entre el 0,7 y 3,2 de la población general.

## ETIOPATOGENIA

Un tercio de los pacientes informa sobre el comienzo del Síndrome de Fibromialgia (SFM) a partir de un *factor gatillo*, como infección vírica o trauma físico o mental (el trauma físico más frecuente es una lesión en el cuello tras un accidente de tráfico)

Aunque su causa es desconocida existen investigaciones que han revelado mucho a cerca de esta enfermedad.

Lo más probable es que se trate de un *proceso multifactorial*, una interacción de múltiples factores, procesos virales y condiciones neurológicas, que puedan afectar al torrente sanguíneo, al sueño, a los músculos y al funcionamiento cerebral unidos a trastornos de la transmisión y modulación del estímulo doloroso de origen central, con descenso del umbral del dolor.

Parece no existir evidencias de factores psico-sociales como posibles agentes causales, no existe alteración psico-

patológica y la implicación de estos factores puede estar en las formas de adaptación del SFM.

Hay estudios que sugieren un patrón familiar (el 28% de los hijos de enfermos de SFM padecieron la enfermedad).

Existen dos teorías:

### ① — Periférica

La localización de los síntomas en los músculos y estructuras adyacentes hace pensar en esta teoría, pero aunque no está descartada, los estudios morfológicos, histológicos, inmunológicos, electrofisiológicos, radiológicos o bioquímicos de músculos, tendones y otros tejidos periarticulares han sido negativos.

### ② — Central

**1.- Neuroquímica.** Alteración en la interpretación de estímulos nociceptivos y en los niveles de neurotransmisores.

Se ha demostrado un incremento en el nivel de varios neurotransmisores en líquido céfalo raquídeo (LCR), *elevación de sustancia P* (agente que hace que el cerebro registre el dolor) tres veces superior al promedio, del factor de crecimiento neural, del péptido relacionado con el gen de la Calcitonina y de la Dinorfina A, lo que lleva a la percepción de estímulos inocuos como si fueran dolorosos (ALODINIA). Y también un *déficit de serotonina* (sustancia que modifica la intensidad de las señales de dolor que entran en el cerebro) se han encontrado niveles reducidos de Triptófano (precursor de la serotonina).

El aumento de estímulos nociceptivos se traduce en un aumento del flujo sanguíneo en la corteza prefrontal y cíngulum anterior y concomitantemente en una disminución del flujo sanguíneo a nivel del tálamo y núcleos caudales.

**2.- Hormonal.** Se cree que existe un trastorno en los principales centros de respuesta al estrés, el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, el sistema nervioso simpático y probablemente el sistema nervioso autónomo.

En el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez han enfocado el estudio del funcionamiento del sistema nervioso autónomo, utilizando análisis espectral de la variabilidad de la frecuencia cardíaca en un grupo de pacientes con SFM comparados con sujetos sanos. Por medio de una registradora portátil se grababan todos los latidos cardíacos durante 24 horas de vida normal. Se encontró que los pacientes con SFM tenían una incesante hiperactividad del S. N. simpático que fue especialmente evidente durante las horas del sueño. Los resultados sugieren un desajuste del ritmo circadiano, los pacientes con SFM pierden este ritmo y tienen una importante *hiperactividad simpática nocturna*, lo que explica los *trastornos del sueño*, pero al mismo tiempo tiene *hiporreactividad ante el estrés* que explica la profunda *fatiga*. Es interesante que el asiento del reloj biológico (R. C.) está en las zonas más profundas del cerebro, normalmente encargadas de inhibir el dolor. Estas *alteraciones del S. N. autónomo* también explican otras molestias en el SFM, como *cólicos abdominales, molestias urinarias o adormecimiento de extremidades*.

## CLÍNICA

### Sintomatología principal

**Dolor.** Dolor o ardor generalizado "de pies a cabeza", su severidad varía de día a día y puede cambiar de lugar, llegando a ser más severo en las partes del cuerpo que se usan más (cuello, hombros y pies) con frecuencia acompañado de espasmos musculares.

**Agotamiento o fatiga.** Va desde la sensación de un ligero cansancio hasta el agotamiento de una enfermedad como la gripe. También tiende a aparecer y a desaparecer.

### Otros síntomas

**Trastornos del sueño:** dificultad al tratar de dormirse y a mantenerse dormidos, algunos sufren apnea del sueño.

**Anquilosamiento** matutino, después de permanecer sentado o de pie inmóvil durante largo tiempo.

**Cefaleas, dolor de cara, dolor en zona temporal (sienes) o detrás de los ojos y dolor y disfunción de la articulación temporo-mandibular.**

**Malestar abdominal:** dolor, meteorismo, estreñimiento y/o diarrea (colon irritable), disfagia (por alteración del m. liso del esófago).

**Problemas genito-urinarios:** aumento en la frecuencia o mayor urgencia en la micción. Dismenorrea, vestibulitis vulvar o vulvodinia caracterizadas por dolores en la región vulvar y dolores durante el coito.

**Parestesias** en manos o pies.

**Hipersensibilidad** a la temperatura, frío o calor. También fenómeno de Raynaud.

**Problemas en la piel:** prurito, sequedad o manchas, sensación de hinchazón en los dedos.

**Síntomas del tórax:** costocondralgia.

**Desequilibrio:** sind. Vertiginoso, confusión visual.

**Trastornos cognoscitivos,** dificultad en la concentración y pérdida de memoria.

**Sensación en las piernas:** S. de las piernas inquietas que se produce en un 31% de los pacientes o movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño.

**Hipersensibilidad ambiental** a la luz, ruidos, olores y cambio de tiempo.

**Depresión y ansiedad:** el SFM no es una forma de depresión ni de hipocondría, pueden ocurrir en la fibromialgia.

## SFM EN LA INFANCIA

El 28% de los casos de SFM ha comenzado en la edad pediátrica. Más frecuentemente en niñas y muy raramente en menores de cinco años. La edad de mayor frecuencia es entre los 13 y 15 años. Su prevalencia entre los escolares es de un 6%. Con frecuencia se asocia laxitud y fibromialgia elevando la prevalencia hasta un 40%. La aparición de fibromialgia suele coincidir con la aparición de una infección por Borrelia, VIH, o virus Epstein-Barr.

El diagnóstico se basa en los criterios utilizados en adultos y recogidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) 1990.

La clínica es dolor y cansancio en el 100% de los casos y trastornos del sueño en el 76%.

El pronóstico en la infancia es más favorable que en los adultos y mejora cuanto más precoz sea el diagnóstico. El tratamiento se basa en analgésicos simples, antiinflamatorios no esteroideos, ciclobenzapina y amitriptilina.

## DIAGNÓSTICO

Se basa en los criterios diagnósticos establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) en 1990.

a) Dolor crónico, generalizado, musculoesquelético y de una duración superior a tres meses en cada uno de los cuatro cuadrantes del cuerpo.

b) Ausencia de otra enfermedad sistémica (artritis reumatoide, lupus o enfermedad tiroidea).

c) Múltiples puntos sensibles al dolor en sitios característicos (fig. 1). Hay 18 puntos sensibles. Conforme a los requisitos del ACR para que un paciente se pueda considerar con SFM debe tener dolor en al menos 11 de los 18 puntos. Se deben aplicar aproximadamente 4 K de presión a un punto sensible y el paciente debe indicar que los sitios de los puntos sensibles son dolorosos.

Es imprescindible recabar en la historia clínica y en el examen físico, ya que la radiología y las pruebas de laboratorio son frecuentemente normales. Además es necesario establecer un diagnóstico diferencial ya que los síntomas son semejantes a otras enfermedades como: lupus sistémico, polimialgia reumática, miositis, polimiositis, daño neurológico en la diabetes, enfermedades tiroideas, tendinitis, bursitis o síndrome de fatiga crónica (SFC).

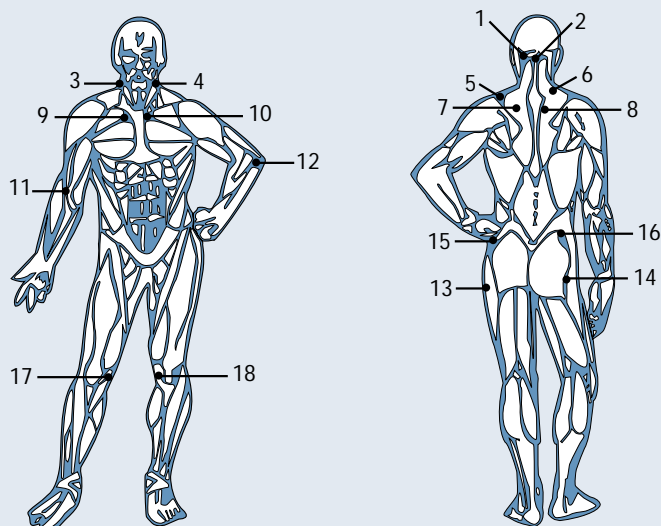


Figura. 1

- Occipucio (1 y 2)** Inserciones del m. Suboccipital
- Cervical Inferior (3 y 4)** Cara anterior de los espacios intertransversos de C5 y C7
- Trapezio (5 y 6)** Punto intermedio del borde superior Supraespinoso (7 y 8) Por encima del borde medial de la espina escapular
- Segunda costilla (9 y 10)** Segunda costilla, uniones costo condrales
- Epicondilo lateral (11 y 12)** A 2cm distálmente de los epicóndilos
- Trocánter Mayor (13 y 14)** Posterior a la prominencia trocantiriana
- Glúteo (15 y 16)** Cuadrantes supero externos de las nalgas
- Rodilla (17 y 18)** Bola adiposa medial, próximal a la línea de la articulación

El SFM no excluye la posibilidad de que esté presente otra patología, aunque la mayoría de los enfermos con SFM no desarrollan ninguna otra enfermedad.

La mayor confluencia existe entre SFM y SFC, sin embargo puede considerarse que ambos ocupan extremos opuestos de una línea ininterrumpida en la que se encuentran pacientes que presentan manifestaciones de ambos síndromes. En la mayor parte de ellos se distingue el síntoma predominante (fatiga o dolor).

## TRATAMIENTO

Según las conclusiones del IV Congreso de Reumatología de la Comunidad de Madrid (diciembre del 2000), el tratamiento de estos pacientes debe hacerse de forma multidisciplinar entre reumatólogos, atención primaria, psicólogos, rehabilitadores y fisioterapeutas.

Debido a que en la actualidad no existe cura, el tratamiento se enfoca en el manejo de los síntomas, como éstos varían de paciente a paciente también variarán sus formas de tratamiento.

### Tratamiento farmacológico

- 1.- **AMITRIPTILINA** (Tricíclico). Funciona en la deficiencia de serotonina, a dosis menores que en la depresión.
- 2.- **CICLOBENZAPRINA** (YURELAX<sup>®</sup>). Empleado como relajante muscular y útil en dolores y espasmos musculares.
- 3.- **Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina** (FLUOXETINA, PAROXETINA, y SERTRALINA) para el tratamiento de la depresión en estos pacientes.
- 4.- **Antiinflamatorios no esteroideos** (ASPIRINA<sup>®</sup> e IBUPROFENO) útiles en la disminución del dolor.
- 5.- **Analgésicos** (ACETAMINOFEN, CODEINA y TRAMADOL).
- 6.- **Benzodiazepinas** (DIAZEPAN, ALPRAZOLAN, LORAZEPAN y CLONAZEPAN). Para aliviar la ansiedad y los espas-

mos musculares. El CLONAZEPAN es particularmente útil en el síndrome de piernas inquietas.

- 7.- **Hipnóticos**, aunque no se usan en el SFM, en problemas graves de sueño puede utilizarse el TARTRATO DE ZOLPIDEN (es el menos adictivo).

### Tratamientos alternativos

#### Fisioterapia

- ▶ Masajes con ultrasonidos y/o uso de almohadillas calientes/frías, son útiles para calmar el dolor y aumentar el riego sanguíneo en los músculos tensos y doloridos, ayudan a eliminar acumulaciones tóxicas como ácido láctico y a volver a educar músculos y articulaciones que se han desajustado mecánicamente.
- ▶ Alivio miofascial, manipulación muy suave para aliviar las tensiones y la estrechez de los tejidos colectivos (fascias).
- ▶ Terapia de los puntos desencadenantes: aplicando presión constante hasta lograr desactivar dichos puntos.
- ▶ Terapia cráneo sacral.
- ▶ "Estimulador de punto fijo".
- ▶ Entrenamiento de la postura.
- ▶ Ejercicios aeróbicos.

#### Ejercicio físico

- ▶ Caminar, nadar, pedalear, práctica tranquila de deportes a los que se tenga afición, gimnasia para mejorar la capacidad de tolerancia al dolor, mejorar el humor y facilitar el sueño. Se debe comenzar poco a poco por medio de calentamiento y estiramientos durante 5 minutos, posteriormente la actividad principal durante 20 minutos y finalmente minoración del ritmo en los últimos 3 minutos.

#### Tratamiento psicológico

- ▶ Las estrategias de afrontamiento y los recursos cognitivos y sociales parecen tener un importante papel en el estado de salud de los enfermos con patologías reumáticas y dolor crónico.

► **Afrontamiento:** respuestas cognitivas y comportamentales que realiza una persona para cambiar o controlar las circunstancias estresantes de una situación y para reducir las emociones negativas que la acompañan.

► **Creencias de control:** *Locus de control* relación entre la conducta y sus resultados o consecuencias (personas con locus interno -mejora su salud- locus externo -los agentes externos le enferman-). *Expectativas de autoeficacia*, capacidad que uno tiene para llevar a cabo una conducta. Una persona con alta autoeficacia en relación al manejo del dolor, llevará a cabo conductas de afrontamiento adecuadas, con la consiguiente mejora en su adaptación y bienestar.

### Nutrición

► Suplementos de vitaminas antioxidantes (A, C y E) mejoran el estrés y apoyan el sistema inmunológico.

► Limitar el consumo de azúcar, cafeína y alcohol ya que son sustancias que irritan los músculos y son estresantes para el sistema inmune.

► Suplementos de magnesio. El magnesio activa a la vitamina B, interviene en la síntesis de proteínas, en la excitabilidad de los músculos y en la liberación de la energía. Se concentra en el corazón (en un nivel 18 veces mayor que en el torrente sanguíneo), hígado, cerebro y riñones, por lo que su déficit provoca gran variedad de síntomas y signos. Los estudios indican que una dosis de 600 mg/día producen una tremenda mejora en el número y severidad de los puntos sensibles. Las presentaciones comerciales son como cloruro, óxido, sulfato y gluconato de magnesio.

### Acupuntura

► El dolor y las náuseas son las entidades más satisfactoriamente tratables con esta técnica.

### Quiropráctica

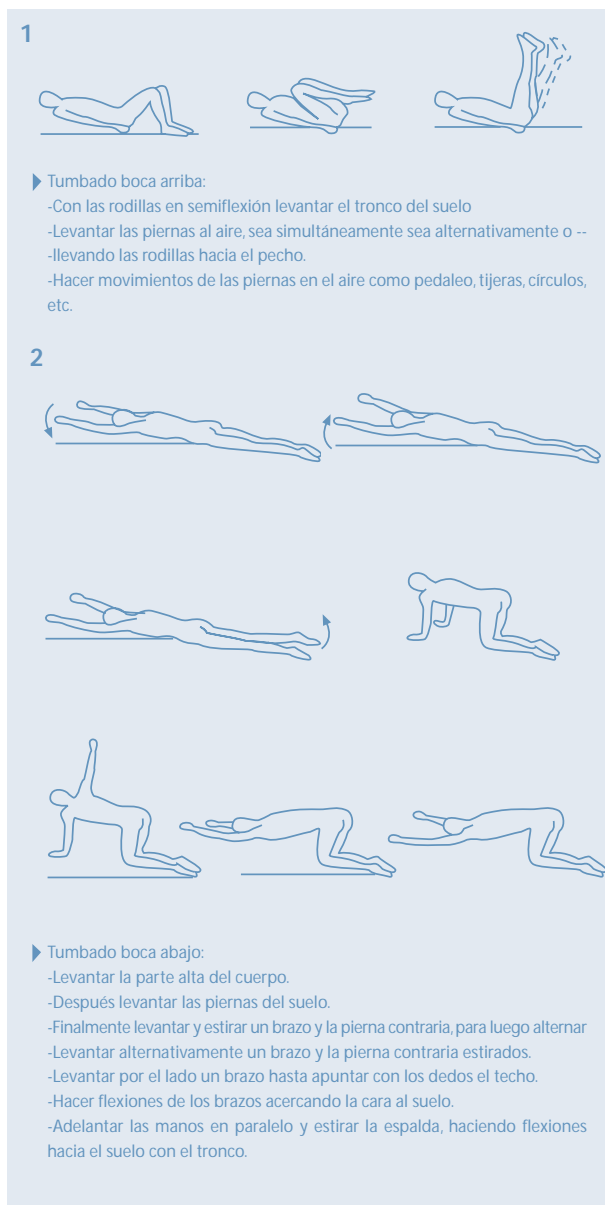
### Ozonoterapia

► Entre sus acciones destaca como, estimulador de la regeneración tisular, facilita la circulación periférica, flexibiliza la membrana de los hematíes, es desinfectante, potenciador y regulador del sistema inmune.

► Sus efectos beneficiosos son: analgésico, antiinflamatorio, y usado a dosis adecuadas no tiene ni toxicidad ni efectos secundarios.

► Sus formas de administración son: intraarticular, autohemoterapia ozonizada y subcutáneo, indicado en la fibromialgia (pequeñas dosis de oxígeno-ozono actuando sobre pequeñas conexiones nerviosas provocando una potente acción descontracturante y antiinflamatoria de la musculatura, también actúa en la regulación del sueño, mejora los estados depresivos y tiene una acción euforizante).

Ya hemos dicho que todos los ejercicios, actividades físicas y deportivas son útiles. De antemano no hay ejercicios mejores o peores que otros. Cada paciente debe intentar los suyos, evitando repetir aquellos gestos o posturas que identifique que le provocan dolor. De todos modos, por si se anima más fácilmente podemos recomendarle que repita de 5 a 10 veces los siguientes:



## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Klippel John. H., Dieppe Paul A. Rheumatology;1995.
- 2 Schumacher Ralph. Compendio de las enfermedades reumáticas; 1993.
- 3 Wolfe F, Aarflot T, Bruusgaard D, Henriksson G, Littlejohn G, Moldofski H, Raspe H y Vaeroy H. Fibromyalgia and disability: Report of the Moss Internacional Working Group on Medico-Legal Aspects of Chronic Widespread MusculoKetal Paint Complants and Fibriomyalgia. Scandinavian Journal of Rheumatology 1995; 24: 112-118.
- 4 Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett, Caro X, Goldenberg D, Russell y Yunus M. A prospective, longitudinal, multidenter study of service utilización and costs in fibromyalgia. Arthritis and Rheumatismo 1997; 40 (9): 1560-1570.
- 5 Health Status and Disease Severity in Fibriomyalgia: Results of a Six-Centre Longitudinal study. Arthritis and Rheumatismo 1997; 40 (9): 1571-1579.
- 6 Goldenberg, Mossey y Schmith. A model to assess severity and impact of fibromyalgia. Journal of Rheumatology, 1995; 22 (12): 2313-2317.
- 7 Pastor MA, Salas E, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Sánchez S, Pascual E (1993). Patients Beliefs about their lack of pain control in primary fibromyalgia syndrome. British Journal of Rheumatology, 32, 484-489.
- 8 Pastor MA, López S, García-Hurtado, J, García-Rodríguez J, Domich L, Salas E y Terol MC (1993). Pautas de sueño en enfermos con síndrome fibromialgia. Cuadernos de medicina psicosomática, 28/29, 6-11.
- 9 Pastor MA, López Roig S, Rodríguez Marín J (1995). Dolor crónico: Percepción y afrontamiento. Revisiones en salud pública, Vol. 4: 99-120.
- 10 Pastor MA, López Roig S, Rodríguez Marín J, Terol MC, Salas E y Sánchez S (1995). Percepción y demandas de información en enfermos reumáticos. En Conde Vieitez J y de Pedro A. Psicología comunitaria, Salud y Calidad de vida. Salamanca: Eudema. pp. 531-537.