

# Síndrome Fibromiálgico

Carlos Fuentealba P.

Servicio de Reumatología / Medicina Interna

Hospital San Borja-Arriarán

Profesor Agregado de Medicina Interna, Universidad de Chile

Síndrome Fibromiálgico (SF) es un síndrome de dolor musculoesquelético crónico de etiología desconocida, caracterizado por **dolor difuso, puntos dolorosos, fatigabilidad y disturbios del sueño**.

Prevalencia estimada = 2%-5%, relación mujer/hombre 8:1

Edad promedio pacientes: 30-60 años, pero puede presentarse en niños y adultos mayores.

Muchos pacientes pueden tener otra afección reumatológica (ej.: Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Sjögren).

## FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología de la fibromialgia es poco conocida. Existe respuesta dolorosa aumentada que puede ser resultado de alteraciones del eje neuroendocrino con disturbios posteriores del ánimo, sueño y percepción del dolor. Los estudios revelan que frecuentemente los pacientes tienen niveles séricos bajos de serotonina, hormona de crecimiento y cortisol; y concentraciones aumentadas de sustancia P en LCR. La sustancia P, regulada por serotonina, puede causar percepción exagerada de estímulos sensoriales normales.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Otros diagnósticos que se deben considerar:

- Hipotiroidismo
- Miopatías metabólicas e inducidas por drogas
- Polimialgia Reumática
- Enfermedad de Lyme
- Depresión
- Otras afecciones reumatológicas: AR, LES, SS, Espondiloartritis Anquilosante

## ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

El hecho cardinal del SF es dolor difuso de los tejidos blandos, frecuentemente descrito como quemante, intenso o terrible. El dolor puede localizarse en cuello, región dorsolumbar, tórax, brazos o piernas. Adicionalmente, las pacientes pueden quejarse de rigidez matinal, fatigabilidad, disturbios del sueño o cefaleas. Frecuentemente se asocia a síndrome de intestino irritable, depresión, cefaleas tensionales y desórdenes ansiosos.

El examen físico es normal, excepto la presencia de puntos dolorosos de músculos y tendones (Figura 1).

## FIBROMIALGIA

### Puntos dolorosos



1. Dolor occipital junto a la inserción de los músculos del dorso del cuello
2. Borde medio del cuerpo del trapecio superior
3. Inserción muscular del supraespinoso en el omóplato
4. Cara antero-lateral del cuello nivel C5-C7
5. Segunda costilla junto al borde esternal
6. Dolor de codo a 2 cm a distal del epicóndilo
7. Cuadrante superoexterno del glúteo
8. Por detrás del trocánter
9. Grasa de la cara medial de la rodilla

Figura 1.

## DIAGNOSTICO

**El diagnóstico de SF se hace clínicamente.** Los criterios de clasificación de SF del ACR 1990 definen a la fibromialgia como un síndrome de dolor difuso y sensibilidad en  $\geq 11/18$  sitios específicos de puntos dolorosos.<sup>1</sup>

Los exámenes de laboratorio y estudios radiológicos frecuentemente no son esclarecedores, pero son útiles para excluir otras enfermedades. Los exámenes iniciales deberían incluir hemograma, VHS, perfil bioquímico y estudios de función tiroidea. Se recomienda, por el número de falsos positivos, reservar la petición de factor reumatoide y anticuerpos antinucleares a los pacientes con sospecha clínica alta.

Los estudios radiológicos pueden solicitarse a aquellos con evidencia de artritis o radiculopatía.

Debe explorarse la posibilidad de depresión coexistente, que frecuentemente ocurre en cualquier paciente con dolor crónico.

## TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Se han investigado terapias farmacológicas y no farmacológicas en el manejo de SF. Las terapias farmacológicas de eficacia comprobada modifican el dolor y los patrones de sueño anormales. Son útiles relajantes musculares como ciclobenzaprina,<sup>2</sup> y analgésicos como paracetamol y tramadol.

AINE pueden usarse, pero debido a la ausencia de inflamación tisular, no son superiores al placebo en el tratamiento de pacientes con SF.

Las medicaciones que modifican los patrones del sueño promoviendo la etapa 4 del sueño y que proporcionan efectos analgésicos incluyen amitriptilina (10-50 mg oral al acostarse) y ciclobenzaprina (10-40 mg en dosis divididas).

El rol de los antidepresivos SSRI como fluoexetina, paroxetina, sertralina, etc., está emergiendo.<sup>3</sup>

Recientemente se han reportado resultados promisorios con duloxetina, un nuevo antidepresivo.<sup>4</sup>

La terapia no farmacológica del SF es el ejercicio. La actividad física ayuda a mantener la función en los pacientes. La meta es 20 minutos diarios de ejercicio aeróbico. La terapia cognitivo-conductual y el biofeedback combinado con relajación y ejercicios se han mostrado efectivos.

La buena relación médico-paciente, con visitas frecuentes, a menudo ayuda a los pacientes a manejar su enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160-72.
2. Bennett RM, Gatter RA, Campbell SM, et al. A comparison of cyclobenzaprine and placebo in the management of fibrositis. *Arthritis Rheum* 1988; 31:1535-1542.
3. Goldenberg DL. Treatment of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989; 15:61-7.
4. Arnold LM, et al. *Arthritis Rheum* 2004; 2974-2984.