

## FIBROMIALGIA

# FIBROMIALGIA

### COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE

MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DE GRUPOS DE TRABAJO DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

### AUTOR: JOSÉ LUIS CASALS SÁNCHEZ

GRUPO DE LOCOMOTOR. CENTRO DE SALUD DE LAS LAGUNAS. MIJAS-COSTA.

#### INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una entidad de etiología idiopática, pero además podemos considerar que son desconocidos los mecanismos patogénicos, carece de una anatomía patológica y no tiene un tratamiento preciso. En el momento actual constituye un cúmulo de incertidumbres.

En España se ha estimado la prevalencia en un 2,37 por ciento de la población mayor de 20 años (IC 95 por ciento 1,53-3,21 por ciento)<sup>1</sup>. De los mismos datos se desprende la existencia de diferencias significativas entre la población rural y la urbana, con una mayor prevalencia de fibromialgia en la población rural (4,1 por ciento frente a 1,7 por ciento), y de diversos factores asociados, siendo el más relevante el sexo femenino (razón hombre/mujer = 20/1).

Como se ha comentado no existe un tratamiento que se pueda considerar resolutivo, esto unido a una prevalencia elevada motiva que en las consultas de Atención Primaria la frecuentación de estas pacientes sea elevada.

#### CASO CLÍNICO

##### Antecedentes y exposición del problema

M. es una mujer de 58 años de edad, es una paciente "habitual" en la consulta de su médico de atención primaria, aunque hasta hace poco no entraría en la categoría de hiperfrecuentadora, casada y madre de dos hijos varones que empiezan a tener independencia eco-

nómica pero que aun viven en el hogar de los padres.

M. es una paciente conocida en la consulta, no sólo acude por molestias frecuentes (en la historia clínica, que recoge con bastante precisión los diferentes eventos desde hace cinco años, consta que es hipertensa y padece una dislipemia así como una intolerancia basal a la glucosa, también consta el diagnóstico de enfermedad depresiva desde hace cinco años y de problemas osteoarticulares, también desde hace cinco años, de infecciones del área ORL, gastroenteritis..., que llaman la atención sobre todo por ser de resolución lenta), también acude para las recetas y el control de la enfermedad de su marido (igualmente hipertenso y dislipémico), y las enfermedades intercurrentes (gripes, resfriados, gastroenteritis) de toda la familia.

Hoy acude a la consulta para recoger sus recetas y las de su marido, así como los resultados de los análisis que se hicieron antes de las navidades; la analítica de ella muestra un buen control de los factores de riesgo, la de él deja que desear y además encontramos una elevación persistente de la GGT. Cuando el médico ya está cerrando la consulta la paciente le muestra un recorte de una revista sobre la fibromialgia y le pregunta si conocemos esta enfermedad y si creemos que ella puede padecerla, porque después de haberla leído a ella le parece que la revista está hablando de ella.

El médico mira por encima el recorte de prensa, mientras revisa la historia informática previa de la paciente en lo referente a la patología de aparato locomotor, en casi todas las consultas ha existido dolor "osteomuscular" más o menos intenso, hay peticiones de radiografías informadas como "signos incipientes de artrosis", e historias de epicondilitis, contracturas musculares persistentes, es raro el año que no se ha hecho una derivación a Traumatología, pero el único diagnóstico en el informe del traumatólogo es "posible espondiloartrosis", por la epicondilitis también se derivó, pero ante lo prolongado de la lista de espera la paciente fue a un médico privado, tenemos constancia de que mejoró con infiltraciones, pero no hay informe; no acudió a la cita con el traumatólogo.

Del recorte destaca los siguientes adjetivos sobre la enfermedad: incurable, incapacitante, incomprensible. Marginalmente hace mención a la utilidad de la psicoterapia y del ejercicio físico en el tratamiento.

Cuando el médico levanta la vista del recorte (y del ordenador) tiene el convencimiento de que el diagnóstico de fibromialgia va a ser positivo.

### Actitud diagnóstica

Pese a la probabilidad inicial, es imprescindible realizar una exploración física dirigida para poder afirmar el diagnóstico. La paciente presentaba dolor la presión en 13 de los 18 puntos de presión (Figura 1), con lo cual se confirma el diagnóstico de fibromialgia.

### Actitud terapéutica

El médico le confirmó a la paciente el diagnóstico de fibromialgia, da a entender que no existe ninguna diferencia con cualquier otra enfermedad, que no tiene barreras para comprender la enfermedad, que efectivamente no existe un tratamiento que pueda considerarse como "cura" de la enfermedad, si bien lo mismo ocurre para muchas enfermedades crónicas como, por ejemplo, la hipertensión de la paciente, y que él procurará ayudarla a vivir con la enfermedad. Por el contrario, le explica a la paciente que no se trata de una enfermedad invalidante, y de que sí hay opciones de tratamiento.

El médico consideraba que la paciente no tenía cri-

terios de depresión, por lo que instauró tratamiento con amitriptilina a dosis bajas (25 mg/día) en toma única nocturna, y ciclobenzaprina 10 mg en desayuno y cena. Le explica a la paciente que no es un tratamiento curativo, pero que si ha demostrado ser eficaz (al menos a corto plazo) en el tratamiento de la fibromialgia.

Acuerda con la paciente que ésta vuelva en 4 semanas, y que en estas semanas la paciente planifique como dedicar unos 40 minutos al día a algún ejercicio aeróbica que la agrade. En la próxima cita el médico traerá el teléfono y la dirección de una asociación de pacientes con fibromialgia.

### DISCUSIÓN

Ante este caso, tomado de una consulta real de atención primaria con pocas modificaciones, caben algunas preguntas:

- 1) ¿Debería haberse hecho alguna prueba diagnóstica?
- 2) ¿Actúa correctamente el médico al establecer el diagnóstico?
- 3) ¿Existen otras pautas de tratamiento?

El diagnóstico de fibromialgia sólo requiere de criterios clínicos. En 1990 el ACR estableció los criterios que hoy aceptamos para su diagnóstico (Tabla 1)<sup>2</sup>.

Hay que recordar que la fibromialgia se considera primaria, si no co-existe con otra enfermedad reumatólogica, y secundaria si coexiste con enfermedades como artritis reumatoide o lupus. Sin embargo, el diagnóstico de fibromialgia no obliga a descartar otra enfermedad asociada.

No existen pruebas analíticas ni datos radiográficos para el diagnóstico. La realización del diagnóstico diferencial (Tabla 2) debe hacerse partiendo de los datos de la historia.

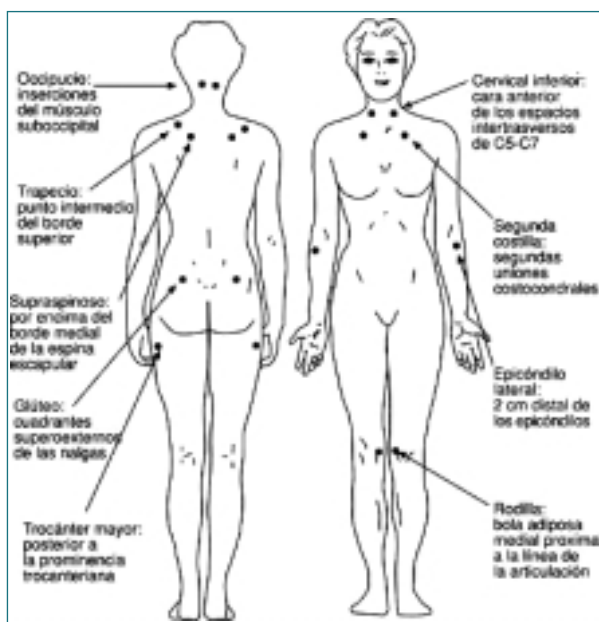


Figura 1. Diagnóstico de fibromialgia.

### TABLA 1. Criterios diagnósticos de fibromialgia

Dolor difuso (afectando a la mitad izquierda y derecha, y a la mitad inferior y superior del cuerpo), presente como mínimo 3 meses.

Dolor a la palpación en al menos 11 puntos gatillo, de los 18 posibles.

## FIBROMIALGIA

**TABLA 2. Entidades que deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la fibromialgia\***

Depresión.
Síndrome de fatiga crónica.
Infecciones virales (Epstein-Barr, VIH, hepatitis B y C).
Hiper e hipotiroidismo.
Coexistencia de varias formas de reumatismo de partes blandas, incluyendo dolor miofascial.
Otras enfermedades reumáticas: artritis reumatoide, lupus, dermatomiositis/polimiositis, polimialgia reumática.
Osteoporosis y osteomalacia.
Otras endocrinopatías: hipo e hiperparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal.
Enfermedad de Parkinson.
Enfermedad tumoral asociada.

\*Estas entidades pueden causar fibromialgia secundaria o asociarse a una fibromialgia primaria.

La situación de diagnosticar una enfermedad basándonos únicamente en criterios clínicos ocurre frecuentemente en el campo de las enfermedades psiquiátricas, así sin salirnos de este caso, la posibilidad de diagnosticar la existencia o no de un episodio depresivo mayor no requiere de otras pruebas diagnósticas, y si el diagnóstico fuera positivo, no tendríamos ninguna duda en que debemos comunicárselo a la paciente e informarles de las opciones terapéuticas disponibles, a

pesar de que, igualmente que en la fibromialgia, ninguna opción terapéutica ofrece la garantía absoluta de resolución del problema.

Es fundamental en el planteamiento terapéutico informar sin dramatizar ni menospreciar el diagnóstico o la evolución. Hay que afirmarse ante la paciente como su "agente de salud". La situación de enfermedad crónica, con pocas opciones curativas puede hacer que estas pacientes sean víctimas de curanderos u otras supercherías.

Las opciones que han demostrado ser eficaces a largo plazo en el control de los síntomas son la práctica de ejercicio aeróbico (no los estiramientos, aunque éstos pueden acompañar al ejercicio aeróbico, no deben ser la actividad física principal) y la terapia cognitivo-conductual. Es habitual encontrar dificultades para facilitar a las pacientes una psicoterapia adecuada, por el contrario, establecer la recomendación de ejercicio físico aeróbico e insistir en ella está al alcance del médico de atención primaria.

A día de hoy, los tratamientos que más consistentemente han demostrado ser mejores que el placebo en el tratamiento de la fibromialgia son la amitriptilina y la ciclobenzaprina<sup>3,4</sup>. La fluoxetina también ha demostrado ser eficaz en el tratamiento asociada a amitriptilina (más eficacia que la amitriptilina sola). Si no existen criterios para el diagnóstico de depresión mayor, las dosis de amitriptilina pueden ser bajas (en torno a 25 mg/día), mientras que si existe depresión asociada podemos utilizar dosis completas o asociar fluoxetina. También han demostrado ser útiles el tramadol y el alprazolam.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER: Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. 2001.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al: The American College of Rheumatology 1990 Criteria of the Classification of Fibromialgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160.
3. Fibromialgia. En url <http://www.fisterra.com> acceso el 20 de enero de 2006.
4. Fibromialgia. En url <http://www.X-Plain.com> (Medline Plus) acceso el 20 de enero de 2006.