

Fibromialgia:

Un síndrome de dolor distinto

Carmen Yolanda Pagán-Durán, MD

Especialista en Reumatología

Ex Presidente de la Asociación de Reumatólogos de Puerto Rico

dracarmenyolandapagan@gmail.com



Fibromialgia es el prototipo de un síndrome de dolor completamente distinto. El dolor no se debe a daño al tejido o a inflamación. Tampoco se debe a daño al sistema nervioso central. El dolor de fibromialgia probablemente se deba a una respuesta inadecuada o al malfuncionamiento del sistema nervioso.

Datos históricos:

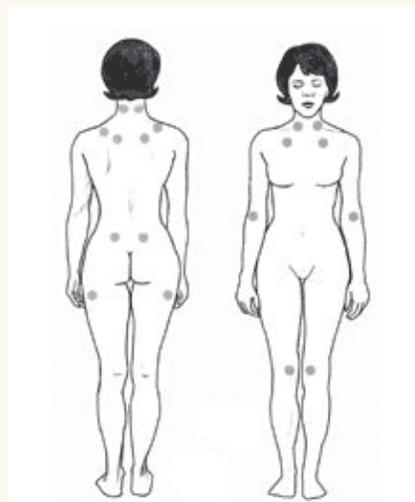
En 1904 Gowers acuñó el término “fibrositis” para describir una condición de dolor crónico musculoesquelético. Más adelante, en 1975, Moldofsky *et al.* Describieron disturbios en el patrón de sueño profundo y non-REM en pacientes con “fibrositis”, sugiriendo así una relación con el sistema nervioso central. Smyth y Moldofsky fueron de los primeros en proponer, en 1977, criterios diagnósticos para “fibrositis”. Pero no fue sino hasta 1990 cuando un comité de criterio multicéntrico del Colegio Americano de Reumatología adoptó el término “fibromialgia” debido a la ausencia de cambios inflamatorios musculares en estos pacientes.

Diagnóstico y características clínicas

Con el propósito de llevar a cabo estudios clínicos, el Colegio Americano de Reumatología estableció en 1990 criterios para fibromialgia:

- Debe haber **dolor generalizado** que se define como dolor en ambos lados del cuerpo, derecho e izquierdo, sobre y bajo el nivel de la cintura, y compromiso axial (columna espinal, torácica, parte anterior del pecho y espalda baja).
- Dicho dolor generalizado debe estar presente al menos por **tres meses**.
- Otro criterio son los denominados “puntos de gatillo” o **puntos de dolor a la palpación táctil**.

Se sugiere que se determinen 11 de 18 puntos positivos (aunque pueden ser menos). Dicha palpación se debe llevar a cabo aplicando fuerza con el dedo pulgar hasta que la uña blanquee o pierda su color natural, lo que equivale a 4 kg de peso. El paciente se debe quejar de dolor para que se considere positiva la prueba.



Puntos de dolor a la presión para diagnóstico de fibromialgia.

Las características clínicas de fibromialgia incluyen:

- Dolor generalizado;
- Sensibilidad a la palpación;
- Fatiga;
- Cansancio;
- Disturbios cognoscitivos;
- Rigidez matutina;
- Disturbios en el patrón de sueño;
- Síntomas previos de depresión y ansiedad; y
- Disfunción social y ocupacional.

Es frecuente la presencia de comorbilidades asociadas a la fibromialgia. La lista de condiciones médicas asociadas y su prevalencia incluyen: trastorno mayor del estado anímico o *major mood disorder* (73,1%), disturbios de ansiedad (55,6%), síndrome de fatiga crónica (21 a 80%), síndrome de colon irritable (32 a 80%), desorden temporo-mandibular (75%), dolores de cabeza tensionales y migrañosos (10 a 80%), cistitis intersticial (13 a 21%) y dolor crónico pélvico (18%).

Epidemiología

Se estima que la prevalencia de fibromialgia es de 2,0% en la población general de los Estados Unidos, afectando al 3,4% de las mujeres y al 0,5% de los hombres. Entre los pacientes de cuidado primario, ocurre en 2% a 6% y, entre los pacientes reumatológicos, entre 10% a 20%.

Patofisiología

Es posible que la sensitización del sistema nervioso central juegue un rol protagónico en el desarrollo de fibromialgia. La sensitización central amplifica impulsos nociceptivos y la amplificación es a su vez el resultado de la plasticidad de las sinapsis neuronales luego de experiencias de dolor. El aumento en la sensibilidad al dolor se puede manifestar como cambios en respuesta al dolor provocado (e.g. alodinia, hiperalgesia).

Se piensa que la sustancia P podría jugar un papel importante en hiperalgesia y se han encontrado niveles elevados de dicha sustancia en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con fibromialgia comparado con grupos control.

El dolor está asociado al aumento en la excitación y a la disminución en la inhibición de las vías ascendentes de dolor. Las vías descendentes modulan señales ascendentes y tanto la norepinefrina como la serotonina son neurotransmisores claves en la inhibición de dolor de estas vías. En fibromialgia hay evidencia de disfunción en ambos, serotonina y norepinefrina.

Factores de riesgo

Factores genéticos podrían estar involucrados en la etiología de fibromialgia y en la sensibilidad al dolor (OR es 8,5 para parientes de primer orden). Factores ambientales también podrían jugar un rol importante.

El estrés parece ser otro factor de riesgo para fibromialgia. Algunos estudios han demostrado que pacientes con la condición tienen mayor número de eventos negativos y estresantes a lo largo de su vida que los del grupo control.

Tratamiento

Hay tres medicamentos aprobados por FDA para el tratamiento de fibromialgia: duloxetine, milnacipran y pregabalina. Existen otros tratamientos que han demostrado eficacia (no aprobados por FDA) que incluyen medicamentos cíclicos (ciclobenzaprine, anti-depresivos tricíclicos), gabapentin y otros. Tratamientos no farmacológicos incluyen: ejercicio aeróbico y acuático, terapia de la conducta y acupuntura. No hay una única manera particular de tratar exitosamente esta condición. Más bien, la intervención multidisciplinaria y la combinación de fármacos y ejercicios podrían ser de beneficio.

Conclusion

Fibromialgia es un síndrome de dolor diferente en el cual se observa en los pacientes una sensibilidad aumentada que sugiere ser el resultado de una respuesta inadecuada o mal funcionamiento del sistema nervioso central. Esta condición suele afectar con mayor frecuencia a las mujeres (en proporción de 9 a 1). Entre los posibles factores de riesgo, se encuentran factores genéticos, ambientales y eventos negativos o estresantes. El tratamiento adecuado requiere de una intervención multidisciplinaria y la combinación de fármacos y ejercicio. 

