

Fibromialgia

E. Thomas, L. Missounga, F. Blotman

La fibromialgia se caracteriza por la presencia de dolores difusos y crónicos de predominio axial, que afectan sobre todo a mujeres de mediana edad. Estos dolores pueden combinarse de distintas maneras con fatiga, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, trastornos cognitivos, colopatía funcional y trastornos vasomotores. El diagnóstico se apoya en la asociación de dos elementos: algias difusas de más de 3 meses de duración y dolor durante la palpación en al menos 11 de los 18 puntos identificados por Yunus. No se conoce bien la etiología de la fibromialgia, pero la hipótesis más aceptada en la actualidad se basa en un posible trastorno de la modulación central del dolor. El tratamiento, siempre difícil, se realiza asociando fármacos (más en concreto, antidepresivos tricíclicos y no tricíclicos) con técnicas de rehabilitación y de relajación. Otras medidas imprescindibles son la información al paciente y sus allegados, la vinculación con las asociaciones de enfermos y la adaptación del lugar de trabajo.

© 2006 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Fibromialgia; Dolor; Sueño; Antidepresivos; Relajación; Reeducción

Plan

■ Introducción	1
■ Diagnóstico clínico	1
Otros síntomas	2
Trastornos del sueño	2
Ansiedad y depresión	2
Fatiga muscular	2
Trastornos cognitivos	2
Síndrome de colon irritable	2
Disautonomía	3
■ Diagnóstico diferencial	3
■ Fisiopatología	3
Otras hipótesis	3
■ Tratamiento	3
Información al paciente	3
Medicamentos	3
Antidepresivos	3
Sedantes	4
Antiinflamatorios	5
Analgésicos	5
Otros analgésicos	5
Diversos fármacos	5
■ Tratamientos no medicamentosos	6
Masajes y fisioterapia	6
Balneoterapia	6
Reprogramación neuromuscular y cardiovascular	6
Relajación	6
Acupuntura	6

■ Medidas medicosociales	6
■ Asociaciones de enfermos	6
■ Conclusión	6

■ Introducción

Dentro de la abundante población poliálgica que acude a la consulta reumatológica, hace algo más de veinte años, se identificó un cuadro nosológico muy significativo: el de las personas que padecen dolores «en todas partes desde siempre». Los cambios del nombre atribuido a este trastorno demuestran lo incierto de su patogenia: se denominó de forma sucesiva fibrositis, polientesopatía, síndrome poliálgico idiopático difuso y, por último, fibromialgia (FM), término preferido en la actualidad.

■ Diagnóstico clínico

La FM afecta a alrededor de un 1% de la población general, pero en la consulta reumatológica representa un 8-10% de los nuevos diagnósticos. Tres de cada cuatro casos afectan mujeres, y el 75% de éstas tiene entre 25-55 años^[1]. El principal motivo de consulta es un dolor difuso o local. En las formas difusas, los dolores suelen predominar a nivel axial (región cervico-escapular y lumboglútea). En las formas locales predominan las raquialgias. El frío, la fatiga y el estrés actúan como factores agravantes. La fatiga muscular, que es frecuente, se asocia a una sensación de «anudamiento»

Cuadro I.

Criterios diagnósticos de fibromialgia según el American College of Rheumatology.

1. Historia de dolor difuso de más de 3 meses de evolución Y
2. Once puntos dolorosos por palpación de 18 localizaciones posibles
 - occipucio;
 - columna cervical baja;
 - trapecio;
 - músculo supraespinoso;
 - 2.º cartílago condrocostal;
 - nalga;
 - epicóndilo;
 - trocánter mayor;
 - rodilla.

Sensibilidad: 88,4%, especificidad: 81,1%.



Figura 1. Puntos dolorosos a la palpación en 18 zonas posibles: 1. occipucio; 2. columna cervical baja; 3. trapecio; 4. músculo supraespinoso; 5. 2.º cartílago condrocostal; 6. nalga; 7. epicóndilo; 8. trocánter mayor; 9. rodilla. Sensibilidad: 88,4%, especificidad: 81,1%.

de los músculos. El enfermo suele referir sensaciones de hinchazón, parestesias o trastornos vasomotores en las extremidades. Ejerciendo presión en las inserciones tendinosas siempre se detectan puntos dolorosos. En 1990, el American College of Rheumatology (ACR) validó una lista de criterios diagnósticos (Cuadro I) (Fig. 1). El examen de las demás estructuras (articulaciones, piezas óseas, masas musculares) no revela anomalías. En cambio, suelen encontrarse otros signos funcionales asociados al dolor, que refuerzan mucho la hipótesis diagnóstica.

Otros síntomas

Los autores consideran que, además del dolor espontáneo o provocado por la palpación de los puntos de Yunus [2], en la FM existen determinados signos funcionales (trastornos del sueño, fatiga muscular, ansiedad y

depresión, trastornos cognitivos, síndrome de colon irritable, trastornos vasomotores) muy significativos para consolidar el diagnóstico y comprender la patogenia de dicha alteración [3]. Sin embargo, hasta ahora no figuran en absoluto entre los criterios diagnósticos del ACR [4].

Trastornos del sueño

Sólo un 25% de los enfermos se queja de manera espontánea de trastornos del sueño, pero casi todos lo califican de liviano, fragmentado y poco reparador, y refieren un despertar difícil. Algunos enfermos, caracterizados por su alta puntuación en la escala de dolor y de fatiga, y por presentar más puntos dolorosos a la presión, también padecen un síndrome de apnea del sueño que puede acompañarse de somnolencia diurna. Estas anomalías cualitativas del sueño podrían explicar determinados síntomas, como la astenia y los dolores musculares. No obstante, las anomalías de la arquitectura del sueño no son específicas de la FM, ya que se observan en diversas enfermedades psiquiátricas u orgánicas, e incluso en un 15% de las personas sanas [5].

Ansiedad y depresión

Más de la mitad de los casos de FM presentan antecedentes de depresión. Este porcentaje es muy superior al observado en la población general, y también al referido en otros trastornos crónicos del aparato locomotor, como la poliartritis reumatoide. Los análisis utilizados en psiquiatría, como la determinación de la dexametasona y la del cortisol urinario, suelen estar perturbadas en la depresión mayor, pero resultan normales en la FM, lo que descarta la hipótesis de un mecanismo común a ambos trastornos. Los episodios depresivos que se suceden a lo largo de la FM no parecen guardar relación con la gravedad de la misma, sino con el hecho de que algunos enfermos son más conscientes de su minusvalía y su aislamiento social.

Fatiga muscular

Más de la mitad de los enfermos de FM se quejan de intensa fatiga muscular. Buena parte de la minusvalía funcional de la FM se explica por la asociación fatigadolorosa. La incapacidad funcional evaluada mediante el HAQ (*Health Assessment Questionnaire functional disability index*) es tan intensa en la FM como en la poliartritis reumatoide.

Trastornos cognitivos

Numerosos enfermos de FM padecen trastornos de la memoria de fijación, y en algunos de ellos se encuentra alterada la velocidad de tratamiento de las informaciones. Estas anomalías se correlacionan con la intensidad del dolor, la ansiedad y las anomalías del primer estadio del sueño, pero no con la depresión. El vocabulario de los enfermos de FM presenta un déficit significativo en comparación con el de personas sanas pero de mayor edad (media de 20 años más).

Síndrome de colon irritable

Un tercio de las personas con síndrome de colon irritable (SCI) responden a los criterios de FM. A la inversa, un tercio de los enfermos de FM describen asimismo síntomas compatibles con el diagnóstico de SCI. Ambos trastornos podrían tener mecanismos fisiopatológicos comunes, ya que comparten el estado de hipervigilancia y una hiperalgnesia. Además, la sensibilidad visceral del SCI dependería de anomalías del transporte de la serotonina, neuromediador que también se encuentra muy involucrado en la FM (cf. infra).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617182>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617182>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)