



Fibromialgia

F. Laroche

La fibromialgia es frecuente y afecta sobre todo a las mujeres. Este síndrome está incluido en los trastornos somatomorfos. Los dolores, muy reales, son crónicos (superiores a 3 meses de evolución), difusos, de tipo muscular, tendinoso, articular. Se asocian a otros numerosos síntomas como, en primer lugar, la fatiga y las alteraciones del sueño, pero también se observan parestesias distales, cefaleas tensionales, alteraciones funcionales intestinales, síntomas genitourinarios, dolor de la articulación temporomandibular, etc. La existencia misma de la fibromialgia es objeto de controversias. Sin embargo, los síntomas son fácilmente reconocibles en la práctica y no se trata de un diagnóstico de exclusión. Con el fin de evitar errores diagnósticos muy frecuentes, se han perfeccionado los criterios diagnósticos en 2010, lo que permitirá detectar mejor los síntomas y sus consecuencias, a veces importantes. Se asocian con mucha frecuencia comorbilidades psicológicas y cognitivas como los trastornos ansiosos, la depresión, el catastrofismo, la hiperatención, los trastornos de concentración y memoria. La hipótesis fisiopatológica más aceptada es la de una sensibilización del sistema nervioso central que aparece en un contexto propicio que puede asociarse, en grado variable, a factores genéticos, hormonales y/o psicológicos. Distintos tratamientos farmacológicos psicótropos (antiepilépticos y antidepressivos) han demostrado su eficacia y han conseguido su autorización de comercialización para la indicación de fibromialgia fuera de Europa. Están disponibles recomendaciones internacionales y existe un consenso en relación con el tratamiento que debe ser multimodal y requiere tratamientos farmacológicos de acción central, asociados a tratamientos psicofísicos y educativos. Por lo general, en la práctica es imposible alcanzar el objetivo dolor cero.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Fibromialgia; Reconocimiento médico; Detección precoz de la fibromialgia; Diagnóstico de la fibromialgia; Valoración de la fibromialgia; Tratamiento multimodal y multidisciplinario de la fibromialgia

Plan

<ul style="list-style-type: none"> ■ Introducción 2 ■ Detección precoz clínica 2 ■ Diagnóstico clínico 2 <ul style="list-style-type: none"> Antiguos criterios clínicos del American College of Rheumatology 1990 2 Criterios clínicos del American College of Rheumatology 2010 modificados 2 Formas clínicas 2 Enfermedades somáticas asociadas y diagnósticos diferenciales 2 Enfermedades psiquiátricas asociadas 3 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración de la fibromialgia 3 ■ Fisiopatología 3 <ul style="list-style-type: none"> Factores de riesgo 3 Disfunción central 3 Disfunción neuroendocrinológica 3 Predisposición genética 4 Hipótesis psicológica, cognitiva y conductual 4 ■ Aspectos generales del tratamiento de la fibromialgia 4 <ul style="list-style-type: none"> Entrevista inicial 4 Decisión médica compartida 5 Ayuda al cambio 5 ■ Tratamientos farmacológicos de la fibromialgia 5 <ul style="list-style-type: none"> Tratamientos analgésicos clásicos 5 Tratamientos psicótropos 5
---	---

■ Tratamientos no farmacológicos de la fibromialgia	5
Enfoques multimodales y multidisciplinarios	5
Terapias cognitivo-conductuales	5
Acceptance commitment therapy (ACT) o relajación y meditación	6
Ejercicios físicos	6
Terapias complementarias	6
Estimulación transcraneal	6
Consultas telefónicas o por internet	6
Discusión	6
■ Recomendaciones	6
■ Conclusión	6

■ Introducción

En Francia, la prevalencia de la fibromialgia sería del 1,6% según el estudio Determination of Epidemiology of Fibromyalgia (DEFI) realizado en 2009 y publicado en 2011 por Perrot [1]. La fibromialgia afecta 7-10 veces más a las mujeres que a los varones [2,3]. Se trata de la enfermedad dolorosa crónica difusa más frecuente. Puede incluirse en la categoría de los trastornos somatomorfos, alteraciones funcionales o «síntomas médicamente inexplicables», del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V). Son frecuentes los síntomas asociados (cefaleas tensionales, síndrome del colon irritable, dolor de la articulación temporomandibular, etc.), así como las comorbilidades ansioso-depresivas y cognitivas. El tiempo para el diagnóstico ha sido estimado en 5 años en 2011 por la National Pain Foundation [4].

Se revisó la definición en 2010, fundamentalmente con la creación de subgrupos de pacientes, en función de su gravedad y de sus estrategias de gestión de los síntomas. La hipótesis fisiopatológica más aceptada en la actualidad es la de una disfunción del sistema nervioso central de causas múltiples. Sin embargo, numerosos estudios analizan también otros aspectos como los genéticos y hormonales.

El desarrollo de la investigación clínica es importante en la terapéutica. Cada vez se evalúan más los tratamientos no farmacológicos, en particular la psicoeducación, con resultados aceptables. Se dispone de diferentes recomendaciones internacionales.

■ Detección precoz clínica

En 2010, el equipo francés del profesor Perrot desarrolló una herramienta práctica de detección precoz de la fibromialgia, la Fibromyalgia Rapid Screening Tool (FiRST) [5]. Se trata de un autocuestionario sencillo de seis preguntas. La positividad de cinco de los seis ítems permite detectar precozmente una fibromialgia en pacientes con dolores difusos de más de 3 meses, con una sensibilidad y una especificidad cercanas al 90%.

Este cuestionario puede emplearse con rapidez en medicina general, con el fin de evitar retrasos y errores diagnósticos y permitir iniciar un tratamiento.

■ Diagnóstico clínico

El diagnóstico es ante todo clínico. En la anamnesis, los pacientes refieren dolores constantes, descritos en general como intensos, que evolucionan de forma intermitente. Pueden ser migratorios con períodos de crisis dolorosas o permanentes. Además, los pacientes refieren astenia en el 80% de los casos, alteraciones del sueño (75%), rigidez matutina (80%), migrañas o cefaleas tensionales (50%), trastornos digestivos funcionales (30%), más raramente síndrome de Raynaud, parestesias distales, acúfenos, dismenorreas y/o incontinencia vesical [6-11]. Los síntomas

suelen ser variables de un paciente a otro. La exploración física (reumatológica y neurológica) es normal aunque a veces no es sencilla de realizar por una alodinia difusa. Las pruebas complementarias sólo sirven para descartar enfermedades asociadas o diagnósticos diferenciales [3]. Expertos internacionales, fundamentalmente de la American Pain Society (APS), recomiendan realizar una analítica mínima [2,3,6,12,13], esencialmente con un hemograma con plaquetas, búsqueda de un síndrome inflamatorio y determinación de hormonas tiroideas, a la cual se puede añadir la fosfatemia. Se recomienda determinar los anticuerpos antinucleares, el factor reumatoide, el hierro y la vitamina D en función de la orientación clínica [6]. En la fibromialgia aislada, no presentan interés alguno las pruebas de imagen.

Antiguos criterios clínicos del American College of Rheumatology 1990



Estos criterios ya no son adecuados; son criterios de clasificación y no criterios diagnósticos.

Criterios clínicos del American College of Rheumatology 2010 modificados

En 2010, Wolfe perfeccionó los criterios del American College of Rheumatology (ACR) 1990: eliminó los famosos puntos dolorosos a la palpación en la exploración física e incluyó los numerosos síntomas funcionales descritos por los pacientes. Los nuevos criterios 2010 incluyen dolores difusos de más de 3 meses de evolución no justificados por otra enfermedad, las zonas dolorosas descritas por los pacientes (sin los puntos de la exploración física) y una puntuación de gravedad (incluidos síntomas físicos, despertar difícil, trastornos cognitivos, fatiga, trastornos del sueño y del estado de ánimo) [8,9]. La puntuación global propuesta corresponde a los puntos dolorosos de la anamnesis: al menos de tres a seis con una puntuación de gravedad superior o igual a 9, o al menos siete puntos dolorosos y una puntuación de gravedad superior o igual a 5. Permite ponderar la gran importancia acordada a los puntos de la exploración física en los criterios de 1990 e integrar los demás síntomas. Esta revisión permite por lo tanto explorar a los pacientes de forma mucho más global y bajo la perspectiva de los síntomas somáticos, funcionales, cognitivos y emocionales [2,6,8-11]. Orienta también la evaluación hacia los «estresantes» a la búsqueda de posibles factores desencadenantes (infección, traumatismo físico, estrés, etc.), dolores iatrogénicos y mal uso de los fármacos [2,6,8,9].

Formas clínicas

La fibromialgia se presenta bajo varias formas clínicas. Algunas fibromialgias aparecen muy pronto desde la infancia y otras más tarde, en la menopausia. Existen formas de inicio progresivo, de inicio brusco tras un estrés psicológico, un accidente, en el transcurso de una enfermedad aguda o tras un síndrome doloroso localizado, por ejemplo (raquialgias, síndromes miofasciales regionales, etc.) [2,6]. Algunas formas son también más graves y responsables de una mayor discapacidad.

Estos subgrupos presentan probablemente distintas características fisiopatológicas con respuestas variables a los tratamientos. Parece por lo tanto necesario identificarlos con el fin de proponer tratamientos adaptados [2,14-16].

Enfermedades somáticas asociadas y diagnósticos diferenciales

La fibromialgia puede coincidir con enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide (AR), la espondilitis

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349149>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349149>

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