

341/42 - DE CÓMO RETIRAMOS LOS OPIOIDES EN PACIENTE CON FIBROMIALGIA Y SOBREVIVIMOS PARA CONTARLO.

P. Clavero Cereceda.

Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Algeciras.

Resumen

Descripción del caso: Presentamos a una paciente de 56 años que es nueva en nuestro cupo, con diagnóstico de fibromialgia por parte de Reumatología y mal control de su enfermedad a pesar de tratamiento con opioides mayores a dosis crecientes. En una escala visual analógica del dolor (EVA) señala 7/10. A destacar entre sus comorbilidades la hipertensión arterial, dislipemia, síndrome de apnea-hipopnea del sueño, obesidad grado 2 y trastorno depresivo persistente. Es fumadora de un paquete de cigarrillos al día y su estilo de vida es sedentario, no realiza ningún ejercicio físico de manera regular. En la primera visita, nos manifiesta su importante malestar debido a los continuos dolores generalizados que padece a pesar de haber probado ya múltiples tratamientos farmacológicos. Nos comenta que lo último que le había recetado su anterior médico era “algún derivado de la morfina” y que, a pesar de estar ya con dosis de 150mg cada 12 horas, no nota mejoría. Toma ibuprofeno casi a diario y cuando tiene una “crisis de las fuertes” le tienen que inyectar un metamizol intramuscular en Urgencias. Tras obtener estos alarmantes datos en su anamnesis, decidimos comenzar un nuevo plan terapéutico a largo plazo con el objetivo de controlar el dolor y los síntomas asociados a su enfermedad y conseguir la retirada de los opioides.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, presenta dolor musculoesquelético generalizado e hiperalgesia. En este caso la paciente ya se había realizado pruebas complementarias para descartar otras posibles patologías al haber sido valorada previamente por el Servicio de Reumatología.

Juicio clínico: Paciente con fibromialgia y múltiples comorbilidades que presenta mal control de su enfermedad e inicio de fenómeno de tolerancia a opioides mayores.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades autoinmunes como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, artropatía psoriásica, espondilitis anquilosante, polimiositis, polimialgia reumática; enfermedades malignas como mieloma múltiple, metástasis óseas; enfermedades neuromusculares como esclerosis múltiple, miastenia, neuropatías; alteraciones endocrinas como hiperparatiroidismo, osteomalacia, hipotiroidismo.

Comentario final: Tras varios meses de terapia farmacológica y no farmacológica con nuestra paciente y un seguimiento regular, conseguimos una puntuación de 3-4/10 en la EVA y una retirada completa de los opioides. Terapia basada en el uso de duloxetina y pregabalina, ejercicio físico adaptado, terapia cognitivo-conductual y pérdida de peso.

Bibliografía

-Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M, et al. National Fibromyalgia Guideline Advisory Panel. 2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: Executive summary. *Pain Res Manag.* 2013; 18: 119-26.

-Ablin J, Fitzcharles MA, Buskila D, Shir Y, Sommer C, & Hauser, W. Treatment of fibromyalgia syndrome: Recommendations of recent evidence-based interdisciplinary guidelines with special emphasis on complementary and alternative therapies.. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013; 2013: 485272 doi: [10.1155/2013/485272](https://doi.org/10.1155/2013/485272)