

Fibromialgia

Tratamiento paliativo

■ EQUIPO DE REDACCIÓN

Este artículo constituye una breve puesta al día sobre la clínica y la farmacoterapia de la fibromialgia, un síndrome complejo que podría afectar en España a más de un millón de personas, según algunas estimaciones.

La fibromialgia (también denominada fibrositis o fibromiositis) es una enfermedad reumática crónica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado y fatiga. El término fibromialgia (FM) alude al dolor en los músculos, ligamentos y tendones, esto es, las partes fibrosas del cuerpo.

INCIDENCIA

La FM es más frecuente de lo que cabría suponer: se estima que la padece entre el 1 y el 3% de la población, lo que en nuestro país equivale a 400.000-1.200.000 personas. La incidencia de esta enfermedad es más alta en mujeres (3,5%) que en hombres (0,4%) y la sintomatología también es más intensa en el género femenino. Las primeras manifestaciones de este trastorno suelen producirse en personas con edades comprendidas entre 20 y 60 años. Alrededor de los 35 años alcanza su punto máximo por lo que respecta a las manifestaciones agudas.

TRASTORNOS ASOCIADOS A LA FIBROMIALGIA

Este síndrome de causa incierta puede englobar diversos trastornos:



Dolor

El dolor provocado por la FM no es limitado. Los afectados suelen describirlo como fuertes molestias musculares, quemazón, palpitaciones y/o pinchazos. A menudo, el dolor y el agarrotamiento son mayores por la mañana y afectan especialmente a los grupos de músculos que se usan de forma repetitiva.

Fatiga

Este síntoma puede ser moderado en algunos pacientes y en cambio incapacitar totalmente a otros. Los afectados suelen describirla como una «fatiga mental» que provoca una sensación de pérdida de energía. Muchos pacientes dicen sentir como si sus brazos y piernas estuvieran atados a bloques de cemento y tienen dificultades para concentrarse.

Trastornos del sueño

La mayoría de los pacientes que sufren FM presentan asociado un trastorno del sueño llamado anomalía alfa-EEG. Esta característica pudo constatarse en un laboratorio del sueño con la ayuda de un equipo que registraba la actividad mental de los pacientes mientras dormían. Los investigadores observaron que los pacientes con síndrome de FM alcanzaban el sueño sin grandes problemas, pero su sueño de nivel profundo (o de fase 4) era interrumpido constantemente por ráfagas de actividad mental equivalente a la vigilia. Aparentemente, los pacientes pasaban la noche medio dormidos y medio despiertos. A muchos afectados de FM se les detecta también otros trastornos del sueño, como mioclonía nocturna (síndrome de las piernas inquietas) o bruxismo (rechinar de dientes). El patrón de sueño de los pacientes con depresión clínica es significativamente diferente del asociado a los pacientes de FM.

Cefaleas

En alrededor del 50% de los casos de pacientes de FM se han detectado migrañas recurrentes o cefaleas tensionales continuas.

Disfunción temporomandibular

El síndrome de la disfunción temporomandibular (DTM) provoca unos dolores muy intensos en la cara y la cabeza de un 25% de los pacientes de FM. Sin embargo, un informe de 1997 indica que hasta un 90% de los afectados por esta enfermedad podría sufrir una distensión facial y mandibular susceptible de producir, al menos de forma intermitente, síntomas de DTM.

Síndrome del intestino irritable

Entre el 40 y el 70% de los pacientes con FM presentan el síndrome del

intestino irritable, con síntomas tales como estreñimiento alternado con diarrea, dolor abdominal, gases y náuseas.

Síndrome de la sensibilidad química múltiple

La sensibilidad a olores, ruidos, luces brillantes, medicamentos y diversos alimentos es común en cerca de un 50% de los pacientes de FM.

Otros síntomas habituales

La menstruación dolorosa (dismenoreya), el dolor torácico, el agarrotamiento matutino, el deterioro cognitivo o de la memoria, las sensaciones de entumecimiento y hormigueo, la sequedad de ojos y boca, los mareos y la mala coordinación pueden ser otros problemas habituales.

ETIOLOGÍA

Las causas de la FM varían en función de si ésta es de tipo primario (la más frecuente) o secundario.

Causas de la fibromialgia primaria

Aunque algunos factores como el trauma físico o emocional, o las infecciones víricas como el virus de Epstein-Barr, pueden actuar como desencadenantes del inicio de la enfermedad, no se ha podido demostrar que sean los verdaderos elementos causales de la FM primaria. De hecho, la causa o causas de la FM primaria o idiopática son desconocidas. Son muchos los expertos que opinan que, en realidad, la FM primaria no es tal enfermedad sino una alteración disfuncional causada por un conjunto de respuestas biológicas al estrés en personas que, por sus experiencias personales negativas o debido a factores genéticos, son más susceptibles a este estrés. Estudios recientes parecen demostrar que la disminución del umbral del dolor experimentada por los pacientes con FM puede estar asociada a cambios en el proceso de percepción del dolor por el organismo. La causa de este fenómeno sigue siendo desconocida.

Factores que influyen en el desarrollo de la FM primaria

Entre los factores que pueden condicionar el desarrollo de la enfermedad se cuentan los siguientes:

- Factores genéticos.
- Trastorno crónico del sueño.
- Autoinmunidad. La FM presenta similitudes con una serie de alteraciones reumáticas autoinmunes, como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico.
- Trastorno por estrés postraumático. Algunos estudios al respecto han revelado que en pacientes de género

femenino con FM la incidencia de abuso sexual y físico es mayor que en la población en general.

– Anormalidades cerebrales. Algunos estudios sobre la actividad hormonal, metabólica y química cerebral en pacientes con FM han detectado ciertas anomalías.

– Hipervigilancia. Se baraja una hipótesis según la cual algunos factores o una combinación de factores, como la susceptibilidad genética, las anomalías biológicas, los trastornos crónicos del sueño o los traumas psicológicos causan hipervigilancia generalizada, un estado de amplificación de la sensibilidad. Las personas con esta alteración son hipersensibles a los estímulos externos y quedan «ancladas» en una sensación permanente de dolor.

– Anormalidades de las células musculares. La mayoría de los estudios actuales se inclina por afirmar que la causa más probable de la FM se halla en determinadas anomalías en el sistema nervioso o inmunológico, y no tanto en los músculos, como se pensó inicialmente.

Causas de la fibromialgia secundaria

Hay alteraciones específicas, como lesiones musculoesqueléticas, espondilitis anquilosante o cirugía que pueden constituir la causa de la FM secundaria. Un estudio concluyó que la FM secundaria se había desarrollado en más del 20% de los pacientes con lesiones en el cuello.

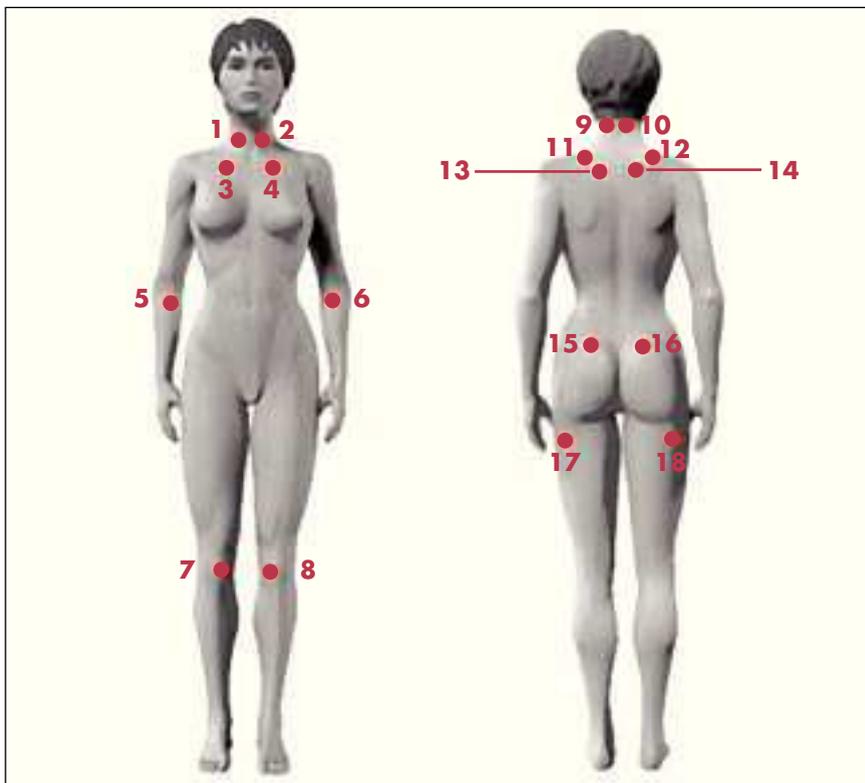
Factores agravantes o desencadenantes

Los pacientes que padecen FM suelen ver agravada su enfermedad o precipitado un episodio de la misma por factores como los cambios de temperatura, los entornos fríos o ventosos, las fluctuaciones hormonales (estados premenstruales y de menopausia), el estrés, la depresión, la ansiedad y el sobre esfuerzo.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la FM se basa en la aplicación de una serie de criterios de evaluación de síntomas elaborados por el American College of Rheumatology que, aunque resultan útiles, no tienen una fiabilidad absoluta y no detectan aproximadamente un 10% de los casos. Estos criterios fueron desarrollados con el objetivo de permitir a los investigadores estudiar a pacientes que presentaban síntomas parecidos y se basan en el estudio de áreas específicas del cuerpo que, al ser presionadas, pueden provocar un dolor intenso en el paciente. Las «áreas de alarma» o

Fig. 1. Puntos dolorosos para el diagnóstico de fibromialgia



«puntos gatillo» principales son los siguientes:

- El área izquierda o derecha de la parte posterior del cuello, directamente debajo de la línea del pelo.
- El área derecha o izquierda de la cara anterior del cuello, por encima de la clavícula.
- El lado derecho o izquierdo del pecho, justo debajo de la clavícula.
- El lado derecho o izquierdo del área superior de la espalda, cerca del punto donde se unen el cuello y el hombro.
- El lado derecho o izquierdo de la columna vertebral en el área superior de la espalda, entre las escápulas.
- La cara interna de cada brazo, cerca del codo.
- El lado derecho o izquierdo de la zona inferior de la espalda, justo debajo de la cintura.
- La parte lateral de las nalgas, justo bajo el hueso de la cadera.
- Las rodillas.
- Las plantas de los pies.

La característica principal de la FM es dolor difuso de tres meses o más de duración que afecta al esqueleto axial y al menos a dos cuadrantes contralaterales del cuerpo. Además el paciente debe tener dolor en al menos en 11 de los 18 puntos gatillo (fig. 1) cuando se palpan con la presión suficiente como para palidecer el lecho ungueal.

Diagnóstico diferencial con otras enfermedades que presentan síntomas similares

A menudo algunos trastornos diferentes de la FM se presentan de forma simultánea a este síndrome. De hecho, algunos expertos piensan que dichos trastornos interactúan con frecuencia y pueden ser parte de una sola enfermedad general. Por ello el médico especialista debe realizar un diagnóstico diferencial respecto a patologías como:

- Fatiga crónica.
- Enfermedad de Lyme.
- Artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes.
- Osteoartritis.
- Polimialgia reumática.
- Enfermedades como: hepatitis crónica, anemia, infecciones, distintas formas de cáncer, gota, enfermedades neuromusculares y diabetes.
- Depresión mayor.
- Trastornos del sueño.
- Adicción a drogas (incluido el alcohol).
- Exposición a ciertas toxinas ambientales.

TRASCENDENCIA SOCIOSANITARIA

Los efectos de la FM pueden ser leves o provocar la discapacidad del paciente.

Los pacientes con FM secundaria o concomitante, en particular la causada por traumas y lesiones, tienden a sufrir una enfermedad más grave y con peor tratamiento que aquellos con FM primaria.

Algunos estudios indican que los síntomas de la FM permanecen estables a largo plazo; otros más optimistas concluyen, en cambio, que en el 25% de los casos la enfermedad remite a los dos años del diagnóstico.

Aproximadamente la mitad de los pacientes tiene problemas con las actividades diarias rutinarias o es incapaz de realizarlas y se estima que entre el 30 y el 40% de ellos tiene que dejar o cambiar el trabajo.

El impacto emocional de la FM puede ser muy negativo, y unido al dolor o a los trastornos del sueño puede conducir a la automedicación irresponsable y al abuso de somníferos, alcohol, cafeína u otras drogas. Por otro lado, la desesperación puede incitar a los pacientes a confiar en «curas milagrosas» y optar por terapias alternativas a la medicina oficial, que en ocasiones son potencialmente peligrosas.

TRATAMIENTO

Aunque actualmente no se conoce cura para la FM, es posible minimizar las disfunciones que provoca y proporcionar al paciente una calidad de vida digna, actuando sobre cuatro áreas principales: el dolor, el ejercicio, el sueño y la salud psíquica.

Dolor

El uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en los pacientes de FM no resulta muy satisfactorio. El alivio del dolor que experimentan con estos fármacos es relativo, pero aun así muchos creen que vale la pena utilizarlos. Los opioides (codeína, morfina, metadona) pueden atenuar el dolor en un pequeño subgrupo de afectados de gravedad, pero los pacientes de FM parecen especialmente sensibles a los efectos secundarios de estos fármacos (náuseas, estreñimiento, picores y falta de concentración) y frecuentemente se oponen a la utilización a largo plazo de estos medicamentos. El problema de la adicción raramente tiene lugar cuando los narcóticos se utilizan para tratar el dolor crónico.

Un analgésico opioide de última generación, tramadol, proporciona una atenuación parcial, pero significativa, del dolor en los pacientes de FM. En la actualidad se están realizando ensayos sobre su uso.

Ante el dolor moderado, se recomienda el uso de paracetamol. Otros analgésicos como el ibuprofeno o el

ácido acetilsalicílico parecen ser menos eficaces en estos casos, ya que el dolor no es causado por una inflamación muscular.

Ejercicio

Para contrarrestar la tendencia atrofiante que lleva a la disfunción muscular progresiva en los pacientes de FM resulta esencial poner en práctica un programa sencillo de ejercicios aeróbicos y de estiramiento. Previamente a los estiramientos, los músculos deben calentarse de forma activa, ejercitándolos suavemente, o de forma pasiva, utilizando almohadillas calentadoras o baños calientes.

Los estiramientos pueden ser muy útiles para relajar las contracciones musculares y si se llevan a cabo de forma adecuada pueden aliviar considerablemente el dolor. Está probado que los pacientes de FM se benefician del ejercicio aeróbico continuado, pero muchos de ellos lo abandonan debido al aumento del dolor y la fatiga. No obstante, si se les proporcionan unas pautas realistas y se les realiza un seguimiento adecuado, la mayoría de los pacientes consigue la motivación que necesita para incrementar su nivel de ejercicio.

El seguimiento por parte de un fisioterapeuta profesional a menudo resulta muy útil para mejorar aspectos ergonómicos y de desequilibrio biomecánico y para formular un programa regular de estiramientos. El tratamiento de fisioterapia manual con calor está reservado para los dolores más fuertes, ya que no hay evidencia de que la terapia a largo plazo altere el curso del trastorno. Lo mismo puede decirse de la acupuntura y de las diversas técnicas de masaje.

Sueño

Todos los pacientes de FM se quejan de un sueño fragmentado, no reparador. Los trastornos del sueño suelen tratarse mediante antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, doxepina, imipramina, nortriptilina) o heterocíclicos como amoxapina o trazodona. Los efectos secundarios de esta farmacoterapia (anticolinérgicos, cardiovasculares, náuseas, temblor, fotosensibilidad, elevación de enzimas hepáticas, etc.) son relativamente frecuentes, aunque en general para aliviar los síntomas de la FM sólo son necesarias pequeñas dosis, con lo cual dichos efectos también se ven disminuidos. De hecho, las dosis requeridas para favorecer un sueño reparador en los casos de FM no están en el rango requerido para tratar la depresión.

También se prescriben inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) para tratar la depresión mayor asociada al síndrome fibromiá-

gico. Éstos incluyen: fluoxetina, sertralina, paroxetina y fluvoxamina. Un estudio halló que una combinación de dosis bajas de fluoxetina con amitriptilina era eficaz para reducir la depresión, mejorar el sueño y reducir el dolor, aunque al añadir fluoxetina puede incrementarse la potencia de amitriptilina.

Los ISRS tendrían que tomarse por la mañana, ya que pueden causar insomnio. Algunos estudios indican que los ISRS son generalmente seguros para mujeres embarazadas, aunque evidentemente cualquier medicación tiene que ser administrada con extrema cautela durante el embarazo. Los efectos secundarios habituales son agitación, náuseas y disfunción sexual. Las dosis elevadas o las interacciones con otros medicamentos pueden causar alucinaciones, confusión, cambios en la presión sanguínea y latidos irregulares del corazón.

La ciclobenzaprina, un antidepresivo tricíclico empleado como miorrelajante de acción central, relaja los espasmos musculares en zonas concretas sin afectar a la totalidad de la función muscular. Sus efectos secundarios más habituales son sequedad de boca, somnolencia y vértigos.

Salud psíquica

Los pacientes con dolor crónico a menudo desarrollan alteraciones psicológicas como la depresión, la agresividad, el miedo, la autoexclusión o la ansiedad. En ocasiones estas afecciones secundarias acaban convirtiéndose en el «problema principal», pero atribuir toda la sintomatología de los pacientes a un trastorno psíquico constituye un error relativamente común. El diagnóstico y tratamiento precoces de estos problemas secundarios es esencial para la gestión eficiente de los pacientes de FM.

Algunos pacientes ven reducidas sus habilidades funcionales y tienen dificultades para encontrar un empleo adecuado. La filosofía general en el tratamiento de los pacientes de FM consiste en proporcionarles unas expectativas realistas de aquello que pueden y no pueden hacer para así restar énfasis al papel de la medicación. A no ser que el paciente padezca una enfermedad psiquiátrica evidente, remitirlos a un psiquiatra suele ser poco productivo. La ayuda psicológica puede ser beneficiosa para aquellos pacientes a los que les cuesta asumir una vida con dolores y problemas asociados.

Otros aspectos

Dado que la FM aparece a menudo en mujeres que llegan a la menopausia, algunos expertos creen que el trata-

miento hormonal sustitutivo con estrógenos puede suponer especiales beneficios para estas pacientes. Las mujeres sometidas a terapia estrogénica suelen dormirse de forma más rápida, tienen períodos de sueño REM más prolongados y pocos períodos de insomnio que las que no reciben este tratamiento. No obstante, el cociente riesgo/beneficio de estas terapias en la actualidad está siendo objeto de amplias discusiones en la comunidad médica.

En el terreno de las terapias experimentales cabe citar el interferón alfa y la hormona del crecimiento.

PERSPECTIVAS

El futuro respecto del tratamiento de la FM es, en cualquier caso, esperanzador, ya que las investigaciones sobre la enfermedad están progresando con rapidez. Son especialmente relevantes los avances en el conocimiento de los mecanismos físicos y químicos que se producen en el cuerpo humano en respuesta a estímulos externos como el estrés. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Boixader J. La fibromialgia y aspectos relacionados. Madrid: Mapfre, 2000.
- F Wolfe et al. The fibromyalgia and myofascial pain syndromes: a preliminary study of tender points and trigger points in persons with fibromyalgia, myofascial pain syndrome and no disease. *Journal of Rheumatology* 1992;19:944-51.
- LA Rossy et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Annals of Behavioural Medicine* 1999;21:180-91.
- LM Arnold et al. Antidepressant treatment of fibromyalgia: a meta-analysis and review. *Psychosomatics* 2000;41:104-13.
- P Croft et al. Population study of tender points counts and pain as evidence of fibromyalgia. *BMJ* 1994;309:696-9.
- Pastor MA, López Roig S y Rodríguez Marín J. Dolor crónico: percepción y afrontamiento. *Revisión en Salud Pública* 1995;4:99-120.
- Pastor MA, López Roig S, Rodríguez Marín J, Terol MC y Sánchez S. Evaluación multidimensional del dolor crónico. *Revista de Psicología de la Salud* 1995; 7(2):79-106.
- PG O'Malley et al. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 2000;15:659-66.
- Wolfe F, Aarflot T, Bruusgaard D, Henriksson G, Littlejohn G, Moldofsky et al. Fibromyalgia and Disability: Report of The Moss International Working Group on Medico-Legal Aspects of Chronic Widespread Musculoskeletal Pain Complaints and Fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 1995; 24:112-8.