



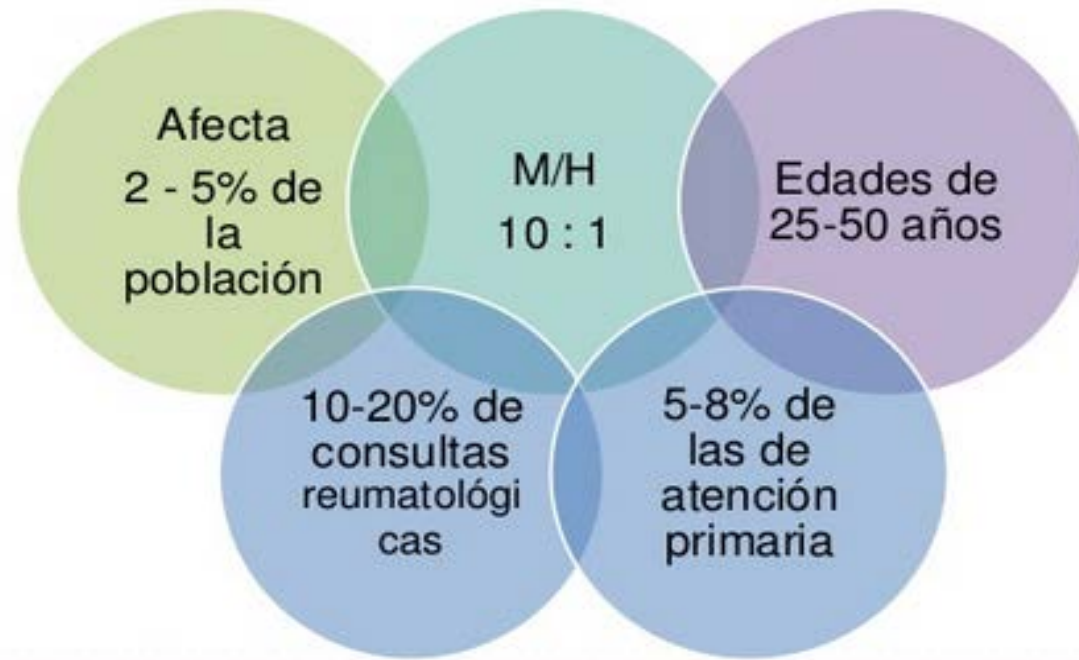
FIBROMIALGIA

Dra. Lopez Meiller Maria Jose
majocontact@yahoo.com.ar

Definiendo fibromilagia

- ▶ Escritos del siglo XVI describen manifestaciones clínicas de dolores musculoesqueléticos
- ▶ En 1824 Balfour, ingles, reporto la asociación entre los puntos dolorosos y reumatismo
- ▶ En 1904 William Gowers utilizó el termino fibrositis
- ▶ En 1975 el Dr Harvey Moldofsky recomendó redefinir el termino, asociando los trastornos del sueno y fibrositis y define puntos dolorosos.
- ▶ En 1981 Yunus y colaboradores utilizaron por primera vez, el termino de fibromialgia en la literatura científica.
- ▶ En 1990 el Colegio Americano de Reumatología estableció los criterios de clasificación de fibromialgia. Wolfe y col

Prevalencia



La incidencia aumenta con la edad, generalmente diagnosticada entre los 20 y 50 años

A los 80 años, aproximadamente 7% de las mujeres tienen fibromialgia

La fibromialgia ocurre en hombres, niños y adolescentes , en todas las razas, grupos étnicos y culturas.

Etiología y patofisiología

Algunos factores parecen influenciar sobre el riesgo de desarrollo de FM....

- ▶ Predisposición familiar / genética
- ▶ Exposición a factores medioambientales estresantes
- ▶ Alteración de la arquitectura del sueño
- ▶ Cambios en la función del eje hipotalámico pituitario adrenal, sistema nervioso autónomo y sistemas centrales de procesamiento del dolor.
- ▶ Factores psicosociales, cognitivos y del comportamiento

Factores familiares y genéticos

FM tiende a ocurrir en familias, y los miembros de la familia se caracterizan por presentar

- ▶ Numero elevado de puntos dolorosos
- ▶ Riesgo aumentado de desarrollar un trastorno mayor del ánimo

Factores medioambientales

- ▶ Otros síndromes dolorosos (AR, OA, Lupus)
- ▶ Traumas físicos (accidentes)
- ▶ Algunos eventos catastróficos
- ▶ Algunas infecciones
- ▶ Estrés psicológico

Procesamiento central del dolor

FM se vincula con

- ▶ Anormalidad en el procesamiento del dolor a nivel del SNC
- ▶ Modulación que lleva a un aumento en la sensibilidad del dolor

Los estudios para testear el dolor han demostrado

- ▶ RMN funcionales de cerebro en pacientes con FM, necesitan una presión digital mucho menor para activar los centros del dolor que los controles

Anormalidades del SNC

Anormal concentración de neurotransmisores vinculados al dolor

- ▶ Sustancia P aumentada en LCR de pacientes con FM, facilitadora de la nocicepción
- ▶ Altos niveles de glutamato y otros agentes excitatorios
- ▶ Bajos niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina, mediadores de la percepción dolorosa, de la fatiga, del sueño, de la ansiedad y la depresión

Factores cognitivos, de comportamiento y psicológicos

- ▶ Los pacientes con FM tienen a creer que ellos no tienen el control del dolor
- ▶ Definen como catastrófico al dolor
- ▶ Depresión y ansiedad frecuentemente acompañan a FM...pero FM puede desarrollarse en ausencia de trastornos psiquiátricos

Evaluación del paciente y diagnóstico

- ▶ FM se diagnostica en los cuidados primarios
- ▶ Es imperativo que los médicos de familia sepan reconocer y diagnosticar esta entidad

Presentación clínica

DOLOR DIFUSO
100%

- Característica definitoria
- Persistente, extenuante, molesto y punzante.

SENSIBILIDAD

- Presencia de puntos sensibles.
- Sensibilidad a la presión, calor, frío y dolor eléctrico.

PERTURBACIONES
DEL SUEÑO:
73%

- Aumento de despertares y sueño no reparador.
- Reducción de la onda lenta en el sueño.
- Intrusión de una onda alfa en el sueño no REM

FATIGA / RIGIDEZ :
85% 78%

- Matutinas

- ▶ Trastornos de la memoria
- ▶ Depresión y ansiedad

Manifestaciones clínicas



Síntoma cardinal:

- ▶ dolor musculoesquelético generalizado crónico, > 3 meses evolución, a ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura. Curso fluctuante e intensidad variable
- ▶ Fatiga: pueden estar cansados aunque hayan dormido de 8 a 10hs
- ▶ Trastornos cognitivos y del estado de ánimo: problemas de atención y dificultad para realizar tareas que requieran cambios rápidos del pensamiento
- ▶ Depresión y ansiedad en el 50% de los pacientes al diagnosticar FM
- ▶ Dolor de cabeza presente en más del 50% de los pacientes y puede ser migrañoso o tensional

Manifestaciones clínicas



Síntomas menos frecuentes

- ▶ Dolor abdominal
- ▶ Dolor torácico
- ▶ Síntomas sugestivos de colon irritable
- ▶ Dolor pélvico
- ▶ Síntomas de cistitis

Manifestaciones clínicas

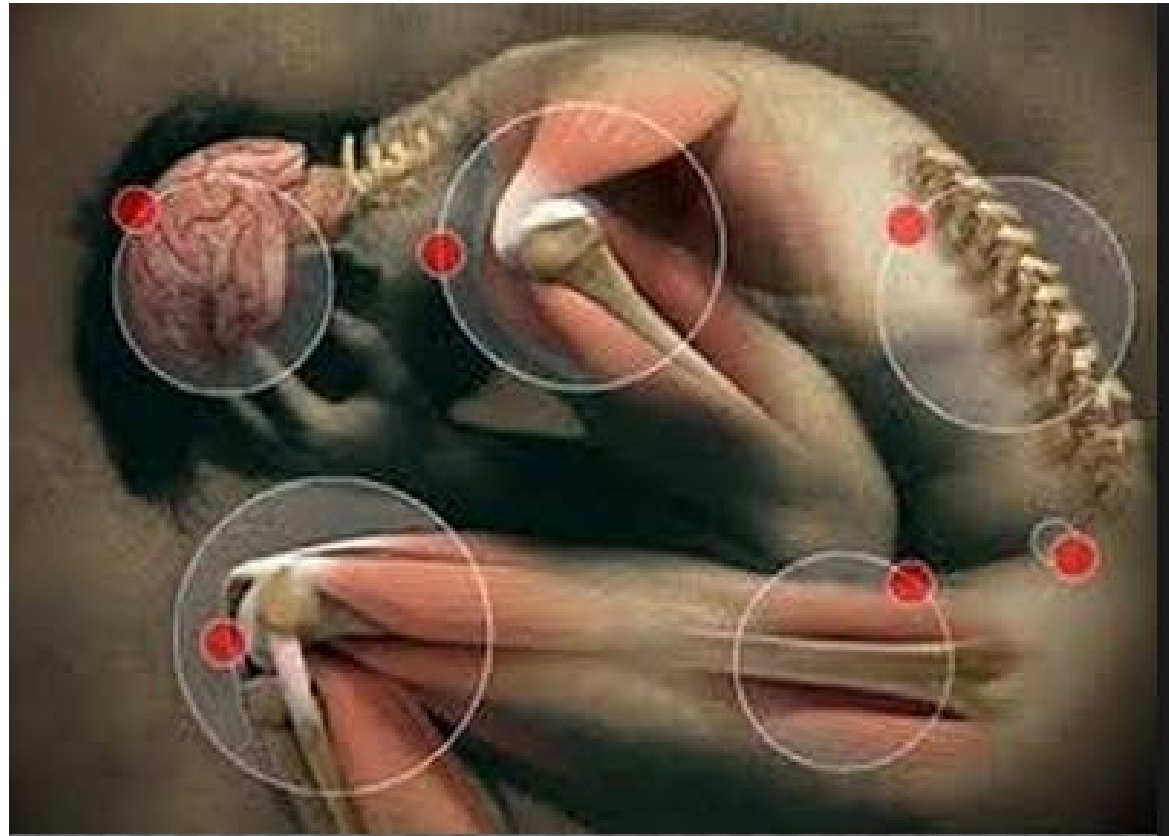


Otros síntomas comunes

- ▶ Sequedad ocular
- ▶ Síntomas alérgicos
- ▶ Palpitaciones
- ▶ Disnea
- ▶ Dismenorrea
- ▶ Disfunción sexual
- ▶ Fluctuaciones de peso
- ▶ Sudores nocturnos
- ▶ Disfagia
- ▶ Ortostatismo

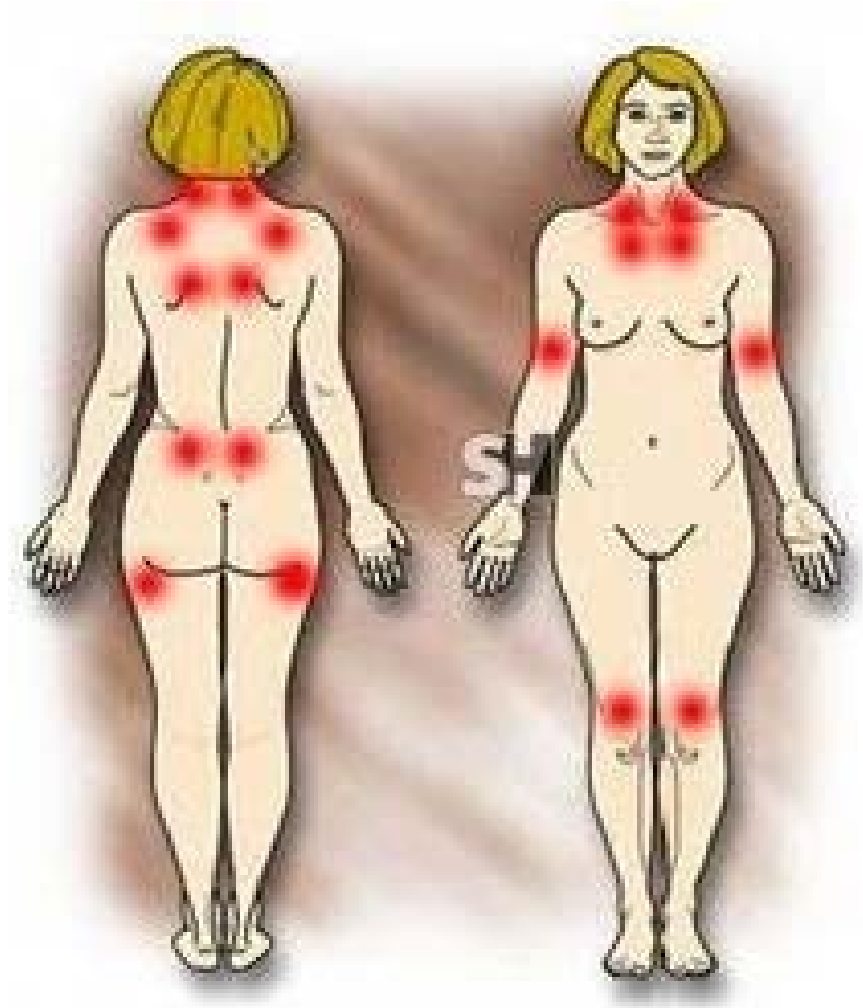
Diagnóstico

- ▶ La FM se diagnostica por sus propias características, no es un diagnóstico de exclusión
- ▶ No existen pruebas diagnosticas de laboratorio o hallazgos radiológicos patológicos



Puntos dolorosos

Criterios ACR 90



- ▶ Se utilizan 9 pares de puntos dolorosos (ACR 1990)
- ▶ La presión realizada sobre los puntos debe ser igual a $4\text{kg}\backslash\text{cm}^2$, que suele ser equivalente a blanquear el lecho ungueal del dedo del examinador

Nuevos criterios preliminares para el Dx de FM ACR 2010

- ▶ En mayo 2010 el Colegio Americano de Reumatología creo unos nuevos criterios diagnósticos donde la palpación de los puntos dolorosos deja de tener relevancia y se consideran otros síntomas

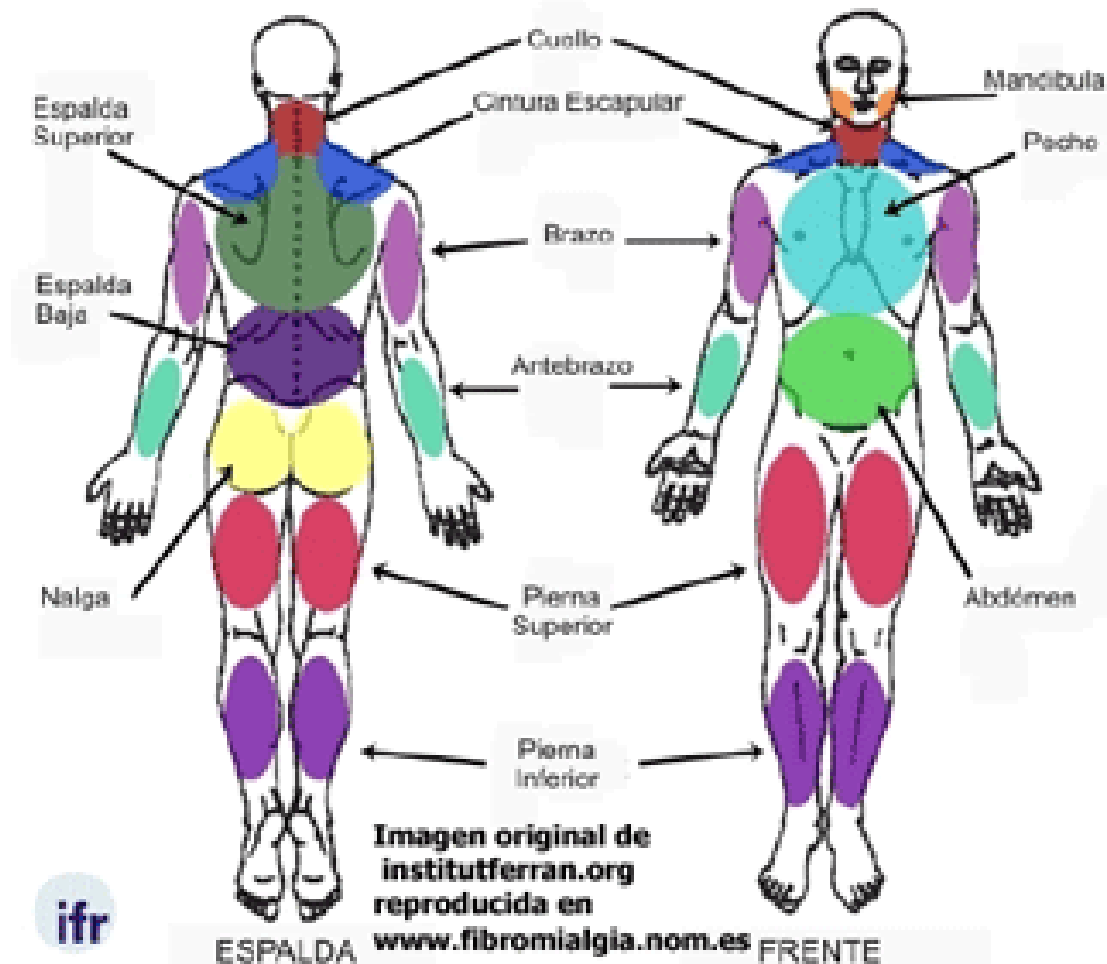
Para ello se utilizan 2 escalas

- ▶ Índice de dolor generalizado (Widespread Pain Index WPI)
- ▶ Índice de Gravedad de Síntomas (Symptom Severity Score - SS Score).

WPI

Numero de áreas en las que el paciente ha tenido dolor en la última semana

En cuantas áreas ha tenido dolor?
El valor debe estar entre 0 y 19



Cuente el número de áreas que ha marcado y anótelo aquí: _____

Observará que el valor WPI oscila entre 0 y 19.

Cintura Escapular Izquierda	Pierna Inferior Izquierda
Cintura Escapular Derecha	Pierna Inferior Derecha
Brazo Superior Izquierdo	Mandíbula Izquierda
Brazo Superior Derecho	Mandíbula Derecha
Brazo Inferior Izquierdo	Pecho (Tórax)
Brazo Inferior Derecho	Abdómen
Nalga Izquierda	Cuello
Nalga Derecha	Espalda Superior
Pierna Superior Izquierda	Espalda Inferior
Pierna Superior Derecha	

Índice de gravedad de Síntomas Symptom Severity Score SS Score

1. Fatiga	
0	No ha sido un problema
1	Leve , ocasional
2	Moderada , presente casi siempre
3	Grave, persistente, he tenido grandes problemas

2. Sueño no reparador	
0	No ha sido un problema
1	Leve , intermitente
2	Moderada , presente casi siempre
3	Grave, persistente, grandes problemas

2. Trastornos Cognitivos	
0	No ha sido un problema
1	Leve , intermitente
2	Moderada , presente casi siempre
3	Grave, persistente, grandes problemas

Índice de gravedad de Síntomas

Síntomas somáticos

Dolor muscular	Pitidos al respirar (sibilancias)
Síndrome de Colon Irritable	Fenómeno de Raynaud
Fatiga / agotamiento	Urticaria
Problemas de comprensión o memoria	Zumbidos en los oídos
Debilidad muscular	Vómitos
Dolor de cabeza	Acidez de estómago
Calambres en el abdomen	Aftas orales (úlceras)
Entumecimiento / hormigueos	Pérdida o cambios en el gusto
Mareo	Convulsiones
Insomnio	Ojo seco
Depresión	Respiración entrecortada
Estreñimiento	Pérdida de apetito
Dolor en la parte alta del abdomen	Erupciones / Rash
Nauseas	Intolerancia al sol
Ansiedad	Trastornos auditivos
Dolor torácico	Moretones frecuentes (hematomas)
Visión borrosa	Caída del cabello
Diarrea	Micción frecuente
Boca seca	Micción dolorosa
Picores	Espasmos vesicales

Índice de gravedad de Síntomas Symptom Severity Score SS Score

Considere los síntomas somáticos en general, indicando si el paciente presenta:

- ▶ 0= Asintomático (0 síntomas)
 - ▶ 1= Pocos síntomas (entre 1 y 10)
 - ▶ 2= Un número moderado de síntomas (entre 11 y 24)
 - ▶ 3= Un gran acumulo de síntomas (25 o más)
-
- ▶ La SS Score es la suma de la gravedad de los tres síntomas (fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos) más el valor de síntomas somáticos. La puntuación final debe estar entre 0 y 12.

Nuevos criterios preliminares para el Dx de FM ACR 2010

Un paciente cumple criterios diagnósticos para FM si están presentes las siguientes tres condiciones:

- ▶ El diagnóstico estará en dos franjas:

WPI ≥ 7 y SS Score ≥ 5 ó

WPI 3-6 y SS ≥ 9 .

- ▶ Los síntomas han estado presentes, en un nivel similar, durante los últimos tres meses.
- ▶ El enfermo no tiene otra patología que pueda explicar el dolor.

- ▶ Se trata, en definitiva, de aplicar al diagnóstico formal de la enfermedad, unos criterios más amplios que recogen la totalidad de las esferas que se han detectado como afectadas por la enfermedad, admitiendo que pueden existir pacientes con FM en los que el dolor no sea el componente fundamental.
- ▶ Para aquellos pacientes que no cumplen con los criterios diagnósticos por escaso margen, se propone la denominación de parafibromialgia (fibromyalgias)

Examen físico

Los pacientes con FM

- ▶ Ausencia de los signos inflamatorios clásicos
- ▶ Anormalidades en la percepción del dolor: hiperalgesia, alodinia

Herramientas para evaluar el

- ▶ Cuestionarios
- ▶ Escala visual análoga



Evaluación del paciente

Al evaluar a un paciente debemos determinar

- ▶ El reclamo mayor
- ▶ Distribución del dolor
- ▶ Tipo de dolor
- ▶ Inicio y duración de dolor
- ▶ Factores agravantes
- ▶ Hábitos del sueño
- ▶ Medicación, ejercicios y fatiga
- ▶ Factores comórbidos
- ▶ Historia de trauma, abusos, ansiedad, depresión, trastornos del sueño e historia familiar de FM

Recomendaciones practicas

- ▶ Focalizar en la evaluación del dolor

tipo, calidad, intensidad, fuente, ubicación, duración, tiempo de evolución y efectos en la calidad de vida

Utilizar auto-reportes para la evaluación del dolor, y usar la misma herramienta en las visitas subsiguientes

Comorbilidades comunes

- ▶ Síndrome fatiga crónica
- ▶ Colon irritable
- ▶ Síndrome piernas inquietas
- ▶ Cefaleas migrañosa o tensional
- ▶ Desordenes del estado de animo
- ▶ Alteración de la articulación temporomandibular: bruxismo
- ▶ Síndrome pre menstrual
- ▶ Hipermovilidad benigna
- ▶ Enfermedades inflamatorias: LES, AR, EA, Pso
- ▶ Síndrome Raynaud
- ▶ Compresión cervical posicional

Recomendación práctica

- ▶ Realizar una historia clínica y examen físico completo
- ▶ Focalizar en entidades que pueden simular o complicar FM. Así como también aquellas que pueden aparecer concomitantemente con la FM
- ▶ Examinar con atención el sistema osteoarticular, muscular (fuerza, tonicidad) y neurológico

Diagnósticos diferenciales

- ▶ Síndrome de fatiga crónica
- ▶ Síndrome miofacial
- ▶ Hipotiroidismo
- ▶ Enfermedades reumatológicas
- ▶ Hepatitis C
- ▶ Deficiencia de vitamina D
- ▶ Compresión cervical posicional
- ▶ Enfermedad de Parkinson
- ▶ Depresión mayor

Tratamiento

Estrategias no farmacológicas

- ▶ Educación del paciente
- ▶ Terapias cognitivas
- ▶ Ejercicio

Estrategias farmacológicas

Recomendación práctica

- Use múltiples estrategias que incluyan las terapias no farmacológicas y farmacológicas

Terapia Física

Masajes

Elongación

Meditación

Relajación

Ejercicio

Kinesiología

Terapias Alternativas



Cuando derivar?

- ▶ Hay dudas con respecto al diagnóstico
- ▶ No responde a la terapia inicial
- ▶ Presencia de múltiples comorbilidades que complican el manejo
- ▶ Indicación de procedimientos diagnósticos adicionales
- ▶ Problemas sociales requieren evaluación por especialistas

Problemas frecuentes

- Habitualmente los pacientes toleran mal los ejercicios
- Número de abandonos es muy alto
- Ajustar intensidad inicial del ejercicio
- La adherencia a medio y largo plazo



Información importante para el paciente

- ▶ Recalcar el papel activo que debe adoptar en la mejora de su calidad de vida
- ▶ Promover la implicación en el plan terapéutico
- ▶ Enfatizar que cuenta con nuestro apoyo y seguimiento activo
- ▶ Informar de los recursos con que contamos para poder ayudarla
- ▶ Reforzar las conductas positivas y resolver las negativas

Decálogo de la FM

- ▶ Acepte el dolor
- ▶ Controle sus emociones
- ▶ Controle el stress
- ▶ Evite la fatiga
- ▶ Haga ejercicios
- ▶ Relaciónese con los demás
- ▶ Proteja su salud
- ▶ Use con precaución las medicinas alternativas
- ▶ Sea constante

