

# FIBROMIALGIA: REVISIÓN DE LOS ASPECTOS CLÍNICOS Y DIAGNÓSTICOS

Prof. Dr. José Eduardo Martínez\*

Dr. Rodrigo E. Montaña Pérez\*\*

## Resumen

El objetivo de este artículo es revisar las principales características clínicas, criterios diagnósticos y métodos de acompañamiento clínico de la fibromialgia. Los autores presentan también una breve revisión histórica de los conocimientos de este síndrome y comentan la necesidad de divulgación de los conocimientos adquiridos para realizar un diagnóstico precoz y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## Palabras clave

Fibromialgia, diagnóstico, evolución.

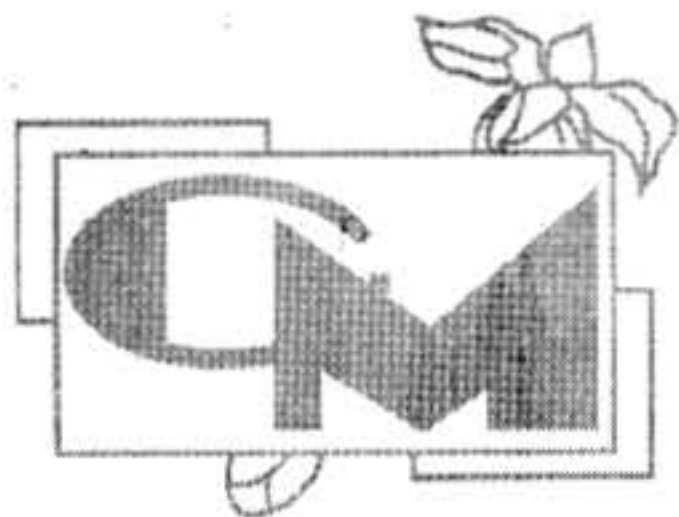
## Abstract

The main objective of this article is to review the clinical characteristics, diagnostic criteria and follow up methods of the fibromyalgia syndrome.

The authors also presents a brief historical review of the knowledge on this syndrome. It is also commented the necessity of this knowledge divulgation in order to obtain early diagnosis to improve the patients quality of life.

## Key words

Fibromyalgia, diagnosis, follow-up.



## Introducción

Se puede conceptuar la Fibromialgia como un síndrome doloroso de etiopatogenia desconocida que afecta principalmente mujeres, caracterizado por dolores musculares difusos, áreas dolorosas específicas, asociados frecuentemente a disturbios del sueño, fatiga, cefalea crónica y disturbios funcionales psíquicos e intestinales.

La naturaleza subjetiva de los síntomas, la ausencia de señales y la asociación con disturbios psiquiátricos hacen que hoy en día todavía se discuta la validez de la Fibromialgia como un diagnóstico aislado. Es común encontrar en la literatura, así como en discusiones con profesores de Medicina conceptuados la opinión de estar trabajando con una variación de depresión o con un tipo de somatización. La uniformidad de la presentación clínica, los hallazgos epidemiológicos y fisiopatológicos actuales ya nos permiten superar esa discusión. La preocupación actual debe ser con el abordaje clínico y terapéutico de este síndrome. El estudio de la fibromialgia ha sido realizado y divulgado principalmente en el medio de la reumatología; sin embargo, parece que la mayoría de los pacientes son atendidos por médicos generales, o por especialistas, tales como ortopedistas o fisiatras. Aún, es de fundamental importancia la difusión de los conocimientos de este síndrome entre los profesionales de la salud, tales como fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

El objetivo principal de este artículo es presentar las principales características de este síndrome, sus criterios diagnósticos y métodos de seguimiento clínico.

## Historia

Balfour (1), en 1824 y Valleix (3) en 1841, describieron pacientes con puntos musculares hipersensibles a la palpación y plausibles de desencadenar dolor irradiado.

En 1904, Stokman (4) describió áreas musculares circunscritas, inflamadas, dolorosas y sensibles a la dígito-presión. El autor demostró procesos inflamatorios del tejido conectivo realizando biopsias de estas áreas.

William Gowers (5), en el mismo año, utilizó por primera vez el término "Fibrositis". Defendió la existencia de alteraciones inflamatorias en el tejido fibroso del dorso, que producía un "reumatismo muscular" con o sin historia de trauma.

Desde esa época el término siguió siendo utilizado para una variedad de entidades clínicas que envolvían las partes blandas. Collins (6), en 1940, definió fibrositis como un estado doloroso agudo, subagudo o crónico, de los músculos, tejido celular subcutáneo, ligamentos, tendones o aponeurosis; independientemente de la lesión anatómo-patológica que hubiera originado el dolor.

Smythe y Moldosfsky (7) en 1977 restringieron el uso de la palabra fibrositis a la sintomatología de pacientes que presentaban dolores músculo-esqueléticos difusos, acompañados de puntos dolorosos a la dígito-presión, fatiga y disturbios del sueño.

El término fibrositis ha sido criticado desde esa época, en especial por la falta de confirmación de las alteraciones inflamatorias, descritas por Stockman (4). En 1981, Yunus (8) propuso el término Fibromialgia, que ha sido adoptado por la mayoría de autores desde entonces.

El estudio de la Fibromialgia sufrió atraso importante debido a la utilización indebida del término Fibrositis, ya que ésta englobaba una gran variedad de entidades patológicas que afectaban las partes blandas del aparato músculo-esquelético. Incluía desde lesiones localizadas de varias causas, hasta quejas musculares difusas de la fibromialgia propiamente dicha.

\* Profesor Asociado del Departamento de Medicina Interna; Doctor en Reumatología por la Universidad Federal de São Paulo. UNIFESP/EPM. Brasil.

\*\* Especialista en Ortopedia y Traumatología por la Sociedad Brasileña de Ortopedia y Traumatología SBOT.

Institución: Facultad de Ciencias Médicas de Sorocaba - CCMB Pontificia Universidad Católica de São Paulo - PUCSP. Brasil.

Apoyo: Comisión de Investigaciones de la PUCSP.

## Presentación clínica

El cuadro clínico de la fibromialgia fue definido por medio de estudios descriptivos de grandes series publicadas por algunos autores como Clarck et al (9), Yunus et al (8), Wolfe et al (10) y Smythe & Moldofsky (7). Todos ellos, concordaron en sus descripciones con relación a los síntomas y señales.

Desde el punto de vista epidemiológico hay predominio del sexo femenino, de raza blanca y el inicio varía entre los 17 a los 55 años.

Los síntomas incluyen dolores músculo-esqueléticos difusos, disturbios del sueño, fatiga, rigidez matinal de corta duración, sensación de edema, parestesias. La asociación con otros síndromes de naturaleza funcional es una constante. Entre ellas se pueden citar la depresión, ansiedad, cefalea crónica y el síndrome de colon irritable. Esa sintomatología se altera en intensidad de acuerdo con algunas condiciones, denominadas factores moduladores. La literatura cita frecuentemente alteraciones climáticas, actividad física y alteraciones emocionales, entre otras.

Un grupo de pacientes, estudiado por nosotros en Sorocaba, estado de São Paulo, Brasil, presentó manifestaciones semejantes a las grandes series de la literatura (11). Además de las quejas necesarias para la inclusión en este estudio, fueron encontrados altas frecuencias de los siguientes síntomas: fatiga (95,7%), artralgias (93,7%), disturbios del sueño (91,4%), parestesias (87,2%), rigidez matinal (76, %). Este mismo trabajo mostró asociación entre fibromialgia y depresión, ansiedad y disturbio de la personalidad.

El principal síntoma es sin duda el dolor difuso. La característica del dolor fue descrita de diversas maneras: peso, opresión, quemante, etc. Habitualmente el dolor es relatado como generalizado, sin embargo, es rara la presencia de áreas de mayor intensidad. Generalmente esas regiones están asociadas a disturbios posturales o actividades físicas repetitivas.

También hace parte de la sintomatología dolorosa la alodinia y disestesias. Alodinia es el dolor con un estímulo que normalmente no lo produciría. Disestesia es la sensación desagradable, que varía desde adormecimiento hasta picadas (agujadas) en las extremidades.

La presencia de varios factores que pueden influir en la sintomatología es constante en la literatura internacional. Se observó en nuestros casos la presencia de las siguientes características moduladoras: alteraciones climáticas, grado de actividad física y estrés emocional. No encontramos en el estudio discordancia a este respecto.

Con relación al examen físico, la única alteración es la hipersensibilidad dolorosa a la dígito-presión en áreas musculares circunscritas específicas. El número de puntos a ser investigados varía de acuerdo con algunos autores, entre 12 y 24 locales. El Comité para Clasificación de la Fibromialgia del Colegio Americano de Reumatología padronizó la investigación en 18 áreas (12).

Todavía con relación al examen físico, Granges & Littlejohn (13) refieren que existen otras señales: umbral de tolerancia al dolor (a través de la dolorimetría), hiperemia reactiva de la piel, complacencia tecidual del trapecio y prueba del pliegue cutáneo.

Respecto a los exámenes subsidiarios (de laboratorio, radiológicos, gammagráficos y otros), estos pacientes se caracterizan porque casi no se encuentran anomalías. No en tanto, se debe citar aparición de disturbios del sueño, en la

polisonografía, dados por ondas alfa durante las fase no REM del sueño.

## Criterios diagnósticos

La necesidad de uniformar las características clínicas y de laboratorio para la inclusión de pacientes en trabajos científicos, como para auxiliar en el diagnóstico individual, motivaron a algunos autores a preparar criterios de clasificación y diagnóstico. Varias publicaciones a este respecto concordaban con los síntomas centrales; sin embargo, variaban con relación a los síntomas asociados y con relación al número de puntos dolorosos.

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología, intentando uniformar, publicó un trabajo (12) de su Comité Multicéntrico para la clasificación de la Fibromialgia, comandado por Wolfe, estableciendo criterios para el diagnóstico, así:

### 1 - Historia de dolor difuso:

Dolor difuso es aquel presente en todas las regiones del aparato locomotor, inclusive del componente axial.

### 2 - Dolor en 11 de los 18 puntos a ser investigados:

occipitales	columna cervical
trapecios	supraespinosos
2º espacio intercostal	epicóndilos laterales
glúteos	grandes trocánteres
interlineas mediales de la rodilla.	

Son considerados pacientes con fibromialgia aquellos que cumplan ambos criterios por un periodo mínimo de 3 meses. La presencia de otra enfermedad no excluye el diagnóstico.

La propuesta de uniformar los criterios diagnósticos, para fines de inclusión en trabajos científicos y como auxiliar en el diagnóstico es deseable, interesante y encuentra un buen apoyo en los criterios propuestos por el Colegio Americano de Reumatología. La simplicidad de ese grupo de criterios facilita el diagnóstico, pero no ofrece una buena caracterización del síndrome, que nos parece es mucho más complejo de lo que esta enunciado.

## Evaluación clínica

El acompañamiento de los pacientes con fibromialgia se basa principalmente en aspectos de naturaleza clínica, consecuentemente con alto grado de subjetividad, tanto del médico como del paciente.

Con relación a la anamnesis, los principales síntomas para evaluar son el dolor, disturbio del sueño, fatiga y rigidez matinal. El grado de intensidad de esa sintomatología puede ser determinada por diversas escalas, entre ellas: la nominal (leve, moderada y grave), la analógica visual (10 cm.) y la numérica (0 a 5 ó 0 a 10), todavía las opiniones del paciente o del médico sobre la evaluación de los síntomas deben ser valorizados.

En cuanto a las alteraciones del examen físico, se investiga básicamente el número de puntos hipersensibles a la dígito-presión y su intensidad. La intensidad de ese dolor puede ser evaluado como anteriormente mencionamos, o con el auxilio del dolorímetro, aparato que aplica presiones medibles en puntos de la superficie corpórea. Tiene la función de establecer el um-

bral de apareamiento del dolor y el nivel de tolerancia al dolor.

Desde el punto de vista de exámenes subsidiarios, el acompañamiento de los pacientes con fibromialgia en relación a los disturbios del sueño, puede ser realizado por la polisomnografía.

Recientemente se observó una modificación en el enfoque de las enfermedades crónicas en general y de las enfermedades reumáticas, en particular en las últimas décadas. A partir de la definición de salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS): "estado de bienestar físico, mental y social", se pasó a preocupar con las repercusiones de las enfermedades en las diversas dimensiones de la vida.

Se denomina "calidad de vida" a la evaluación del estado global de la salud, la determinación del impacto personal, físico, psicológico y en el relacionamiento social del paciente, producido por la enfermedad.

Por causa de esos conceptos, han sido creados cuestionarios padronizados para establecer y medir la incapacidad funcional o las alteraciones de calidad de vida de los pacientes debido a enfermedades reumáticas. Algunos de esos instrumentos son medidas de salud global, mientras que otros son específicos para una función o para una determinada enfermedad.

Basados en esa perspectiva realizamos, en 1995, un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de vida de mujeres con fibromialgia por un periodo de 6 meses, comparando con la de pacientes con artritis reumatoide. Además de la evaluación clínica fueron evaluados los siguientes aspectos: estado global de salud, capacidad física, calidad del sueño y repercusiones socioeconómicas. (17).

Se estudiaron 44 mujeres con fibromialgia y el grupo control, que fue compuesto por 42 mujeres con artritis reumatoide. Las pacientes fueron sometidas a la evaluación clínica clásica, escala analógica numérica para el dolor (END), Health Assessment Questionnaire (HAQ), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Arthritis Helplessness Index (AHI), Post Sleep Inventory adaptado (PSI) y cuestionario sobre actividad sexual y repercusión socioeconómica.

Este estudio, además de concluir que la Fibromialgia implica en un impacto importante en la calidad de vida, mostró que la cuantificación de este impacto a través de cuestionarios padronizados, puede ser un instrumento útil en el acompañamiento de la evolución clínica de este síndrome.

### **Comentarios finales**

No es el objetivo de este artículo comentar la fisiopatología y terapéutica de la fibromialgia. Este tópico puede ser encontrado de forma detallada en la literatura médica, en especial en la reumatológica.

El aspecto más importante a ser resaltado, es que el sufrimiento adicional impuesto a estos pacientes por la demora diagnóstica aumentó mucho la gravedad de este síndrome. Si se toman en cuenta que los síntomas depresivos y ansiosos están presentes, la incertidumbre en el diagnóstico puede ser fundamental en la evolución.

Esta dificultad puede ser resuelta con la divulgación del conocimiento adquirido entre los médicos y paramédicos responsables por la atención de estos pacientes.

### **Referencias bibliográficas**

1. Baulfour apud Goldenberg, D.L. (2).
2. Goldenberg, D.L. Fibromyalgia syndrome: an emerging but controversial condition. *Jama*, 257:2782-7, 1987.
3. Valleix apud Goldenberg, D. L. (2).
4. Stockman, R. The causes, pathology and treatment of chronic rheumatism. *Edinburg Med. J.* 15:107-16; 223-35, 1904.
5. Gowers apud Goldenberg, D.L. (2)
6. Collins apud Graham, W. - Síndrome de la fibrositis (reumatismo extra-articular). In: Holander. *Artritis y estados afines*. Barcelona, Salvat. 1956, p.642-56.
7. Smythe, H.A. & Moldofsky, H. Two contributions to understanding of the "fibrositis" syndrome. *Bull. Rheum. Dis.*, 28: 928-31, 1977.
8. Yunus, M.B.; Masi, A.T.; Calabro, J.J.; Miller, K.A.; Feigenbaum, S.L. Primary fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin. Arthritis Rheum.*, 11:151-71, 1981.
9. Clark, S; Campbell, S.M.; Forehand, M.E.; Tindall, E.A. & Bennet, R.M. Clinical characteristics of fibrositis. *Arthritis Rheum.*, 28:132-7, 1985.
10. Wolfe, F.; Hawley, D.J.; Cathey, M.A.; Caro, X. & Russel, J.J. Fibrositis: symptom frequency and criteria for diagnosis. *J. Rheumatol.* 12:1159-63, 1985.
11. Martínez, J.E.; Atrá, E.; Ferraz, M.B. & Silva, P.S.B. Fibromialgia: aspectos clínicos y socioeconómicos. *Rev. Bras. Reumato* 32(5): 225-30, 1992.
12. Multicenter Ulticenter Criteria Committee. The American College of Rheumatology 1990. Criteria for Classification of Fibromyalgia. *Arthritis Rheum.*, 33: 169-72, 1990.
13. Granges, G. & Littlejohn, R.S. A comparative study of clinical signs in fibromyalgia/fibrositis syndrome, healthy and exercising subjects. *J. Rheumatol.*, 20:344- 51, 1993.
14. Martínez, J.E.; Ferraz, M.B.; Sato, El & Atrá, E. Fibromyalgia vs Rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of quality of life. *J Rheumatol* 22: 201-4, 1995.

