

# Fibromialgia. Visión clínica

**Agustín Colodro Ruiz**

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Médico-Quirúrgico  
Hospital Universitario de Jaén*

**Resumen:** La fibromialgia es una enfermedad controvertida, caracterizada por un trastorno caracterizado por dolor musculoesquelético generalizado acompañado por fatiga y problemas de sueño, memoria y estado de ánimo. Existe una anomalía en la percepción del dolor, de manera que se perciben como dolorosos, estímulos que habitualmente no lo son. Se conceptualiza como uno de los Síndromes de Sensibilización Central.

**Palabras clave:** Fibromialgia, Síndrome de Sensibilización Central, dolor crónico.

**Abstract:** Fibromyalgia is a controversial disease, characterized by a disorder characterized by generalized musculoskeletal pain accompanied by fatigue and problems with sleep, memory and mood. There is an abnormality in the perception of pain, so that they are perceived as painful, stimuli that usually are not. It is conceptualized as one of the Central Sensitization Syndromes.

**Key words:** Fibromyalgia, Central Sensitization Syndrome, chronic pain.

## Introducción

LA fibromialgia (FM) es la enfermedad más común que ocasiona dolor músculo-esquelético generalizado crónico, de causa desconocida; afecta a tejidos blandos como músculos, tendones y ligamentos y no hay inflamación tisular.

Descrita en Francia e Inglaterra a mediados del siglo XIX, fue considerada durante gran parte del siglo XX una enfermedad muscular y, aunque ensayos controlados no encontraron anomalías significativas a nivel bioquímico ni anatomopatológico, algunos informes sugieren que la disfunción mitocondrial y el estrés oxidativo pueden jugar un papel en su fisiopatología.

Es una enfermedad controvertida, pues, los pacientes se ven bien, la exploración física es normal y no hay alteraciones radiológicas ni de laboratorio típicas de la misma. De hecho, su organicidad ha sido cuestionada y ha sido considerada una enfermedad psicósomática o psicógena. Sin embargo, hoy se sabe que existen alteraciones en el procesamiento del dolor a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC), formando parte de lo que se conoce como “Síndromes de Sensibilización Central”.

Entre los Síndromes de Sensibilización Central se encuentran, además de la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la migraña, las alteraciones del estado de ánimo (depresión, ansiedad), el síndrome del intestino irritable, etc.

Fue a final del siglo XX cuando fueron propuestos, evaluados y validados los criterios de clasificación que se utilizaron para el diagnóstico y estudio de los pacientes con fibromialgia. Y en los primeros años del siglo XXI se validaron los nuevos criterios que son los utilizados en la actualidad.

### **Prevalencia**

Estudios de población han puesto de manifiesto que el dolor generalizado crónico en los países industrializados afecta al 10% de las personas en algún momento de su vida y el dolor regional crónico (cervicalgia, lumbalgia, dolor miofascial, etc) es encontrado en un 20-25% de la población (1). Ambos tipos de dolor, en conjunto, afectan 1.5 veces más a las mujeres que a los hombres.

En lo que respecta a la entidad que conocemos como fibromialgia, afecta al 2-3% de la población general, aumenta con la edad, ocurre tanto en niños como en adultos y no hay diferencias entre zonas rurales o la ciudad ni entre países industrializados o no. Afecta sobre todo a mujeres entre los 20-55 años, siendo la relación mujer: hombre de 6:1 en centros especializados.

### **Etiopatogenia**

No hay evidencia de que una única causa sea responsable de la fibromialgia y se sabe que numerosos factores estresantes, tanto psicológicos como físicos, pueden desencadenar o agravar los síntomas. A pesar de las muchas anomalías descritas en pacientes con FM, no existe un acuerdo general sobre la patogenia de esta enfermedad. La hipótesis más plausible es la que sugiere que en un individuo genéticamente

predispuesto, diversos factores estresantes inducen una disfunción a nivel del SNC que ocasiona aumento en la percepción del dolor e hipersensibilidad a numerosos estímulos.

Predisposición genética + Factores estresantes >>>>>> Disfunción del SNC

### **A) Predisposición genética**

Existe una fuerte historia familiar de agregación de los procesos incluidos en el concepto de “Síndromes de Sensibilización Central” (también conocidos como “desórdenes del espectro afectivo” y “enfermedades multisintomáticas crónicas”), lo que sugiere un factor hereditario compartido que puede ser responsable del solapamiento del dolor crónico y las alteraciones del estado de ánimo en las familias.

Además, se ha evidenciado agregación familiar de un “umbral bajo para el dolor” y existe un riesgo de 8.5 veces mayor de padecer fibromialgia en familiares de primer grado de los pacientes. Por este motivo se ha sospechado una predisposición genética, siendo los genes implicados aquellos que tienen un papel en la respuesta biológica al estrés y en los sistemas que procesan la información sensorial (dolorosa), así como aquellos que juegan un papel en el metabolismo y transporte de las monoaminas (compuestos que tienen un papel crítico en la respuesta humana al estrés) (2).

Ejemplos de los genes responsables son el transportador de la serotonina, la COMT (catecolamina metil-transferasa) y los polimorfismos de receptores adrenérgicos.

### **B) Factores estresantes**

En pacientes con fibromialgia y procesos relacionados se ha evidenciado hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) y del sistema nervioso simpático (SNS), aunque no se ha podido determinar que existan anomalías significativas a estos niveles. Todo lo cual hace sospechar que, más que la causa, esa hiperactividad es una “diátesis” que predispone a los individuos al desarrollo de los síntomas.

En diferentes estudios (3) se ha evidenciado que: 1) El tipo y el ambiente en el que el estrés ocurre tienen un impacto sobre la forma en que la respuesta al mismo es expresada. 2) Los sistemas de ajuste que tiene el organismo en situaciones de estrés pueden quedar permanentemente alterados por la repetida exposición a factores estresantes ambientales. 3) Los traumas en fases precoces de la vida repercuten de

forma permanente en cómo se desarrolla la respuesta al estrés durante el resto de la vida.

Las víctimas de accidentes experimentan una mayor frecuencia de fibromialgia y dolor miofascial (dolor regional crónico). Además, la respuesta al estrés puede ser inapropiadamente desencadenada por una amplia variedad de situaciones (o molestias) del día a día, situaciones que no son una amenaza real para la vida, lo cual provoca en la persona una sensación de “falta de control”, que es percibida como “inevitable y de la que no se puede escapar”

### ***C) Disfunción del sistema nervioso central (SNC)***

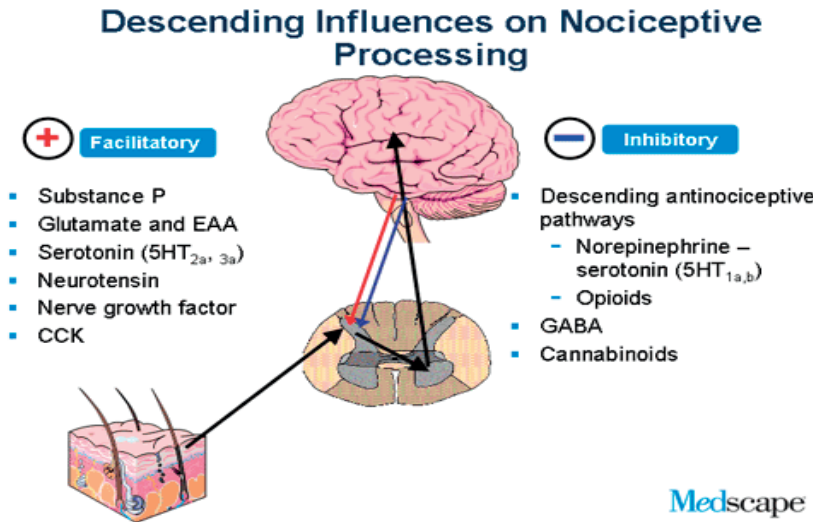
La disfunción del SNC se manifiesta fundamentalmente por alteraciones en el procesamiento del dolor, alteraciones en el estado de ánimo y disturbios del sueño. Así por ejemplo, se ha demostrado que los pacientes con fibromialgia detectan las sensaciones térmicas, las de presión y las eléctricas igual que las personas sin la enfermedad; sin embargo, el punto en el que estos estímulos provocan dolor o discomfort es significativamente inferior.

Investigaciones que apoyan esta disfunción del SNC (4) en los pacientes con fibromialgia son:

1. Estudios bioquímicos apoyan la noción de que hay altos niveles de péptidos pro-nociceptivos y/o bajos niveles de péptidos anti-nociceptivos. Hay evidencia de una disminución de las señales neuronales descendentes que, procedentes del tronco encefálico, inhiben la transmisión ascendente de estímulos dolorosos. Algunos ejemplos de lo anterior:
  - 1a: En la ínsula posterior derecha los mayores niveles de glutamato se asociaron a un más bajo umbral al dolor por presión.
  - 1b: Los pacientes con FM, comparados con controles sin la enfermedad, tenían déficits en la modulación intracortical de mecanismos gabaérgicos y glutamatérgicos (aminoácidos implicados en la modulación y procesamiento del dolor).
  - 1c: El mejor mecanismo estudiado que apoya la hiperalgesia de los pacientes con fibromialgia es el que demuestra la reducción de la actividad de las vías antinociceptivas descendentes noradrenérgica-serotoninérgica. Por ejemplo, se ha demostrado en pacientes con FM que el principal metabolito de la norepinefrina (MPHG, 3-methoxy-4-hydroxyphenethylene) y que los niveles del principal metabolito de la serotonina (5-HIAA, 5-hidroxindol-acético) están más reducidos en el LCR, así como que los

niveles de serotonina y su precursor (triptófano) están más bajos en el suero

1d: Entre los péptidos pronociceptivos, se han encontrado niveles elevados de sustancia P en el LCR de los pacientes con fibromialgia.



2. Diversas técnicas experimentales de neuroimagen (RM funcional, PET, RM espectroscopia y el SPECT) han puesto de manifiesto a nivel del SNC el distinto comportamiento de las áreas implicadas en el procesamiento de los estímulos dolorosos, así como el menor nivel de estímulo necesario en los pacientes para activar dichas áreas.

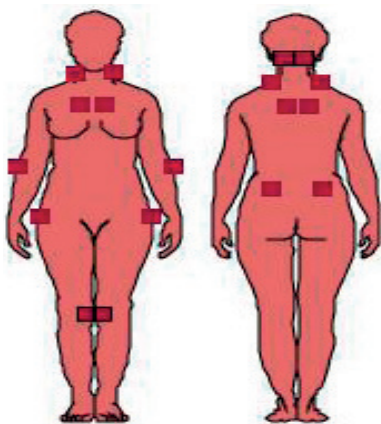
### Manifestaciones clínicas

El síntoma principal, más característico y que define la fibromialgia es el dolor músculo-esquelético generalizado crónico. Pero, esta enfermedad siempre se acompaña de otras manifestaciones (5) que, en grado variable, pueden o no estar presentes en algún momento o toda la evolución, como son:

- fatiga,
- alteraciones cognitivas,
- alteraciones del estado de ánimo (sobre todo, ansiedad y/o depresión),
- alteraciones del sueño y
- una gran variedad de otros síntomas somáticos.

- A) Dolor músculo-esquelético generalizado crónico: Es frecuente que las pacientes digan “me duele todo el cuerpo”, “tengo dolor desde la cabeza hasta la punta de los pies” o “estoy como si tuviese la gripe”. El dolor afecta a ambos lados del cuerpo, derecho e izquierdo, por encima y por debajo de la cintura; es difuso y mal localizado, a veces multifocal o migratorio, de intensidad variable (con altibajos) y es típico el disconfort por las ropas apretadas o con la palpación en cualquier grupo muscular. Además, pueden aquejar dolor articular con sensación de inflamación (que no se objetiva en la exploración), así como hormigueos y sensación de escozor o quemazón en brazos o piernas (con exploración neurológica normal). Finalmente, la cefalea aparece hasta en un 50% de las pacientes, siendo del tipo de tensión, migrañosa o mixta.
- B) Fatiga: Es la sensación de cansancio, más o menos persistente, de intensidad variable y que no se debe a esfuerzos físicos. Suele ser más intensa al despertar por las mañanas y a media tarde, empeora con actividades menores (que, por cierto, también empeoran el dolor) y también se agrava por la inactividad prolongada.
- C) Alteraciones cognitivas: Algunos pacientes tienen problemas para mantener la atención (leer un libro, incluso ver una película en la TV o, en casos severos, mantener una conversación larga), o bien, tienen dificultad para realizar actividades que requieren cambios rápidos de pensamiento.
- D) Alteraciones del sueño: El sueño es ligero y fragmentado, no es reparador (lo cual agrava la fatiga); a veces, el problema está en conciliar el sueño al comienzo de la noche.
- E) Alteraciones del estado de ánimo: La ansiedad y/o la depresión son frecuentes, suelen estar presentes hasta en el 30-50% de las pacientes al realizar el diagnóstico.
- F) Otros síntomas: Las pacientes con fibromialgia pueden tener una gran variedad de síntomas, sin que se demuestre una alteración orgánica significativa al realizar los pertinentes estudios. Entre estos síntomas se encuentran:
- +Dolor torácico, palpitaciones, disnea.
  - +Hipotensión ortostática y/o síncope neuromediado.
  - +Rinitis, congestión sinusal, dolor de garganta y otros síntomas respiratorios.
  - +Alteraciones en la audición, vértigo.
  - +Sequedad ocular y alteraciones de la visión.

- +Disfagia, disgeusia, dispepsia, dolor abdominal, síndrome del intestino irritable.
- +Dolor pélvico, frecuencia y urgencia miccional.
- +Vestibulitis vulvar, vulvodinia, dispareunia, dismenorrea.
- +Prostatitis no bacteriana. Disfunción sexual en varones.
- +Fluctuaciones del peso corporal y sudores nocturnos.
- +Síndrome sensibilidad química múltiple; intolerancia al calor y/o al frío.



Tender points

A pesar de todo lo anterior, es característico que la exploración física de las pacientes con fibromialgia sea normal, sin hallazgos significativos, sin signos de inflamación muscular ni articular, sin alteraciones significativas en la exploración neurológica, todo aparece como normal. Lo único destacable, como ya se ha comentado, es el dolor o discomfort que aquejan las pacientes con la presión suave, a veces con el simple tacto, de cualquier grupo muscular.

En esta hiperalgesia se basan los conocidos como “*tender points*”, que se emplearon para el diagnóstico según los criterios de la *American College of Rheumatology* (ACR) de 1990:

El único hallazgo clásico en el examen físico es la sensibilidad en localizaciones anatómicas específicas; son nueve pares de puntos (“*tender points*”), siendo preciso que en al menos 11 de ellos la paciente manifieste dolor al presionar. El examinador debe saber dónde palpar y cómo hacerlo. La cantidad de presión debería ser de 4 Kg/cm<sup>2</sup>, que es lo suficiente para que el lecho ungueal del examinador se ponga pálido. Generalmente se utiliza el pulgar y debe hacerse la misma comprobación sobre la frente del paciente, en donde la maniobra no ocasiona dolor.

### Datos complementarios

Como se ha comentado, no hay alteraciones de laboratorio ni radiológicas significativas que ayuden al diagnóstico; las que se solicitan son las básicas para descartar otras enfermedades que pueden manifestarse igual.

Desde el punto de vista del laboratorio, sólo se recomienda la realización de las siguientes determinaciones: Hemograma, VSG, PCR, parámetros de función hepática y renal, Na, K, Calcemia, CPK y TSH. Es recomendable la realización a todos los pacientes, al inicio, una radiografía de tórax.

Otras determinaciones analíticas (autoanticuerpos, serologías, etc) así como otras exploraciones radiológicas se solicitarán únicamente bajo sospecha clínica de otra patología y en casos dudosos.

## Diagnóstico

Actualmente ya no se utilizan los criterios diagnósticos de la ACR de 1990 y, por tanto, tampoco los “*tender points*”. Los criterios usados son los de la ACR de 2010/2011, modificados en 2016, que proporcionan una escala para medir la severidad de los síntomas característicos de la FM (6). Han sido elaborados con el reconocimiento de: a) en la práctica clínica el recuento de los “*tender points*” no es obtenido y b) la importancia de los problemas cognitivos y síntomas somáticos (que no fueron considerados en los primeros criterios).

En los nuevos criterios debe obtenerse la puntuación de dos escalas, la conocida como Índice de Dolor Generalizado (IDG) que puntúa entre 0-19 y la Escala de Severidad Sintomática (ESS) que puntúa entre 0-12. En cada una de estas escalas hay que considerar lo siguiente:

**ÍNDICE DE DOLOR GENERALIZADO (IDG):** Se divide el cuerpo en 5 regiones y se suman las áreas dolorosas de cada una de estas regiones que el paciente ha tenido en la última semana (puntuación entre 0-19, según número de áreas dolorosas):

### Región 1

- \*Cervical.
- \*Dorsal.
- \*Lumbar.
- \*Tórax.
- \*Abdomen.

### Región 2

- \*Mandíbula dcha.
- \*Hombro dcho
- \*Brazo dcho.
- \*Antebrazo dcho.

### Región 3

- \*Mandíbula izqda.
- \*Hombro izqdo.
- \*Brazo izqdo.
- \*Antebrazo izqdo.

### Región 4

- \*Cadera dcha.
- \*Muslo dcho.
- \*Pierna dcha.

### Región 5

- \*Cadera izqda.
- \*Muslo izqdo.
- \*Pierna izqda.



*ESCALA DE SEVERIDAD DE SÍNTOMAS (ESS):* Se divide en dos apartados, que sumados puntúan en total entre 0-12:

- Nivel de severidad en la última semana (puntuación de 0-9):
  - Fatiga: 0-3 (0 nada, 1 ligera, 2 moderada y 3 muy intensa).
  - Sueño no reparador: 0-3
  - Síntomas cognitivos: 0-3.
- Síntomas que ha tenido en los últimos 6 meses (puntuación 0-3):
  - Cefalea: 0-1 (0 no ha tenido, 1 sí ha sufrido).
  - Dolor o calambres en abdomen inferior: 0-1.
  - Depresión: 0-1.

Teniendo en cuenta que la cefalea crónica, las molestias de garganta, el dolor torácico, el dolor abdominal y el dolor pélvico son tan comunes en los pacientes con fibromialgia, algunos autores consideran que aquellos pacientes que sólo sufren dolor regional crónico en alguna de estas localizaciones es probable que tengan FM.

El diagnóstico de fibromialgia, según los criterios de la ACR de 2016, se hace si la paciente cumple las siguientes 4 condiciones:

- 1) Dolor en 4 de las 5 regiones del Índice de Dolor Generalizado.
- 2) IDG  $\geq 7$  y ESS  $\geq 5$ , o bien, IDG 4-6 y ESS  $\geq 9$ .
- 3) Síntomas desde al menos hace 3 meses.
- 4) El diagnóstico se hará exista o no otro proceso asociado.

En los criterios de ACR de 2016 existe, además, una Escala de Severidad de Fibromialgia (FS) que es la suma de las puntuaciones obtenidas en el IDG (0-19) y la ESS (0-12) y que puede orientar, entre revisiones, de la evolución de cada paciente:

$$FS = IDG + ESS = 0-31$$

### **Diagnóstico diferencial**

Vista la variedad de síntomas que pueden sufrir las pacientes con fibromialgia, no es raro que el diagnóstico diferencial sea también amplio (7). Ninguno de los múltiples síntomas es específico y cualquiera de ellos puede ser ocasionado por diversas enfermedades. Pero es que, además, como se ha comentado anteriormente, una paciente puede sufrir fibromialgia además de cualquier otra enfermedad.

Una completa historia clínica (anamnesis y exploración física) y los datos complementarios básicos comentados anteriormente, serán su-

ficientes para tener la sospecha o no de cualquier otro proceso y, si es necesario, solicitar otros análisis y exploraciones.

Los procesos más importantes a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial son:

**Infecciones:**

- >VEB,
- >VIH, HTLV,
- >Hepatitis vírica.
- >Enfermedad de Lyme.

**Endocrinopatías:**

- >Hipotiroidismo.
- >Hiperparatiroidismo.
- >Enfermedad de Cushing.

**Enfermedades neurológicas:**

- >Neuropatías periféricas.
- >Síndromes de atrapamiento.  
(S. túnel carpiano).
- >Miastenia Gravis.
- >Esclerosis Múltiple.

**Enfermedades reumáticas:**

- >Lupus Eritematoso Sistémico.
- >Síndrome de Sjögren.
- >Artritis Reumatoide.
- >Polimialgia Reumática.
- >Miopatías inflamatorias.
- >Artrosis.

### **Trastornos asociados**

Al valorar a una paciente con sospecha de fibromialgia, deben considerarse enfermedades que pueden simular una FM o aparecer al mismo tiempo. En relación a lo anterior, se ha constatado en varios estudios que un 30-70% de los pacientes con FM reúnen criterios de SFC y del SII. Estas enfermedades, que son comunes y pueden complicar el diagnóstico, son:

- Síndrome de Fatiga Crónica (SFC).
- Síndrome del Intestino Irritable (SII).
- Disfunción de la articulación temporo-mandibular.
- Vulvodinia.
- Síndrome de vejiga Irritable.
- Migraña y cefalea de tensión.
- Síndrome de dolor miofascial.
- Trastornos del sueño: apnea del sueño, mioclonias nocturnas y síndrome de piernas inquietas.
- Trastornos del estado de ánimo: ansiedad, depresión y síndrome de estrés postraumático.

Como la fibromialgia, cada una de estas condiciones es muy común y controvertida, pues no hay datos objetivos en la exploración, laboratorio o radiología que permitan diagnosticarlas. Como consecuencia, la FM y estos trastornos son a menudo llamados “síndrome somáticos funcionales”.

Los pacientes con FM pueden acabar con múltiples diagnósticos, según los diferentes especialistas por los que pueden ser valorados en virtud de la sintomatología que sufran en cada momento. Sin embargo, el diagnóstico exacto puede ser menos importante si todos estos procesos son considerados parte del mismo espectro, estando todos ellos relacionados con alteraciones en la percepción del dolor a nivel del SNC (Síndromes de Sensibilización Central).

En particular, en lo que se refiere al Síndrome de Dolor Miofascial (SDM), ha sido a menudo diferenciado de la FM sobre la base de su naturaleza más focal y por la existencia de “puntos gatillo” con bandas de tensión en las zonas dolorosas del músculo. Sin embargo, muchos investigadores creen que el SDM y el resto de estos procesos (como la disfunción témporo-mandibular, la vejiga irritable, la vulvodinia, etc) son formas localizadas de FM.

## **Tratamiento**

Es importante informar al paciente y familiares sobre la incertidumbre en cuanto a la patogenia, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, el paciente necesita y debe entender su enfermedad antes de iniciar cualquier programa de tratamiento, aquellos que reciben educación sobre su enfermedad evolucionan mejor desde el punto de vista funcional, la fatiga, la rigidez, la ansiedad y las alteraciones del estado anímico.

Además:

- hay que evitar comentarios como “todo está en tu mente” o “todo es normal, no tienes nada”;
- a pesar de que es un proceso crónico, hay que enfatizar que la gran mayoría de los pacientes viven una vida normal y activa;
- explicar que el flujo sanguíneo muscular / cutáneo puede estar enlentecido, por lo que la discusión del papel del espasmo muscular y el flujo sanguíneo lento es útil cuando se prescriban ejercicios y rehabilitación;
- explicar la relación entre el sistema neurohormonal y la percepción del dolor, la fatiga, las alteraciones del sueño y del estado anímico, lo cual ayudará a entender el por qué de los fármacos que le serán prescritos.

El programa de tratamiento debe ser individualizado y multidisciplinar, con la participación de:

- el médico de familia,
- la enfermera del centro de salud,
- especialistas de reumatología o medicina interna,
- rehabilitadores y fisioterapeutas,
- especialistas en salud mental.

Los “pilares” del tratamiento de los pacientes con fibromialgia son (8):

A) MEDIDAS FÍSICAS: Los beneficios del ejercicio en las pacientes con FM abarcan al dolor, tanto desde el punto de vista objetivo como subjetivo, y a una sensación global de bienestar:

A.1. Lo más efectivo es el ejercicio aeróbico graduado, bien sea caminar, bicicleta estática o ejercicios en piscina con agua tibia (acuaterapia). La actividad física recomendada debe ser individualizada, según las características de cada paciente.

A.2. Otras medidas, no tan efectivas o de eficacia variable: sauna, duchas, masaje, acupuntura, manipulaciones quiroprácticas, inyecciones en los “*trigger points*” y estimulación eléctrica transcraneal.

B) MEDIDAS PSICOTERAPÉUTICAS: Básicamente se trata de terapia conductista-cognitiva y terapia conductista-operacional, que consiguen significativa mejoría clínica en cuando a la intensidad del dolor y estado físico global. Por otro lado:

- La depresión debe ser tratada de forma enérgica.
- Son útiles el entrenamiento en técnicas de relajación y las instrucciones para conseguir un sueño adecuado.

C) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: No existiendo un fármaco ideal y completamente eficaz, los grupos farmacológicos empleados en la fibromialgia son:

- Antidepresivos (AT).
- Anticonvulsivantes.
- Analgésicos: Paracetamol y/o Tramadol.
- AINEs.
- Otros (de menos eficacia o dudosa actividad).
- Los opioides y los corticoides no son eficaces y están contraindicados.

C.1. *Antidepresivos*: Son útiles en aliviar muchos síntomas en la FM: el dolor, la fatiga, el ánimo depresivo, los disturbios del sueño y mejoría global de la calidad de vida, sin clara superioridad de unos sobre otros. Los más empleados son:

- Tricíclicos (AT): amitriptilina, ciclobenzaprina, desimipramina.
- Inhibidores duales de la recaptación de noradrenalina-serotonina (IRSN): duloxetina, milnacipram (éste último no comercializado en España).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina, paroxetina, venlafaxina, citalopram.

Los antidepresivos tricíclicos suelen ser el tratamiento inicial. Producen mejoría clínicamente importante en el 25-45% de los pacientes tratados; sin embargo, su uso es limitado por la falta de una efectividad uniforme y la relativa alta frecuencia de efectos secundarios. Además, esta eficacia puede disminuir con el tiempo en algunos pacientes. Incluso a bajas dosis pueden aparecer efectos secundarios como boca seca, estreñimiento, retención de líquidos, ganancia de peso, atontamiento y dificultad de concentración, además de la posible cardiotoxicidad que limita su uso en ancianos.

C.2. *Anticonvulsivantes*: En la FM han sido estudiados la pregabalina y la gabapentina.

- Actúan sobre los canales del calcio y ejercen su efecto analgésico mediante el bloqueo de la liberación de varios neurotransmisores.
- Son eficaces en proporcionar mejoría del dolor, el sueño, la fatiga y la calidad de vida. Mareo y somnolencia son los efectos secundarios más frecuentes, además de ganancia de peso.

C.3. *Otros*: Paracetamol, Tramadol y/o AINEs: solos o combinados pueden ser útiles, sobre todo combinados con los antidepresivos y/o los anticonvulsivantes.

C.4. Normas generales del tratamiento farmacológico:

- Prescribir a dosis bajas y aumentarlas muy lentamente.
- Dosis baja de AT por la noche debería ser el tratamiento inicial (amitriptilina, de primera elección, 10 mg dosis inicial).
- Si provocara mucha somnolencia, una alternativa a la amitriptilina son la pregabalina o la gabapentina.

- Si predomina el agotamiento, puede iniciarse con gabapentina por la mañana o milnacipram.
- Algunos pacientes pueden estar mejor con polifarmacia (combinación de antidepresivos o antidepresivos + anticonvulsivantes).
- Asociados a los anteriores, pautados o a demanda, pueden prescribirse: paracetamol y/o tramadol (y/o AINEs).

#### C.5. Combinaciones de fármacos:

- 1) ISRS o IRSN por la mañana más AT a dosis bajas nocturnas
  - +/- AINEs y/o  
Analgésicos (paracetamol y/o tramadol).
- 2) IRSN por la mañana más Pregabalina/Gabapentina en la tarde
  - +/- AINEs y/o  
Analgésicos (paracetamol y/o tramadol).

### **Pronóstico**

Como ya se ha comentado, una mayoría de pacientes puede tener una vida más o menos normal y activa, aunque el dolor y la fatiga son casi continuos. En un estudio, dos tercios de los pacientes estaban trabajando a tiempo completo y la enfermedad interfería sólo modestamente en sus vidas; por otro lado, el 10-30% decían estar incapacitados para el trabajo.

Son factores de mejor pronóstico:

- La elevada percepción de control sobre el dolor.
- Creer que el dolor no es un signo de daño orgánico.
- La creencia de que no está incapacitada.
- Bajo nivel de depresión y/o ansiedad.
- Buscar ayuda de otros.
- Más ejercicio y actividades de paseo.

Son factores de peor pronóstico:

- El catastrofismo.
- Alto nivel de depresión y/o ansiedad.

## **Conclusión**

La fibromialgia es una enfermedad crónica, produce dolor de forma continua aunque de intensidad variable. Además, puede acompañarse de una gran variedad de otros síntomas, siendo los más importantes la fatiga, las alteraciones de sueño y los trastornos cognitivos y del estado de ánimo, aunque otros muchos pueden estar presentes o aparecer en algún momento de su evolución.

El pronóstico, en general, no es malo, pues una mayoría de pacientes puede hacer una vida más o menos normal.

El tratamiento no es todo lo eficaz que sería deseable y no hay un tratamiento ideal. El manejo multidisciplinar y las medidas psicoterapéuticas, junto a la fisioterapia y los fármacos empleados, pueden ayudar a las pacientes a sobrellevar esta enfermedad que es todo menos “una enfermedad de la cabeza o de los nervios”.

## Bibliografía

1. Jones GT, Atzeni F, Beasley M, FlüßE, Sarzi-Puttini P, Macfarlane GJ. The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis Rheumatol* 2015;67(2):568-75.
2. Sluka KA, Clauw DJ. Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Neuroscience* 2016;338:114.
3. Chung, C.P., Titova, D., Oeser, A. et al. Oxidative stress in fibromyalgia and its relationship to symptoms. *Clin Rheumatol* 2009;28, 435-438.
4. Jensen KB, Srinivasan P, Spaeth R, Tan Y, Kosek E, Petzke F, Carville S, Fransson P, Marcus H, Williams SC, Choy E, Vitton O, Gracely R, Ingvar M, Kong J. Overlapping structural and functional brain changes in patients with long-term exposure to fibromyalgia pain. *Arthritis Rheum* 2013;65(12):3293-303.
5. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome. An emerging but controversial condition. *JAMA* 1987;257(20):2782.
6. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, Mease PJ, Russell AS, Russell IJ, Walitt B. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum* 2016;46(3):319-329. doi: 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012.
7. Häuser W, Perrot S, Sommer C, Shir Y, Fitzcharles MA. Diagnostic confounders of chronic widespread pain: not always fibromyalgia. *Pain Rep* 2017;2(3):e598.
8. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004;292(19):2388.