

Fibromialgia

Dra. Rina Carvallo

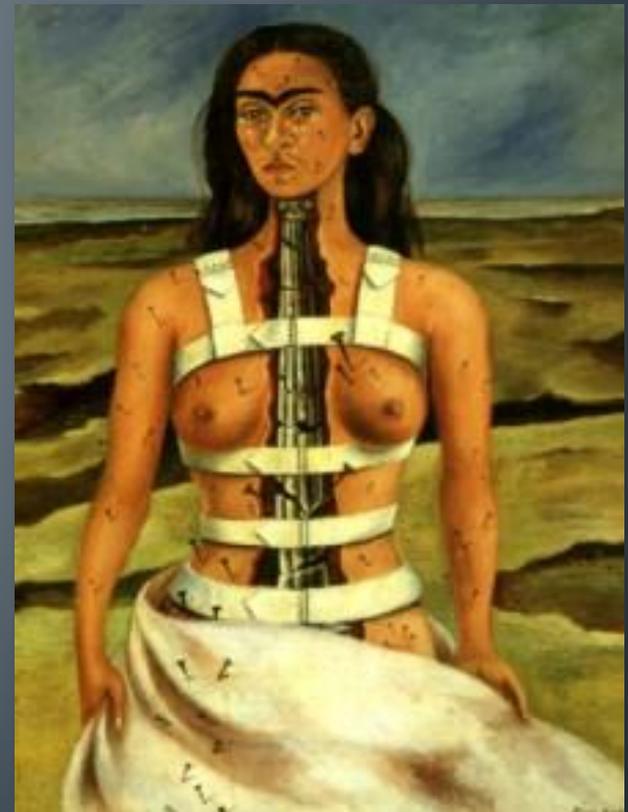
Noviembre 2018

Definición

- Síndrome no articular de causa desconocida, caracterizado por dolor difuso a nivel musculoesquelético y por la existencia de “puntos sensibles” a pesquisar en el examen físico.
- Enfermedad crónica, no inflamatoria.

Rasgos Esenciales:

- Dolor difuso
- Sensibilidad Alterada
- Perturbaciones del sueño
- Síntomas cognitivos
- Fatiga/rigidez



“La columna rota”, Frida Kahlo

Epidemiología

- Prevalencia 3-6% población mundial
- Más frecuente en mujeres (1:6-10)
- Sin diferencia de raza
- Edad más frecuente : 20 – 50 años
- Asociación con otras enfermedades:
 - Depresión, migraña, disfunción ATM, colon y/o vejiga irritable.
 - 20-30% AR, 20% OA
- Mal pronóstico: 25 – 35% de mejoría y 60% empeora a 6 años.

Fisiopatología

Fisiopatología

Secuencia de eventos permanece desconocido

Se ha encontrado anomalías bioquímicas, metabólicas e inmunoregulatorias.

Se ha objetivado que el dolor es subjetivo y que existe un déficit en el SNC.

Predisposición genética
FM: 8,5 veces más riesgo

- ✓ ↓ niveles de serotonina, noradrenalina y dopamina
- ✓ ↑ niveles de sustancia P
- ✓ ↓ umbral del dolor
- ✓ Condición anormal del procesamiento del dolor a nivel central.

Sistema Neuroendocrino

- Disfunción del eje hipotálamo, hipofisis – suprarrenal
 - Alteración en eje esencial para adaptación al estrés.

Pérdida del ritmo circadiano de cortisol

↑ niveles ACTH

↓ niveles de hormona de crecimiento, IGF-1

Estimulación insuficiente de serotonina para liberación adrenal de corticoide

Sistema nervioso autónomo

**SNS permanentemente
hiperactivo.**

Hiporreactivo al estrés

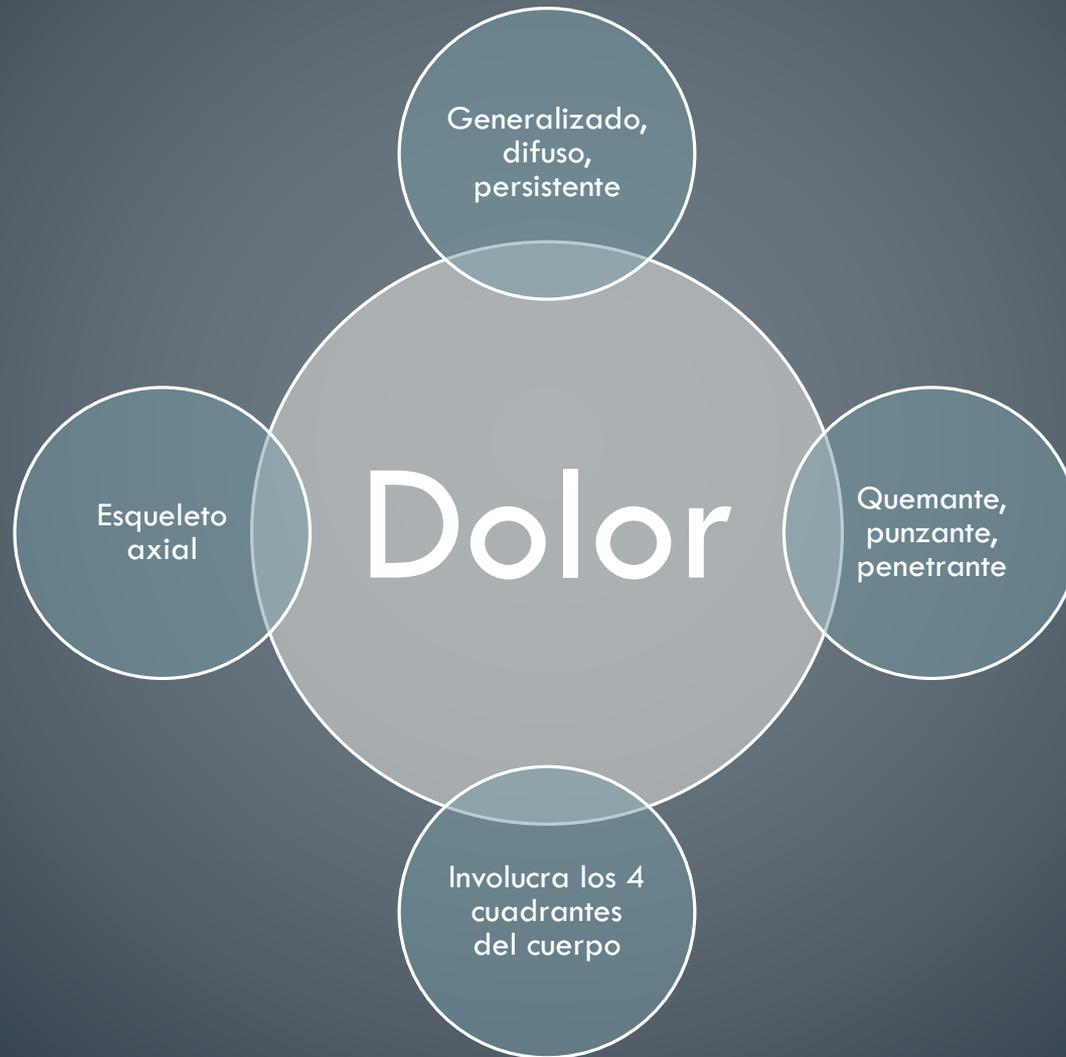
Fisiopatología

- Pérdida total sustancia gris 3.3 veces mayor.
 - Descenso significativo sustancia gris: Corteza frontal, cingulada, insular y parahipocampo
 - Incremento sustancia blanca hemisferio izdo, cerebelo, cuerpo estriado y corteza orbitofrontal.
- Frente estímulos de presión 4 kg/cm² alta activación en la corteza sensorial, límbica, insular y motora

The image features a background of thin, vertical, light blue lines of varying lengths and positions, creating a textured, rain-like effect. A solid teal horizontal bar spans the width of the image, positioned in the lower half. The word "Clínica" is written in white, bold, sans-serif font on the left side of this bar.

Clínica

Síntoma cardinal



Sitios frecuentes dolor

Región lumbar

Región cervical

Hombros

Rodillas

Muslos

Brazos



Dolor

- Puede aumentar su intensidad por:
 - El paso del tiempo
 - Exposición al frío
 - Ejercicio
 - Infecciones
 - Estrés psicológico
 - Falta de sueño

Clínica

Signos/Síntomas	Prevalencia (%)
Dolor generalizado	100
Fatiga	60-92
Rigidez	78-84
Trastornos del sueño	56-72
Ansiedad	62
Cefaleas	53
Parestesias	52
Sensación de tumefacción de partes blandas	47
Dismenorreas	43
Colon- Vejiga irritable	40-60
Depresión	34
Síndrome de piernas inquietas	31
Síndrome de Sjögren/fenómeno de Raynaud	15

The background features a light gray gradient with numerous thin, vertical, slightly wavy lines in a muted teal color. A solid teal horizontal bar spans the width of the image, positioned in the lower half. The word "Diagnóstico" is written in white, bold, sans-serif font on this bar.

Diagnóstico

Diagnóstico

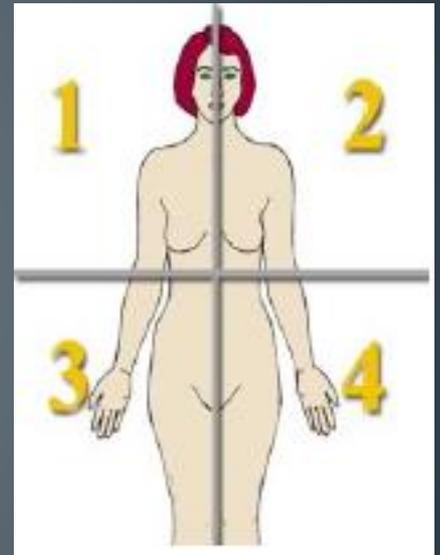
- Criterios del ACR (1990)

Dolor crónico generalizado por más de 3 meses

- Ambos lados del cuerpo
- Esqueleto axial
- Sobre y bajo la cintura

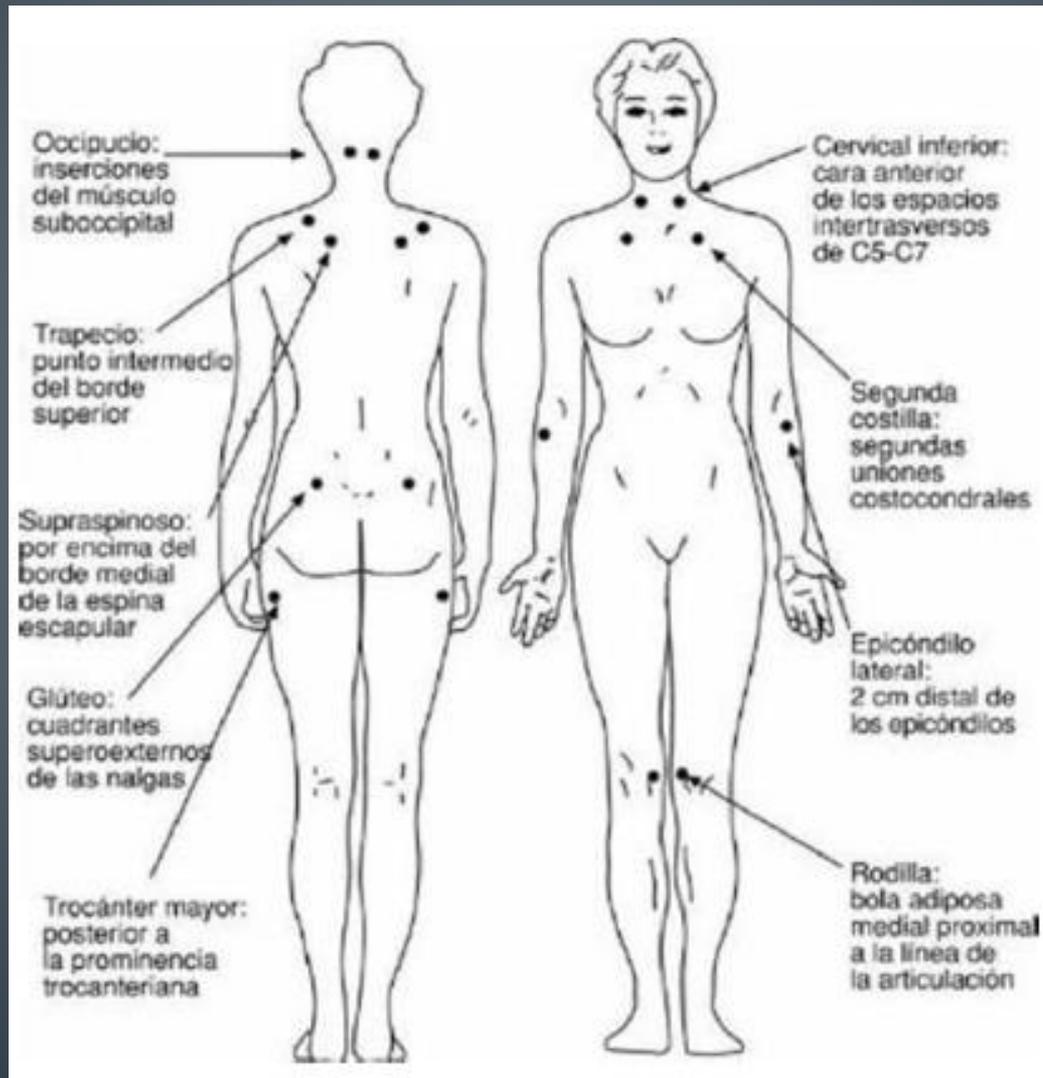
Tender point 11/18

Sin alteraciones orgánicas claramente demostrables



- Sensibilidad: 88,4%
- Especificidad: 81,1%

Tender point



The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity

FREDERICK WOLFE,¹ DANIEL J. CLAUW,² MARY-ANN FITZCHARLES,³ DON L. GOLDENBERG,⁴
ROBERT S. KATZ,⁵ PHILIP MEASE,⁶ ANTHONY S. RUSSELL,⁷ I. JON RUSSELL,⁸ JOHN B. WINFIELD,⁹
AND MUHAMMAD B. YUNUS¹⁰

- Índice dolor generalizado ≥ 7 + escala de gravedad síntomas ≥ 5
- Índice dolor generalizado 3-6 + escala gravedad síntomas ≥ 9
- Síntomas durante al menos 3 meses
- Paciente no tiene otra patología que explique el dolor
- Diagnostica el 88,1% de los casos.

Criterios diagnósticos

1) WPI: anote el número de áreas en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana ¿En cuántas ha tenido dolor? El valor debe estar entre 0 y 19.

Áreas : Cintura Escapular Izquierda, Cintura Escapular Derecha, Pierna Inferior Izquierda, Pierna Inferior Derecha, Brazo Superior Izquierdo, Brazo Superior Derecho, Mandíbula Izquierda, Mandíbula Derecha, Brazo Inferior Izquierdo, Brazo Inferior Derecho, Pecho (Tórax), Abdomen, Cadera (glúteo/trocánter)Izquierda, Cadera (glúteo/trocánter)Derecha, Cuello (nuca y cara anterior), Espalda Superior, Espalda Inferior, Pierna Superior Izquierda, y Pierna Superior Derecha.

2) SS Score:

- Fatiga
- Sueño no reparador
- Síntomas cognitivos

Para cada uno de los tres síntomas indicados, elija el nivel de gravedad durante la pasada semana, en base a la siguiente escala:

0 = Sin problemas

1= Leve, casi siempre leve o intermitente.

2= Moderado, produce problemas considerables, casi siempre presente a nivel moderado.

3= Grave, persistente, afectación continua, gran afectación de la calidad de vida.

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.

*Dolor muscular, Síndrome de Colon Irritable, Fatiga / agotamiento, Problemas de comprensión o memoria, Debilidad muscular, Dolor de cabeza, Calambres abdominales, Entumecimiento/hormigueo, Mareo, Insomnio, Depresión, Estreñimiento, Dolor epigástrico, Náuseas, Ansiedad, Dolor torácico, Visión borrosa, Diarrea, Boca seca, Picores, Sibilancias, Fenómeno de Raynaud, Urticaria, Tinnitus, Vómitos, Acidez de estómago, Aftas orales, Pérdida o cambios en el gusto, Convulsiones, Ojo seco, Respiración entrecortada, Pérdida de apetito, Erupciones / Rash, Intolerancia al sol, Trastornos auditivos, Equimosis frecuentes, Caída del cabello, Micción frecuente, Micción dolorosa, Espasmos vesicales

Diagnóstico diferencial

- Endocrine
 - ↓ thyroid, ↑ parathyroid
- Neurological
 - MS, myasthenia gravis, neuropathy
- MSK disease
 - early inflammatory arthritis, SLE, myositis, PMR, hypermobility
- Psychiatric
 - Depression, borderline personality, drug seeking, somatization
- Drugs
 - statins, aromatase inhibitors, post chemo

Estudio

- Lo principal es el descarte de patología concomitante que pueda simular una fibromialgia
 - Hipotiroidismo
 - Anemia
 - Miopatias inflamatorias
 - PEP
 - Mesenquimopatía, etc.

Básico

- Pruebas Tiroideas
 - TSH, T4 libre
- Hemograma
- VHS

ANEXO 4. Prueba de sospecha y diagnóstico precoz de Fibromialgia en Atención Primaria de Salud. Lista de Chequeo.

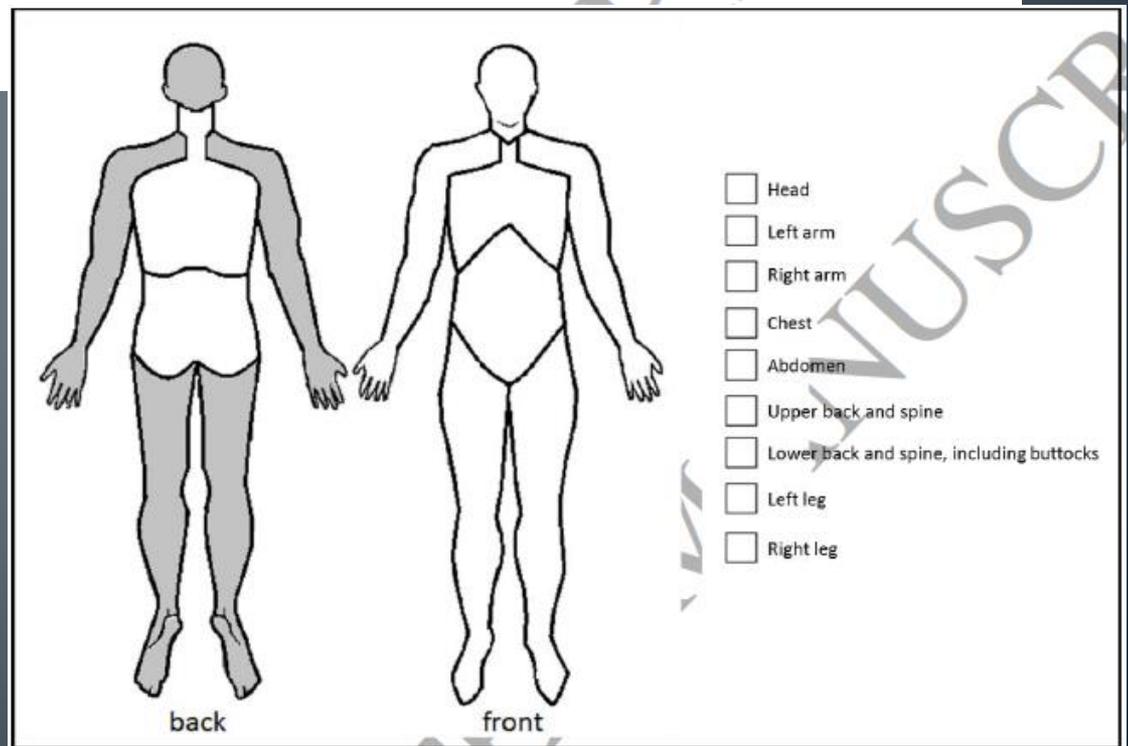
1. ¿El/ la paciente evaluado sufre dolor físico, musculoesquelético (articular y muscular), por más de tres meses de evolución?
2. ¿El sujeto sufre de cansancio o fatiga física desde el despertar, la cual se exagera con actividades cotidianas que antes se toleraban sin problemas?
3. ¿Se detecta en la historia la presencia de mal dormir, problemas de conciliación o dormir superficial?
4. ¿Puede rescatarse de la historia alteración de memoria reciente o dificultad en la concentración?
5. ¿Sufrir el paciente de adormecimiento en manos o zonas con sensación de piel quemada, herida u otros indicios de dolor neuropático?
6. ¿El examen físico permite detectar hiperalgesia, alodinia o puntos sensibles?

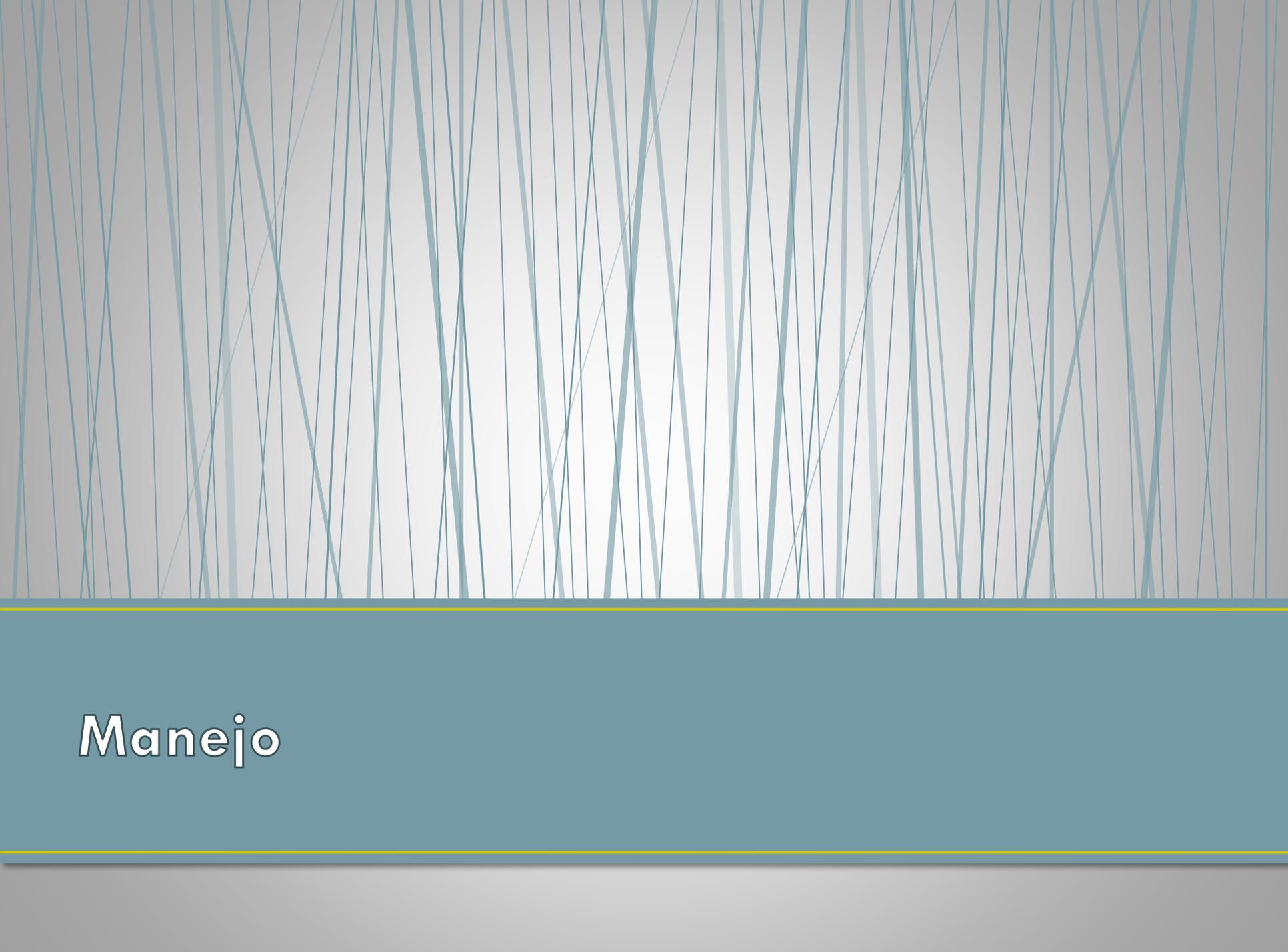
Si son positivas las respuestas a 3 de estas 6 preguntas, el **diagnóstico de Fibromialgia es altamente probable.**

Table 1. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia

Dimension 1: Core Diagnostic Criteria

1. Multi-site pain defined as 6 or more pain sites from a total of 9 possible sites (see Figure 1)
2. Moderate to severe sleep problems **OR** fatigue
3. Multi-site pain plus fatigue or sleep problems must have been present for at least 3 months

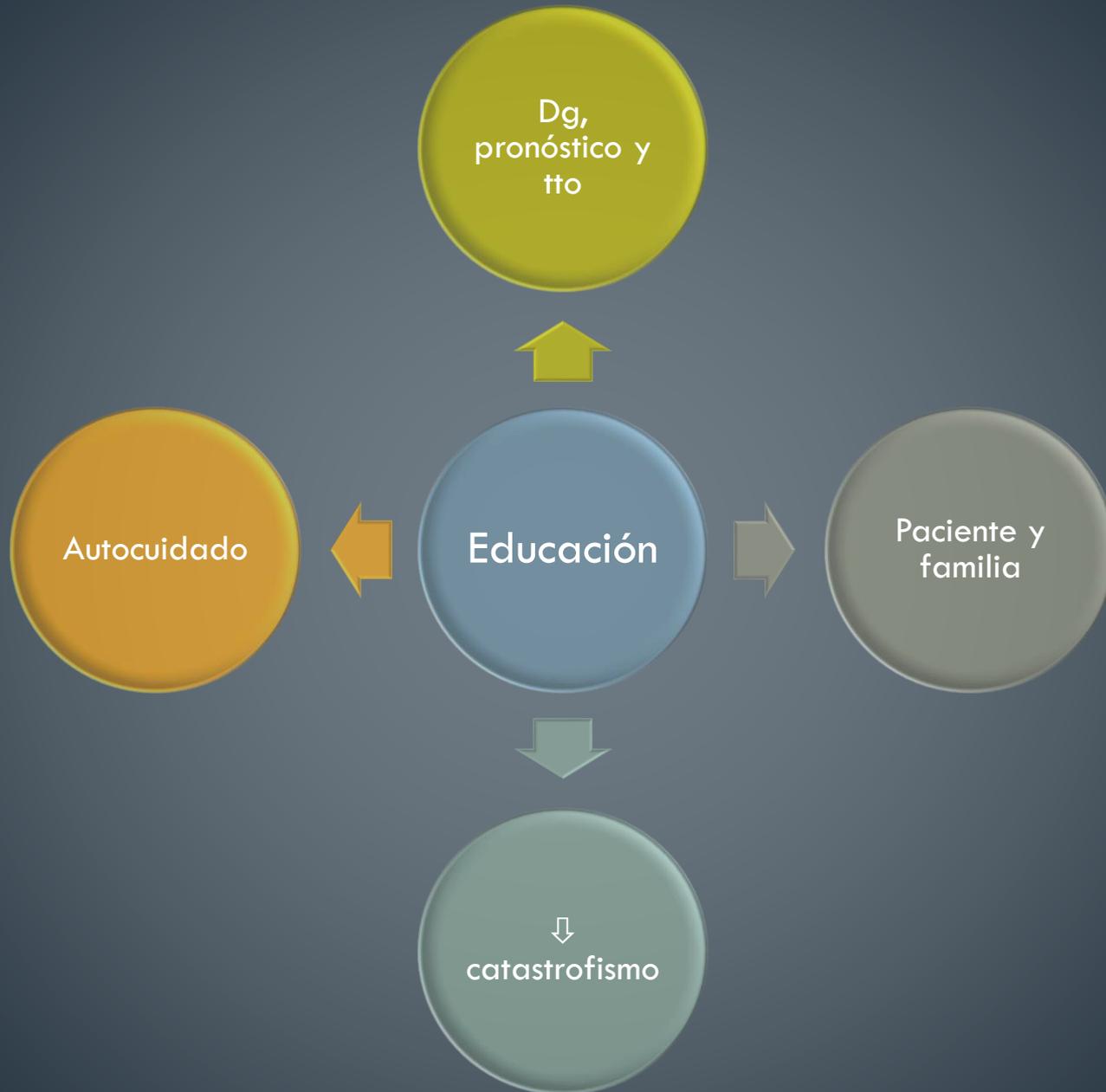


The image features a background of vertical teal lines of varying thicknesses on a light gray gradient. A solid teal horizontal bar spans the bottom of the image, containing the word "Manejo" in white text.

Manejo

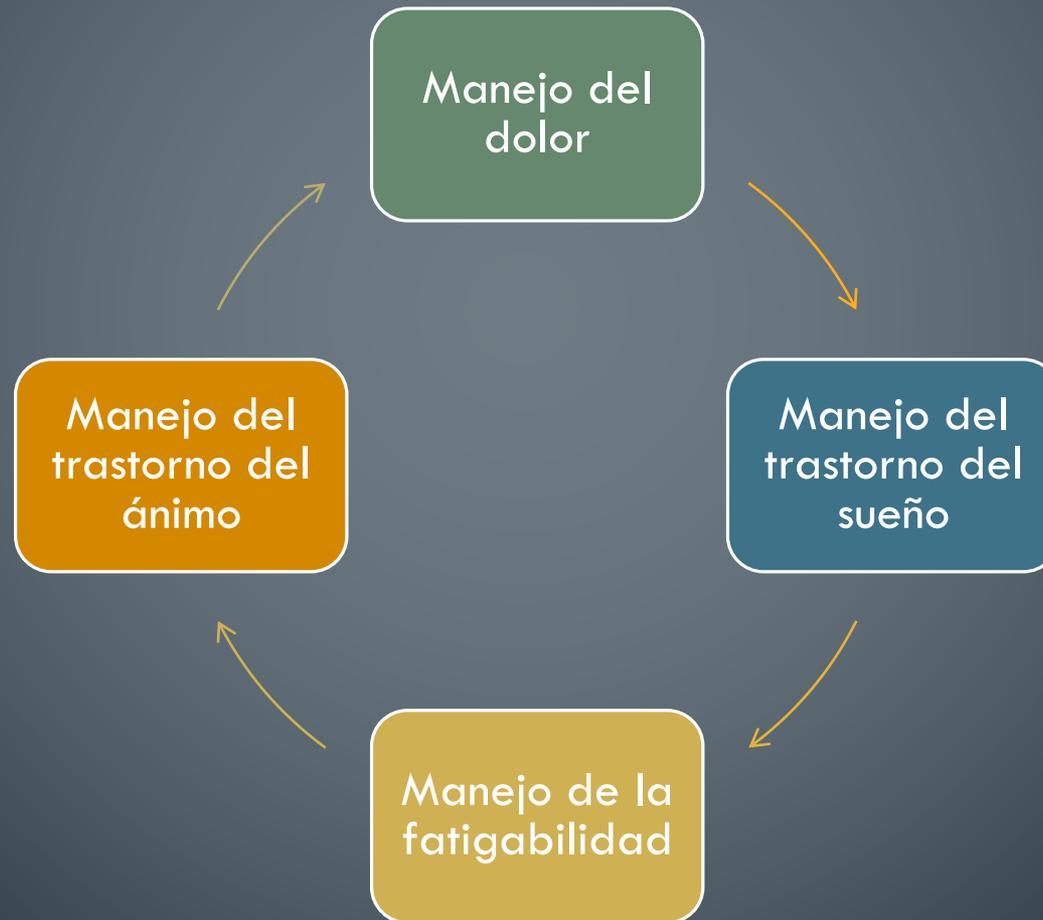
Conceptos fundamentales

- Foco en el paciente y no en los síntomas
- Potenciación positiva \Rightarrow evitar catastrofismo
- Mantener funcionalidad y vida activa
- Pacientes con FM son mejor manejadas en APS
- Tratamiento multimodal es el ideal
 - Efecto modesto de tto farmacológico



El tratamiento debe ser integral

- Pilares del tratamientos



Ejercicios

- Ejercicio aeróbico

- Eficaz en:

- Manejo del dolor: ↓3,3 ptos EVA
 - Mejora calidad de vida
 - Mejoría capacidad física

- Fortalecimiento intensidad moderada

- Mejora funcionalidad global
 - Alivia el dolor
 - Disminuye hipersensibilidad
 - Aumenta fuerza muscular

Mecanismo ↑ opióides endógenos

↑ serotonina y noradrenalina

Estimulación GH y IGF-1

Regulación eje hipotalamo-hipófisis-suprarrenal y SNA

Antes de hacer una prescripción de ejercicio debe evaluarse

- Presencia de puntos gatillos miofasciales que sean muy dolorosos (y limitantes) para hacer ejercicio. Tratarlos
- Presencia de artrosis o artralgias en articulaciones de carga
- Riesgo coronario
- Antecedentes de lesiones de aparato locomotor

Indicación

Ejercicio Aeróbico

- Intensidad moderada a alta
- 30 a 60 minutos
- 3 veces a la semana



Ejercicio Fortalecimiento

- Intensidad moderada a alta
- 2 a 3 veces por semana



Ejercicio flexibilización

- Asociarlos previo al inicio de cada sesión
- Duración debe ser prolongada



Ejercicios de bajo impacto articular

- Qigong, Taichi, Yoga y Pilates
- Mantención a largo plazo

Terapia ocupacional

- Entrenamiento en AVD y adaptaciones
- Manejo del estrés, fatiga, dolor.

Psicología

- TCC, mindfulness

Acupuntura



Tratamiento farmacológico

Evidencia en el beneficio de tratamiento farmacológico combinado

Iniciar dosis bajas y realizar ajuste en forma ascendente

Amitriptilina

• 12,5 mg \Rightarrow 50 mg

Pregabalina

• 75 mg \Rightarrow 300 mg

Duloxetina

• 30 mg \Rightarrow 60 mg

Milnacipram

• 50 mg \Rightarrow 200 mg

Tratamiento farmacológico

Amitriptilina

- ↓ dolor y fatiga similar.
- Mejor en trast. Sueño

Ciclobenzaprina

- Dosis bajas mejoran sueño
- ↓ Dolor
- 5-10mg/noche

Duloxetina y milnacipram

- ↓ dolor (50%)
- Mejor en depresión y ansiedad que pregabalina

Pregabalina

- Reduce el dolor
- Mejora ciclo sueño vigilia
- Mejora calidad de vida

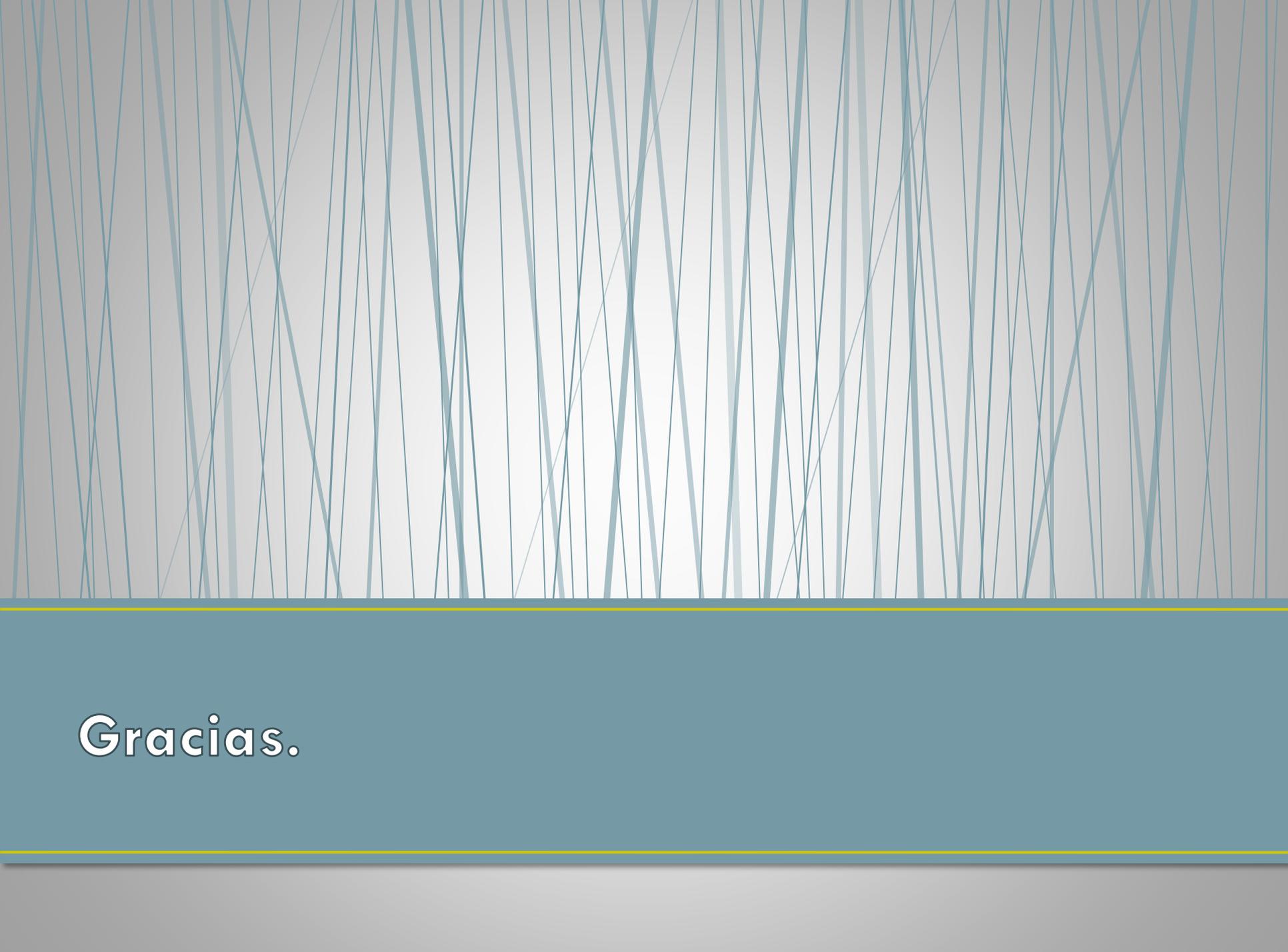
Pain	Sleep disturbance	Mood disturbance	Fatigue	Impaired function
Simple analgesic, acetaminophen	Sleep hygiene	Mind/body activity	Address sleep problems	Multimodal therapy
Tricyclic agent, amitriptyline	Tricyclic agent, amitriptyline	Mental health specialist	Physical activity	Rehabilitation program
Gabapentinoid, pregabalin	Gabapentinoid, pregabalin	Psychological therapies, e.g. CBT	Psychological therapies, e.g. CBT	
SNRI, duloxetine	Cyclobenzaprine	SNRI, duloxetine,	SNRI, duloxetine,	
Tramadol		SSRI, fluoxetine, paroxetine		

Target del tto

- Paciente debe ser activo y empoderado
- Objetivo razonable:
 - ↓ 30- 50% sintomas
 - Mejorar la función
- Si usa fármaco
 - Idealmente un fármaco con múltiples efectos

Seguimiento

- Aparición de nuevos síntomas debe ser estudiado como cuadro nuevo
- Mejor pronóstico ⇨ menor tiempo
- Mal pronóstico:
 - Pasividad
 - Trastorno del ánimo

The image features a background of numerous thin, vertical, light blue lines of varying lengths and positions, creating a textured, rain-like effect. A solid teal horizontal bar spans the bottom of the image, containing the text 'Gracias.' in a white, bold, sans-serif font. A thin yellow line is visible at the very bottom edge of the teal bar.

Gracias.