

Enfrentamiento y tratamiento de Fibromialgia

RRSS: La Dra. Javiera Flaño, residente de medicina familiar mención adultos, nos entrega en este artículo algunas claves para el enfrentamiento de la Fibromialgia en el contexto de la APS.

Autora: Dra. Javiera Flaño O., Residente Medicina Familiar PUC

Editora: Dra. Isabel Mora M., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Resumen de portada:

La Fibromialgia es un síndrome poli sintomático cuyo síntoma principal es el dolor. El objetivo de esta revisión es orientar en las claves diagnósticas y de tratamiento de esta entidad ya que todo médico que trabaja en atención primaria debe estar preparado para enfrentar esta patología.

Palabras Claves: Fibromialgia, dolor crónico, medicina familiar, atención primaria.

Fecha: 24 julio 2018

Introducción

La Fibromialgia (FM) es un síndrome poli sintomático caracterizado principalmente por dolor crónico generalizado, no articular e idiopático. Se reconoce que es la segunda patología reumatológica mas común después de la Artritis Reumatoidea, y que mundialmente existe entre 2-5% de personas afectadas por esta condición, lo cual a nivel nacional corresponde a 1-2%. Históricamente se reconocía una relación de hasta 9:1 entre mujeres y hombres respectivamente. Esto ha cambiado en la actualidad debido a un cambio en los criterios diagnósticos de la FM, donde las cifras actuales describen una relación de entre 2-9:1. Además se sabe que existe una relación familiar, por lo que una persona que tiene algún familiar directo con esta patología presenta un riesgo de hasta 8.5 veces mayor de manifestarla^(7,8).

La etiología de esta patología es aún material de estudio, siendo hasta ahora controversial y poco clara. Se sabe que existe una disfunción difusa del SNC provocando una alteración en la regulación del dolor lo cual disminuye el umbral de este, además de alteraciones en el sueño, en la cognición, en el sistema nervioso autónomo y en las vías neuroendocrinológicas, todo lo cual asociado a factores ambientales y factores genéticos da origen a la presentación clínica de la fibromialgia^(1,3,4,7,9,10).

Clínica y Criterios diagnósticos

El dolor de la FM se acompaña, la mayoría de las veces, de fatiga crónica, alteraciones en el ciclo del sueño y síntomas cognitivos. Clásicamente el dolor tiene una duración mayor o igual a 3 meses, se presenta de forma intermitente, siendo migratorio y de carácter e intensidad variable. Generalmente se agrava con el estrés, con el frío y con actividad física y se atenúa con el reposo, relajo y descanso. Es característico e imprescindible que no exista inflamación de tejidos ni alteraciones músculo esqueléticas.

Al examen físico se puede encontrar hipersensibilidad, alodinia y puntos sensibles.

La mayoría de los pacientes presenta o ha presentado además síntomas acompañantes como cefalea, parestesias, síntomas gastrointestinales del tipo síndrome intestino irritable y/u otros síndromes de dolor crónico⁽¹⁻⁶⁾.

Los criterios diagnósticos de la FM han ido variando con los años desde la descripción de los primeros criterios de la American College of Rheumatology (ACR) en el año 1990. Dentro de los criterios actuales, lo más característico es el dolor generalizado, referido a músculos y articulaciones con presencia de puntos sensibles y en ausencia de criterios clínicos y de laboratorio que indiquen inflamación muscular o articular. No existe un número mínimo de puntos sensibles requeridos para realizar el diagnóstico. Además, es importante la presencia de fatiga, sueño no reparador y/o alteraciones cognitivas. Hoy en día los criterios diagnósticos más utilizados y reconocidos son los de la ACR 2016 (Ver cuadro nº 1⁽¹¹⁾), los cuales no son mandatorios para realizar el diagnóstico dado que se crearon para ser utilizados en investigación y no para la práctica clínica.

Cuadro Nº 1: Criterios diagnósticos para fibromialgia según American College of Rheumatology 2016.

- Dolor generalizado (definido como dolor en al menos 4 de 5 regiones) ≥ 3 meses asociado a :
 - Widespread pain index (WPI) ≥ 7 y Symptom severity scale (SSS) ≥ 5 o WPI entre 4 - 6 y SSS ≥ 9
- Los síntomas se explican por fibromialgia independiente que exista otro diagnóstico. El diagnóstico de fibromialgia no excluye la presencia de

Widespread pain index: índice de dolor generalizado; Symptom severity scale: escala de severidad de síntomas.

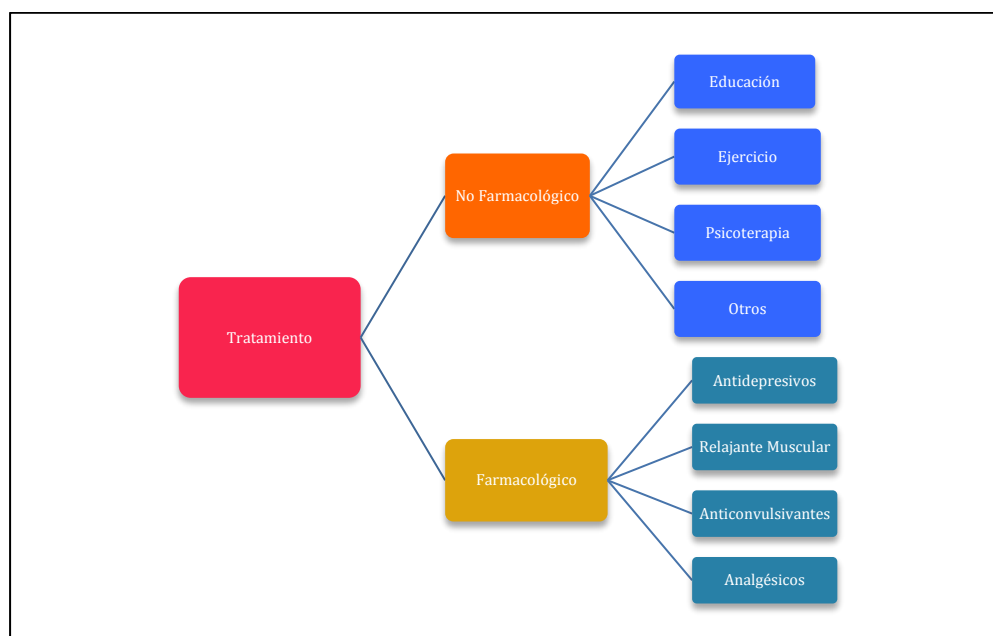
A pesar de estos criterios, el diagnóstico de FM es clínico y no corresponde a un diagnóstico de exclusión. Por este motivo, es muy importante la historia, el examen físico y algunos exámenes de laboratorio (en caso necesario) para excluir algunas otras patologías, principalmente reumatológicas que pudieran estar confundiendo con Fibromialgia.

Tratamiento

Se recomienda siempre realizar terapias individualizadas, multidisciplinarias e ir avanzando de forma escalonada, incluyendo siempre y en primera instancia, medidas no farmacológicas y luego agregar tratamiento farmacológico.

Para las medidas farmacológicas y no farmacológicas existe una variedad de opciones, tal como se indica en la Figura nº 1:

Figura Nº 1: Clasificación de opciones de tratamiento para Fibromialgia.



Dentro de las medidas no farmacológicas, es crucial educar al paciente sobre el diagnóstico de fibromialgia, las diferentes alternativas de tratamiento, la importancia de una adecuada

higiene del sueño y la importancia de tratar otras comorbilidades que puedan estar afectando la sintomatología.

Las terapias de ejercicio cardiovascular así como la psicoterapia (sobre todo la terapia cognitivo conductual) han mostrado efecto en reducir la intensidad del dolor, mejorar la calidad de vida y del sueño⁽¹²⁻¹⁸⁾. En cuanto al ejercicio, las indicaciones sobre tipo e intensidad deben ser individualizadas de acuerdo al paciente y acorde a preferencias y comorbilidades, aunque se recomiendan al menos 30 minutos 3 veces por semana.

Dentro del tratamiento farmacológico destacan diferentes familias de fármacos: antidepresivos (tricíclicos como la amitriptilina, y los ISRS como duloxetina y milnaciprán), relajantes musculares (ciclobenzaprina), anticonvulsivantes (pregabalina), y analgésicos (AINEs y opiodes)

¿Cómo elegir el tratamiento farmacológico más adecuado?

El tratamiento farmacológico debe ser individualizado y se basa en la sintomatología predominante y en las comorbilidades presentes en cada paciente.

En los casos en que además del dolor predominen los síntomas anímicos se sugiere iniciar con amitriptilina y/o duloxetina. En aquellos pacientes con síntomas ansiosos, además de los recientemente nombrados, se podría iniciar con pregabalina. En aquellos en que predomina la fatiga y el sueño no reparador, se aconseja iniciar con duloxetina, milnaciprán o amitriptilina. En aquellos con alteraciones del sueño mayoritariamente, sería conveniente iniciar el tratamiento con pregabalina u amitriptilina ^(19-22,16). No existen estudios que avalen el uso clínico de Gabapentina en fibromialgia^(23,24).

Frente a estas sugerencias, es necesario considerar que:

- La pregabalina ha demostrado una alta tasa de efectos adversos por lo cual generalmente no se usa como primera opción de tratamiento farmacológico.
- La ciclobenzaprina ha demostrado ser efectiva en una mejora global del paciente así como en el alivio del dolor a corto plazo y mejoría en la calidad del sueño⁽²⁵⁾.
- Los analgésicos son un tema controvertido. Los AINEs no se recomiendan dada la falta de evidencia y/o efectividad en pacientes con FM. En cuanto a los opiodes, la evidencia no apoya el uso de opiodes fuertes. Sin embargo, existe controversia respecto al uso de opiodes débiles, pero generalmente tampoco se recomienda su uso para la fibromialgia^(26,27).
- La FDA ha aprobado solamente la duloxetina, pregabalina y milnaciprán para el tratamiento de esta entidad.

De acuerdo a lo descrito, no existe un único tratamiento ni un estándar por lo que es necesario individualizar la terapia acorde al paciente. Independiente del fármaco elegido, la recomendación es siempre iniciar con medidas no farmacológicas. Si no se observa una respuesta satisfactoria a estas, agregar un fármaco de forma individualizada iniciando en dosis bajas y titulando según evolución y respuesta^(16,28-32).

Conclusión

La fibromialgia es una patología crónica cuyo principal síntoma es el dolor. Su diagnóstico es clínico y su tratamiento debe ser individualizado acorde al paciente, comenzando con las medidas no farmacológicas y, si se requiere, agregar las farmacológicas. El diagnóstico, tratamiento y seguimiento es posible realizarlo en APS y solo es recomendable derivar cuando exista duda diagnóstica o sospecha de una enfermedad reumatológica asociada.

Bibliografía

1. Subsecretaría de salud pública, división de prevención y control enfermedades, Departamento de discapacidad y rehabilitación. Orientación técnica abordaje de la Fibromialgia 2016. Minsal; 2016.
2. Sangita C, Roger Z. Fibromyalgia [Internet]. American Family Physician; 2007. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2007/0715/p247.html>

3. Clauw DJ. Fibromyalgia: A Clinical Review. *JAMA*. 2014 Apr 16;311(15):1547.
4. Schmidt-Wilcke T, Clauw DJ. Fibromyalgia: from pathophysiology to therapy. *Nat Rev Rheumatol*. 2011 Sep;7(9):518–27.
5. Goldenberg DL. Fibromyalgia Syndrome: An Emerging but Controversial Condition. *JAMA*. 1987 May 22;257(20):2782.
6. Guinot M, Launois S, Favre-Juvin A, Maindet-Dominici C. Fibromialgia: fisiopatología y apoyo terapéutico. *EMC - Kinesiterapia - Med Física*. 2015 Apr;36(2):1–12.
7. Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH. Improving the Recognition and Diagnosis of Fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*. 2011 May;86(5):457–64.
8. Heidari F, Afshari M, Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. *Rheumatol Int*. 2017 Sep;37(9):1527–39.
9. Bennett RM. Clinical Manifestations and Diagnosis of Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin N Am*. 2009 May;35(2):215–32.
10. Clauw DJ, Arnold LM, McCarberg BH. The Science of Fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*. 2011 Sep;86(9):907–11.
11. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016 Dec;46(3):319–29.
12. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ, Kim SY, Góes SM, et al. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. *Cochrane Musculoskeletal Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Jun 21 [cited 2018 Jul 12]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012700>
13. Bennett R, Nelson D. Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2006 Aug;2(8):416–24.
14. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group*, editor. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Apr 24 [cited 2018 Jul 12]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011279.pub3>
15. Bernardy K, Füßer N, Köllner V, Häuser W. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome - a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol*. 2010 Oct;37(10):1991–2005.
16. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017 Feb;76(2):318–28.
17. Luciano JV, Martínez N, Peñarrubia-María MT, Fernández-Vergel R, García-Campayo J, Verduras C, et al. Effectiveness of a Psychoeducational Treatment Program Implemented in General Practice for Fibromyalgia Patients: A Randomized Controlled Trial. *Clin J Pain*. 2011 Jun;27(5):383–91.
18. Friesen LN, Hadjistavropoulos HD, Schneider LH, Alberts NM, Titov N, Dear BF. Examination of an internet-delivered cognitive behavioural pain management course for adults with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *PAIN*. 2017 Apr;158(4):593–604.

19. Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. Cochrane Neuromuscular Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2014 Jan 3 [cited 2018 Jul 12]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007115.pub3>
20. Hauser W, Petzke F, Uceyler N, Sommer C. Comparative efficacy and acceptability of amitriptyline, duloxetine and milnacipran in fibromyalgia syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Rheumatology*. 2011 Mar 1;50(3):532–43.
21. Rico-Villademoros F, Slim M, Calandre EP. Amitriptyline for the treatment of fibromyalgia: a comprehensive review. *Expert Rev Neurother*. 2015 Oct 3;15(10):1123–50.
22. Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 Jul 31 [cited 2018 Jul 12]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011824>
23. Tzellos TG, Toulis KA, Goulis DG, Papazisis G, Zampeli VA, Vakfari A, et al. Gabapentin and pregabalin in the treatment of fibromyalgia: a systematic review and a meta-analysis: Gabapentin and pregabalin in treating fibromyalgia. *J Clin Pharm Ther*. 2010 Dec;35(6):639–56.
24. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Aldington D, Cole P, Rice AS, et al. Antiepileptic drugs for neuropathic pain and fibromyalgia - an overview of Cochrane reviews. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 Nov 11 [cited 2018 Jul 12]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010567.pub2>
25. Tofferi JK, Jackson JL, O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: A meta-analysis: Treatment of Fibromyalgia With Cyclobenzaprine. *Arthritis Care Res*. 2004 Feb 15;51(1):9–13.
26. Goldenberg DL, Clauw DJ, Palmer RE, Clair AG. Opioid Use in Fibromyalgia. *Mayo Clin Proc*. 2016 May;91(5):640–8.
27. Derry S, Wiffen PJ, Häuser W, Mücke M, Tölle TR, Bell RF, et al. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for fibromyalgia in adults. Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017 Mar 27 [cited 2018 Jul 12]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012332.pub2>
28. Häuser W, Ablin J, Perrot S, Fitzcharles M-A. Management of fibromyalgia: practical guides from recent evidence-based guidelines. *Pol Arch Intern Med*. 2017 Jan 4;127(1):47–56.
29. Goldenberg DL. Management of Fibromyalgia Syndrome. *JAMA*. 2004 Nov 17;292(19):2388.
30. Traynor LM, Thiessen CN, Traynor AP. Pharmacotherapy of fibromyalgia: Table 1. *Am J Health Syst Pharm*. 2011 Jul 15;68(14):1307–19.
31. Kia S, Choy E. Update on Treatment Guideline in Fibromyalgia Syndrome with Focus on Pharmacology. *Biomedicines*. 2017 May 8;5(4):20.
32. Häuser W, Thieme K, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome - A systematic review. *Eur J Pain*. 2010 Jan;14(1):5–10.

