

INTRODUCCIÓN

La **Fibromialgia** es una de las entidades reumáticas que hoy en día carece en nuestro Sistema Sanitario de un tratamiento curativo y, lo que es peor, de un tratamiento sintomático especialmente eficaz.

Quizás esto sea debido a que su etiología y fisiopatología no son conocidas actualmente con exactitud. Sin embargo, su frecuencia (segundo diagnóstico más frecuente en la consulta de Reumatología^{1,2}) y el grado de incapacidad que conlleva (según estudios, entre el 20 y el 50 por ciento de los pacientes abandonan su trabajo²) deberían hacernos investigar y no desaprovechar ninguna de las posibilidades terapéuticas que existen para esta enfermedad.

La **Acupuntura** como medicina alternativa ha sido valorada internacionalmente como una terapia eficaz, por ello hemos decidido hacer una llamada de atención al respecto con este trabajo.

FIBROMIALGIA

La **Fibromialgia (FM)** es un proceso **reumático crónico, no inflamatorio**, que afecta a las partes blandas del aparato locomotor (sobre todo músculos) ocasionando **dolor corporal difuso** que se acompaña de **fatiga** (cansancio), **alteraciones en el sueño** y **cefaleas** por lo cual sería más exacto referirse a ella como **síndrome fibromiálgico (SFM)**. Frecuentemente se **asocia** a otros síndromes **funcionales orgánicos**¹ (como colon irritable, fenómenos de RAYNAUD, túnel carpiano) y **psiquiátricos** (como depresión y ansiedad).



Epidemiología

La FM es una enfermedad que afecta fundamentalmente a **mujeres** (entre el 80 y 90 por ciento de los pacientes son mujeres¹).

La edad de aparición de la enfermedad se sitúa **entre los 30 y 50 años**¹.

Aunque no hay estudios suficientes, se habla de una prevalencia del 2 al 4 por ciento en la población general de nuestro país lo que hace suponer que están afectadas **en España aproximadamente 800.000 personas**^{1,2}.

Afecta a **todas las razas** aunque en E.E.U.U. aparece con más frecuencia en personas de raza caucásiana que en personas de raza negra o en hispanos³.

Dado que **es más frecuente en hijos de padres con FM**, se contempla la posibilidad bien de que exista un factor hereditario en sus orígenes o bien, por el contrario, de que se trate de un factor de aprendizaje de conductas por parte de los hijos (conductas vicarias)³.

Etioopatogenia

Actualmente se admite que en la fibromialgia existe **una alteración en los mecanismos de percepción y control del dolor**^{1,2} porque en diversas investigaciones realizadas sobre pacientes se observó que presentaban alterados los valores de ciertas sustancias moduladoras del dolor, concretamente la **serotonina** y la **sustancia P**^{1,2,3} se encuentran disminuidas en el suero de estos pacientes.

La consecuencia de la **variación de estos neurotransmisores** en el cerebro podría ser la recepción de señales amplificadas del dolor y el disponer de menor capacidad para moderar su intensidad².

La serotonina, además de ser un neurotransmisor del dolor, guarda relación con el sueño y el humor. Por ello, el bajo nivel que se encuentra en estos pacientes podría ser el causante tanto de la fatiga como de las alteraciones de sueño que presentan¹.

La variación de los neurotransmisores podría deberse a una **predisposición genética**¹ a la que se añadiría un **factor desencadenante** como puede ser un traumatismo físico (caída, accidente de tráfico, enfermedad vírica grave etc.)² o un impacto psíquico (conocimiento de una enfermedad o de un problema familiar grave, situación laboral límite etc.)².

Síntomas

Aunque la fibromialgia presenta un cuadro de sintomatología exuberante, el motivo de que estos pacientes acudan a una consulta es el dolor.

- El **dolor** es el síntoma más importante y se caracteriza por ser intenso y generalizado ("*me duele todo el cuerpo*") aunque tiende a concentrarse en zonas axiales (dolor lumbar en el 94% de los casos, en región cervical en el 93%), en hombros en el 90% y en rodillas en el 75%¹.

El dolor es fundamentalmente muscular ("*me duele la carne*"), aumenta con el frío y la humedad así como con el ejercicio físico vigoroso, con la inactividad y con las tensiones emocionales y calma con el calor local, los masajes y ejercicios de estiramiento.

- La **sensación de rigidez articular difusa** la relatan prácticamente todos los pacientes y es más intensa por la mañana (en general, después de permanecer periodos prolongados sin moverse) y con los cambios de temperatura².
- La **sensación de inflamación articular** y las **artralgias** (fundamentalmente de las manos) son frecuentes en los S.F.M. (alrededor de un 40% de los casos)¹.
- Las **parestesias** en los miembros o difusas las refieren el 40% de los pacientes. En ocasiones cursan como un síndrome del túnel carpiano¹.
- La **fatiga** es otro síntoma casi constante en todos los enfermos de FM. Es más intensa por la mañana aunque refieren "*estar siempre cansados*" y cualquier pequeña tarea les supone un gran esfuerzo¹.

- Los **trastornos del sueño** están presentes en el 70% de los casos y, aunque pueden ser de diversa índole, es característico el **sueño no reparador** ("*me levanto más cansado que cuando me acosté*")¹.
- Las **cefaleas** son frecuentes. Suelen comenzar con malestar en el cuello y guardan relación con la ansiedad o la depresión (tensionales)².
- Las **alteraciones psicológicas** (del tipo ansiedad, depresión e hipocondriasis) se presentan en el 70% de los pacientes, precediendo o en el curso del problema doloroso crónico¹.
- Las **alteraciones intestinales** en forma de malestar o dolor abdominal, meteorismo, estreñimiento o diarrea (colon irritable) están presentes en el 50% de los enfermos^{2,4}.
- El **fenómeno de Raynaud**, con cambios de coloración en los dedos de las manos por el frío, aparece en el 40% de los casos^{1,2}.

Exploración física

La exploración física no revela signos inflamatorios articulares, ni rigideces patológicas ni atroñas musculares por lo que se produce una discordancia entre la intensidad de los síntomas y la discapacidad que refiere el paciente, y la ausencia de datos objetivables por parte del médico. Por este motivo, en muchas ocasiones, el SFM fue interpretado como un cuadro de **reumatismo psicógeno** o como un cuadro de **neurosis de renta**¹. Solo si se conoce el SFM se detectarán a la palpación unas zonas intensamente dolorosas y de localización característica que se denominan *tender points* (puntos sensibles).

Los **tender points** se hallan en músculos, tendones y huesos y son puntos hiperálgicos a la palpación. Su exploración se realiza ejerciendo una presión moderada (aproximadamente cuatro kilogramos) con el pulpejo del pulgar o con un instrumento, denominado *dolorímetro*, que ejerce una presión uniforme sobre el punto en el que se apoya y que ofrece mayor objetividad a la exploración^{1,4}.

Cuando se presiona un *tender point* el paciente refiere dolor y lo manifiesta con signos visibles en la cara (signo del guiño) o en el cuerpo (signo del salto)¹.

Hay dieciocho *tender points* y tienen una localización fija en la FM. La presencia de mayor número de puntos sensibles o su localización en otras zonas podría ser indicativo de un reumatismo psicógeno en los que puede darse una sensibilidad generalizada⁴.

Otro signo externo que puede ser observado es el **dermografismo cutáneo**. Este podría considerarse como el signo más objetivo de estos pacientes¹.

Pruebas de laboratorio

Las pruebas de laboratorio (como hemograma, bioquímica, V.S.G., P.C.R. y factores reumáticos) son normales.

En algunos pacientes con FM en los que se determinaron los valores de serotonina en el suero se apreció que su nivel estaba disminuido.