

Estudios electroencefalográficos

En estudios electroencefalográficos durante el sueño de pacientes con SFM se observó la aparición de ondas alfa de alta frecuencia en la fase **NREM** del sueño que se caracteriza por las ondas delta de baja frecuencia (**intrusión de ondas alfa**).

El sueño de ondas delta corresponde a la fase más profunda del sueño y se supone que tiene un importante papel restaurador⁴.

Diagnóstico

Para el diagnóstico de la fibromialgia se utilizan los criterios establecidos por el American College of Rheumatology (A.C.R.) en 1990⁵ que tienen una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81% y que comprenden:

- Dolor generalizado durante tres meses como mínimo

Se considera dolor generalizado cuando afecta a ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura y además está asociado con dolor en el esqueleto axial (columna cervical, dorsal, lumbar o cara anterior del tórax).

- Dolor a la presión en al menos once de los dieciocho *tender points*

Los dieciocho *tender points* tienen localización simétrica en cada lado del cuerpo en:

1. Inserción del músculo suboccipital
2. En la región laterocervical que corresponde a los espacios intertransversos entre C₄-C₅ y C₅-C₆, bajo el músculo esternocleidomastoideo inferior
3. Punto medio del borde superior del trapecio
4. Segunda articulación condroesternal, en la superficie superior de la costilla
5. Por encima de la espina de la escápula, en el supraespinoso
6. En el codo, en la masa muscular, a dos centímetros del epicóndilo
7. En el glúteo, en el cuadrante superior y externo de las nalgas.
8. En el trocanter mayor, por detrás de la prominencia ósea.
9. En la bola adiposa interna de la rodilla, próxima a la interlínea articular.

Ninguno de los dos criterios comentados diferencia las **Fibromialgias primarias** (que aparecen en ausencia de otra enfermedad) de las **Fibromialgias secundarias** (aparecen en otra enfermedad subyacente que puede explicar los síntomas fibromiálgicos como la Artritis Reumatoide, el Lupus Eritematoso, la Polimialgia Reumática y el Hipotiroidismo¹). Por esto, en los protocolos de investigación acerca de la FM, no se valoran los términos de primaria o secundaria. En cambio, en la práctica médica, es importante su diferenciación porque el tratamiento de la FM secundaria deberá ir dirigido a tratar la enfermedad primaria (ya que los síntomas fibromiálgicos remiten cuando se trata ésta). Además, mientras no se conozca más acerca de la fisiopatología de esta enfermedad, debe valorarse el **perfil fibromiálgico** que aparece en ciertos pacientes portadores de otras enfermedades reumáticas como Artrosis u Osteoporosis que refieren dolores generalizados crónicos, puntos dolorosos sensibles a la palpación y sueño no reparador.

Para establecer el diagnóstico de Fibromialgia, el médico deberá diferenciarla de otras enfermedades que cursan con dolor muscular esquelético generalizado (como el **Síndrome de Fatiga crónica** y el **Reumatismo Psicógeno**) o con dolor musculoesquelético generalizado (como los **Síndromes Miofasciales**)⁴.



Tratamiento

El tratamiento médico de la FM debe comprender:

- **La información del paciente**
- **Tratar el dolor**
- **Regular el sueño**
- **Tratar las posibles alteraciones psicológicas**
- **Recuperar la capacitación física**

Información del paciente

Todas las publicaciones referidas al tratamiento de la Fibromialgia coinciden en anteponer una **buena información** del paciente a cualquier otra terapia como primer paso para mejorarle^{1,4,6,7,8}.

Esto supone explicarles que la FM consiste en un estado de mayor percepción del dolor porque existe una disminución en los mecanismos que le protegen de él y que son la causa del sueño no reparador que les ocasiona la fatiga (cansancio incapacitante) y los síntomas de ansiedad y depresión.

Hay que decirles también que el diagnóstico se basa en la falta de hallazgos exploratorios, lo cual no significa que sus síntomas sean de origen psíquico ni tampoco

que no sean reales sino que, igual que ocurre en otros procesos como las cefaleas o las dismenorreas, todavía no se han conseguido exploraciones que las evidencien.

Igualmente, hay que hacerles saber que, aunque no existe un tratamiento completamente resolutivo o curativo para el SFM, su pronóstico funcional y vital es bueno y que existen varias alternativas terapéuticas que pueden significar mejoría durante grandes periodos de tiempo (la remisión completa se consigue en menos del 25% de los casos).

El transmitir esta información puede llevar bastante tiempo pero merece la pena hacerlo pues se habrá conseguido ganar la confianza del paciente que, en el caso de la FM, suele estar quejoso y descontento de la atención médica recibida ya que, tras arrastrar (en ocasiones durante años) un cuadro de dolores intensos, fatiga que le discapacita y otros síntomas, tras haber sido varias veces estudiado y sometido a múltiples técnicas exploratorias, solo se le ha comunicado que *"no tiene nada"* o que *"son nervios"*.

El paciente que está bien informado sobre su enfermedad pierde la ansiedad que le ocasionaba el desconocimiento y se muestra más capacitado para aceptarla y para reaccionar ante ella. Esto nos permite plantearle las posibilidades terapéuticas contando con su colaboración y complicidad. De esta forma, podremos investigar acerca de los factores que influyen en su enfermedad identificando los que exacerban sus síntomas - como pueden ser ciertas actividades, posturas, inactividad, factores de estrés (familia, entorno social, trabajo etc.), factores ambientales - y podremos plantear **modificaciones en el estilo de vida del paciente**^{6,7} que, en la mayoría de los casos, han resultado ser más eficaces que cualquier otra terapia.

Un planteamiento correcto y precoz de la enfermedad con el paciente evitaría los innumerables gastos sanitarios derivados de innecesarias visitas a especialistas y exploraciones. Se ha observado que los enfermos de FM que son atendidos de forma adecuada en los consultorios de Atención Primaria presentan mejor pronóstico funcional y mejor calidad de vida que los pacientes que llegan a las consultas de Reumatología de los hospitales^{1,2,9}.

Tratamiento del dolor

El dolor, como ya se ha comentado, es el síntoma más importante de la Fibromialgia y para su tratamiento no existe ningún fármaco específico. De ahí que se utilicen diversos **analgésicos** y **AINES** sin que ninguno de ellos resulte especialmente eficaz (los analgésicos parecen ser más eficaces en la FM primaria que los AINES)¹.

Ciertos **agentes físicos**, como la termoterapia (en forma de fangos, infrarrojo, Hot packs y piscina caliente), las corrientes analgésicas y los masajes, pueden calmar el dolor y suelen ser recibidos por el paciente con mayor agrado que los fármacos^{1,4,8,10}.

Cuando los *tender points* son muy sintomáticos e identificables se ha recurrido a la **inyección local con anestésico o corticosteroides** que puede repetirse semanalmente pero en número limitado debido a sus efectos secundarios (lesión muscular y fibrosis local y reacciones anafilácticas)^{1,4,8,7,10}.

El **láser** de baja frecuencia, puntual, por su acción analgésica antiinflamatoria y trófica puede ser útil en algunos casos¹⁰.

Tratamiento de los trastornos del sueño

Para corregir los trastornos del sueño, los mejores resultados se han obtenido con los **Tricíclicos** a bajas dosis^{1,4,8,10,11}. Uno de los más recomendados en la FM es la **Amitriptilina** a dosis de diez a cincuenta miligramos al día, es decir, una dosis menor que la utilizada como antidepresivo. Con ella, se mejora la calidad del sueño y además se obtienen resultados positivos sobre el dolor, la fatiga y las cefaleas e incluso se consigue una disminución de *tender points*. Los beneficios de este fármaco se observan pronto (entre los ocho y quince días del tratamiento). Por esto, si no hay mejoría no se debe insistir.

La **Ciclobenzaprina** es un fármaco similar al anterior.

Tratamiento de las alteraciones psicológicas

La interrelación entre dolor y trastornos psicológicos es muy estrecha¹². En un gran número de estados emocionales y trastornos psiquiátricos se producen síndromes de dolor crónico. El dolor es un síntoma ligado a la afectividad y muchos dolores crónicos esconden trastornos de la personalidad.

Entre los trastornos mentales y del comportamiento que se asocian más frecuentemente con el dolor se encuentran la ansiedad, la depresión, la hipocondría, la histeria y la obsesión¹².

En el sentido inverso de esta interrelación, el dolor, cuando es agudo, origina ansiedad y, si se cronifica, da lugar a un estado de ansiedad crónico que va produciendo una reducción del umbral doloroso con lo cual ambos síntomas se van magnificando¹².

Por otro lado, la mayor parte de los pacientes crónicos presentan síntomas depresivos que vienen generados por la discapacidad personal que le ocasiona su enfermedad.

La asociación de dolor y desordenes psicológicos en la FM es tan frecuente que ha existido la creencia de que la Fibromialgia es una enfermedad psiquiátrica que forma parte de los trastornos de somatización o un trastorno del espectro afectivo en la que la ansiedad y la depresión son elementos fundamentales.

Varios estudios han llegado a la conclusión de que, si bien estos enfermos no tienen más causas externas productoras de estrés que los controles, sí presentan un mayor grado de **estrés mental**⁷ que les origina contracturas musculares e insomnio.

El conocimiento de esta circunstancia por el paciente y el empleo de **técnicas de relajación**, incluso de **EMG-Biofeedback**^{7,10}, son útiles para combatirlo. También puede ser útil el uso de algún **relajante muscular** (Tetrazepam, Ciclobenzaprina y Orfenadrina si no responde a los anteriores)¹⁰.

También, del análisis de estudios sobre pacientes con FM, se ha deducido que la **ansiedad** y la **depresión**^{1,7} aparecen en un porcentaje de similar al que presentan los pacientes de otras enfermedades crónicas como la Artritis Reumatoide. Cuando estas alteraciones psicológicas están presentes en el paciente FM, el dolor y el resto de los síntomas empeoran y su tratamiento es más difícil pero, cuando remiten, el paciente sigue presentando los síntomas fibromiálgicos.

Para el tratamiento de la ansiedad y de la depresión se utilizan **ansiolíticos** (Alprazolam) y/o **antidepresivos**^{4,10}. Entre estos últimos fármacos, los inhibidores

selectivos de la recaptación de serotonina (Paroxetina y Fluoxetina) parecen dar mejor resultado pero deben de asociárseles (para contrarrestar los efectos secundarios de nerviosismo e insomnio que producen) algún tricíclico sedante y, ocasionalmente (dos o tres veces por semana), algún hipnótico.

En ocasiones, el trastorno psicológico precisa la intervención del especialista en psiquiatría para asociar **terapias psicológicas**^{7,12} cognitivo-conductuales u otros psicofármacos.

La capacitación funcional

La incapacidad funcional y laboral de los enfermos de FM es un aspecto que no debe olvidarse ya que alcanza niveles similares e incluso superiores que los presentados por los enfermos de Artritis reumatoide^{1,2}.

Esta incapacidad es atribuible a dos causas:

1. la propia naturaleza de la **actividad física** que debe realizar como son los trabajos pesados o las tareas repetitivas que sobrecargan algún grupo muscular y exigen un ritmo constante que ocasiona dolor, fatiga y debilidad general.
2. la **mala condición física de sus músculos** por el dolor y el cansancio físico que les ocasiona la enfermedad.

Así pues, la mejora de la capacitación física de estos pacientes deberá ir dirigida a cuidar ambos aspectos.

Por un lado, en lo referente a las actividades físicas que debe realizar, lo más deseable sería **suprimir aquellas actividades que le producen sobrecarga**. Esto