# **FIBROMIALGIA**; RETOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Adela Gallego Flores
Unidad de Reumatología

# ¿Qué es el DOLOR?

El **dolor** (IASP) es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociado a daño tisular real o potencial

Alta prevalencia-Crónico

Manejo muy complicado

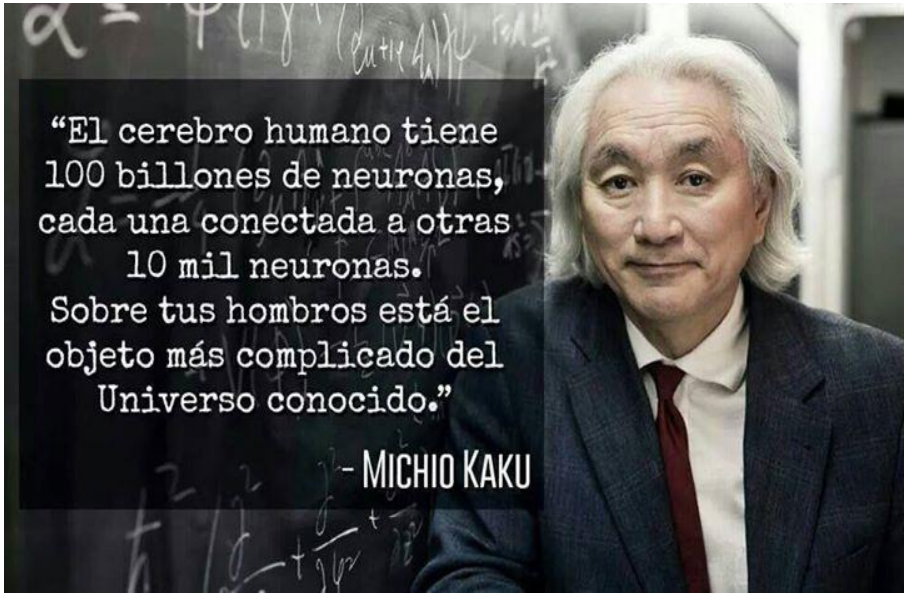
(Profesionales, Pacientes, Administración Sanitaria)

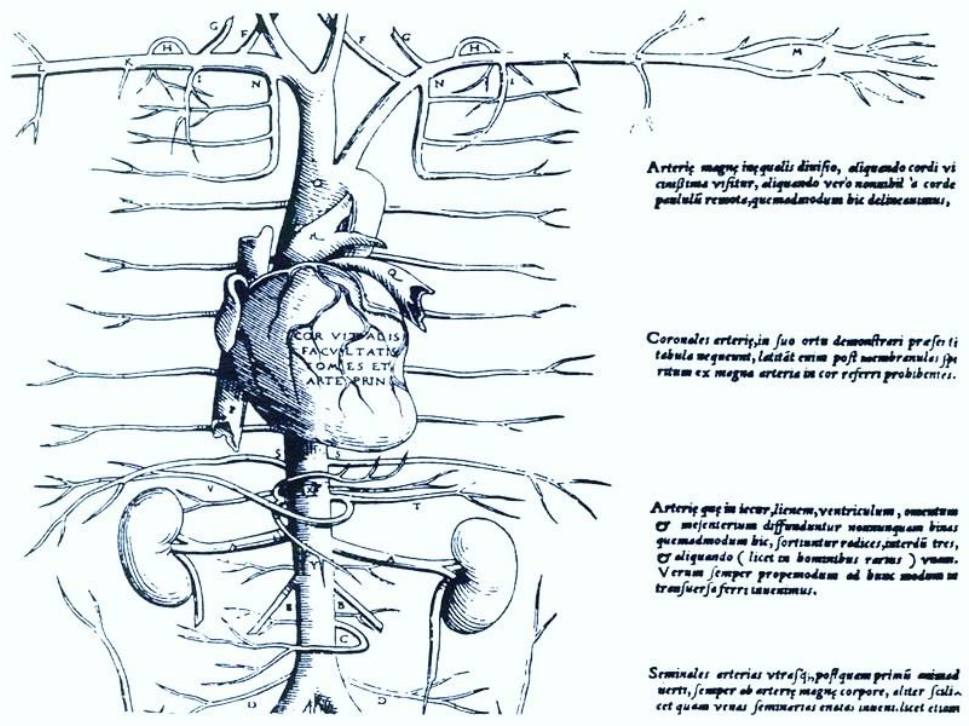
-sintomatología difícilmente evaluable

-**complejo**

-modulado por factores cognitivos y emocionales.

# El dolor es un Reto Dificultades en el conocimiento





Avanzar

Reto

# Definición y Epidemiología

- La FM es una enfermedad de *etiología desconocida* que se caracteriza por **dolor** crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor.

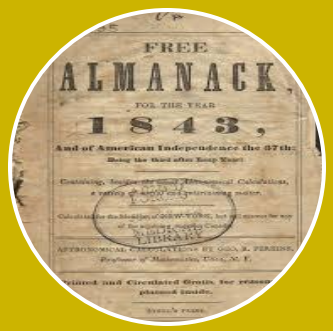
- Se trata de un desorden musculo-esquelético que se acompaña de múltiples e incapacitantes **comorbilidades**; como fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas , alteraciones cognitivas y síntomas somáticos (Organización Mundial de la Salud 2016. Código M 79.7).

- Puede aparecer **aislada o asocia**da a otras enfermedades reumáticas, como la AR o el LES.

# Definición y Epidemiología

- La fibromialgia es un problema frecuente en la práctica clínica; su **prevalencia** difiere según la población estudiada y oscila entre el 0,7 y el 20 %.
- En España, se sitúa entre el 2,1 y el 5,7% de la población general adulta y ocupa el 10-20% de las consultas reumatológicas y el 5-8% de las de atención primaria, con lo que es la **causa más frecuente** de dolor osteomuscular generalizado y crónico.
- Es más frecuente en mujeres (10:1). Edad media de presentación 35-40 años (20-60)
- Ocurre por igual en diferentes etnias y estratos sociales

# Algo de Historia



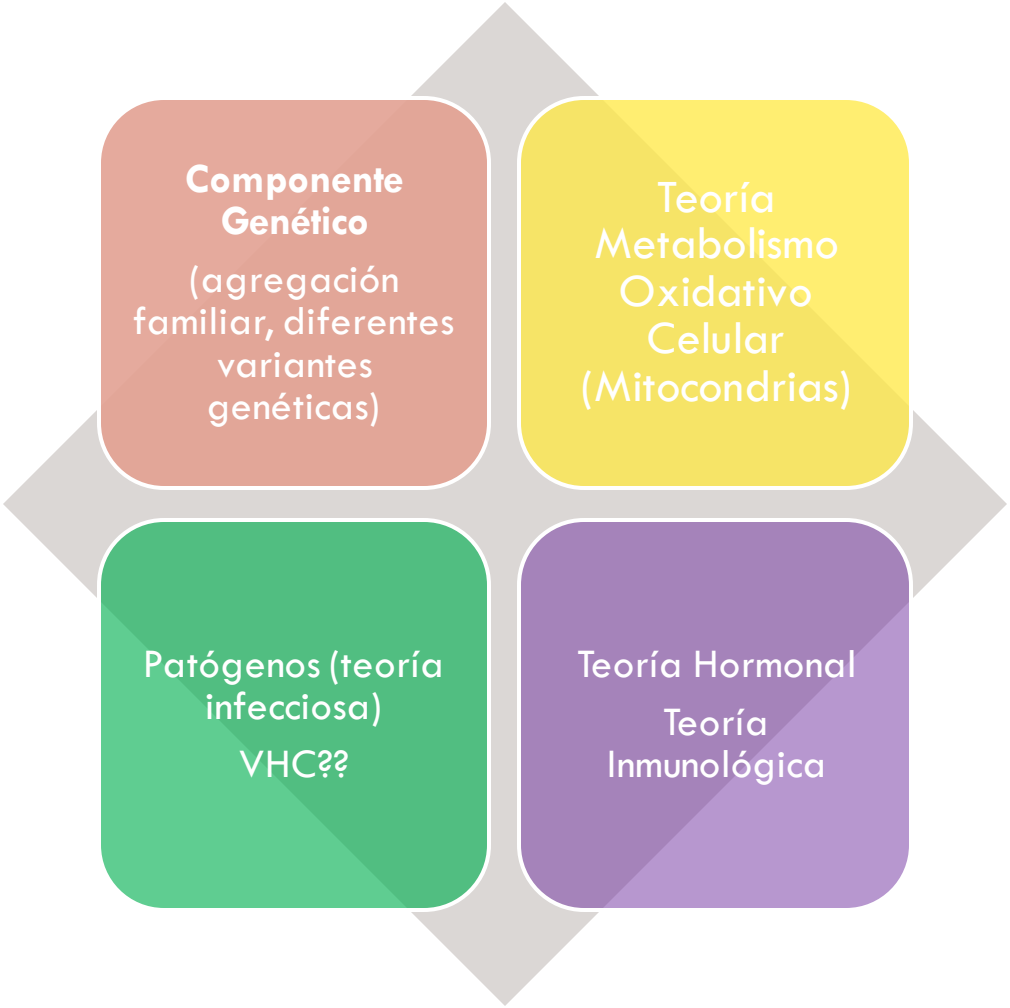

En 1843, Frioriep, descubrió los puntos dolorosos de la Fibromialgia y la estudió para delimitar sus características

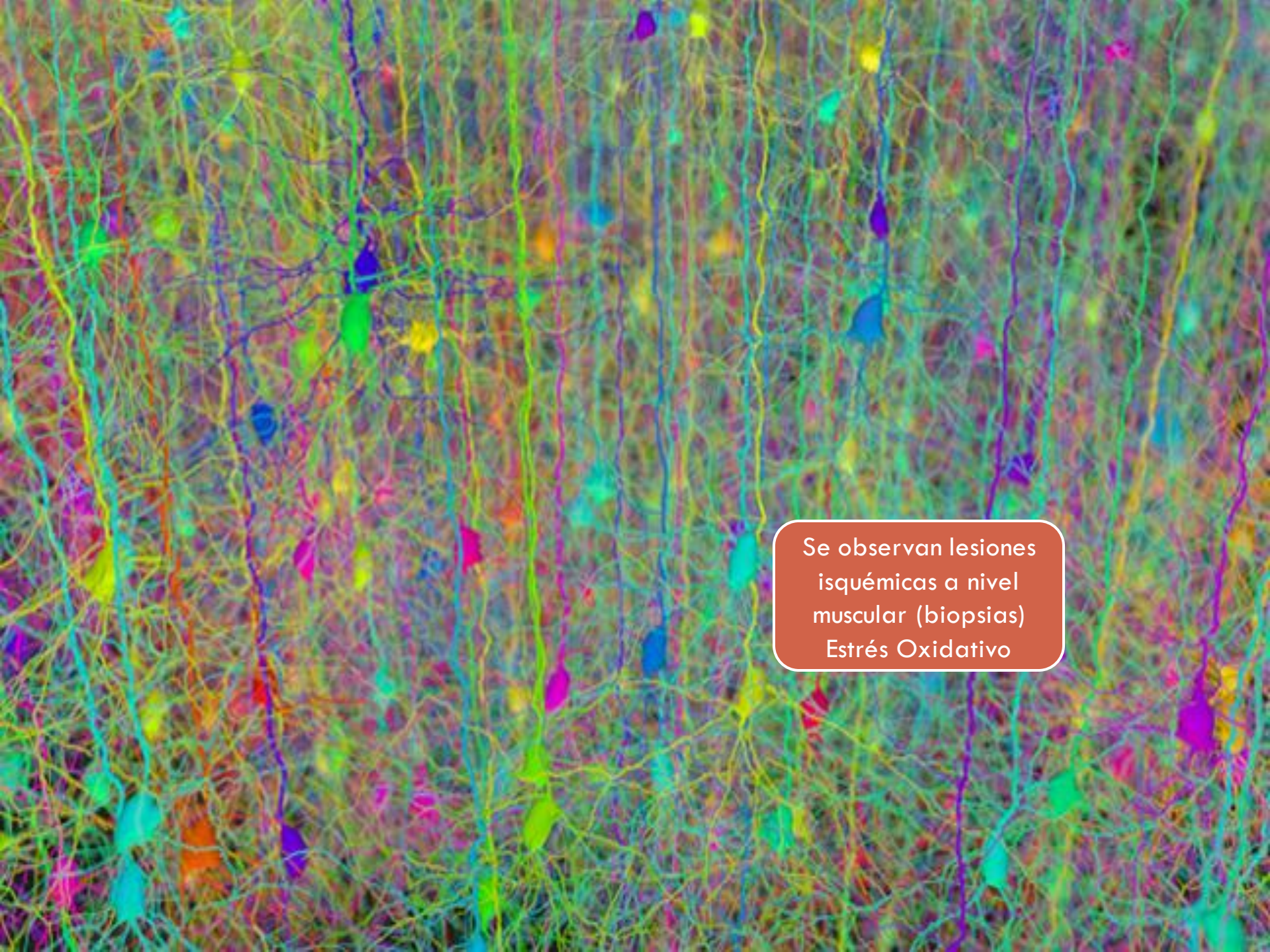
Gowers, en 1904, define a los síntomas, como "sensibilidad local y durezas de fibras musculares". Es el primero en llamarla Fibromialgia

En 1990 el Colegio Americano de Reumatología, determinó los primeros criterios diagnósticos

**Nuevos criterios diagnósticos para FM** del Colegio Americano de Reumatología en 2010

# Causas

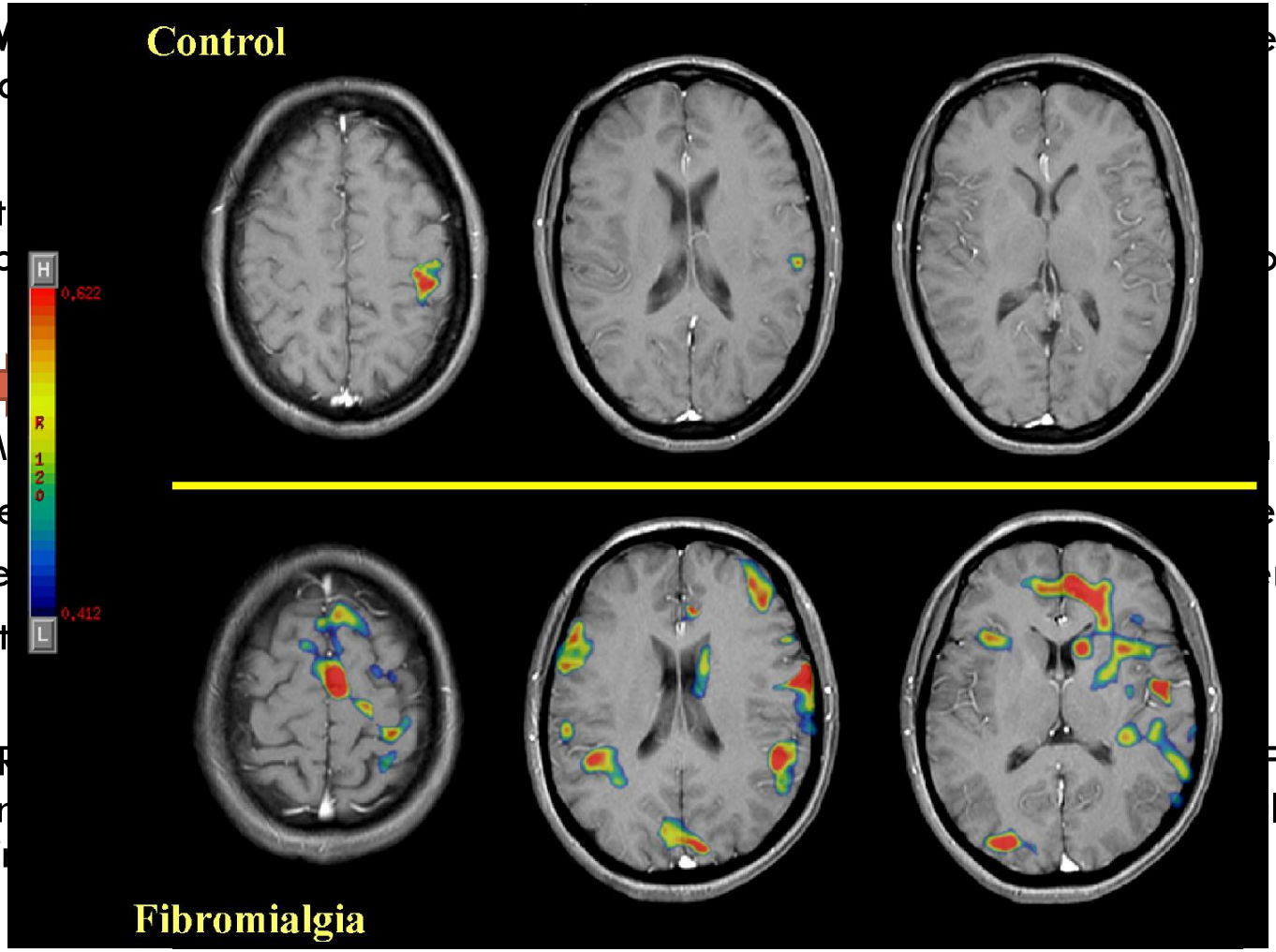

**Componente Genético**
(agregación familiar, diferentes variantes genéticas)
Teoría Metabolismo Oxidativo Celular (Mitocondrias)
Patógenos (teoría infecciosa)
VHC??
Teoría Hormonal
Teoría Inmunológica



Se observan lesiones isquémicas a nivel muscular (biopsias)
Estrés Oxidativo

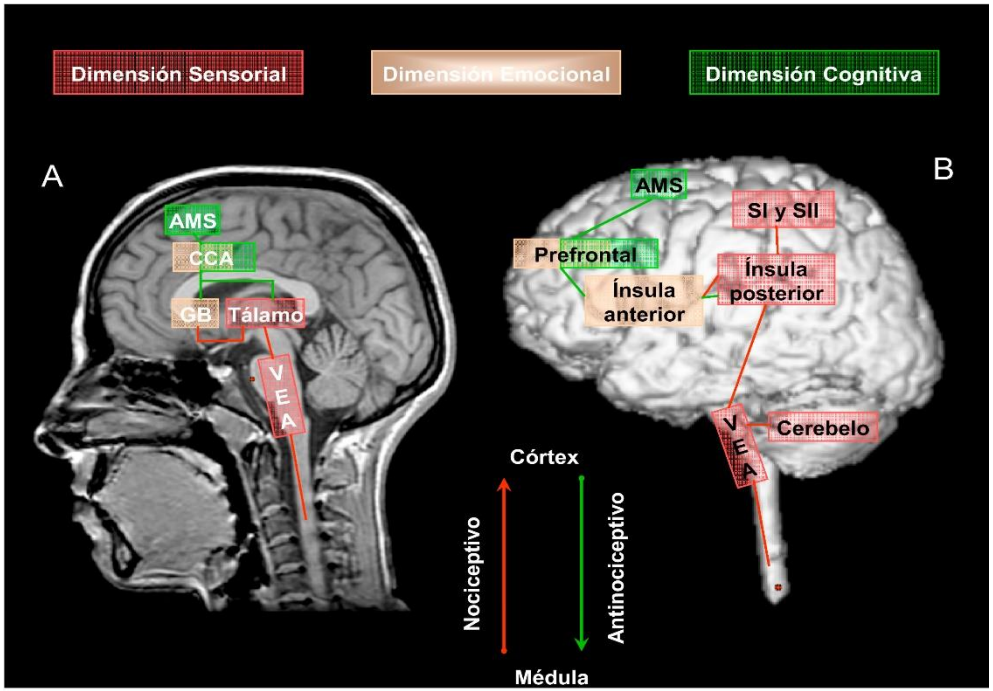
# ¿Podemos Ver el Dolor?

- La **RM** … eural) implic…
- La act… compo… or
- La FM… Nocice… ento de los me… n la adapt…
- En la R… FM preser… los de baja i…

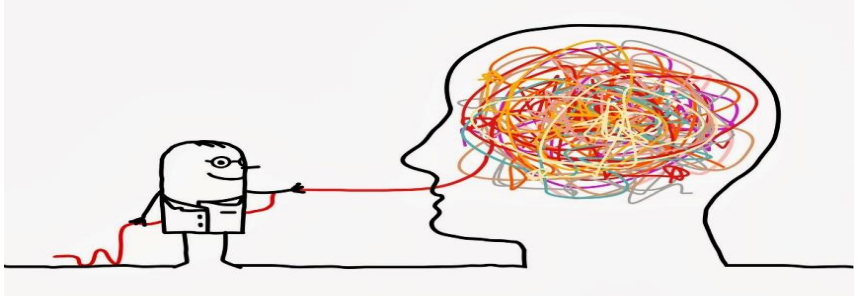


# ¿Podemos ver el dolor?

- Adicionalmente la duración temporal de la activación cerebral es muy superior a la del estímulo nociceptivo aplicado y específicamente en las áreas neuroanatómicas implicadas en la dimensión emocional del dolor.
- Cronicidad. Complejidad debido a numerosas vías implicadas.



# Espectro Clínico



- Gran Espectro Clínico. Considerada Enf Neurobiológica.
- Síntoma Guía: Dolor Musculoesquéletico Generalizado
- Asocia

**Diagnóstico**

**CLÍNICO**

-No existen marcadores analíticos ni radiológicos para el Diagnóstico

-Importante descartar otras patologías (AR, LES, Hipotiroidismo, Sd anémicos).

dificulta
realiza

pacientes (multifactorial).

- Ausencia de daño articular, óseo o muscular.

# Criterios Diagnósticos ACR 1990

**Criterios Obsoletos**

-Evaluar tan sólo puntos dolorosos no precide evolución de la enfermedad.

-No todos los médicos están familiarizados con la exploración completa. Diferencias interobservador.

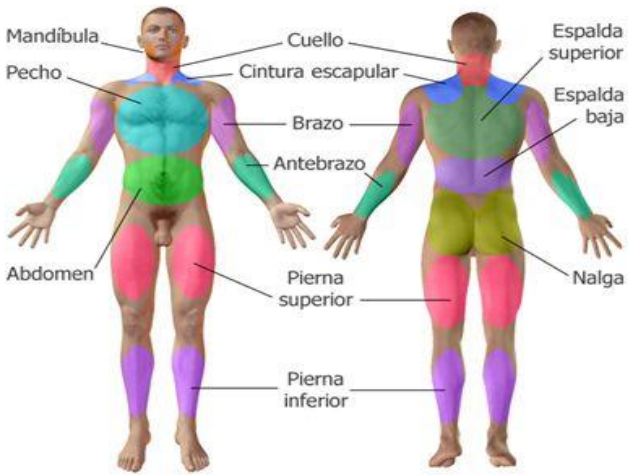
-No tiene en cuenta el resto de sintomatología que presenta el paciente.

# Diagnóstico (Nuevos criterios ACR)

## Nuevos criterios preliminares para el diagnóstico clínico de la fibromialgia (ACR, 2010)

Estos criterios hacen que no sea necesaria la exploración clínica.
Incorporan la presencia y la gravedad de los síntomas clínicos somáticos de la FM[17].

**Índice de Dolor Generalizado (*Widespread Pain Index* [WPI])**




| | | | |
|---|---|---|---|
| | Cintura escapular izquierda | | Pierna inferior izquierda |
| | Cintura escapular derecha | | Pierna inferior derecha |
| | Brazo superior izquierdo | | Mandíbula izquierda |
| | Brazo superior derecho | | Mandíbula derecha |
| | Brazo inferior izquierdo | | Pecho (tórax) |
| | Brazo inferior derecho | | Abdomen |
| | Nalga izquierda | | Cuello |
| | Nalga derecha | | Espalda superior |
| | Pierna superior izquierda | | Espalda inferior |
| | Pierna superior derecha | | |

1 punto por cada localización

# Diagnóstico (Nuevos criterios ACR)

## Nuevos criterios preliminares para el diagnóstico clínico de la fibromialgia (ACR, 2010)

### Índice de Gravedad de Síntomas I y II (*Symptom Severity Score* [SS *Score*])

| 1. Fatiga | |
|---|---|
| | 0 = No ha sido un problema |
| | 1 = Leve, ocasional |
| | 2 = Moderada, presente casi siempre |
| | 3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas |

| 2. Sueño no reparador | |
|---|---|
| | 0 = No ha sido un problema |
| | 1 = Leve, ocasional |
| | 2 = Moderada, presente casi siempre |
| | 3 = Grave, persistente, grandes problemas |

| 2. Trastornos cognitivos | |
|---|---|
| | 0 = No ha sido un problema |
| | 1 = Leve, ocasional |
| | 2 = Moderada, presente casi siempre |
| | 3 = Grave, persistente, grandes problemas |

- Si tiene 0 síntomas, su puntuación es 0.
- Entre 1 y 10 síntomas, su puntuación es 1.
- Entre 11 y 24 síntomas, su puntuación es 2.
- ≥25 síntomas, su puntuación es 3.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Dolor muscular | | Pitidos al respirar (sibilancias) |
| | Síndrome de colon irritable | | Fenómeno de Raynaud |
| | Fatiga/agotamiento | | Urticaria |
| | Problemas de comprensión y memoria | | Zumbidos en los oídos |
| | Debilidad muscular | | Vómitos |
| | Dolor de cabeza | | Acidez de estómago |
| | Calambres en el abdomen | | Aftas orales (úlceras) |
| | Entumecimiento/hormigueo | | Pérdida o cambios en el gusto |
| | Mareo | | Convulsiones |
| | Insomnio | | Ojo seco |
| | Depresión | | Respiración entrecortada |
| | Estreñimiento | | Pérdida de apetito |
| | Dolor en la parte alta del abdomen | | Erupciones / exantema *(rash)* |
| | Náuseas | | Intolerancia al sol |
| | Ansiedad | | Trastornos auditivos |
| | Dolor torácico | | Moretones frecuentes (hematomas) |
| | Visión borrosa | | Caída del cabello |
| | Diarrea | | Micción frecuente |
| | Boca seca | | Micción dolorosa |
| | Picores | | Espasmos vesicales |

**El diagnóstico de FM estará en dos franjas: WPI ≥ 7 y SS *Score* ≥ 5, o WPI 3-6 y SS *Score* ≥ 9.**

# Dificultades

- La fibromialgia constituye un **problema sanitario** por su elevada prevalencia, la importante **afectación de la calidad de vida de los pacientes**, los numerosos especialistas implicados en su diagnóstico y tratamiento, las limitaciones en el conocimiento de su etiología, la inexistencia de un tratamiento estándar y la multitud de tratamientos propuestos con o sin clara eficacia. Dificultad para la evaluación de la gravedad del proceso (Fibromyalgia Impact Questionnaire?).

# Dificultades

- Existen numerosas guías y documentos de consenso en España, elaborados desde el punto de vista de una especialidad u orientados a la fibromialgia entendida como una **entidad uniforme**. Sin embargo, este enfoque de la enfermedad como una entidad uniforme es controvertido.

- En los últimos años, la fibromialgia (FM) ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia hasta convertirse en la actualidad en un **problema de salud pública de primer orden.**

- La Fibromialgia afecta de manera significativa las actividades de la vida diaria y tiene un considerable efecto sobre la vida familiar, **las actividades sociales y las habilidades laborales.**

- El seguimiento de la enfermedad está mal definido. Dificultades para evaluar pronóstico.

# Tratamiento y Manejo

- Debe ser **Multidisciplinar** e Individualizado.
- **Seguimiento continuado** para rotación de Fármacos y ajuste terapéutico
- Uso de escalas de dolor y **escalas específicas** para evaluar gravedad y pronóstico (Mayor Formación de especialistas implicados)
- **Implicar al paciente en toma de decisiones.** Explicar en qué consiste la enfermedad y establecer el mismo diálogo y seguimiento que establecemos con otras patologías (AR, LES, HTA, DM). Dotarla de la importancia que tiene en nuestras consultas para conseguir mejores resultados.

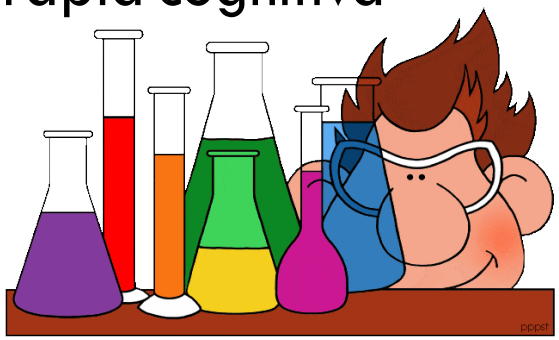
# Tratamiento y Manejo

- **Objetivos fundamentales** del tto;

-Disminuir la intensidad de los Síntomas (dolor, fatiga, insomnio, depresión). Uso de Fármacos Neuromoduladores.

-Mejorar la capacidad funcional de los pacientes y **calidad de vida**.

Para ello debemos utilizar estrategias múltiples y combinar Tratamiento Farmacólogico (por el momento no existe ningún tratamiento aprobado con indicación para FM por la AESM) y No Farmacológico (ejercicio físico aeróbico, terapia cognitiva conductual).



# Tratamiento y Manejo

- **<u>Tratamiento Farmacológico</u>**

-Los *AINES y Corticoides* no han de mostrado gran eficacia en FM de manera global pero hay que individualizar casos (uso de Anti-COX2 es más adecuado, uso puntual de infiltraciones locales).

-El *Paracetamol* (buena relación beneficio-riesgo). Inhibe sustancia P y potencia mecanismos inhibitorios a nivel central. Si no hay eficacia, valorar *Tramadol* a dosis bajas para evitar efectos adversos (este fármaco tiene acción neuromoduladora)

# Tratamiento y Manejo

- Los Fármacos que sí han demostrado su beneficio en FM (ensayos clínicos, estudios observacionales) son los neuromoduladores (refuerzan los mecanismos inhibitorios);

-Amitriptilina, Fluoxetina, Duloxetina

Pueden precisar de 2 a 4 semanas hasta conseguir niveles eficaces.

**Eficacia de los antidepresivos en la fibromialgia**

Revisión sistemática[34]

| Grupo | Fármaco | Estudios | Dosis mg/día | Mejoría |
|---|---|---|---|---|
| **ADTC** | Amitriptilina | 13 | 10-100 | Dolor, sueño, fatiga, depresión, calidad de vida |
| **ISRS** | Paroxetina | 5 | 20-60 | Dolor, sueño, fatiga, depresión, calidad de vida |
| | Fluoxetina | 4 | 20-60 | |
| | Sertralina | 1 | 50 | |
| | Citalopran | 2 | 20-40 | Sin efecto |
| **IRSN** | Duloxetina | 2 | 60-120 | Dolor, sueño, depresión, calidad de vida |
| | Milnacipran | 1 | 200 | |
| **IMAO** | Meclobomida | 2 | 300-600 | Dolor |
| | Pirlindole | 1 | 150 | |

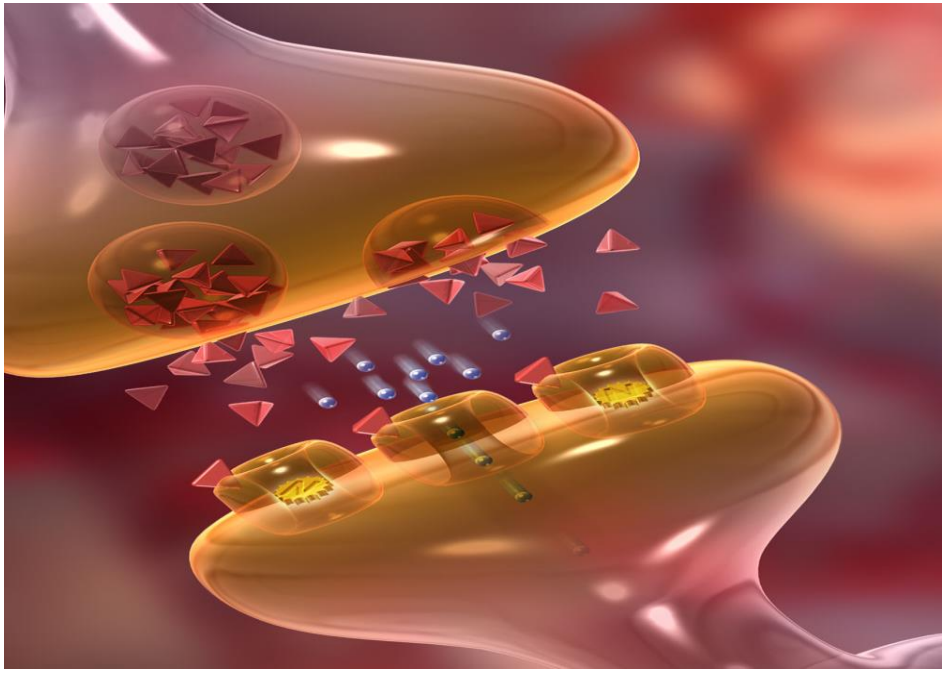
*Abreviaturas:* ADTC, antidepresivos tricíclicos; IMAO, inhibidores de la monoaminoxidasa; IRSN, inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ISRS, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

- Mejoría del dolor: 30%.
- Mejoría en la calidad de vida: 30%.

# Tratamiento y Manejo

- Otros fármacos utilizados para el Tto de la FM son aquellos que disminuyen los mecanismos excitatorios como:

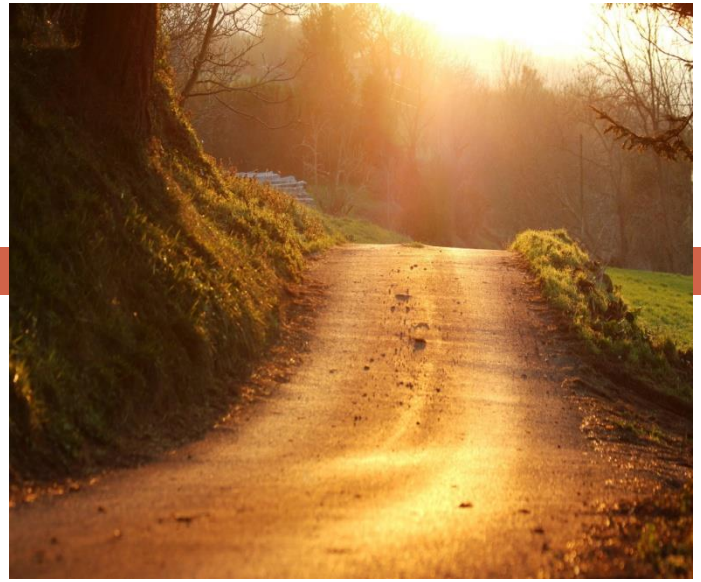
  -Gabapentina y Pregabalina (iniciar con dosis bajas y progresivas).



# Manejo Terapéutico

- Manejo Multidisciplinar
- Tto Individualizado
- Iniciar tto con Amitriptilina o Duloxetina y/o Pregabalina según perfil Clínico. Neuromoduladores.
- Uso puntual de AINEs y Analgésicos
- Dosis iniciales bajas y aumento progresivos y monitorizar Tolerancia y Efectos adversos
- Suplementación oral de Vitamina D
- Valorar Sensibilización al Gluten. Melatonina en algunos pacientes.
- Comunicación continuada y abierta con el paciente

# Otros Tratamientos



ClinicalTrials.gov

*A service of the U.S. National Institutes of Health*

Fármacos en estudio;
Lofepramine, Rotigotine, Ropinirole, Gaboxadol, Levetiracetam, Lacosamida, Zonisamida, Eslicarbacepina, Reboxetina, TD-9855, MK-0677

# Sociedad española de Reumatología

- **GEFISER** (Grupo de estudio de fibromialgia)
- Composición del Grupo de Trabajo:

Miembros promotores;

Benigno Casanueva Fernández (Santander)

Rafael Belenguer Prieto (Valencia. Hospital Nisa 9 de Octubre)

Cayetano Alegre de Miguel (Hospital Universitario Dexeus-Grupo Quirón)

Javier Rivera Redondo (Hospital Gregorio Marañón)

http://www.ser.es/profesionales/como-trabajamos/grupos-de-trabajo-y-grupos-de-especial-interes/grupos-de-trabajo/gefiser/

DR. NiFLORES
NO TiENE NADA; ES USTED ASAZ HiPOCONDRiACO
¿Y EL HACHA?
PUROS NERVIOS
UFFFS... MENOS MAL

# Gracias

agallegoflores@gmail.com