



Dr. Santiago R. Sanfilippo

Fascículo 2

FIBROMIALGIA



Prof. Dr. Santiago R. Sanfilippo

MN 52.897

- Director Médico CENER (Centro de neurología y recuperación psicofísica).
- Presidente de la Fundación CENER.
- Médico Neurólogo. Ministerio de Salud de la Nación.
- Médico Neurólogo. Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos.
- Consultor en rehabilitación del Htal. Español y Clínica Vigo (Misiones).
- Docente asociado de Neurología. Facultad de Medicina. UBA.
- Profesor adjunto en la maestría de neuropsicofarmacología clínica de la Facultad de Medicina Fundación H.A. Barceló.
- Ex Jefe de Neurología del Htal. General de agudos Dr. Cosme Argerich.
- Ex Director del Htal. General de agudos Dr. Cosme Argerich.
- Ex Jefe de medicina deportiva de alto impacto. Municipalidad de Buenos Aires.
- Ex jefe de cátedra de Neurología. Universidad Maimonides.

ÍNDICE

Clínica y evolución	página 1
Dolor	página 2 y 3
Compromiso psicológico	página 4
Trastorno del sueño	página 5
Cefaleas	página 5
Rigidez	página 5
Fatiga	página 5
Afectación de las funciones cognitivas	página 6
Alteraciones vasomotoras y neurovegetativas	página 6
Evolución	páginas 6 y 7

Clínica y evolución

Teniendo en cuenta todo lo extensamente descrito en numerosos trabajos y estudios, dos son las características principales que definen esta patología como única. La primera y quizás excluyente es la presencia de dolor, con sus características especiales y todas las manifestaciones que lo rodean. La segunda es la falta de evidencias estructurales y orgánicas que permitan orientar y confirmar el diagnóstico.

Cuales son entonces, los caminos que nos pueden conducir hacia el establecimiento de una entidad clínica definida, teniendo a mano solo un grupo de síntomas variados, de una serie de tratamientos no siempre eficaces y una etiopatogenia variada y controvertida. Aronowitz nos presenta tres posibles estrategias que puedan dar validez a la existencia de entidades patológicas que son diagnosticadas solo en base a sus manifestaciones clínicas. La primera es la reacción positiva de los pacientes al tratamiento con algunos fármacos específicos. La segunda es tratar de agrupar los síntomas y ver si estos se repiten y se conjugan en forma mas o menos constante en su conjunto. La tercera es la construcción de consensos elaborados por comités de especialistas.

Miguel Martinez Gimenez plantea también la necesaria importancia de la experiencia clínica, fundamental no solo para el razonamiento clínico sino para poder desarrollar nuevas vías de entendimiento y de investigación.

Teniendo en cuenta estas consideraciones preliminares podemos afirmar que para poder llegar a un diagnóstico correcto que nos oriente hacia Fibromialgia, es necesario tener totalmente establecidas, catalogadas y diferenciadas las manifestaciones y características clínicas que ocupan la vida del paciente, las cuales son muy variadas. De acuerdo a lo publicado en diferentes trabajos científicos hay una serie de manifestaciones clínicas que se repiten con mucha frecuencia. Comparando las estadísticas presentadas, el dolor, por supuesto, se presenta en el 100% de los casos testeados. Los trastornos del sueño, la fatiga y la rigidez le siguen en orden de aparición. Las parestesias, cefaleas, los trastornos de ansiedad y depresión se encuentran en hasta un 70% de los pacientes. Siguen luego una serie de quejas menos frecuentes como los trastornos urinarios, manos edematizadas, hipersensibilidad a los estímulos externos, sequedad de mucosas, alteraciones intestinales, etc. (Cuadro 1).

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

Cuadro 1

En esta entrega nos detendremos especialmente en desarrollar las características de los principales síntomas que definen a la Fibromialgia como una entidad clínica, comenzando por el mas frecuente y significativo, el dolor.

Dolor

Como referimos en la entrega anterior, el dolor y su inclusión dentro del grupo de **“dolores crónicos musculoesqueléticos difusos generalizados”** nos da la primera pista para poder ordenar nuestro pensamiento hacia la posibilidad de que nuestro paciente sea portador de fibromialgia.

No existen dudas que este fenómeno displacentero y desagradable es demasiado complejo para poder explicarlo en forma muy simple. Integrado por muchos componentes que interaccionan entre sí, en los últimos años se ha propuesto el denominado **“Modelo Biopsicosocial”**. En el se consideran tres niveles de intervención: un fundamento nociceptivo que abarca la transmisión del impulso, su procesamiento medular y cerebral y los mediadores químicos intervinientes, la experiencia y el componente psicológico y por último el entorno social y cultural que puede intensificar o relativizar la intensidad del dolor.

Aparentemente este procesamiento del dolor es una de las principales funciones fisiológicas que se ven modificadas en la fibromialgia.

En los últimos años fue perdiendo relevancia lo establecido por consenso de expertos donde se establecía la necesidad de contar al menos con 18 puntos dolorosos a la presión. Se coincidió entonces en que era mas significativo el determinar **“áreas dolorosas”**, es decir superficies un poco mas amplias y abarcativas (Tabla 1), las cuales tienen una ubicación bastante estable y constante. En cuanto a la exploración del dolor se debe tener en consideración que para definir una zona como dolorosa es necesario aplicar una presión constante con una intensidad de aproximadamente 4 Kg, lo que equivale a la fuerza que es necesario realizar para palidecer la uña del dedo gordo. Mas rigurosamente se puede utilizar un medidor mecánico de presión. Siempre se debe realizar la exploración en forma simétrica.



- ✓ Base de cráneo, a nivel suboccipital.
- ✓ Región cervical posterior central a nivel de apófisis espinosas.
- ✓ Músculo Trapecio.
- ✓ Escápula.
- ✓ Unión condrocostal.
- ✓ Epicóndilo (a nivel de la inserción del músculo supinador).
- ✓ Cuadrante superoexterno de Glúteos.
- ✓ Región trocanterea.
- ✓ Rodilla.

Tabla 1 - Áreas dolorosas

El dolor puede ser referido como lacerante, urente o bien como **“sordo”** y persistente. En la bibliografía es definido como **“neuropático”**. Su carácter de errático y cambiante, tanto en la intensidad como en la localización es una característica de importancia, aunque en lo referente a la localización se observa con mayor frecuencia en la región lumbar (con o sin irradiación hacia dorso o hacia miembros inferiores) y en cuello y hombros.

Se debe tener en cuenta que en los pacientes portadores de fibromialgia la percepción del dolor es notablemente diferente con respecto a la población en general, dado que la mayor parte de los afectados tienen un bajo umbral de dolor lo cual produce que expuestos a estímulos típicamente dolorosos su percepción es notablemente intensa (hiperalgesia) o bien si se aplican estímulos normalmente no dolorosos suelen manifestar displacer y molestias significativas (alodinia). Puede ocurrir que en algunos pacientes y en un tipo de respuesta paradójica, estímulos que generalmente se asocian a dolores mas agudos puedan solo producir una escasa y leve molestia.

Además de la intensidad del síntoma dolor es necesario evaluar otra serie de características del mismo, lo que contribuye no solo a realizar un diagnóstico correcto sino también a evaluar el impacto que produce este dolor sobre el paciente y su entorno. (Tabla 2)

- | | | |
|----------------------|------------------------------------|----------------------------|
| ✓ Localización. | ✓ Irradiación. | ✓ Concomitantes psíquicos. |
| ✓ Duración. | ✓ Factores desencadenantes. | ✓ Impacto social. |
| ✓ Iniciación. | ✓ Conductas y acciones atenuantes. | ✓ Impacto familiar. |
| ✓ Modo de aparición. | ✓ Concomitantes físicos. | ✓ Impacto laboral. |

Tabla 2

A partir del carácter puramente subjetivo del dolor para poder evaluarlo, no solo en su intensidad y gravedad, sino lo que suele ser más importante, en su evolución y el éxito del tratamiento instaurado es necesario poder mensurar el dolor. Para poder cumplir con estos objetivos se utilizan diferentes escalas analógicas visuales y numéricas. En cuanto a la distribución y geografía del dolor es de utilidad recurrir a los esquemas corporales.

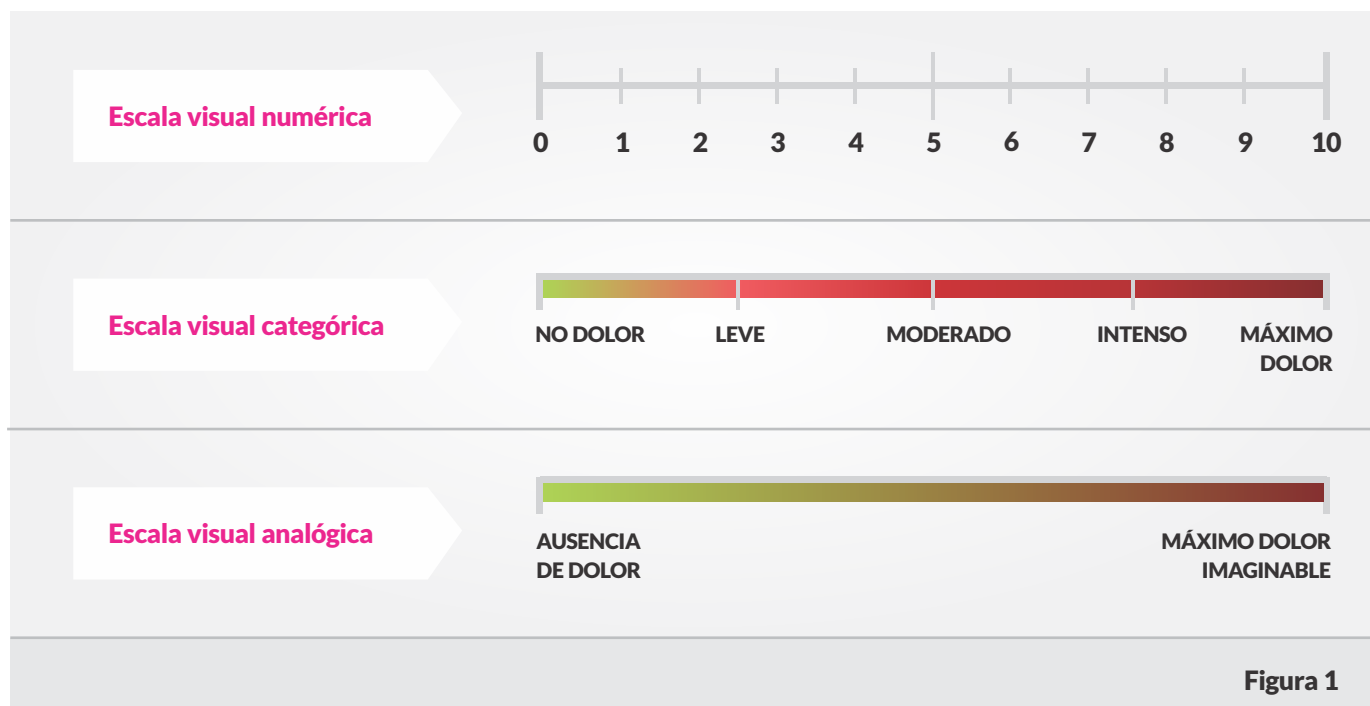
Para evaluar la intensidad del dolor se utilizan distintos procedimientos:

① **Escala Verbal (Likert, Keel o Andersen).**

Son escalas simples y fáciles de utilizar. Se solicita al paciente que califique la magnitud del dolor en uno de los siguientes cuatro niveles: nada, leve, moderado e intenso.

② **Escala Numérica.**

Permite asignar un puntaje a la intensidad del dolor, por ejemplo de 0 a 10. (Ver figura 1).

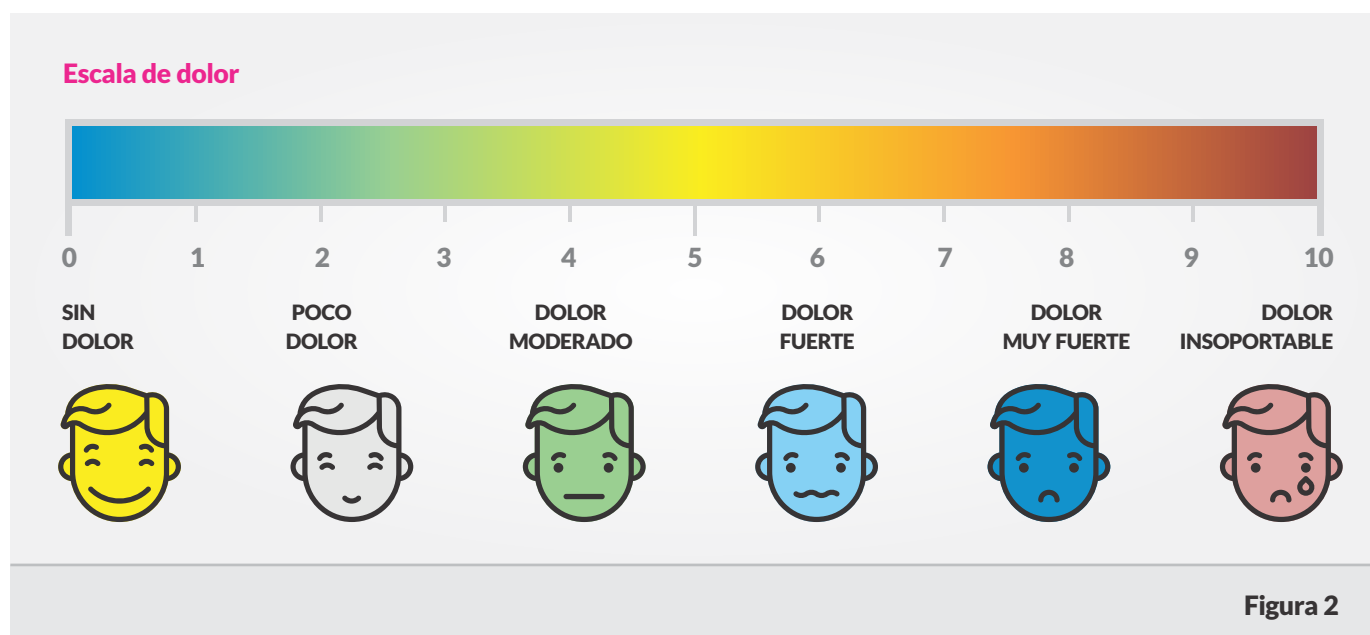


③ Escala Visual Analógica.

En la mayoría de los estudios donde es necesario cuantificar el dolor se utiliza esta escala, dado que es un método confiable y bastante sensible. Se le muestra al paciente una figura que consiste en una línea horizontal o vertical, con los extremos marcados (a la izquierda **“ausencia del dolor”** y a la derecha **“peor dolor posible”**) y se le solicita que señale el punto en la línea que refleje la intensidad del dolor y luego se mide la distancia en milímetros.

④ Escala de rostros.

Consta de una serie de dibujos que reflejan expresiones asociadas a diferentes intensidades de dolor. Es útil en niños y en pacientes con cierto grado de deterioro intelectual. (Figura 2)



⑤ Autoinformes y diario del dolor.

Consiste en llevar un propio registro diario sobre la intensidad del dolor y las características del mismo en el transcurso del día.

⑥ Métodos objetivos.

Se trata de valorar ciertas conductas del paciente por parte de un observador externo o bien utilizar mediciones fisiológicas asociadas comúnmente al dolor (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, etc).

COMPROMISO PSICOLÓGICO

La relación entre dolor y alteración en la emotividad y comportamiento es mas que estrecha. Es notable lo relevante de la comorbilidad de depresión, ansiedad y dolor, con ausencia relativa de estímulos externos competitivos con los estímulos internos dolorosos, facilitado por la falta de actividad física y la tendencia al aislamiento interpersonal, así como por la intensidad de la atención hacia lo negativo y catastrófico que ocurre en el propio cuerpo.

Cerca de un 70% de los fibromiálgicos presenta un compromiso psicológico. La distimia, la depresión mayor, el trastorno no ansioso-depresivo secundario a enfermedad orgánica, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno adaptativo son las patologías psicopatológicas presentes en los pacientes con fibromialgia.

La depresión es la manifestación que se observa con mayor frecuencia, lo que se correlaciona con una deterioro muy significativo en la calidad de vida.

En estos pacientes se evidencia una conducta especial denominada "**pensamiento catastrófico**", que consiste en acrecentar y magnificar los síntomas relacionados al dolor con un gran sentimiento de pesimismo y desvalimiento con una conducta especial frente a la vida. Se acompaña de un aumento en la vigilancia sobre todas las sensaciones corporales estén o no relacionadas con el dolor, potenciando la ansiedad y alterando las funciones vitales.

Se describen dos perfiles psicológicos en los pacientes con Fibromialgia.

✓ **Perfil A:**

Son personas que manifiestan una gran preocupación por los síntomas somáticos, con una respuesta ansiosa ante cualquier signo corporal y con una gran tendencia a desarrollar síntomas físicos ante el estrés. No obstante son mas positivos a la hora de tratar de sobreponerse a la enfermedad.

✓ **Perfil B:**

Estas personas pone mas énfasis en los síntomas cognitivos, neurosensoriales y osteomusculares. Sus recursos limitados para afrontar las situaciones de estrés hacen que tengan un gran temor a los conflictos y que como consecuencia presenten una gran dependencia, introversión y falta de confianza en sus fuerzas. Son menos independientes y son demandantes.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

El primer estudio de importancia en este aspecto fue realizado en el año 1975 por H. Moldofsky, quién concluye que existe un patrón electroencefalográfico alterado en pacientes con fibromialgia. En la fase 4 NO REM se puede observar una intrusión incorrecta de la actividad Alfa (ondas de 8-13 c/seg.), donde debería preponderar las onda de tipo Delta. Esto explica la alteración de sueño que se observa en estos pacientes, donde el sueño intermitente y fraccionado es la característica.

Los estudios de polisomnografía revelan un menor tiempo total de sueño, más despertares y arousals y una mayor latencia en el inicio del sueño y de la fase MOR, aumentos en los cambios de fase y reducción del porcentaje de sueño lento. En las estadísticas un 44% de los pacientes sufren de insomnio y un 63% considera que el sueño no es suficientemente reparador. Para algunos pacientes los trastornos del sueño suelen ser mas importantes que el dolor y de seguro, mas molestos.

CEFALEAS

Dentro del grupo de cefaleas primarias la migraña es mas frecuente en estos pacientes que la cefalea tensional, duplicándola en presencia. Los cambios en los niveles de serotonina, noradrenalina y dopamina han sido identificados como factores relevantes en ambas enfermedades. Por otro lado en pacientes con diagnóstico de migraña se han identificado, en un 40 % de ellos, la presencia de 11 áreas sensibles de la misma manera que en la fibromialgia.

RIGIDEZ

La presencia de rigidez musculoesquelética especialmente por la mañana al levantarse y que puede perdurar durante algún tiempo, acompaña invariablemente el dolor.

Con el trascurso de las horas esta rigidez va cediendo en intensidad y puede volver a manifestarse si ocurren algunos períodos prolongados de inactividad motora. Esta rigidez se localiza especialmente a nivel cervical y en articulaciones.

FATIGA

Cerca de un 80% de los pacientes refieren sensación de fatiga crónica.

Existen numerosas escalas como el MFI (Multidimensional Fatigue Inventory) y FSS (Fatigue Severity Scale) para medir la intensidad del cansancio. (Ver escala de severidad de la fatiga)



Durante la pasada semana he encontrado que	Completamente en desacuerdo			Ni de acuerdo ni en desacuerdo		Completamente de acuerdo	
1. Mi motivación es menor cuando estoy fatigado	1	2	3	4	5	6	7
2. El ejercicio me hace que esté fatigado	1	2	3	4	5	6	7
3. Me fatigo fácilmente	1	2	3	4	5	6	7
4. La fatiga interfiere en mi funcionamiento físico	1	2	3	4	5	6	7
5. La fatiga me causa problemas frecuentemente	1	2	3	4	5	6	7
6. La fatiga me impide un funcionamiento físico prolongado	1	2	3	4	5	6	7
7. La fatiga interfiere en llevar a cabo algunas labores y responsabilidades	1	2	3	4	5	6	7
8. La fatiga está entre uno de los síntomas que más me invalidan	1	2	3	4	5	6	7
9. La fatiga interfiere en mi trabajo, familia y vida social	1	2	3	4	5	6	7

Escala de la severidad de la fatiga

AFECTACIÓN DE LAS FUNCIONES COGNITIVAS

El mayor compromiso se observa a nivel de la memoria a corto plazo y la memoria episódica. Se han identificado déficits principalmente en la memoria de trabajo y en las capacidades atencionales más complejas, donde el factor distracción tiene una relevancia importante. También se ha identificado deterioro en la memoria a largo plazo y en las funciones ejecutivas. Además, existe consenso entre los diversos estudios en que el grado de dolor tiene una relación directa con el nivel de disfunción cognitiva, mientras que no existe total consenso para explicar la influencia de la depresión y ansiedad sobre el funcionamiento cognitivo en estos pacientes.

Se ha propuesto el término **'fibro fog'** para referirse al amplio espectro de quejas cognitivas que refieren estos pacientes, y que incluyen problemas de memoria, de atención y concentración, y confusión mental.

ALTERACIONES VASOMOTORAS Y NEUROVEGETATIVAS

Dentro de las mas frecuentes encontramos las alteraciones del ritmo cardíaco con aumento de la frecuencia, sensación de vértigo especialmente de tipo subjetivo acompañado o no de inestabilidad, acúfenos bilaterales, aumento del tránsito intestinal con episodios bruscos de diarrea disnea y distress respiratorio.

EVOLUCIÓN

Para poder evaluar en forma correcta la diferente sintomatología que se presenta en la fibromialgia y además poder evaluar la eficacia del tratamiento instaurado y la evolución de la patología en el tiempo es necesario contar con herramientas válidas de medición. Para poder lograr este objetivo se utilizan algunas escalas clinimétricas de las cuales nos referiremos a dos. La primera es la Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), diseñada en 1991 por Burckardt, Clarck y Bennet.

Se trata de un cuestionario autoadministrado diseñado para cuantificar el impacto global de la fibromialgia en varias dimensiones: funcionalidad, percepción del dolor, fatiga, rigidez, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, capacidad de trabajo y de actividades de ocio. (ver cuestionario de impacto de la fibromialgia FIQ).

APÉNDICE 1. Cuestionario español impacto de la fibromialgia: Spanish (S-FIG)

Para las preguntas 1-3, señale la categoría que mejor describa sus habilidades o sentimientos durante la última semana. Si usted nunca ha realizado alguna actividad de las preguntadas, déjela en blanco.

1. ¿Usted pudo?	Siempre	La mayoría de las veces	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar	0	1	2	3
Lavar la ropa usando la lavadora y la secadora	0	1	2	3
Preparar la comida	0	1	2	3
Lavar los platos a mano	0	1	2	3
Pasar la aspiradora por la alfombra	0	1	2	3
Caminar varios centenares de metros	0	1	2	3
Visitar a los amigos o a los parientes	0	1	2	3
Cuidar el jardín	0	1	2	3
Conducir un coche	0	1	2	3

2. De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?	3. ¿Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada por su fibromialgia? (si no trabaja fuera de casa, no conteste esta pregunta)
0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

Para las preguntas 4-10, marque en la línea el punto que mejor indique cómo se sintió usted la última semana

4. Cuando trabajó, ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad para trabajar?

 No tuve problemas Tuve grandes dificultades

5. ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?

 No he sentido dolor He sentido un dolor muy intenso

6. ¿Hasta qué punto se ha sentido cansado?

 No me he sentido cansado Me he sentido muy cansado

7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?

 Me he despertado descansado Me he despertado muy cansado

8. ¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado?

 No me he sentido agarrotado Me he sentido muy agarrotado

9. ¿Hasta qué punto se ha sentido tenso, nervioso o ansioso?

 No me he sentido nervioso Me he sentido muy nervioso

10. ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido o triste?

 No me he sentido deprimido Me he sentido muy deprimido

La segunda escala es el FIQR (revisada) donde se tienen en cuenta tres dominios, la función, el impacto general y los síntomas. En este cuestionario se incluyen preguntas sobre memoria, sensibilidad y equilibrio. Utilizando la puntuación total del FIQR se establecen intervalos de gravedad del impacto de la fibromialgia.

Una de las características de la Fibromialgia es su evolución fluctuante entre períodos de recrudecimiento y atenuación de los síntomas. La evolución de los síntomas varía en cada paciente, con diferentes respuestas a los tratamientos según su conformación genética, medio ambiente y la educación recibida para administrar sus síntomas. La fibromialgia no es necesariamente una enfermedad progresiva. Mejorar su evolución puede significar que sus crisis sean más leves, cortas y distanciadas unas de otras. Existen pocos casos de restitución de la calidad de vida en personas que fueron diagnosticadas comprobadamente por profesionales especializados y no reiteraron sus crisis a través del tiempo.



Bibliografía

- ① **Albornoz J, Povedano J, y otros.**
Características clínicas y sociolaborales de la fibromialgia.
Rev. Esp. Reumatol. 1997; 24:38-44
- ② **Price, DD, Staud R.**
Neurobiology of fibromyalgia syndrome.
J. Rheumatol. Suppl. 2005; 75:22-8
- ③ **Aronowitz, Robert.**
When do symptoms become a disease?
Annals of internal medicine. Vol 134. N 9 (2001)
- ④ **Moretti, Chiara.**
Un'analisi antropologica della sindrome fibromialgica.
Roma: Aracne, 2013
- ⑤ **Wolfe, F, Smythe, HA, Yunus MB et al.**
The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia.
Arthritis Rheum. 1990. 160: 172.
- ⑥ **Belen Torres Garrido.**
Fibromialgia. Que hay detrás del dolor.
Junio 2015
- ⑦ **Yunus, MB.**
Fibromyalgia Syndrome.
BMJ. 1998; 298
- ⑧ **Busckardt, C, Clarck S, Bennett RM.**
The fibromyalgia Impact questionnaire.
J. Rheumat. 1991. 18: 728-33
- ⑨ **Fordyce, WE.**
Evaluating chronic pain. Geriatrics.
1978. 33: 59-62
- ⑩ **Rios, B.**
Depresión en patologías orgánicas.
Madrid: Edicomplet. 1999
- ⑪ **Wolfe, F et al.**
The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population
Arthritis Rheum. 1995. 1 : 19-28
- ⑫ **Geloch O, Garolera M et al.**
Cognitive dysfunction in fibromyalgia.
Rev.Neurol. 2013. Junio. 56: 573-88
- ⑬ **Kravitz HM, Katz Rs.**
Fibrolog and fibromyalgia.
Rheumatol. Int. 2015. Jul. 35: 1115-25
- ⑭ **Mas AJ, Carmona L et al.**
Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general populations.
Clinical Exp. Rheumatol. 2008; 26:519-26
- ⑮ **Jordi J, Vives E, Gualda B.**
Evaluación de pacientes con fibromialgia. FIQ.
Reumat. Clínica. 2006; 2: 283-8



CENER

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS**



- Consultorios externos.
- Chequeos Especiales para Prevención de ACV, Parkinson y Alzheimer.
- Rehabilitación Integral de secuelas de enfermedades Neurológicas, Traumatologías y Psiquiátricas, modalidad Internación y en Hospital de día.
- Turismo Salud.
- Vida sana. Tratamiento de Alcoholismo, Tabaquismo y adicción a psicofármacos.





Tratamiento eficaz del Dolor Neuropático, la Fibromialgia y el Trastorno de Ansiedad Generalizada mejorando la calidad de vida.

- Primer fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento de la Fibromialgia.¹
- Reduce el Dolor Neuropático y la ansiedad en una semana.¹
- Mejora la alteración del sueño, así como el dolor en pacientes con Neuropatía Diabética y Fibromialgia.¹
- En insuficiencia hepática no es necesario el ajuste de la dosis.¹
- Debido a que es transportada por mas de un sistema y posee mayor potencia que la Gabapentina, la Pregabalina posee mayor eficacia clínica.¹

Presentaciones

75 mg x 14 Cápsulas
75 mg x 28 Cápsulas
150 mg x 28 Cápsulas



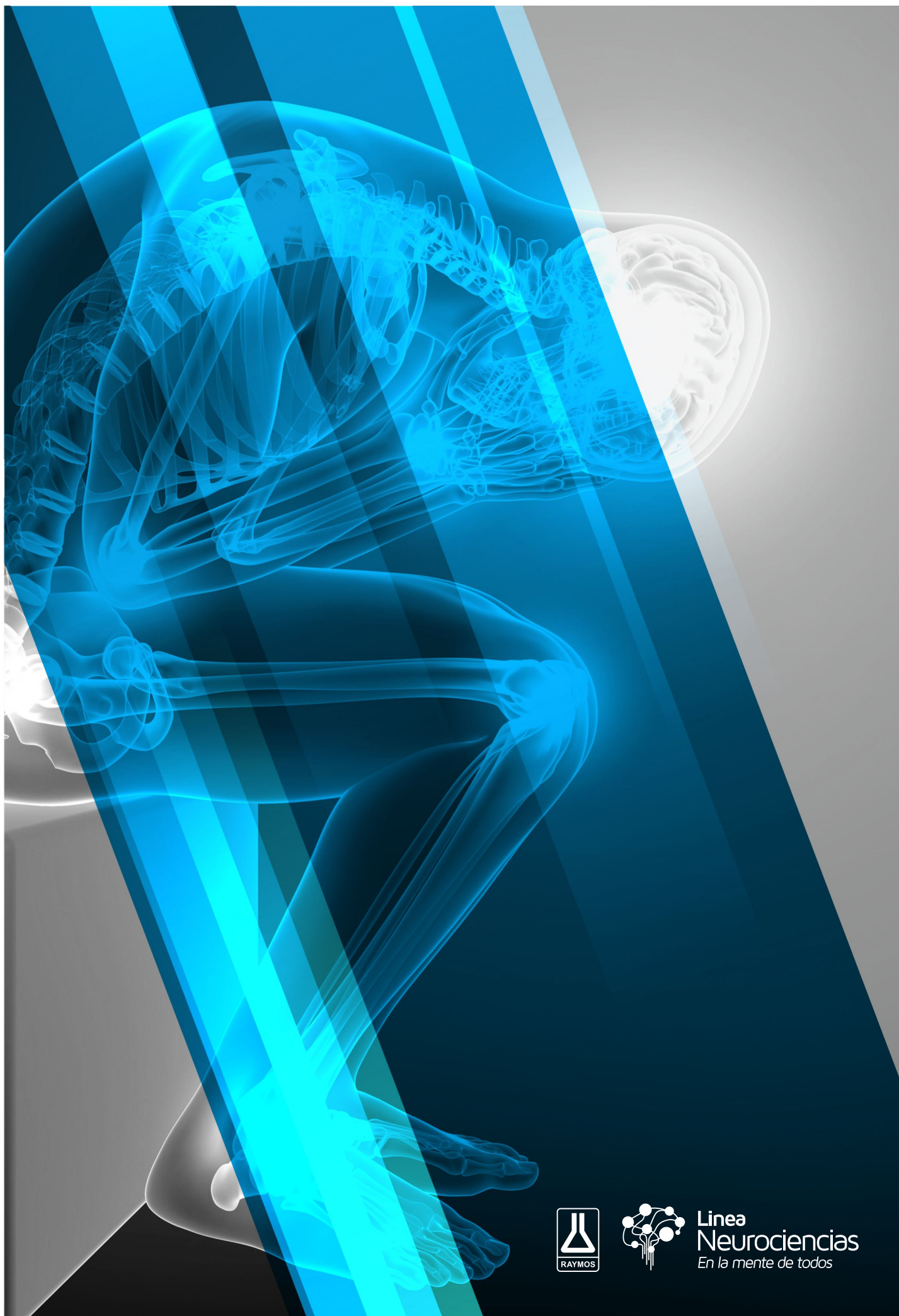
(1) Ref.: Stephen M. Stahl. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Guía del Prescriptor. Editorial Aula Médica. Tercera Edición. 2010. Madrid, España.



**Linea
Neurociencias**
En la mente de todos

PROSPECTO
DIGITAL





**Linea
Neurociencias**
En la mente de todos