



Dr. Santiago R. Sanfilippo

Fascículo 3

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

Diagnóstico	página 1, 2, 3 y 4
Pruebas complementarias	página 5 y 6
Diagnóstico diferencial	página 6
Clasificación de Fibromialgia	página 7

Diagnóstico

Es de vital importancia diagnosticar tempranamente la Fibromialgia para poder seleccionar una conducta adecuada y así poner en marcha el tratamiento mas oportuno para ese paciente en particular.

El diagnóstico de Fibromialgia no tiene consecuencias negativas para el paciente ni para el sistema sanitario. Al contrario, produce un doble beneficio dado que por un lado con el diagnóstico ya establecido los pacientes pueden mejorar sus síntomas y acceder a una mejor calidad de vida y en segundo lugar el sistema de salud puede además optimizar la utilización de los recursos y disminuir los gastos.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico no existiendo estudios de laboratorio, imágenes o anatomía patológica específicas para la confirmación .

La historia clínica se transforma entonces en el elemento mas importante del proceso de diagnóstico de la Fibromialgia.

Además de ser el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal incorpora todos los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos, y todo aquello vinculado con su actual patología.

Es también un excelente medio de interrelación ya que nos permite entablar una comunicación mas personal con el paciente ayudándonos a conocerlo en sus diferentes aspectos . Nos ayuda a establecer el diagnostico ya que gracias a esta conocemos el estado general de salud de nuestro paciente y no sirve también para realizar importantes estadísticas sobre patologías, tratamientos, métodos de diagnóstico, etc.

También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación del paciente. (documentos, radiografías, exámenes de laboratorio, procedimientos, hoja de evolución.)

La otra pata fundamental en el proceso es la relación médico-paciente. Como cualquier otra persona, el paciente con Fibromialgia necesita sentirse entendido y comprendido en su proceso de enfermedad. Debe percibir cordialidad y respeto en la entrevista así como una gran empatía de parte del profesional. Si es posible se debe incorporar a la familia en posteriores entrevistas.

Se debe interrogar al paciente sobre la percepción que este tiene sobre la naturaleza de su enfermedad y a que la atribuye. Que sentimientos le produce y cuanta preocupación le provoca. Si interfiere en las actividades de la vida diaria o en su relación laboral.

Es necesario conocer cuales son sus expectativas y que síntomas prioriza, para poder actuar en consecuencia.

Para un mejor manejo es de buena práctica contar con la activa participación del paciente en la toma de decisiones durante todo el proceso médico. El profesional debe de conseguir la aceptación del paciente, avalando los procesos diagnósticos y las diferentes alternativas de tratamiento.

Por supuesto que todo esto debe hacerse en el marco de los recursos reales que se tienen, con el tiempo de entrevista real del profesional y los medios que se encuentran a su alcance.

Para ello incorporará los siguientes elementos: presentación del problema a largo plazo, planificación y organización adecuada de los recursos, trabajo en equipo con las especialidades intervinientes en el diagnóstico y tratamiento, establecimiento de prioridades, objetivos razonables y un correcto uso del tiempo.

Además del interrogatorio y la recolección de datos y antecedentes es muy importante la exploración física detallada y exhaustiva, destacando el examen del aparato locomotor y del sistema nervioso.

Los primeros criterios que se utilizaron para el diagnóstico de la Fibromialgia fueron publicados por la ACR en 1990, con una sensibilidad del 84,4% y una especificidad del 81%.

Recientemente la ACR propuso nuevos criterios, modificando algunos de los conceptos anteriores especialmente en cuanto al dolor. Se estableció que no son necesarios los exámenes complementarios para corroborar el diagnóstico cuando el paciente presenta algunos de los siguientes síntomas:



Linea
Neurociencias
En la mente de todos

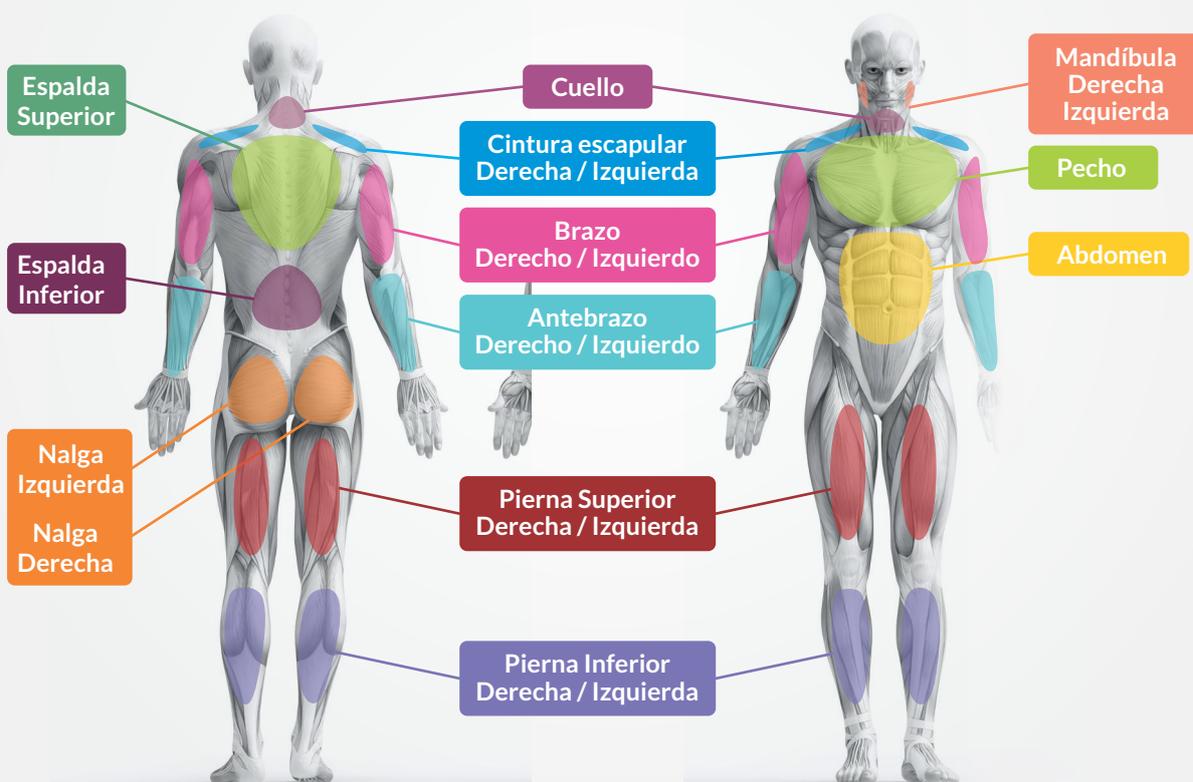


- ✓ Historia de dolor generalizado (dolor presente en el lado derecho e izquierdo del cuerpo y por encima y debajo de la cintura, es decir en los cuatro cuadrantes, además del esqueleto axial) con por lo menos tres meses de duración. El examen de los puntos sensibles es reemplazado, luego del último consenso de la ACR, por un **“índice de dolor generalizado”** (WPI) y por el cálculo de la severidad de los síntomas (SS Score).
- ✓ Los nuevos criterios aparecen en una lista de síntomas que se espera sea mas adecuada para su uso en atención primaria.
- ✓ La segunda parte de la puntuación necesaria para diagnosticar Fibromialgia evalúa sus síntomas específicos en una escala de 0 a 3.

Nuevos criterios diagnósticos en Fibromialgia (ACR 2010)

- 1 IDG / WPI ≥ 7 y SS ≥ 5 ó IDG / WPI 3-6 y SS ≥ 9
- 2 Síntomas mantenidos con similar nivel los últimos 3 meses.
- 3 No hay otra causa que explique el dolor.

Índice de Dolor Generalizado, IDG / Widespread Pain Index, WPI
IDG=0-19



Nuevos criterios diagnósticos en Fibromialgia

SEÑALE EL NÚMERO DE ÁREAS EN LAS QUE HA TENIDO DOLOR EN LA ÚLTIMA SEMANA.

- Cintura Escapular Izquierda
- Cintura Escapular Derecha
- Brazo Superior Izquierdo
- Brazo Superior Derecho
- Brazo Inferior Izquierdo
- Brazo Inferior Derecho
- Nalga Izquierda

- Nalga Derecha
- Pierna Superior Izquierda
- Pierna Superior Derecha
- Pierna Inferior Izquierda
- Pierna Inferior Derecha
- Mandíbula Izquierda
- Mandíbula Derecha

- Pecho (tórax)
- Abdomen
- Cuello
- Espalda Superior
- Espalda Inferior

Índice Severidad de Síntomas / Symptom Severity Score SS-1 = 0-9

INDIQUE EL NIVEL DE SEVERIDAD DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

- 0 Ningún problema.
- 1 De leve a moderado, generalmente intermitente.
- 2 De moderado a considerable, frecuente y de intensidad moderada.
- 3 Severo, persistente, generalizado, con interferencia en las actividades diarias.

Fatiga	0	1	2	3
Sueño no reparador	0	1	2	3
Trastornos cognitivos	0	1	2	3

Índice Severidad de Síntomas / Symptom Severity Score SS-2 = 0-3

Señale cuáles de los siguientes síntomas **padece habitualmente**

Sin síntomas = **0**

Entre 1 y 10 síntomas, **puntúa 1**

Entre 11 y 24 síntomas, **puntúa 2**

Entre 25 o más, **puntúa 3**

- Dolor muscular
- Picores
- Visión borrosa
- Urticaria
- Vómitos
- Dolor de cabeza
- Dolor torácico
- Ansiedad
- Mareos
- Insomnio
- Depresión
- Estreñimiento
- Diarrea
- Náuseas

- Dolor en la parte alta del abdomen
- Fatiga / Cansancio extremo
- Síndrome de intestino irritable
- Problemas para pensar o de memoria
- Dolor / Calambres en el abdomen
- Respiración entrecortada
- Pitidos al respirar, sibilancias
- Fenómeno de Raynaud
- Debilidad muscular
- Zumbidos en los oídos
- Moretones frecuentes (hematomas)
- Acidez de estómago
- Aftas orales (úlceras)
- Pérdida o cambios en el gusto

- Convulsiones
- Ojo seco
- Sequedad bucal
- Pérdida de apetito
- Erupciones, sarpullido
- Sensibilidad al sol
- Trastornos auditivos
- Entumecimiento, hormigueo
- Caída de cabello
- Micción frecuente
- Micción dolorosa
- Espasmos vesicales
- Fiebre

IDG / WPI= SS1= SS2= SS=

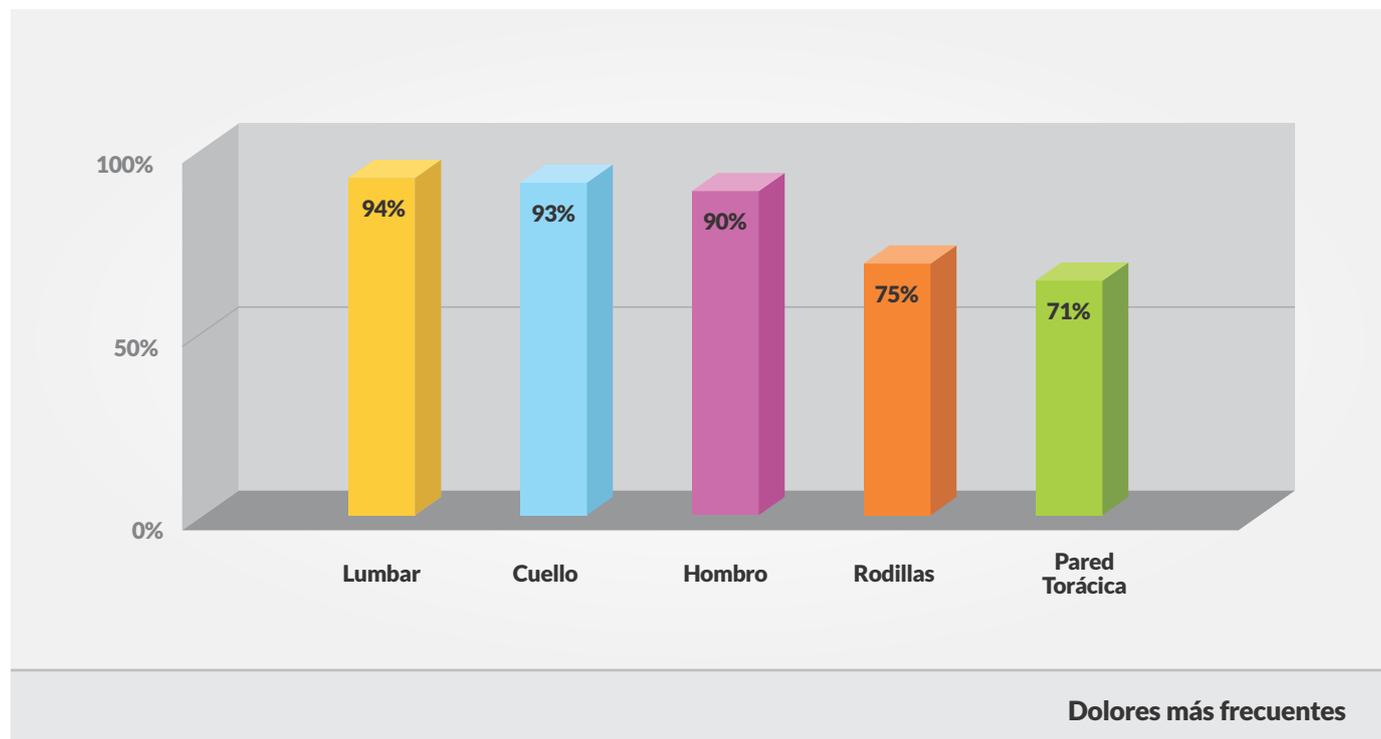




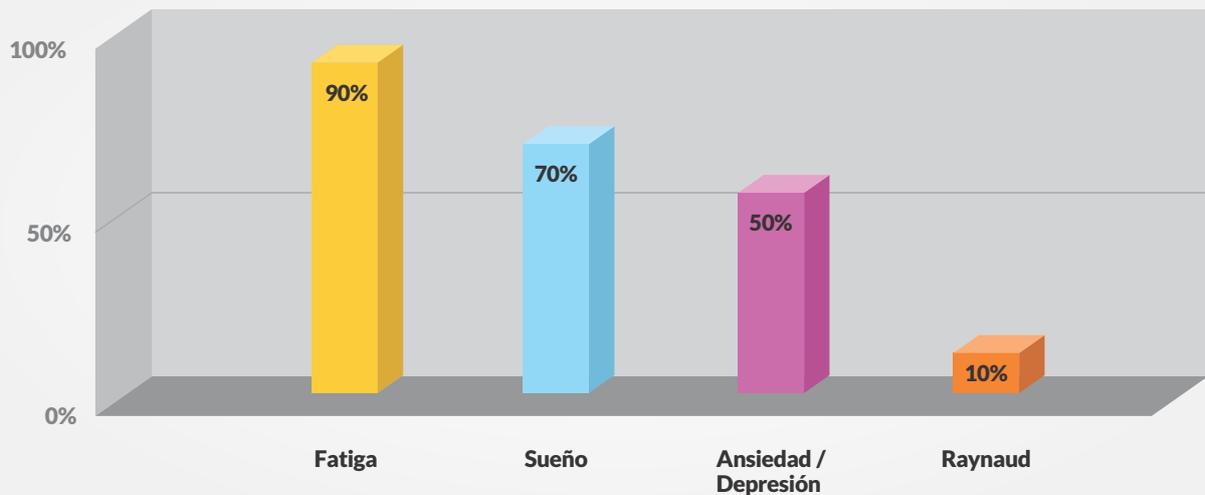
Durante el interrogatorio hay que poner especial énfasis en un síntoma clave, el dolor. Si queremos llegar a un diagnóstico correcto necesitamos evaluar este síntoma cardinal en forma adecuada, considerándolo, por sobre todas las cosas, una experiencia personal, totalmente subjetiva y única para ese individuo, donde es imprescindible tener en cuenta todas sus variables y características.

Para poder tener una idea clara y definitiva sobre el dolor hay que considerar todas sus variables:

- ✓ **Fisiológicas:** Inicio, localización, irradiación, duración y tipo.
- ✓ **Conductuales:** Relación entre el tipo e intensidad del dolor con la conducta y comportamiento del paciente.
- ✓ **Emocionales:** Concomitantes psicológicos como ansiedad, depresión, distimia y temor.
- ✓ **Socioculturales:** Incluyendo los aspectos demográficos, raciales, ambientales y espirituales.



Si bien se considera que para realizar diagnóstico de la Fibromialgia la presencia de dolor característico es suficiente, es necesario evaluar todos los síntomas que acompañan, especialmente las alteraciones en el sueño, la fatiga y los trastornos cognitivos.



Síntomas ajenos al aparato locomotor

Pruebas complementarias

El hecho de recurrir a diferentes exámenes complementarios se basa en el interés que se debe tener en descartar ciertas patologías asociadas a la Fibromialgia o bien descartar otras causas que justifiquen la sintomatología presentada por el paciente.



- ✓ Glucosa.
- ✓ PCR.
- ✓ Función hepática: bilirrubina, FAL, GGT, ALT, AST, tasa albúmina/globulina.
- ✓ Función renal: urea, creatinina, tasa de filtrado glomerular (FGR).
- ✓ Función tiroidea: TSH, T4 libre.
- ✓ Estudios de hierro: hierro sérico, capacidad de unión hierro, ferritina, vitamina B12 y folatos.
- ✓ Enzimas musculares (CPK; LDH; GOT; GPT).
- ✓ Vitamina D (25-hidroxi-colecalciferol).
- ✓ Análisis de orina.
- ✓ Ionograma. Magnesio.

Estudios a solicitar

También es recomendable realizar las siguientes pruebas o estudios según los síntomas para el diagnóstico diferencial:

- ✓ Anticuerpos antinucleares.
- ✓ Radiografía de tórax.
- ✓ Radiografía columna .
- ✓ ECG.
- ✓ Endoscopia, gastroscopia, colonoscopia, citoscopia.
- ✓ Estradiol y hormona foliculo-estimulante.
- ✓ Anticuerpos antigliadina y antiendomisiales.
- ✓ Inmunoglobulinas.
- ✓ Descartar enfermedades infecciosas: HIV, hepatitis, enfermedad de Lyme, fiebre Q, etc.

Hay que tener en cuenta que hay ciertas alteraciones inmunológicas que nos obligan a realizar estudios mas específicos de coexistencia con una patología de tipo autoinmune sistémica o reumática definida.

- ✓ Ac. Antinucleares a títulos elevados (mayor 1/320).
- ✓ Factor reumatoideo a títulos elevados (mayor 200).
- ✓ Crioglobulinemia (mayor 1 %).
- ✓ Hipocomplementemia (C3 y/o C4).
- ✓ Anticuerpos anti Ro/La.
- ✓ Ac. anti ADN a títulos elevados (mayor 50).

Diagnóstico diferencial

Teniendo en cuenta las especialidades características de esta entidad se hace necesario plantear la posibilidad de otros diagnósticos.

Se deben considerar las siguientes probabilidades:

ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

- Artritis reumatoidea.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Síndrome de Sjögren.
- Polimiositis inflamatoria.
- Miopatía pos estatinas.
- Síndrome de dolor regional.

NEOPLASIAS

- Metástasis.
- Mieloma múltiple.
- Síndrome paraneoplásico.

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

- Radiculopatías y plexopatías.
- Miopatías metabólicas.
- Esclerosis múltiple.
- Mononeuritis múltiple.

TÓXICOS

- Agroquímicos.
- Compromiso neuromuscular por quimioterapia.
- Intoxicación por metales pesados.
- Alcoholismo.

ENDOCRINOPATÍAS

- Hipotiroidismo.
- Osteomalacia.
- Diabetes.

ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

- Desorden bipolar.
- Depresión.
- Ansiedad generalizada.

Clasificación de la Fibromialgia.

Son muy pocos los estudios científicos que analizan de forma específica un modelo de identificación en subgrupos de pacientes con Fibromialgia.

Rafael Elenguer propone un tipo de clasificación basado en perfiles bien definidos, basados en su condición psicopatológica y la coexistencia con otros procesos.

Divide a la Fibromialgia en cuatro tipos:

✓ TIPO I

Corresponde a un grupo reducido de pacientes que presentan un perfil psicopatológico caracterizado por un buen estado de ánimo, con valores muy bajos de catastrofización aunque con intensa hiperalgesia. En este grupo no se identifican procesos sistémicos asociados ni enfermedades psiquiátricas. Se piensa en la posible existencia de alteraciones inmunológicas en las terminales nerviosas como causa del dolor.

✓ TIPO II

Se han descrito casos de Fibromialgia en pacientes con enfermedades crónicas diversas, aunque la mayoría de estas enfermedades pueden encuadrarse dentro del ámbito de la reumatología e inmunología.

✓ TIPO III

Los pacientes incluidos en este grupo presentan un importante compromiso psicopatológico, especialmente con sintomatología compatible con depresión y ansiedad. Aquí es donde se hace crucial la intervención del médico psiquiatra dado que en estos pacientes es clave poder demostrar que el compromiso psicológico es anterior a la aparición de los demás síntomas de Fibromialgia.

✓ TIPO IV

La enorme difusión que esta enfermedad ha tenido en los últimos años ha originado un importante aumento de las consultas que habitualmente reciben los médicos de atención primaria y los reumatólogos por parte de pacientes que presentan sintomatología compatible. Una parte de estos pacientes simulan el padecimiento cuyas características pueden ser asimiladas rápidamente de las redes sociales. Estas personas solo persiguen una indemnización o un baja laboral permanente.

	Subgrupos Clasificatorios	Enfermedad Primaria	Enfermedad Autoinmune / Reumatológica	Perfil Psicopatológico
Tipo I	FM Idiopática	Ninguna	Ninguna	Normal
Tipo II	FM Asociada a enfermedad crónica	Enfermedad crónica: - Sistémica (LLA) - Locoregional (LLB)	Cumplimiento de los criterios clasificatorios	Perfil A (Ansioso - Depresivo)
Tipo III	FM Secundaria a enfermedad psiquiátrica	Patología Psiquiátrica	Alteraciones autoinmunes y/o reumatológicas aisladas	Perfil B (Somatización)
Tipo IV	FM Simulada	Ninguna	Ninguna	Demandante

Clasificación de la Fibromialgia



Linea
Neurociencias
En la mente de todos



Bibliografía

- ① **Wolfe, F, Ross, K, Anderson, J, Rusell, J.**
The prevalence and characteristics of Fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum. 1995; 38: 19-28.
- ② **Covarrubas-Gomez, Orlando Crrillo.**
Actualidades conceptuales sobre Fibromialgia. Revista Mexicana de anestesiología. 2013; 39:58-63.
- ③ **Actualización en Fibromialgia.**
Revista Medicina legal de Costa Rica. 2013; 30: 83-88.
- ④ **Clauw J, Lesley, M, Arnold, M, Bill, H.**
The science of fibromyalgia. Mayo Clinic. 2011; 86: 907-911.
- ⑤ **Jajan, F, Kashmira, N, Waris, Q.**
Fibromyalgia Syndrome. Oman Medical Journal. 2012. 3: 192-195.
- ⑥ **Rivera Redondo J.**
Controversias en el diagnóstico de Fibromialgia. Rev. Española de Reumatología. Vol. 31.
- ⑦ **Valls Llobet, Carme.**
Diagnóstico diferencial del dolor y de la Fibromialgia Revista: Anuario de Psicología .Año: 2008 . Volumen: 39 - Número: 1. Páginas: 87-92
- ⑧ **Guerrero Montenegro Víctor, López Roldán Verónica, Olgún Yahadira, Parrilla Ortiz Juan, Pérez Rojas Alberto, Ramos Garzón Erik, Barrera Cruz Antonio.**
Diagnóstico y Tratamiento de Fibromialgia en el Adulto. www.cenetec.salud.gob.mx
- ⑨ **Don L. Gonderberg.**
Diagnosis and differential diagnosis of Fibromyalgia. The American Journal of Medicine December 2009; 122(12A):14-21.
- ⑩ **Sebastián Moyano, Jorge Guillermo Kilstein y Cayetano Alegre de Miguel.**
Nuevos criterios diagnósticos de Fibromialgia: ¿Vinieron para quedarse? Reumatol Clin. 2014.
- ⑪ **Chaves, D. (2013).**
Actualización en Fibromialgia. Med. Leg. de Costa Rica, 30, 1
- ⑫ **Vidal L: Fibromialgia y Reumatismo Psicógeno.**
En Vidal L, ed: bases y Principios en Reumatología. 2da. Edición. 1998.
- ⑬ **Clauw, J., Lesley, M., Arnold, M. D., Bill, H. & McCarberg, M. D. (2011).**
The Science of Fibromyalgia. Mayo Clin Proc. 86(9), 907-911.
- ⑭ **Jahan, F., Kashmira, N., Waris, Q., Rizwan, Q. (2012).**
Fibromyalgia Syndrome: An overview of Pathophysiology, Diagnosis and Management. Oman Medical Journal, 27, 3, 192-195.



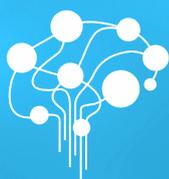
CENER

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.





Línea Neurociencias

En la mente de todos

Atipina
quetiapina

25 mg x 30 Comp. Rec. Ran.
100 mg x 30 Comp. Rec. Ran.
200 mg x 30 Comp. Rec. Ran.



Apsico
olanzapina



2,5 mg x 28 Comp. Rec. Ran.
5 mg x 14 y 28 Comp. Rec. Ran.
10 mg x 14 y 28 Comp. Rec. Ran.



Prebanal
pregabalina



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



Esciterokam
escitalopram

10 mg x 30 Comp. Rec. Ran.
20 mg x 30 Comp. Rec. Ran.



Anilar
sertralina

50 mg x 30 Comp. Rec. Ran.
100 mg x 30 Comp. Rec. Ran.



Pamoxet
paroxetina

20 mg x 30 Comp. Rec. Ran.
40 mg x 30 Comp. Rec. Ran.



Onefin
donepecilo

5 mg x 28 Comprimidos
10 mg x 28 Comprimidos



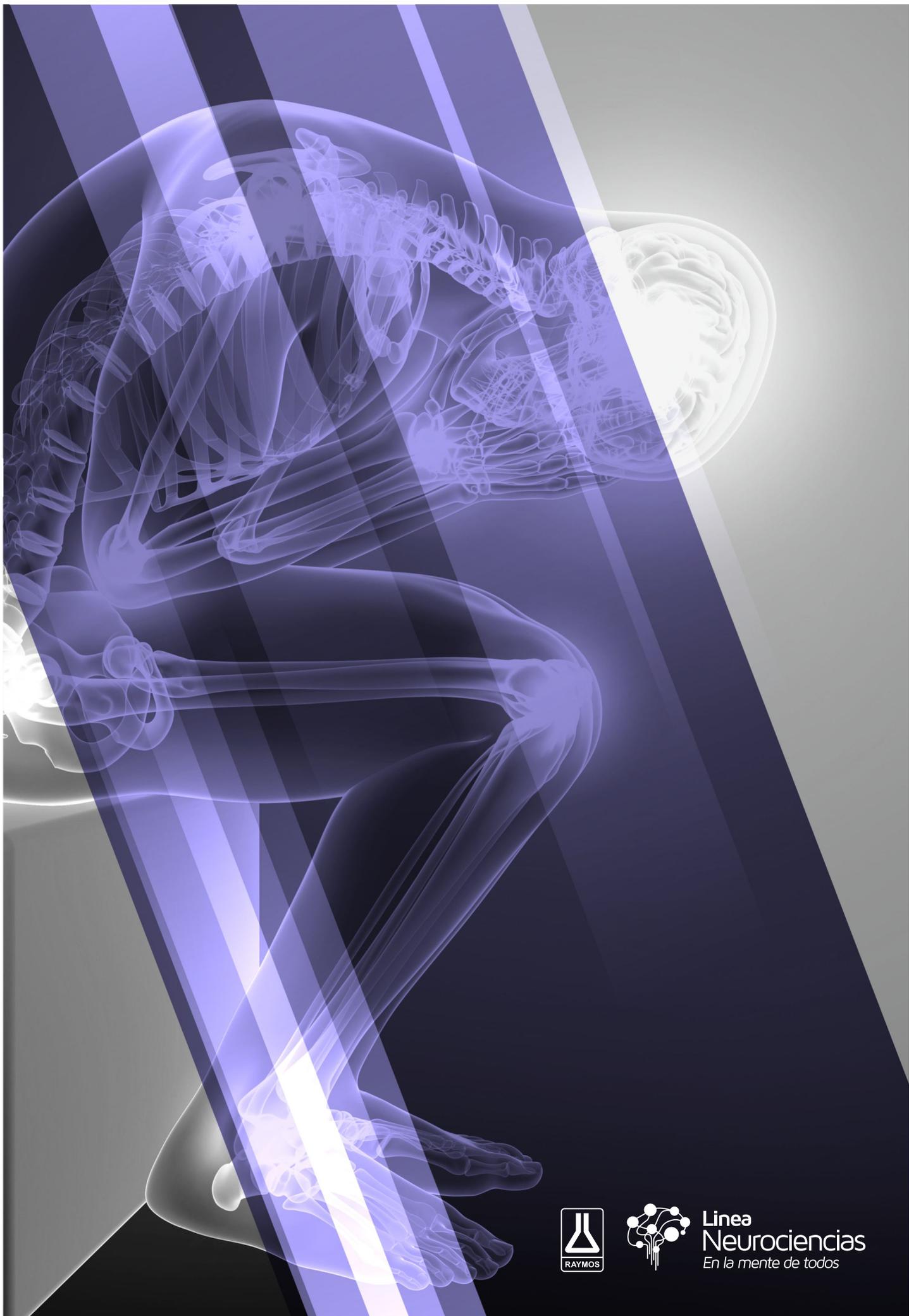
Fentina
memantina

10 mg x 30 Comp. Ranurados



Línea Neurociencias
En la mente de todos





Linea
Neurociencias
En la mente de todos