

Síndrome de Fibromialgia

Los medios noticiosos de la prensa escrita y hablada han difundido una serie de artículos sobre este tema que han provocado la impresión de que ésta es una enfermedad nueva. Sin embargo, este cuadro clínico existe y se reconoce desde principios del siglo pasado. En ese entonces, el padecimiento se designaba "fibrositis" y en la mayoría de los pacientes se manejaba como una enfermedad ocupacional.

La entidad afecta mayormente a mujeres, pero también puede verse en varones, en una proporción de tres a uno, respectivamente; con una prevalencia de dos a cinco por ciento en la población general. Es sorprendente el hecho de que la enfermedad puede verse en las diferentes décadas de la vida pero es más pronunciada entre los treinta y cinco y los sesenta años. Posiblemente, este factor contribuye a que en múltiples ocasiones el diagnóstico se hace después de que el paciente ha visitado un cúmulo de galenos. Por su parte, los estudios genéticos han identificado mutaciones de genes específicos que predisponen al paciente; y polimorfismo de enzimas ligadas al metabolismo de las catecolaminas y de los transportadores de serotonina.

La queja principal del paciente es un dolor difuso, que cubre todos los cuadrantes de su anatomía y que tiene una magnitud superlativa que se manifiesta con alodinia. Además, puede presentar un historial de fatiga, parestesias y problemas del sueño. La evaluación clínica por medio de estudios diagnósticos, o evaluación serológica, es normal o brinda resultados que no mantienen correlación con los síntomas.

El Colegio Americano de Reumatología estableció, para la década de los noventa, los criterios para este diagnóstico; los cuales son: un historial de dolor crónico difuso que ha estado presente por más de tres meses y por lo menos 11 puntos de dolor en el cuerpo, de un total de 18 previamente reconocidos. Los puntos, todos simétricos, son:

- 1-en el occiput, en la inserción del músculo suboccipital
- 2-en el área cervical baja, en el aspecto anterior de los espacios intertransversales de C6-7
- 3-en el trapecio, en el punto medio del borde superior
- 4-en el supra espinato, en el origen, sobre la escápula cerca del borde medial
- 5-en la segunda costilla, en la unión costochondral
- 6-en el epicóndilo lateral, dos centímetros distal al epicóndilo
- 7-en el glúteo, en el cuadrante superior externo en el dobléz anterior del músculo
- 8-en el trocánter mayor, posterior a la prominencia trocantérica
- 9-y en la rodilla, proximal a la línea media de la rodilla en la zona grasa medial.

Para provocar el dolor se presiona en el punto referido hasta que la cama de la uña se torne blanca. Para conseguir estos puntos, se llevaron a cabo estudios poblacionales que validaron la presencia de dolor con este grado de presión solamente en los pacientes de Fibromialgia.

El paciente puede tener otros síntomas como por ejemplo: problemas para dormir, entumecimiento durante la mañana, dolores de cabeza, pérdida de la capacidad

cognitiva, colon irritable, piernas inquietas, neuropatía, o sensibilidad al frío. Sin embargo, ninguno es más frustrante para el paciente que los problemas cognitivos. Éstos se manifiestan con pérdida de la capacidad para completar funciones intelectuales que son conocidas por el paciente, y este se siente "bruto". En esta enfermedad no se afectan los órganos vitales. Por otro lado, la depresión es frecuente en estos pacientes, pero no más de lo que puede verse en aquellos que padecen otras enfermedades reumatológicas.

Una de las observaciones más interesantes y más importantes es la relación del estrés con esta enfermedad. Se ha identificado que las víctimas de abuso sexual, trauma, accidentes de auto, estrés y situaciones de gran presión emocional pueden completar un cuadro de Fibromialgia o exacerbar la condición.

Cuando llegamos a la fase de tratamiento tenemos que reconocer que la condición es difícil de tratar. El manejo tiene una fase no medicamentosa en la cual podemos hacer uso de: los ejercicios aeróbicos, la terapia conductista cognitiva, los ejercicios de fortalecimiento, acupuntura, retroalimentación, hipnoterapia, balneoterapia (baños termales) y la educación al paciente.

A pesar de que en los últimos estudios se refleja que la terapia física no los beneficia, existen situaciones en que pudiera ayudar. La educación al paciente por sí sola es un arma muy útil en el manejo de esta afección; así quedó demostrado en un estudio que reflejó que los pacientes obtenían un beneficio significativo desde el punto de vista estadístico con solamente ser diagnosticados.

El manejo farmacológico conlleva el comprender las bases patofisiológicas de este trastorno. En los primeros estudios de investigación sobre la enfermedad se

hicieron biopsias de los puntos de dolor y descubrieron que el tejido al que se le practicó la biopsia estaba sano. Más tarde, se reconoció que casi toda la patofisiología de ésta enfermedad reside en el sistema neurológico y en los neurotransmisores.

En 1978, el doctor Moldofsky identificó una relación inversamente proporcional entre los niveles plasmáticos de triptófano libre y el grado de dolor subjetivo en ocho pacientes de "fibrositis". En 1992, se pudo identificar que estos pacientes, al compararlos con los de artritis reumatoide, tenían niveles disminuidos de serotonina, norepinefrina y dopamina en el líquido cerebroespinal. Por otro lado, se ha identificado niveles aumentados de sustancia P y glutamato, ambos neurotransmisores. Entre otros hallazgos, se evidenció una disminución en el flujo sanguíneo regional en el hemitálamo derecho e izquierdo y en la corteza, así como también en la cabeza derecha e izquierda del núcleo caudato.

Al repasar toda esta patología podemos comprender mejor por qué ha sido más lo que hemos recetado fluoxetina, duloxetina y amitriptilina entre otras, que lo que hemos recetado antiinflamatorios. Todo el manejo farmacológico se ha escogido utilizando los estudios, pero no teníamos aprobación por FDA. Sin embargo, ya existen medicamentos aprobados por el FDA para el tratamiento de la condición. Los medicamentos son: Lyrica, Cymbalta y Savella.

Es importante recordar que la ésta condición puede coexistir con enfermedades autoinmunitarias, como por ejemplo Lupus, o con otras como: el Síndrome de Colon Irritable, el Síndrome del Golfo, la Osteoartritis y el Síndrome de Fatiga Crónica.