

Síndrome de Fibromialgia Primaria



CHILE

Autor: Dr. Carlos Alberto Harder Bustillos. Médico Algólogo, Miembro de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor.

Este trabajo es el fruto de años de concienzuda observación y me he dado a la tarea de presentarlo considerando el punto de vista de las personas que sufren el síndrome de fibromialgia primaria. Por tal razón, en muchas oportunidades utilizo el léxico con que los pacientes relatan sus molestias. Creo que de esta forma los pacientes con esta afección se sentirán interpretados, terminando así con el drama que habitualmente los acompaña. Me refiero al hecho de que después de deambular de médico en médico durante largo tiempo y al no tener un diagnóstico establecido, son tratados como enfermos hipocondríacos, psicósomáticos e, incluso, psiquiátricos. También es importante tener presente que lo que más afecta al ser humano es la incertidumbre de lo que sucede con su cuerpo. La certidumbre de lo que le ocurre es, sin duda, el comienzo de, al menos, su recuperación psicológica.

Consideraciones Generales

Los puntos gatillos (*trigger point*) son definidos de distinto modo por diferentes autores y su detección depende mucho de la

experiencia y la habilidad individual. Personalmente creo que deben cumplir los siguientes requisitos:

- Dolor espontáneo circunscrito o a la palpación digital localizado en una zona determinada y de consistencia nodular fibrosa.
- Nódulo fibroso que se encuentra en una banda de fibras musculares tensas o en áreas de inserción.
- Dolor que puede referirse a áreas distantes sin que siga un patrón neurológico o muscular, sino más bien un patrón de radiación característico de cada punto gatillo en particular.
- Respuesta local de dolor (el paciente trata de retirarse como respuesta al dolor) y en ocasiones contracciones musculares espasmódicas a la presión digital del punto gatillo.
- Cierta grado de debilidad en el músculo afectado o del miembro del cual forma parte.
- Hipersensibilidad en áreas alejadas de donde se halla el punto gatillo.
- Alteración vasomotora y de la propiocepción en zonas o miembros afectados.

Otros nombres por los que se conoce al síndrome de fibromialgia primaria son: fribro- ➔

mialgia primaria, fibrositis, dolor mioaponeurótico difuso y fibrositis difusa primaria.

Clínica Cronológica

El síndrome de fibromialgia primaria se distingue por presentarse preferentemente en pacientes de mediana edad (entre los 30 y 50 años) y predomina en el sexo femenino. El paciente, sin antecedentes previos de enfermedad, comienza a notar cierta molestia de endurecimiento y dolor sordo en la zona entre la escápula y la base del cuello, zona supra-escapular (conocida comúnmente como la zona de la paleta). Es característico que esta molestia se manifieste predominantemente al término de la jornada laboral y evoluciona con periodos de intermitencia durante mucho tiempo, meses o incluso años, hasta que los intervalos entre crisis dolorosas (intercríticos) son cada vez más cortos. A partir de ahí se instala un dolor crónico y en dicha zona se logra palpar uno o varios nódulos de consistencia fibrosa (punto-gatillo).

Para entonces se contracturan los músculos del cuello, a tal grado que esa musculatura se palpa dura, y en la zona de inserción con el hueso occipital (base de la nuca) se da lugar a la palpación de una zona dura y dolorosa, es decir, a un nuevo punto gatillo que, a su vez, comienza a producir cefalea tensional (dolor de cabeza) persistente e intensa que abarca toda la cabeza (holocránea) en forma de casco (con menos frecuencia provocan cefalea hemicránea).

Lo anterior obliga al paciente a consumir analgésicos, por lo general en estas etapas se automedica y en muy escasas ocasiones consulta al médico. Así, el paciente comienza por el ácido acetilsalicílico o paracetamol, pero rápidamente consume analgésicos un poco más complejos, todos los cuales al inicio alivian un poco la cefalea, pero posteriormente se instala

una tolerancia medicamentosa que la mayoría de las veces impide el efecto analgésico. Es muy común que los pacientes se autodiagnostiquen este cuadro como “jaqueca” y así pueden dejar transcurrir mucho tiempo, fácilmente entre uno a dos años.

Después de este estadio el paciente suele acudir al médico porque la cefalea es insoportable y el cuello contracturado no le permite acomodar bien la cabeza en la almohada (cambia de almohada buscando alguna solución a su sensación dolorosa de cuello-cabeza). Con todo esto se añade a su sintomatología el “insomnio de conciliación” o “despertar precoz”, con una muy mala calidad del dormir y, por consiguiente, presenta una mala calidad del despertar, amanece adolorido, contracturado, cansado, con la sensación de “no haber dormido nada” o de haber “trabajado toda la noche”.

Consecuentemente, la persona inicia su vida laboral fatigado y malhumorado, situación que, como se repite diariamente, termina por dar lugar a mucha ansiedad, a la que pronto se le suman componentes depresivos, trastornos del curso del pensamiento, con alteraciones de la atención, concentración y memoria reciente (lo que va en menoscabo del desempeño laboral, bajando el rendimiento intelectual). Esto, a su vez, preocupa más al paciente, pues cada síntoma que se va agregando actúa con efecto sinérgico y facilita la instalación de un cuadro cada vez más incapacitante tanto física como psicológicamente. Así, con cierta frecuencia los pacientes consultan al neurólogo, quien, tras una evaluación clínica, habitualmente les indica estudios como electroencefalograma, electroencefalograma activado y TAC de cerebro.

El resultado de dichos estudios generalmente es normal o, si hay algún hallazgo, éste no tiene relación con la causa de las molestias dolorosas. En esta fase el paciente es tratado

con analgésicos más potentes, asociados o no a relajantes musculares y, a veces, benzodiazepínicos. Al no demostrarse nada orgánico, es común que se le envíe a trabajar.

Con el transcurso del tiempo aumentan también las molestias de la zona gatillo supraescapular antes descrita, con una irradiación del dolor hacia la zona del hombro, abarcando brazo, antebrazo, mano e, incluso, dedos. Esta irradiación del dolor es muy característica (sensación de dolor neurálgico, de corriente o de hormigueo).

En un número importante de casos se asocia un trastorno vasomotor a nivel de la mano y dedos (coloración violácea y cambio de temperatura). A estas alturas el paciente nota que existe limitación a la movilización de la articulación del hombro, y es usual que consulte por sensación dolorosa a la abducción y flexión posterior del brazo en sus actividades diarias, por ejemplo, presenta dolor en la zona del hombro al intentar rascarse la espalda o al levantar el brazo, como cuando uno se peina el cabello o, en el caso de la mujer, al tratar de abrocharse el sostén.

En este estadio, al examen físico encontraremos puntos gatillos en la zona anterior de la articulación del hombro (cabeza del húmero), la zona posterior de la articulación del hombro, la zona intercostal, con foco en ambas axilas y que se irradia a la región anterior del tórax, y dolor en la zona costo-condro-esternal (la articulación que está en el centro del pecho).

Con esta sintomatología, lo habitual es que se estudie al paciente con Rx de hombros, cuyo resultado frecuentemente no muestra evidencias o hallazgos relacionados con sus dolencias. En esa situación, se le indican analgésicos y antiinflamatorios diversos asociados o no a relajantes musculares, con beneficio pobre o nulo. Paralelamente, dada la neuralgia inter-

costal y la osteocondritis asociada a las molestias del hombro, el médico cree estar frente a una afección cardíaca, ya que la sintomatología dolorosa abarca pecho con irradiación hombro-brazo izquierdo. Por lo tanto, se indica una evaluación cardiológica que implica Rx de tórax, electrocardiograma de reposo, electrocardiograma de esfuerzo, ecocardiograma y electrocardiograma de 24 horas (Holter).

Lo común es que estos exámenes arrojen datos normales, o si se encuentra alguna alteración, ésta no tenga relación con sus molestias dolorosas. Tras toda la sintomatología citada, ya tenemos a un paciente muy nervioso, ansioso, con grado importante de invalidez tanto física como psicológica, puesto que cada síntoma que se agrega le produce más angustia. Es lógico entender que tendremos enfrente a una persona sumamente agobiada, cuyas preguntas más frecuentes son:

- ¿Qué es lo que me causa tanto dolor?
- ¿Por qué en lugar de mejorar cada vez me siento más enfermo?
- ¿Por qué después de tantos estudios y tratamientos no han podido darme un diagnóstico?

Como en esta etapa ya se ha incurrido en muchos gastos por concepto de estudios, tratamientos kinésicos y medicamentos, todos los cuales no han mejorado sustancialmente las afecciones dolorosas sino que por el contrario, el enfermo y sus familiares se dan cuenta de que cada vez éste se compromete más, tanto por la intensidad del dolor como por su impotencia funcional, es predecible encontrar a un paciente con un severo cuadro ansioso con componentes depresivos que (a pesar de ser secundario) va tomando inercia propia y desencadenando una sintomatología muy florida. A estas alturas ya se han realizado todos los exámenes de rutina (hemograma, VHS, uremia, ceatinemia, glicemia, transaminasas, factor reumatoide, proteína C reactiva, ➤

lípidos sanguíneos y orina), todos los cuales en general son normales o si alguno de ellos muestra alteración, ésta no tiene relación con la enfermedad en cuestión.

El paciente en este estadio es sometido a tratamiento con tranquilizantes, relajantes musculares, analgésicos más potentes, antiinflamatorios, infiltraciones no específicas en la zona del hombro y en la zona supraescapular y terapias kinésicas comunes como ultrasonido, ultratermia y ejercicios. El paciente se siente algo aliviado al comienzo, pero finalmente se va desencantado con sus dolores auestas y abandona las posibilidades de la medicina alopática.

Así las cosas, puede transcurrir mucho tiempo, un año o más en que el cuadro se va difundiendo, generalizando hasta instalarse una contractura de la musculatura paravertebral bilateral de la zona cervical, dorsal y lumbar. Con esto aparecen nuevos dolores que simulan muchos cuadros:

- El dolor de la musculatura cervical es intolerable por sí solo, lo que provoca cefalea tensional más típica, la mayor de las veces no diagnosticada.
- La dorsolumbalgia es tan severa que lo habitual es que el paciente sea estudiado con Rx y TAC de columna dorso-lumbar, y al no encontrarse lesiones significativas que expliquen los dolores, se le dice que "está sano". A una cantidad significativa de personas se le cataloga como simuladores y a otro número no menos importante se le envía al psiquiatra en calidad de enfermos psicossomáticos. Esta es la fase donde se cometen los mayores errores con tales enfermos, ya que no se plantea la posibilidad de que se trate de un padecimiento doloroso de tejidos blandos, por lo que no se les canaliza con el profesional competente.
- En muchos casos se añade un dolor por radiación ciatálgica a derecha, izquierda o

bilateral, ante lo cual se debe realizar un estudio que descarte una ciatalgia de otro origen con Rx, TAC y resonancia magnética. Sólo después de hacer estos exámenes, se aceptará como parte de los síntomas de este cuadro.

De este modo, el cuadro termina por integrarse y estamos ante un paciente con un síndrome de fibromialgia primaria, típico y completo.

Síndrome de Fibromialgia Primaria

Los hallazgos en este síndrome muestran a un paciente con historia de dolores de larga evolución, que presenta:

- Cefalea
- Zumbido de oídos (tinnitus)
- Sequedad de boca
- Contractura de la musculatura cervical
- Zonas supraescapulares muy sensibles, dolorosas, con palpación de punto gatillo supraescapular, que puede (sí/no) gatillar dolor a la cabeza, al hombro o al brazo hasta el codo o, incluso, dedos.
- Dolor de hombro con aparición de punto gatillo en la zona anterior y/o posterior del hombro que al presionarlo puede gatillar dolores al brazo, codo e, incluso, dedos.
- Dolor en las zonas intercostales con presencia de punto gatillo en la zona intercostal axilar alta (área de la axila, al abducir el brazo en 90 por ciento).
- Dolor con instalaciones de zonas gatillos en la musculatura subescapular bilateral (duele la musculatura que se localiza bajo la escápula, palpable al hacer que el paciente flexione el brazo hacia su espalda).
- Dolor de la musculatura dorsal baja (en la palpación superficial se encuentra un verdadero cordón de consistencia fibrosa).
- Sensación de palpitaciones asociadas a "opresión del pecho".

- Respiración suspirosa (la persona tiene la necesidad imperiosa de inhalar aire y a pesar de hacerlo siente “que le falta aire”).
- Trastornos vasomotores (tipo bochornos, rubicundez súbita en la cara).
- Trastornos digestivos diversos (hiperacidez matinal, epigastralgia).
- Vejiga neurogénica. Especialmente en las mujeres se suele instalar una vejiga irritable caracterizada porque la enferma siente la urgencia de orinar cuando se ve sometida a cualquier situación de tensión psíquica.
- En las mujeres, en estadios mucho más tempranos que en el hombre, se produce un severo compromiso de la libido con apetencia sexual muy baja o nula, lo que agrava su cuadro. Por una parte la paciente cree que tiene trastornos hormonales y, por otro lado, piensa que su esposo o pareja, al no tener relaciones sexuales con la frecuencia normal o el hecho de que ella rehuya a los rituales sexuales, dejará de quererla o buscará un amante. Estas sospechas terminan deteriorando seriamente la relación de pareja.

Los síntomas neurológicos más frecuentes son:

- Trastornos severos del sueño como insomnio de conciliación, de despertar precoz o sencillamente un sueño no reparador (sueño muy superficial).
- Cuadro de irritabilidad/depresión severa en el que se observa un umbral de tolerancia muy baja a los estímulos del medio ambiente habitual tanto laboral como familiar, lo que acarrea serios problemas de relación con el empleador, sus empleados y su familia. Es obvio que estos trastornos agravan las molestias del paciente al sentirse en un ambiente muy hostil (es típico que a las personas con fibromialgia se les catalogue como “insoportables” e “intolerables”).
- De los trastornos severos del curso del pensamiento los más llamativos consisten en que el paciente requiere un esfuerzo

mucho mayor para llevar a cabo las tareas que involucran su intelecto (torpeza mental o intelectual). Además, hay alteraciones de la memoria reciente (se vuelve olvidadizo) y se asocia una dificultad manifiesta para la concentración y la atención. Estos síntomas preocupan a cualquier persona sana y afectan más aún a estos pacientes.

- Todos los pacientes presentan algún grado de trastornos del equilibrio, es característico que al ir caminando por la calle noten de forma sutil una sensación de que “el cuerpo se le va para un lado y para el otro”, a lo cual se asocia una sensación vertiginosa frente a un cambio brusco de la posición del cuerpo, por ejemplo, al estar acostado y pararse abruptamente o al estar parado y agacharse a recoger algo e incorporarse bruscamente, durante breves segundos tiene una sensación vertiginosa que no llega a comprometer la estabilidad de pie (bi pedestada).

Conclusiones

Desde mi punto de vista, la manera de vertir mis observaciones y experiencias de varios años respecto al síndrome de fibromialgia primaria no sigue el método de un trabajo médico clásico, pero tras muchos intercambios de opiniones, considero que la forma en que los plasmé en este artículo tendrá un mayor impacto en las personas que sufren de este mal.

Humildemente me permitiré discrepar con algunos autores cuando señalan que para diagnosticar este cuadro se deben sumar signos mayores y signos menores; en mi apreciación muy personal, es mejor para los enfermos tener una actitud observadora sobre la etapa de evolución cronológica en que se está examinando a un enfermo

Esta enfermedad afecta a un grupo creciente y significativo de personas, resulta muy invali- ➔

dante y es motivo de grandes erogaciones tanto en estudios como en fármacos para su tratamiento. De igual forma, provoca ausentismo laboral a causa de largos periodos de reposo y licencias médicas. A pesar de los estragos que produce la fibromialgia, los profesionales y autoridades sanitarias no la han enfrentado con una infraestructura adecuada; no es posible aceptar que ante un grupo de pacientes que presentan dolores crónicos invalidantes se adopte una sorda soberbia académica o se sobrepongan mezquinos intereses económicos.

También es mi deber ser crítico con el quehacer de muchos colegas, pues la mayoría de los enfermos que traté en los últimos años habían consultado a varios médicos sin haber sido examinados, ni siquiera los habían tocado, faltando con ello a una parte fundamental de la profesión médica. La semiología en este país (Chile) se enseña en el tercer año de la carrera de medicina, es por tanto imperdonable, por los motivos que fuere (ya sea porque los servicios estatales les obliguen a atender un número demasiado elevado de pacientes por hora o porque algunos quieran ver más cantidad de enfermos en su consulta privada), que estos pacientes no sean examinados como corresponde cuando relatan una afección o dolor determinado. Muy por el contrario, se procede a solicitarles de inmediato variedad de exámenes, lo cual no sólo va en detrimento de su economía, al encarecer tan livianamente la búsqueda de una solución a su padecimiento, sino que no se les permite aliviar sus proble-

mas dolorosos con la prontitud que se merecen y que los tienen a tan mal traer.

Si bien es muy respetable lo que se aprende en las aulas universitarias, textos y congresos, no es menos valioso lo que nos van presentando los pacientes en el transcurso de nuestra actividad clínica día a día y que da lugar a la “experiencia clínica” (que únicamente se obtiene mediante la observación clínica, crítica, preocupada y responsable cotidiana). Ésta nos obliga a tener una actitud de entrega, respeto y comprensión hacia el enfermo, a estar atentos a lo que él nos enseña con sus dolores y molestias. Por ello, antes de terminar este texto es conveniente recordar las sabias palabras de nuestros antiguos profesores que con su enseñanza y actitud dieron prestigio a las escuelas de medicina: “El buen clínico se inicia en los textos y aulas, pero va aprendiendo a ser buen médico en el día a día con los enfermos de carne y hueso, y si es preocupado y buen observador, con el transcurso de los años aprenderá que más de alguna cosa relevante para la curación de los enfermos no está en lo enseñado ni en los libros”. **DOLOR**

Lecturas Sugeridas

1. Fibromyalgia & Chronic Myofascial Pain Syndrome: A Survival Manual Copeland, Mary E. Starlanyl, Devin J. Paperback, 2000.
2. Fibromyalgia & Myofascial Pain Syndrome. Starlanyl, Devin J. Trade Paperback, 2000.
3. Fibromyalgia Supporter Pellegrino Mark J. Trade Paperback, 1999.

Estimado Médico: Cualquier duda, comentario o sugerencia sobre esta publicación, háganosla llegar al correo electrónico:

cenactd@salud.gob.mx