

Fibromialgia

RICARDO GUTIÉRREZ POLO

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE NAVARRA. SNS-0

JAVIER GORRICO MENDIVIL

SERVICIO DE PRESTACIONES FARMACÉUTICAS. SNS-0

La fibromialgia es un síndrome multisintomático caracterizado por dolor crónico musculoesquelético difuso, cansancio y trastornos del descanso nocturno, y con frecuencia síntomas emocionales de ansiedad y depresión, entre otros, que afecta principalmente a mujeres en edad adulta. Se desconoce su etiopatogenia, y no se objetivan lesiones estructurales que puedan confirmar su diagnóstico, que es, por tanto, clínico y subjetivo.

En ausencia de un tratamiento curativo, los objetivos del mismo se centran en abordar los diferentes aspectos y síntomas que conforman el síndrome, no exento de controversia, y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

La base del tratamiento es la educación e información de los pacientes, la realización de ejercicio físico adecuado a cada uno y la terapia psicológica, junto con el empleo de fármacos dirigidos a aliviar la sintomatología más prevalente.

No existe ningún fármaco actualmente aprobado para esta indicación por las Agencias del Medicamento, ni europea ni americana. Se deben emplear de forma individualizada aquellos de efectividad probada en el tratamiento de los síntomas, como la amitriptilina a dosis bajas, los analgésicos y los relajantes musculares, durante períodos cortos de tiempo. Las medicinas alternativas o complementarias no han demostrado de forma concluyente su eficacia.

Introducción

La fibromialgia designa un síndrome de dolor musculoesquelético difuso y crónico, acompañado en la mayoría de los casos de cansancio y trastornos del sueño, con un aumento de la sensibilidad dolorosa a la palpación en determinadas regiones anatómicas de tronco y miembros superiores e inferiores¹.

El síndrome de fibromialgia es el trastorno más frecuente entre los pacientes con dolor musculoesquelético difuso sin lesión estructural orgánica demostrada, que puede afectar al 2-3 % de la población española, lo que supone más de un millón de personas mayores de 18 años, siendo el 90% de los casos mujeres, la mayoría entre 30 y 55 años^{2,3,4,5}. Es además un motivo frecuente de consulta, tanto en Atención Primaria como en especialidades dedicadas al aparato locomotor, como la Reumatología^{6,7}.

El término de *fibromialgia* fue adoptado finalmente en 1990 por el Colegio Americano de Reumatología en un intento de definir este proceso y con el fin de progresar en su conocimiento, estableciéndose unos criterios de clasificación¹, que hoy están en discusión, al sustentarse sobre bases subjetivas. Por esa razón, y por la controvertida y polémica repercusión que han tenido en la práctica clínica diaria, se están intentando elaborar nuevos criterios de clasificación y diagnóstico.

Diagnóstico y clínica

Los criterios diagnósticos establecidos fueron: dolor musculoesquelético difuso, definido como axial, por encima y por debajo de la cintura y bilateral, de al menos tres meses de duración en combinación con sensibilidad dolorosa (no simple molestia) a la palpación en al menos 11 de los 18 puntos sensibles definidos (ver figura 1). No se enunciaron criterios de exclusión y se desestimó la distinción entre fibromialgia primaria y secundaria¹. Son insuficientemente específicos y sensibles, y no deben emplearse de forma estricta para el diagnóstico de un individuo en concreto.

El síntoma principal del síndrome fibromiálgico es el dolor musculoesquelético difuso y crónico, aunque variable en intensidad, influido, entre otros, por los cambios climáticos, la actividad física, el estrés psicológico o la falta de sueño, y en general referido como moderado o severo, al menos por parte de los enfermos que solicitan atención médica^{8,9,10}. Suelen presentar, además, diversos síntomas asociados, fundamentalmente cansancio y fatigabilidad fácil para las tareas de la vida diaria, en general también variable a temporadas.

También son característicos los trastornos del sueño, como sueño nocturno superficial, despertándose los pacientes frecuentemente durante la noche, atribuyéndolo a los dolores, y sensación de sueño no reparador. Algunos refieren clínica sugestiva de mioclonías nocturnas, síndrome de piernas inquietas o de apnea obstructiva del sueño. También es común la sensación de tumefacción, la mayoría en manos o en áreas periarticulares, sobre todo matinal. De forma similar, parestesias, sin un territorio definido, salvo cuando asocian un síndrome de túnel carpiano, y sensación de rigidez matinal o tras reposo prolongado. Son frecuentes, también, la cefalea, en general de perfil tensional, a veces migrañosa o mixta, la sensación de sequedad de las mucosas y, de forma destacable, los síntomas emocionales, de carácter depresivo, ansioso o ambos. Se ha descrito asociada a otros síndromes orgánicos de carácter inespecífico o funcional, tales como el síndrome uretral femenino, el síndrome de colon irritable, el fenómeno de Raynaud, la disfunción articular temporomandibular, y otra sintomatología vaga, como dolores torácicos y abdominales inespecíficos, mareos, dificultad de concentración, alteraciones de la memoria reciente y palpitaciones⁸.

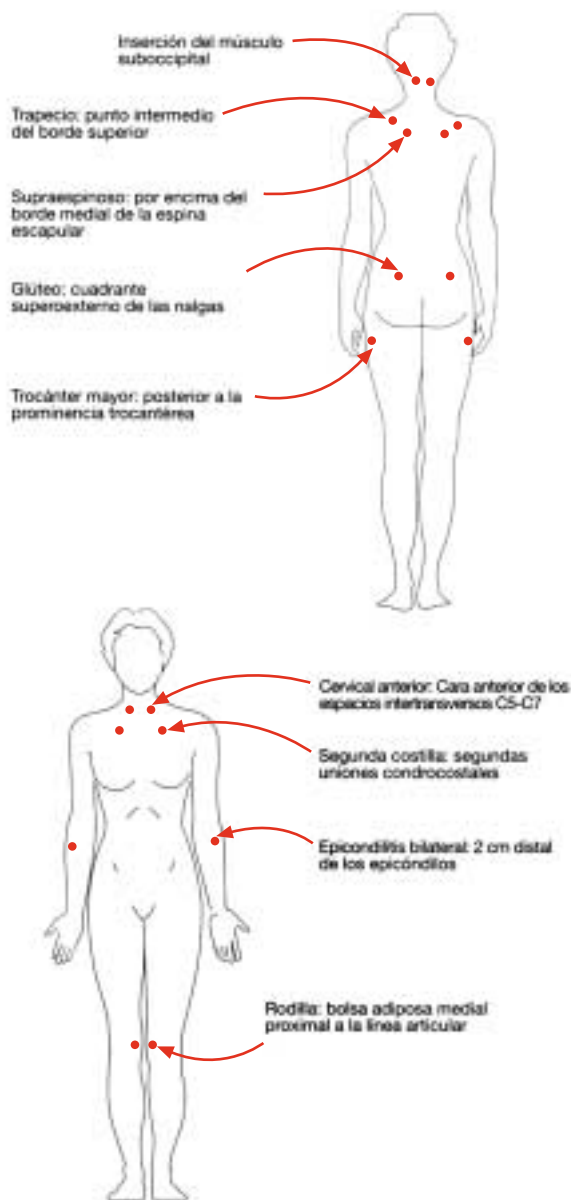
En la exploración física no se objetivan alteraciones estructurales, de la movilidad articular, de la fuerza muscular ni, por supuesto, artritis. Destaca únicamente la presencia de sensibilidad dolorosa a la palpación en los denominados puntos hipersensibles, de forma simétrica. La palpación de estos debe hacerse aplicando una presión equivalente a la necesaria para blanquear el lecho ungueal del dedo examinador.

Si importante puede ser identificar en un determinado paciente el síndrome fibromiálgico en sí, más aún lo es, en la práctica asistencial, descartar la presencia de enfermedades que puedan estar bien en el origen de esa sintomatología o bien, con frecuencia, coexistir con ella¹¹. La presencia de un síndrome clínico característico y una exploración física compatible, junto con la ausencia de alteraciones en las pruebas complementarias, valorando su solicitud de manera individualizada, son la base del diagnóstico de fibromialgia, evidentemente clínico.

No obstante, en la actualidad, se reconoce una heterogeneidad entre los pacientes diagnosticados de fibromialgia. Existe un grupo, probablemente el menos numeroso, pero con gran reper-

Es conveniente que los pacientes se mantengan activos. La concesión de incapacidad laboral puede ser contraproducente.

Figura 1. Puntos sensibles definidos.



cusión en el sistema sanitario, que está compuesto por pacientes con gran componente emocional, o con incluso trastornos de personalidad, pacientes con problemas médico-legales y pacientes realmente de muy difícil abordaje. Además, se incluirían los individuos simuladores y rentistas, y aquellos con trastornos psiquiátricos o simplemente somatizadores. Todo este grupo es el que, probablemente, distorsione la verdadera consideración de este proceso⁸.

Diagnóstico diferencial

Hay que descartar, en pacientes con sintomatología sugestiva de fibromialgia, patología articular o de partes blandas, funcional o de carácter mecánico, muy común también en la población general,

Tabla 1. Decálogo contra la fibromialgia de la Sociedad Española de Reumatología

1	Aprender a convivir con su dolor
2	Control de sus emociones
3	Control de su estrés
4	Evitar la fatiga
5	Hacer ejercicio
6	Relacionarse con los demás
7	Proteger su salud
8	Usar con precaución los medicamentos
9	Usar con precaución las medicinas alternativas
10	Ser constante

además de enfermedades como el lupus eritematoso sistémico, el síndrome de Sjögren, incluso la artritis reumatoide o las espondiloartropatías seronegativas; más raro, vasculitis sistémicas o miopatías inflamatorias o metabólicas.

En pacientes más jóvenes o niños, el síndrome de laxitud articular, y en los más mayores, la polimialgia reumática y, en algún caso, la artrosis poliarticular, además de la patología tumoral. La supresión rápida del tratamiento con corticoides, terapia muy frecuente en muchos de los procesos mencionados, puede desencadenar síntomas similares a los del síndrome fibromiálgico.

Otros procesos a considerar son la osteomalacia, el hipotiroidismo, el hiperparatiroidismo y el síndrome de Cushing. Entre la patología neurológica, destacan las radiculopatías, neuropatías periféricas, síndromes de atrapamiento, sobre todo el síndrome de túnel carpiano, la esclerosis múltiple y la miastenia gravis. Finalmente, considerar procesos psiquiátricos, fundamentalmente trastornos afectivos o trastornos por somatización o somatoformes⁸.

Una prueba discriminadora en la mayoría de estos procesos, que los diferencia de la fibromialgia, es la respuesta favorable al tratamiento de base de los mismos.

Etiopatogenia

Aunque no se han reconocido alteraciones estructurales primarias a las que atribuir una etiopatogenia definida, sí se han evidenciado diversas altera-

No hay ningún fármaco que tenga aprobada la indicación de tratamiento de la fibromialgia.

ciones neurofisiológicas, endocrinológicas o inmunomoduladoras, además de anomalías psicológicas, y todo apunta a que el origen, si se puede decir así, se encuentra en una alteración de la percepción y modulación del dolor¹².

Se han descrito algunos casos de trastornos de ansiedad, abusos sexuales y traumas infantiles como factores predisponentes, y traumas físicos y psíquicos bruscos, ciertas infecciones y, sobre todo, el estrés, físico y/o psicológico, como factores desencadenantes¹³.

Recomendaciones para su abordaje desde Atención Primaria y Especializada

En general, se considera fundamental el papel del médico de Atención Primaria (MAP) en todos los casos de fibromialgia. Este debería ser capaz de clasificar y evaluar a los pacientes con sintomatología sugestiva de fibromialgia, siendo recomendable no realizar el diagnóstico de manera indiscriminada¹⁴. Debería también aportarles información suficiente y adecuada sobre el síndrome, además de asesorar sobre medidas para mejorar su salud y la calidad de vida. Una guía útil para estos enfermos puede ser la elaborada por la Sociedad Española de Reumatología, que se resume en el siguiente decálogo contra la fibromialgia¹⁵ (tabla 1).

El MAP debería, además, iniciar la prescripción de los diferentes tratamientos sintomáticos de efectividad probada, según la necesidad o protagonismo de los síntomas en cada enfermo, y realizar el seguimiento de los mismos. Se consideran indicaciones de derivación al reumatólogo: cuando existen dudas en el diagnóstico de casos seleccionados, cuando se sospecha la presencia de un proceso reumático sistémico o cuando los pacientes se muestren refractarios a los tratamientos más habituales.

Los casos más complicados se podrían beneficiar del abordaje por parte de un equipo multidisciplinario¹⁶, que incluyese además del MAP y reumatólogo, entre otros, especialistas en salud mental y en salud laboral, rehabilitadores, fisioterapeutas y especialistas en el tratamiento del dolor, de forma similar a otros casos de dolor crónico.

Es controvertida la concesión de incapacidades, pudiendo ser, incluso, contraproducente¹⁷. Por tanto, el objetivo es que el paciente sea capaz, y

sobre todo que así lo sienta o perciba, de poder incorporarse a una vida normal, tanto personal como laboralmente.

Pronóstico y objetivos

Potencialmente, pueden llegar a sufrir un gran impacto en todas las esferas del individuo, disrupción familiar, pérdida económica e, incluso, estigmatización en el ámbito laboral y social. No obstante, la evolución observada en la mayoría de los casos es de una estabilización de su situación. Se ha descrito un peor pronóstico en los pacientes atendidos en el hospital o consultas especializadas, probablemente porque sean los casos más complejos y rebeldes¹⁸. Se observa una evolución más favorable en pacientes con un mayor nivel educativo, en aquellos con recursos económicos y en los que no presentan trastornos psicopatológicos. El trabajo externo remunerado también mejora el pronóstico, no beneficiando la situación de paro laboral.

Los objetivos del tratamiento, por tanto, son el control del dolor, la corrección de los trastornos del sueño, de los síntomas emocionales y la mejora de la calidad de vida, basados fundamentalmente en la educación/información, la terapia farmacológica, la práctica adecuada de ejercicio físico y la intervención psicológica, en la medida en que sean necesarios.

Tratamiento

No existe actualmente ningún tratamiento que cure la enfermedad o que presente unos resultados globales de mejoría de los pacientes, pero sí que mejoran algunos aspectos concretos de la FM. Según recomiendan las últimas revisiones sistemáticas y guías clínicas se deben basar en^{13,19,20,21}:

- Empezar el tratamiento por una confirmación del diagnóstico de la FM y explicar en qué consiste la enfermedad y qué no es. La educación del paciente es crítica para conseguir un correcto manejo de la FM.
- Usar estrategias múltiples en las cuáles se deben combinar el tratamiento farmacológico y el no farmacológico.

Tratamiento no farmacológico

Educación

Hay diversos ensayos en los que se ha evaluado la eficacia de diversas medidas educativas, como trabajo en grupos pequeños, material impreso, clases y demostraciones prácticas²². Se trató generalmente de ensayos no ciegos con una duración de 6 a 17 sesiones, en las que se vio una me-

No hay un tratamiento curativo. El ejercicio físico y la terapia conductual pueden ser beneficiosos.

oría en algunas de las variables medidas tales como rigidez, fatiga, ansiedad o capacidad funcional. Por el contrario, el papel de los grupos de apoyo no está claro en esta patología²³.

Ejercicio aeróbico

Una reciente revisión de la Fundación Cochrane²⁴ concluye que el ejercicio ayuda a disminuir los síntomas de la fibromialgia y que debe considerarse como un tratamiento útil, esperándose mejoras a corto plazo en el rendimiento aeróbico, en los puntos hipersensibles y en el bienestar global. En la revisión encontraron 7 ensayos controlados de calidad suficiente en los que se evaluaba la eficacia del ejercicio (4 de entrenamiento aeróbico, 1 de resistencia, 1 combinando distintos tipos de ejercicio y 2 en los que se combinaba con otras intervenciones). De los cuatro ensayos de entrenamiento aeróbico (baile, bicicleta estática, caminatas o ejercicios aeróbicos de todo el cuerpo) se realizó un metanálisis que demostró una mejoría del 17,1% en el rendimiento aeróbico frente a un 0,5% de aumento en el grupo control, en el umbral de presión de los puntos hipersensibles y en el bienestar global.

Hay datos contradictorios con respecto a la mejora del dolor, de la fatiga o del sueño, y no se debe esperar una mejora en la función psicológica. Las mejoras se mantuvieron en los tres ensayos en los que se realizó un seguimiento a largo plazo en el grupo de pacientes que siguieron con el tratamiento.

Hay que considerar siempre las dificultades que puede haber para el cumplimiento de los ejercicios y se debe estimular al paciente para que desarrolle estrategias para mejorar dicho cumplimiento. Para ello se recomienda empezar suavemente e incrementar gradualmente la intensidad del ejercicio, evitando las exacerbaciones del dolor. Se debe advertir que los estiramientos no deben causar dolor, sino que deben parar en el punto de ligera resistencia.

Psicoterapia cognitivo conductual

En un metanálisis²⁵ y en la revisión sistemática²⁶ se encuentra que es eficaz en la disminución del dolor y la fatiga, mejorando la capacidad funcional y el estado anímico. Hay algunos pequeños ensayos en los que se observa que podría ser eficaz en el tratamiento de las alteraciones del sueño²⁷. En general, se trata de estudios muy heterogéneos y con ciertos problemas metodológicos por los grupos control.

Tratamiento multidisciplinar

Hay dos revisiones sistemáticas que han evaluado la eficacia de los tratamientos en los que se combina educación, terapias cognitivas y ejercicio, con datos contradictorios. En la de la Fundación Cochrane²⁸ se concluye que no hay evidencias suficientes para recomendarlos mientras que en el metanálisis²⁵ y en la revisión²⁶ se afirma que son

Fármacos recomendados por la Sociedad Española de Reumatología

Analgésicos		
Paracetamol	1 g	6-8 h.
Tramadol	50 mg	8 h.
Parac+Tramadol	350/12.5	6-8 h.
Inductores del sueño/relajantes		
Ciclobenzaprina	10-30 mg	noche (ttos. cortos)
Zolpidem	10 mg	noche (menos de 4 sem.)
Parac+Tramadol	350/12.5	noche (menos de 4 sem.)
Antidepresivos		
Amitriptilina	25-50 mg	noche
Fluoxetina	20-40 mg	mañana
Ansiolíticos		
Alprazolam	1 mg	12-24 h. (menos de 8 sem.)
Fluoxetina	variable	variable (menos de 8 sem.)

más eficaces que los tratamientos individuales. En general, se trata de ensayos muy heterogéneos con un número reducido de pacientes y con un seguimiento muy breve que dificulta la obtención de conclusiones.

En nuestro país existe un ensayo preliminar²⁹, con tan sólo 21 pacientes, en el que se encuentra que mejora la calidad de vida y la adaptación psicológica de los pacientes. Aunque, debido a su corta duración (6 meses) y al reducido número de pacientes, hace que se necesiten estudios más amplios para poder evaluar la validez de estos tratamientos en nuestra organización.

Otros tratamientos

Se han probado muy diversos tratamientos desde la manipulación espinal, el masaje, los ultrasonidos y corrientes interferenciales, hasta la hidroterapia, pero no hay evidencia de su uso en ningún ensayo de calidad con un número suficiente de pacientes. La acupuntura parecía que podría ser eficaz en la disminución del dolor, según una revisión de 7 ensayos³⁰, pero en un reciente ensayo de buena calidad, no fue mejor que la acupuntura simulada en el alivio del dolor³¹.

Tratamiento farmacológico

Ninguna especialidad farmacéutica tiene la indicación de tratamiento de la fibromialgia. Aunque hay un gran número de principios activos que han sido ensayados, muy pocos han mostrado que produzcan efectos beneficiosos claros. La mayor parte de los estudios presentaron numerosas limitaciones, como son el escaso número de pacientes estudiados, la corta duración de la intervención y el deficiente registro de los efectos adversos³².

Antidepresivos tricíclicos (AT)

Son los fármacos con una mayor evidencia clínica. Existen dos metanálisis^{33,34}. En uno de ellos se eva-

luaron 13 ensayos (8 de antidepresivos tricíclicos, 3 de inhibidores de la recaptación de serotonina y dos muy pequeños de S-adenosimetionina). En el otro, 9 ensayos de alta calidad de antidepresivos tricíclicos, [(amitriptilina 25-50 mg/día (4 ensayos), dotiepinga 75 mg (1), clomipramina 75 mg/día y maprotilina 75 mg/día (1)) y ciclobenzaprina (3) frente a placebo, presentando un efecto global moderado. El efecto más importante se observó en la mejora de la calidad de sueño y los menores en la disminución de la rigidez y del dolor. No hay datos que avalen la eficacia de estos tratamientos a largo o medio plazo. En el único ensayo a 26 semanas³⁵, no hubo diferencias con respecto al placebo.

Los efectos adversos anticolinérgicos, como la retención urinaria, la sequedad de boca y las dificultades de concentración, junto a la cardiotoxicidad hacen que se deba limitar su uso en ancianos.

Se recomienda empezar con dosis muy bajas (ej amitriptilina de 10 mg, 1 hora antes de acostarse), e ir subiendo la dosis cada dos semanas. La dosis final y la duración del tratamiento se deberán basar en la eficacia del tratamiento y en los efectos adversos, manteniéndola lo más baja posible²².

La ciclobenzaprina, aunque no pertenece al grupo de antidepresivos tricíclicos, presenta propiedades farmacológicas similares a algunos de los fármacos de este grupo. Existe un metanálisis³⁶ en el que se evaluó su eficacia, administrado a dosis de 10 a 40 mg/día. Presento unos resultados muy similares a lo obtenidos por los antidepresivos tricíclicos, mejorando de manera moderada principalmente el sueño, pero los efectos no se mantenían en el tiempo. Los efectos se mantenían a las 8 semanas pero disminuían notablemente a las 12 semanas.

Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina

La fluoxetina tiene tres ensayos de calidad, encontrándose en dos ensayos que eran superiores a placebo y en el otro no había diferencias. En el ensayo que no hubo diferencias con respecto al placebo se utilizó una dosis fija de 20 mg/día³⁷. Por el contrario, en el ensayo³⁸ en el que se utilizó una dosis flexible de 10 a 80 mg/día durante 12

semanas en 30 pacientes, se encontró una mejoría significativa de la funcionalidad, del dolor, de la fatiga y de la depresión, con unas tasas de abandono en torno al 40%.

Hay dos ensayos con citalopram. En uno de ellos, a dosis de 20 ó 40 mg/día administradas a 22 pacientes, no demostró ser mejor que el placebo a 8 semanas. En el segundo, con 40 pacientes, sí había diferencias con citalopram 20 mg/día a los 2 meses, pero no a los 4.

En conjunto, parece que hay una moderada evidencia de la eficacia en determinados síntomas, especialmente de tipo depresivo, pero los efectos sobre el dolor, el sueño y la fatiga son menos robustos que los obtenidos por los antidepresivos tricíclicos.

Se ha postulado que la asociación de un antidepresivo tricíclico y un ISRS podría ser más eficaz que cualquiera de ellos por separado³⁹. Aunque hubo unos beneficios ligeramente mayores en el grupo tratado con la asociación, también hubo más abandonos por los efectos adversos. Por ello, no está claro los beneficios que suponen el uso de asociaciones de ATC y otros antidepresivos.

Otros antidepresivos

La venlafaxina, a pesar de que tras la publicación de un ensayo abierto parecía que pudiera ser eficaz, los resultados no fueron refutados por un ensayo doble ciego, en el que no fue mejor que el placebo⁴⁰.

La duloxetina a dosis de 60 mg/12 horas, se ha evaluado en un ensayo⁴¹ multicéntrico con 207 pacientes, doble ciego, frente a placebo, de doce semanas de duración. Se vio una mejora de la puntuación total, de 6 puntos, en una escala específica de la fibromialgia de 0 a 80 puntos, pero no se conoce cual es la trascendencia clínica de esta disminución. En la otra variable principal no se observó una mejoría significativa del dolor en la subescala específica del dolor. En este ensayo el 44% de los pacientes tratados con duloxetina abandonaron el tratamiento y el 36% en el grupo placebo. No existen publicados ensayos frente a AT clásicos.

Analgésicos

El tramadol (en dos ensayos) y el tramadol asociado a paracetamol (en uno) ha demostrado que consiguen mejorar el dolor más que el placebo. Estos ensayos cuentan con un escaso número de pacientes y con sesgos de realización, lo que cuestiona su validez externa. La tasas de abandonos fueron del 50%, aun tratándose de ensayos a 6 o 12 semanas. Los pacientes podían recibir medicación concomitante (ISRS, zolpidem y flurazepam), habían llevado pocos tratamientos previos y se excluyó a los pacientes en tratamiento, en los tres meses previos, con antidepresivos tricíclicos o analgésicos (incluidos el paracetamol)²².

Los fármacos no han demostrado ser eficaces y/o seguros a más de 2 meses. Hay que reevaluar su necesidad periódicamente.

No existe ninguna evidencia de la eficacia de los opioides mayores, por lo que sólo se deberían emplear después de haber agotado todas las demás opciones terapéuticas, tanto farmacológicas como no²⁶.

Antinflamatorios no esteroideos (AINE)

No se han asociado a ninguna mejoría en ninguna de las medidas de resultados evaluadas.

Ansiofíticos e hipnóticos.

Hay algunos estudios en los que se sugiere que los análogos de las benzodiazepinas (zopiclona y zolpidem) podrían ser eficaces en la mejora del sueño y tal vez de la fatiga, aunque no se vio mejoría en el dolor.

En los pacientes con síntomas claros de ansiedad, podrían beneficiarse de las benzodiazepinas, como alprazolam, preferentemente en combinación con psicoterapia¹³.

Hay que tener en cuenta que las benzodiazepinas o las sustancias análogas (zolpidem o zopiclona) deben tener una duración máxima, en caso de tratamiento del insomnio, de cuatro semanas y, en el tratamiento de la ansiedad, de 8 a 12 semanas incluyendo el periodo de retirada de los mismos⁴².

Otros: pregabalina

Tan sólo existe un ensayo con pregabalina en pacientes con fibromialgia⁴³, en el cuál se comparó durante 8 semanas la administración del fármaco a dosis de 150, 300 y 450 mg/día frente a placebo. Se incluyeron 529 pacientes diagnosticados de FM y con un dolor de, al menos, 40 mm en una escala analógica visual con un máximo de 100 mm. La variable principal fue la disminución del dolor, observándose una disminución de 0,93 ($p < 0,005$), en una escala del 0 al 10, con la dosis de 450 mg/día y no hubo diferencias con las dosis de 150 y de 300 mg/día. La diferencia en la disminución del dolor frente al placebo fue menguando a lo largo del ensayo, siendo no significativa a las 8 semanas.

Es importante racionalizar al máximo el uso de fármacos, en especial si presentan efectos centrales, ya que los síntomas como el cansancio, inestabilidad, mareos, dificultad de concentración y trastornos de memoria pueden exacerbarse con estos fármacos. Es común que se atienda a pacientes polimedicados sin que el propio paciente ni el profesional que los trata puedan discernir su utilidad y sí la extrema dificultad que entraña retirarlos¹³. Por lo que se debe revisar periódicamente las medicaciones que está tomando el paciente incluidos los fármacos OTC, plantas medicinales y los "productos milagros".

Conclusiones

La fibromialgia actualmente supone un problema de salud, por la importante demanda médica y consumo de recursos sanitarios que genera y por la repercusión social y laboral que padecen muchos de los enfermos.

La ausencia de un tratamiento curativo y la respuesta insuficiente en un grupo destacable de pacientes hace que resulte un trastorno muy insatisfactorio para profesionales y enfermos, que se añade a la controversia que ha generado su concepto mismo y su diagnóstico.

En todos los casos es fundamental la educación sanitaria y la información oportuna sobre su trastorno y posibilidades terapéuticas.

Actualmente ningún fármaco tiene la indicación de tratamiento de la fibromialgia.

Los ensayos clínicos realizados presentan numerosas deficiencias: bajo número de pacientes, altas tasas de abandonos, periodos de seguimiento muy cortos. Lo que hace que sea muy difícil sacar conclusiones.

Los pacientes etiquetados como fibromiálgicos se podrían beneficiar, según estos ensayos, del ejercicio físico, de la terapia conductual y de algunos tratamientos farmacológicos. Sin embargo, con estos últimos no existe evidencia de la seguridad o de la eficacia a más de 2 meses, por lo que se debe reevaluar la necesidad de mantener el tratamiento.

Los fármacos con mayor evidencia de la mejora del dolor y/o sueño son los antidepresivos tricíclicos, los relajantes musculares y los analgésicos.

No existe evidencias en este tipo de pacientes de la utilidad de las benzodiazepinas en tratamientos a largo plazo, ni de los antiinflamatorios no esteroideos.

Es importante individualizar el tratamiento en función de las características y sintomatología más prevalente de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-172.
2. Valverde M. Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER (resumen). *Rev Esp Reumatol* 2000; 27:157.
3. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19-28.
4. White KP, Speehcley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999; 26: 1570-1576.
5. Goldenberg DL. Fibromyalgia síndrome: a decade later: what have we learned? *Arch Intern Med* 1999; 8: 777-785.
6. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennet RN, Caso XJ, Goldenberg DL, et al. A prospective longitudinal multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997; 40 (9): 1560-1570.
7. Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Primary fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 1981; 11: 151-171.
8. Alonso Valdivielso JL, Álvarez Lario B, Alegre López J. Fibromialgia. *Semin Fund Esp Reumatol*, 2000; 1: 199-211.
9. Mulero Mendoza J, Andreu Sánchez JL: Síndrome fibromiálgico. En: *Tratado de Reumatología*. Ed. Arán, Madrid 1998; 1809-1820.
10. Goldenberg DL. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults. 2005UpToDate. Version 13.3. August 2005. <http://www.uptodate.com>.
11. Goldenberg DL. Differential diagnosis of fibromyalgia. 2005UpToDate. Version 13.3. August 2005. <http://www.uptodate.com>.
12. Goldenberg DL. Pathogenesis of fibromyalgia. 2005UpToDate. Version 13.3. August 2005. <http://www.uptodate.com>.
13. Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et col. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin* 2006;2 Supl 1: S55-66.
14. Mulero Mendoza J. Fibromialgia, fibromitas y fibronautas. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25: 43-45.
15. Decálogo de la SER contra la fibromialgia. *Los Reumatismos* 2005; 12: 19-21.
16. Gelman SM, Lera S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio pilo-

- to prospectivo controlado. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29: 323-329.
17. Wolfe F. The fibromyalgia problem. *J Rheumatol* 1997; 24: 1247-1249.
 18. McFarlane GH, Thomas E, Papageorgion AC, Schollum J, Croft PR, Silman AJ. The natural history of chronic pain in the community: a better prognosis than in the clinic. *J Rheumatol* 1996;23:1617-1620.
 19. Buckhardt CS, Goldenberg D, Crofford L, Gerwin R, Gowens S, Jackson K et al. Guideline for the management of fibromyalgia syndrome pain in adults and children. *American pain society*; 2005. 109 p.
 20. Mease P. Fybromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcomes measures and treatment. *J Rheumatol* 2005;32 (Suppl 75):6-21.
 21. Quisel A, Gill J, Walters D. Exercise and antidepressants improve fibromyalgia. *J Fam Pract* 2004;53:280-91.
 22. Goldenberg DL. Treatment of fibromyalgia in adults. 2005 Up to Date. Versión 13.3. August 2005. <http://www.uptodate.com>
 23. Friedberg F, Leung DW and Quick J. Do support groups help people with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia? A comparison of active and inactive members. *J Rheumatol* 2005; 32: 2416-20.
 24. Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. In *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 25. Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med* 1999;21:180-91.
 26. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia Syndrome. *JAMA* 2004; 292:2388-95.
 27. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Krystal AD and Rice JR. Behavioral Insomnia Therapy for fibromyalgia patients. A randomized clinical trial. 2005;165:2527-35.
 28. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tuldeer M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H and Koes B. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *The Cochrane Library*, Issue 3, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd
 29. Gelman SM, Lera S, Caballero F y López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumatol* 2002;29:323-9.
 30. Berman BM, Ezzo J, Hardhazy V, Sweyers JP. Is acupuncture effective in the treatment of fibromyalgia? *J Fam Pract* 1999;48:213-8.
 31. Assefi NP, Sherman KJ, Jacobsen C, Goldberg J, Smith W and Buchwald D. A randomized clinical trial of acupuncture compared with sham acupuncture in fibromyalgia. *Ann Intern Med* 2005;143:10-9.
 32. Alegre de Miguel C, Alejandra-Pereda C, Betina-Nishishinya M y Rivera J. Revisión sistemática de las intervenciones farmacológicas en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)* 2005;125:784-7.
 33. O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kronenke K, Jackson JL. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2000;15:659-66.
 34. Arnold LM, Keck PE and Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics* 2000;41:104-13.
 35. Cerrate S, Bell MJ, Reynolds WJ et al. Comparison of amitriptyline, cyclobenzaprine and placebo in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind clinical trial. *Arthritis Rheum* 1994;37:32-40.
 36. Tofferi JK, Jackson JL and O'Malley PG. Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2004;51:9-13.
 37. Wolfe F, Cathey MA, Hawley DJ. A double-blind placebo controlled trial of fluoxetine in fibromyalgia. *Scand J Rheumatol* 1994;23:255-9.
 38. Arnold LM, Hess EV, Hudson JI, Welge JA, Berno SE, Keck PE. A randomized, placebo controlled, double-blind, flexible-dose study of fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia. *Am J Med* 2002;112:191-7.
 39. Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R and Schmid C. A randomized double blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1996;39:1852-59.
 40. Rao SG and Bennett RM. Pharmacological therapies in fibromyalgia. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:611-27.
 41. Arnold LM, Yu L, Crofford J, Wohreich M, Detke MJ, lyengar S et al. A double-blind multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia patients with or without major depressive disorder. *Arthritis Rheum* 2004; 50:2974-84.
 42. Agencia Española del Medicamento. Circular 3/2000 Información a incluir en las fichas técnicas de especialidades farmacéuticas que contengan benzodiazepinas. <http://www.agemed.es/actividad/documentos/circulares/home.htm> (accedido 14/02/06).
 43. Crofford LJ, Rowbotham MC, Maese PJ, Russell IJ, Dworkin RH, Corbin AE et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2005;52:1264-73.



Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

ISSN

1138-1043

DEPÓSITO LEGAL

NA-1263/1997

INFORMACIÓN Y SUSCRIPCIONES

Servicio Navarro de Salud / Osasunbidea
Plaza de la Paz, s/n
31002 Pamplona
T 848429047
F 848429010
www.cfnavarra.es/salud/publicaciones

COMITÉ DE REDACCIÓN

Presidenta

Isabel Martín Montaner

Vocales

Cristina Agudo Pascual
M^a José Ariz Arnedo
Jesús Berjón Reyero
Juan Manuel Casas Fernández de Tejerina
Idoia Gaminde Inda
Maite Hermoso de Mendoza
Rodolfo Montoya Barquet
Lourdes Muruzábal Sitges
Mercedes Noceda Urarte
Tomás Rubio Vela
Cristina Ibarrola Guillén

Coordinador

Juan Erviti López