



Fibromialgia

Evolución de conceptos

Prof Dr Juan Jose Scali

Unidad de Reumatología

Autoinmunidad y Osteología

Hospital Carlos G Durand- Buenos Aires



Conceptos

Síndrome caracterizado por dolor musculoesquelético crónico, el cual tiende a afectar amplias áreas anatómicas, a menudo acompañado de fatiga y trastornos del sueño, atribuido a la ampliación de la percepción del dolor por la sensibilización central.

Síndrome de Fibromialgia

Hiperalgesia



El aumento en la respuesta a un estímulo que normalmente es doloroso

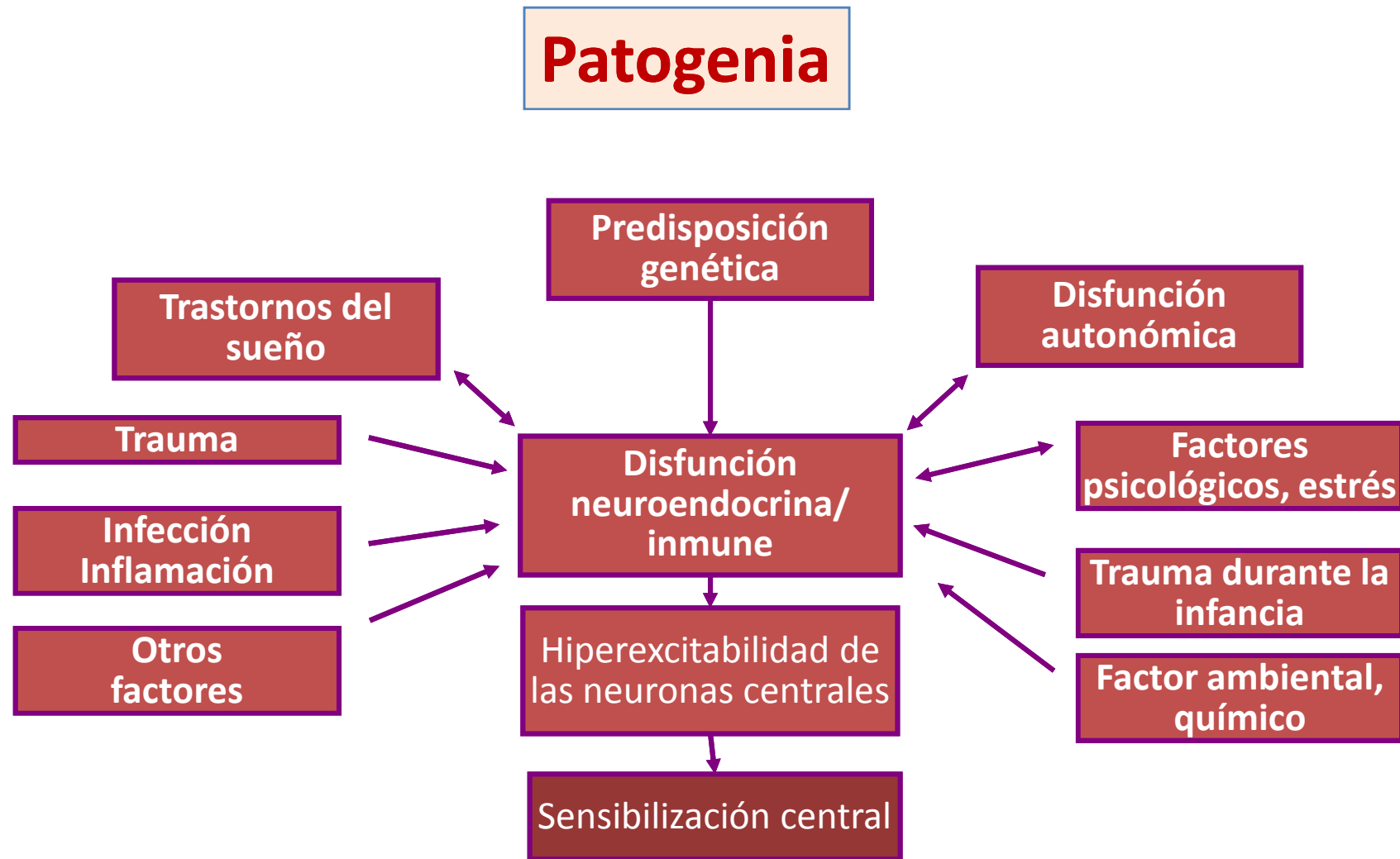
Alodinia



El dolor en respuesta a un estímulo que NO es doloroso, en condiciones normales

Prevalencia

País	Prevalencia (%)	Año	Autores
Estados Unidos	2.0	1995	Wolfe et al
Túnez	8.4	2008	M Overmaj et al
Canadá	3.3	1999	White et al
Pakistán	1.5	1998	Farooqi et al
España	2.4	2001	Carmona et al
Brasil	2.5	2004	Senna et al
Suecia	1.3	2000	Lindell et al
Noruega	10.5	1992	Forseth et al
Finlandia	0.75	1991	Makela et al
Dinamarca	0.7	1993	Prescott et al
Italia	2.2	2005	Salaffi et al
Francia	2.2	2008	Bannwarth et al

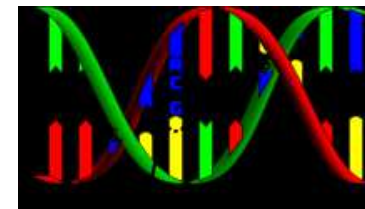


.Yunus MB. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum* 2007;36:339-356.

.Henriksson KG. Fibromyalgia: from syndrome to disease. Overview of pathogenetic mechanisms. *J Rehabil Med.* 2003;(suppl 41):89-94.

.Staud R, Rodriguez ME. Mechanisms of disease: pain in fibromyalgia syndrome. *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2006;2:90-98.

Influencia Genética



Receptores y Transportador de Serotonina 5-HT

Receptores de Serotonina (HTR2A, HTR3A, HTR3B)

Bondy, B. Neurobiol Dis 1999;. 6, 433–439.

Gursoy S, Rheumatol Int 2001;21:58–61.

Frank B, Clin Rheumatol 2004;23:338–44.

Transportador de Serotonina (SLC6A4)

Offenbaecher M, Arthritis Rheum 1999;42:2482–8.

Cohen H Arthritis Rheum 2002;46:845–7.

Gursoy S. Clin Rheumatol 2002;21:194–7.

COMT (catecolamil-O metil transferase)

Resultados positivos

Vargas-Alarcon, et al. (2007). Arthritis Res Ther 9, R110.

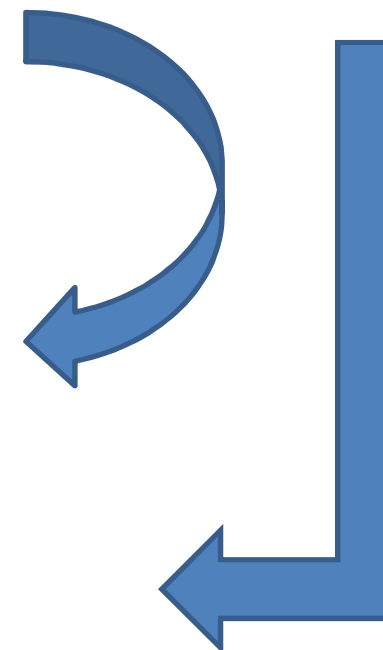
Gursoy, S et al. Rheumatol Int (2003). 23, 104–107.

Cohen H, et al.. Clin Exp Rheumatol. 2009 Sep-Oct;27(5 Suppl 56):S51-6.

Resultados negativos

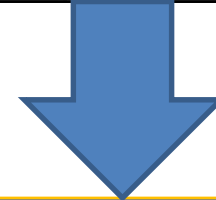
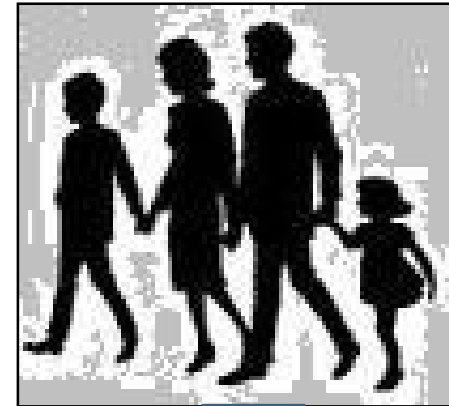
Hagen, K et al.. BMC Musculoskelet Disord 7, 2006; 40.

Tander, B et al.. Rheumatol Int 2008 28, 685–691.



Agregación familiar

- Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, Starck LO, Keck Jr PE. Family study of fibromyalgia. *Arthr Rheum* 2004;50:944-52
- Buskila D, Neumann L. Fibromyalgia syndrome (FM) and nonarticular tenderness in relatives of patients with FM. *J Rheumatol* 1997;24:941-4
- Buskila D, Neumann L, Hazanov I, Carmi R. Familial aggregation in the fibromyalgia syndrome. *Semin Arthr Rheum* 1996;26:605-11
- Pellegrino MJ, Waylonis GW, Sommer A. Familial occurrence of primary fibromyalgia. *Arch Phys Med Rehabil* 1989;70:61-3
- Stormorken H, Brosstad F. Fibromyalgia: family clustering and sensory urgency with early onset indicate **genetic predisposition** and thus a “true” disease. *Scand J Rheumatol* 1992;21:207



*18-26% de
los familiares
de primer
grado tienen
FM*

Tríada

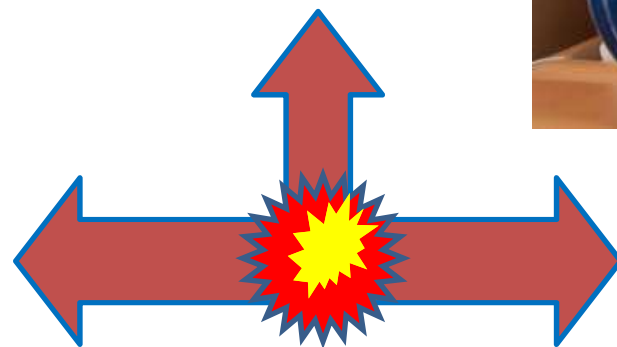
Trastornos del sueño



Rigidez muscular



Cansancio



Disturbios del Sueño



Moldofski H, Scaribrick P, England R et al. **Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects.** Psychosom Med 37: 341-51, 1975.

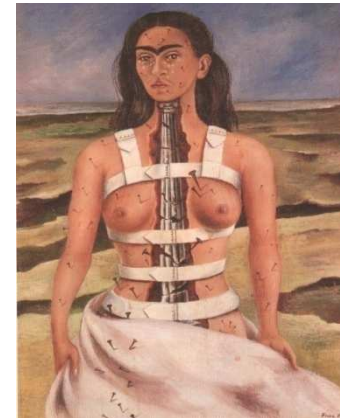
Moldofsky H, Scarisbrick P. **Induction of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective sleep stage deprivation.** Psychosom Med 38 (1): 35-44, 1976.



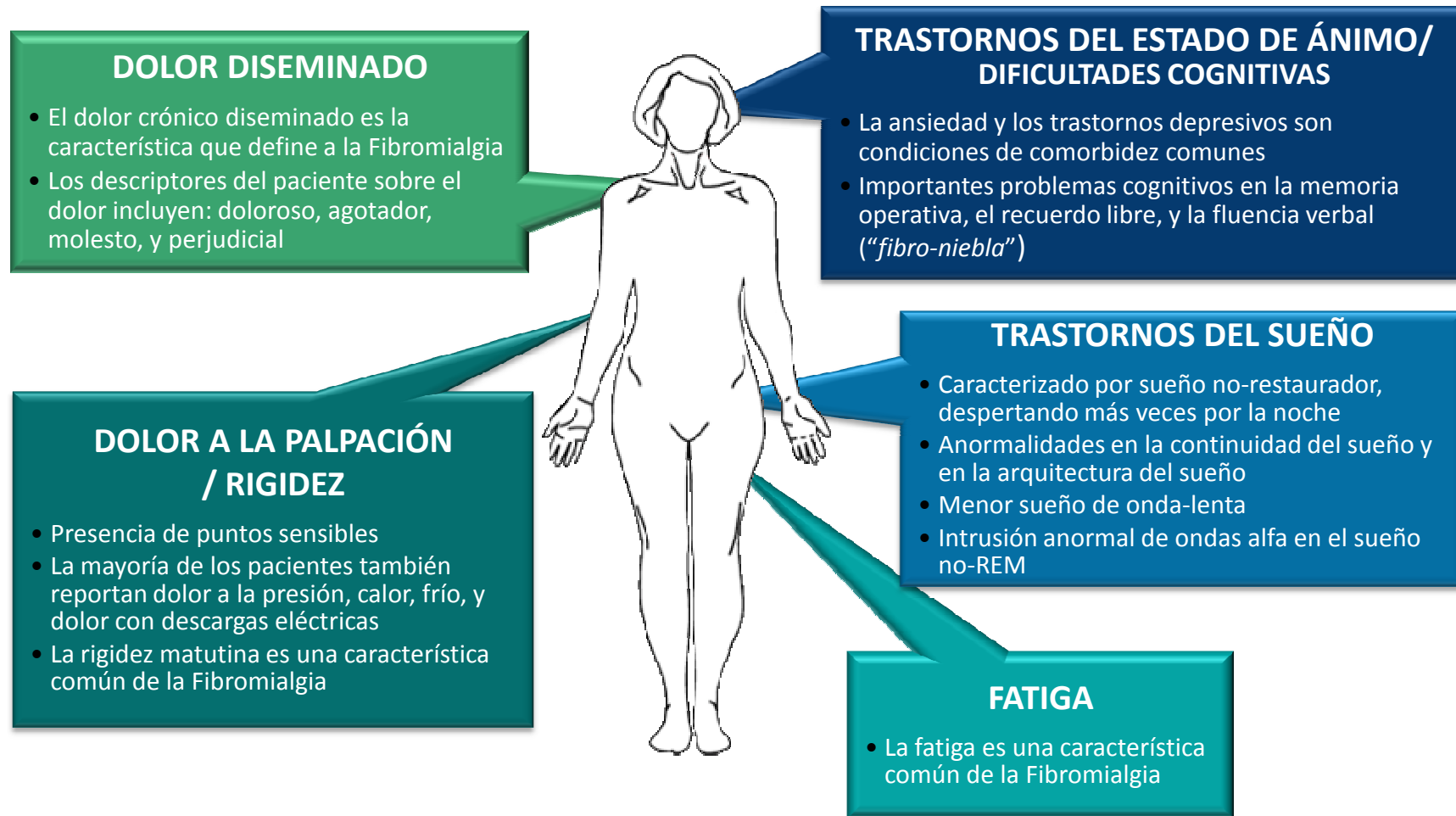
Visión general:

¿Qué es Fibromialgia?

- **La Fibromialgia es uno de los padecimientos de dolor crónico diseminado más comunes**
 - **Los pacientes con Fibromialgia generalmente presentan**
 - **Hiperalgnesia**
 - **Alodinia**
- **Los pacientes con Fibromialgia pueden presentar un amplio rango de síntomas adicionales incluyendo:**
 - **Dolor a la palpación**
 - **Trastornos del sueño**
 - **Fatiga**
 - **Rigidez matutina**
 - **Trastornos cognitivos**
 - **Trastornos del estado de ánimo**



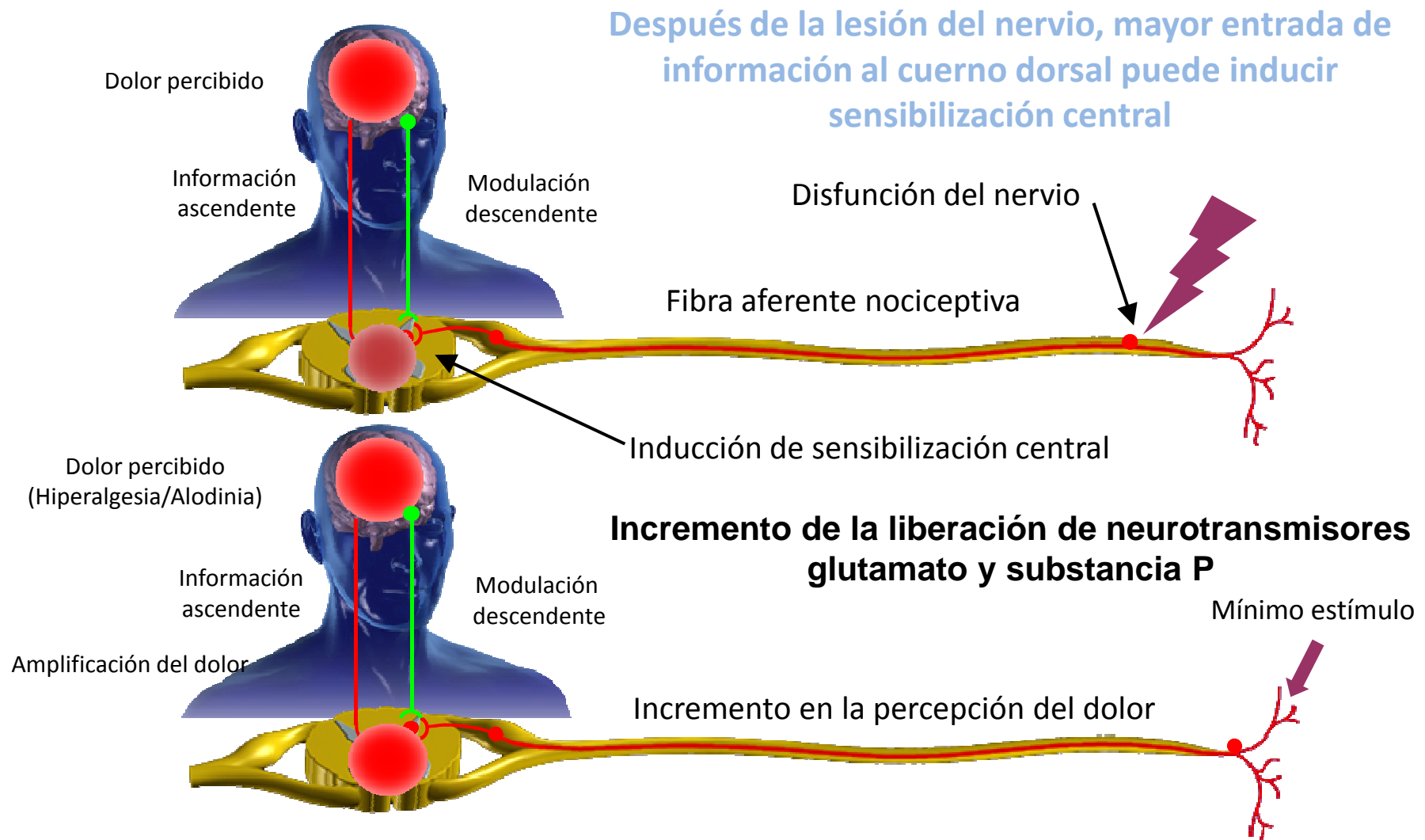
Características clínicas de la Fibromialgia



REM = movimiento rápido del globo ocular.

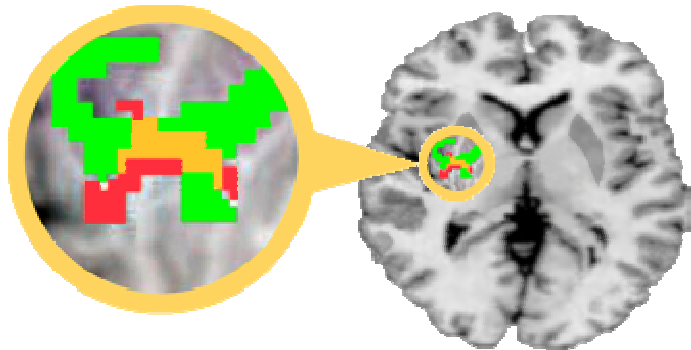
Harding. *Am J Med Sci.* 1998;315:367-376; Leavitt et al. *Arthritis Rheum.* 1986;29:775-781; Roizenblatt et al. *Arthritis Rheum.* 2001;44:222-230; Weir et al. *J Clin Rheumatology.* 2006;12:124-128; Wolfe et al. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-172; Wolfe et al. *Arthritis Rheum.* 1995;38:19-28.

Visión teórica general de la Sensibilización Central



Sensibilización Central en Fibromialgia

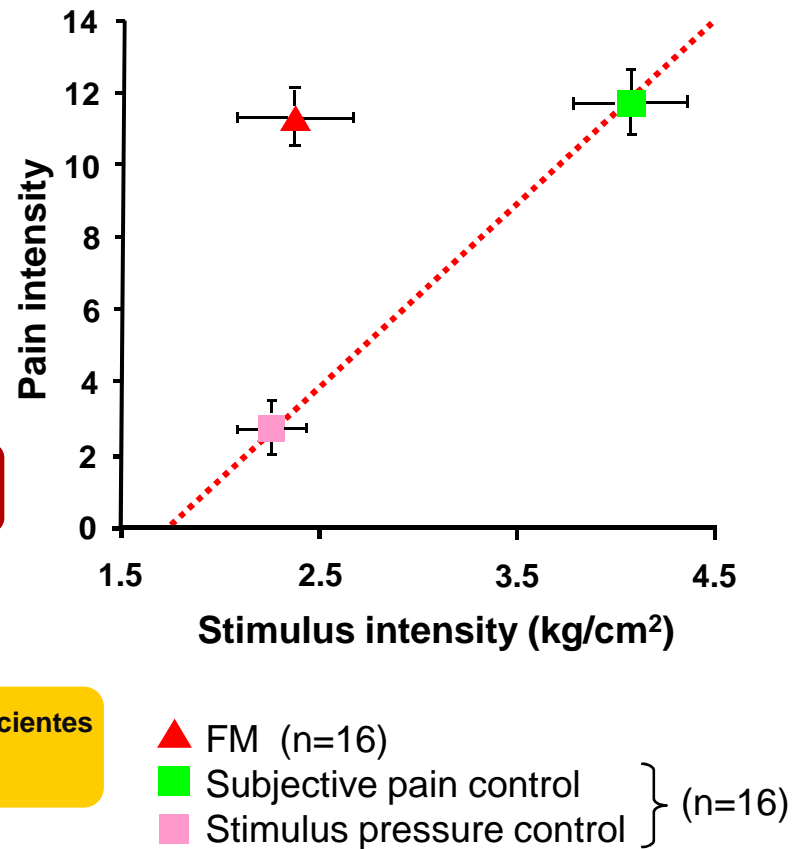
RMNf muestra que el procesamiento del dolor está aumentado en pacientes con FM



Rojo: activación a baja intensidad de estímulo en pacientes con FM

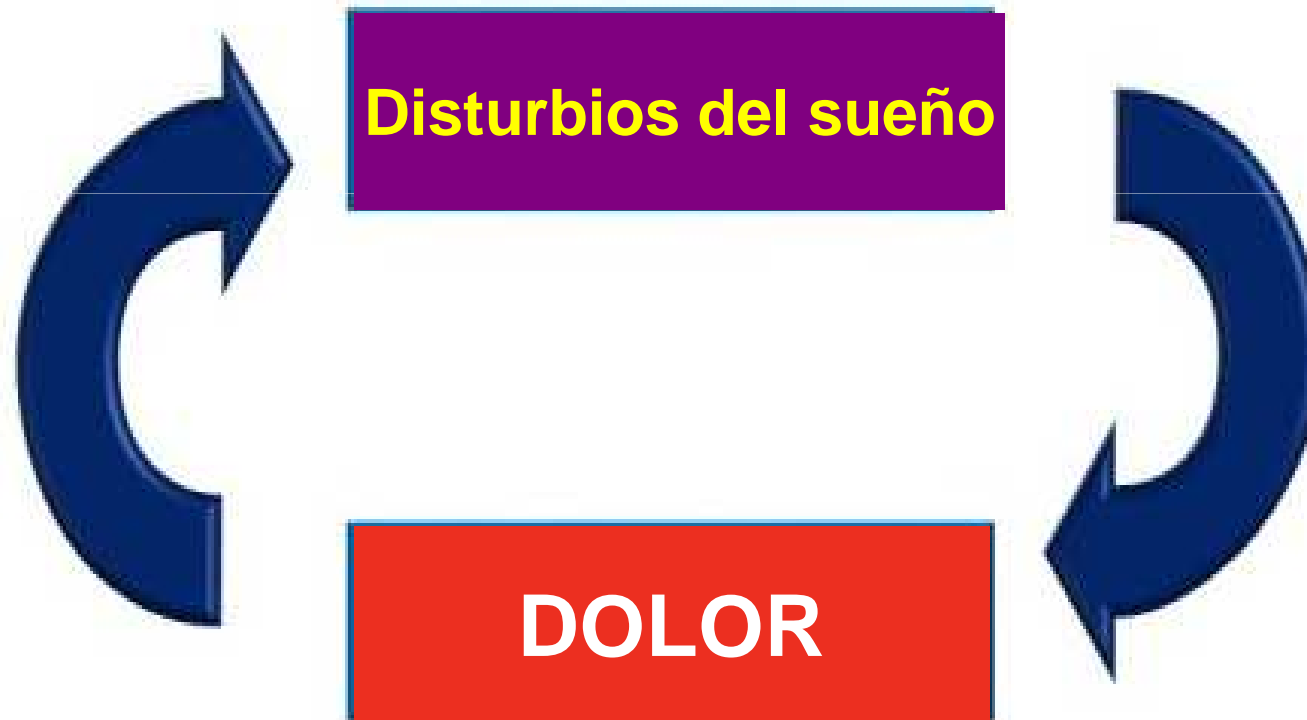
Verde: activación con altos estímulos en controles

Amarillo: superposición (ie, area activada con baja intensidad en pacientes con FM pero solo con grandes estímulos en controles)



Sueño y Dolor: Interrelación bidireccional

7th PAIN &
2nd CNS
LATIN AMERICAN FORUM



Sueño sin o con dolor



Afección física dolorosa crónica (CPPC) incluyó dolor en los miembros, dorsalgia, dolor articular, dolor gastrointestinal y cefaleas.
18,980 personas en UK, Alemania, Italia, Portugal y España; 17.1% con \geq CPPC
Ohayon. *J Psychiatr Res.* 2005;39(2):151-159

A mayor insomnio mayor dolor

Intensidad actual
del dolor

Insoportable

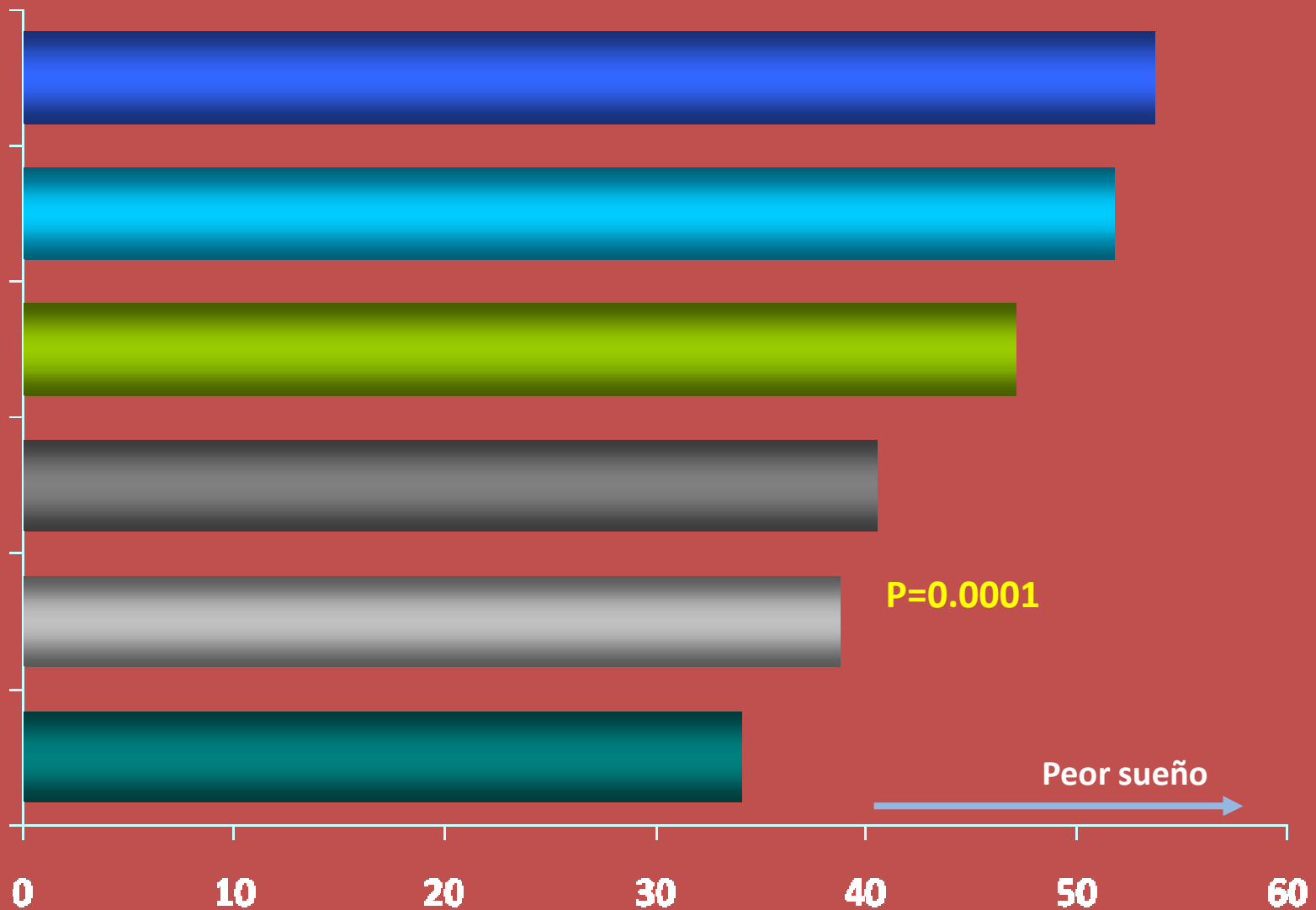
Horrible

Estresante

Incómodo

Leve

Sin dolor

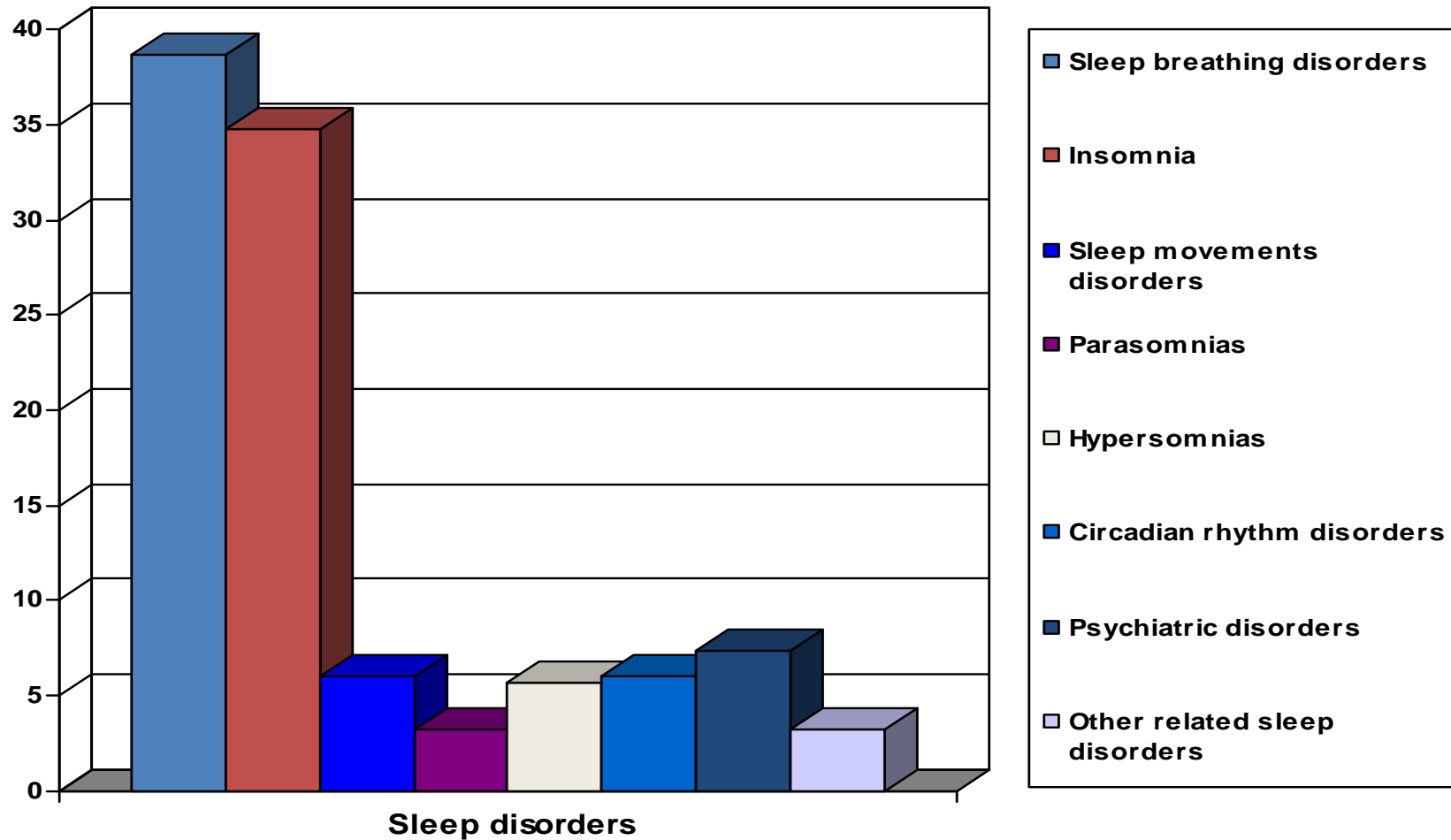


P=0.0001

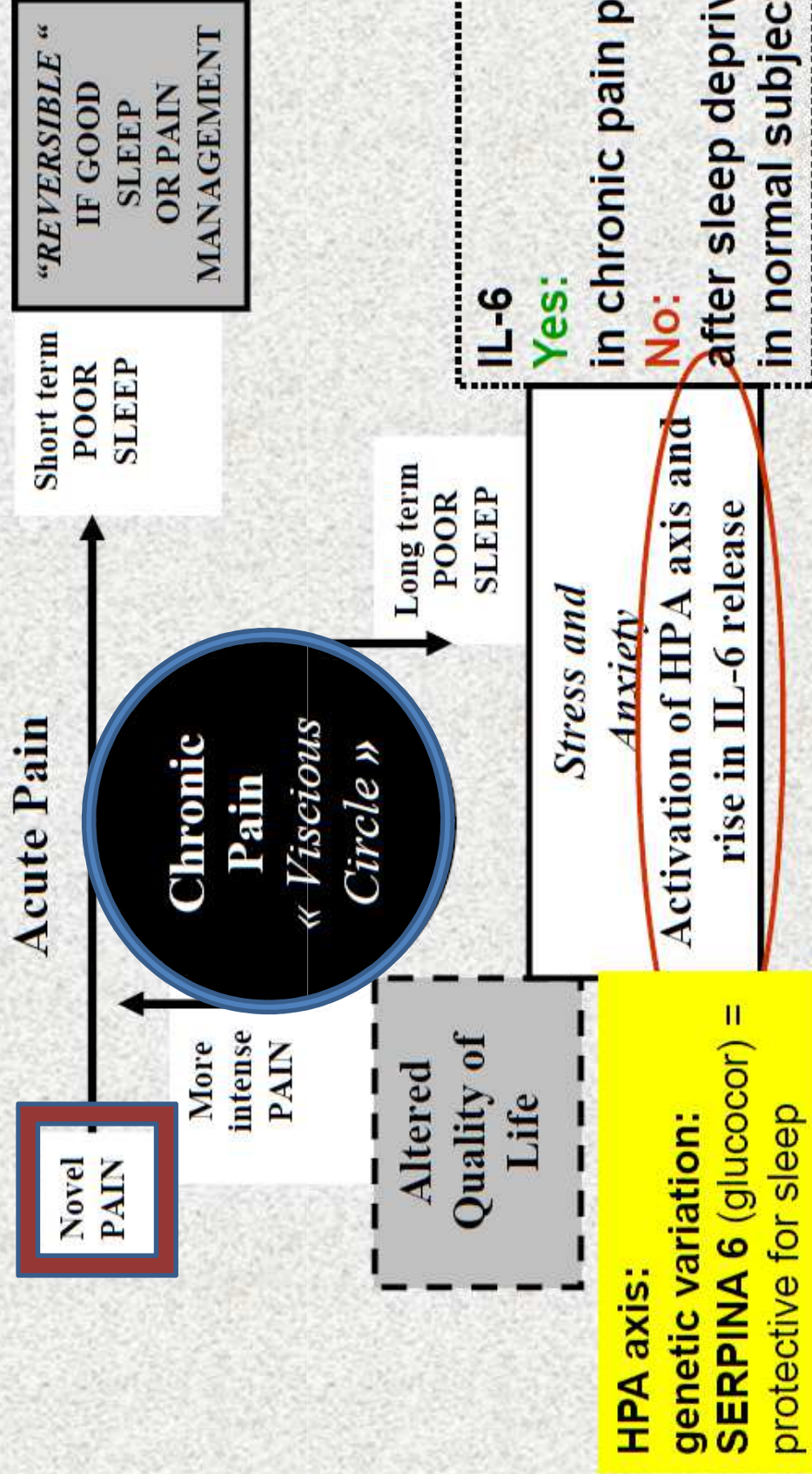
Peor sueño

Calificación media del índice de la Escala de Sueño MOS de 9 puntos

Epidemiologia



Linear and Circular effects of pain on sleep



Lavigne, Principles & Pract Sleep Med, 2005 - Elsevier book
 McBeth, Arthritis & Rheuma 2007; Haack, Sleep 2007; Holliday, Ann Rheuma Disor; Older 1998

Fibromialgia y sueño

80 % de los pacientes con FM presenta trastornos del sueño

Sueño muy fragmentado, no reparador

Insomnio de conciliación

Síndrome de Piernas Inquietas habitual

Ondas alfa y no delta en fase 4 de ondas lentas

Aumento de fase I y II + disminución de fases III y IV

LATENCIA REM AUMENTADA y REM ACORTADO

Articulo original

ORIGINAL ARTICLE

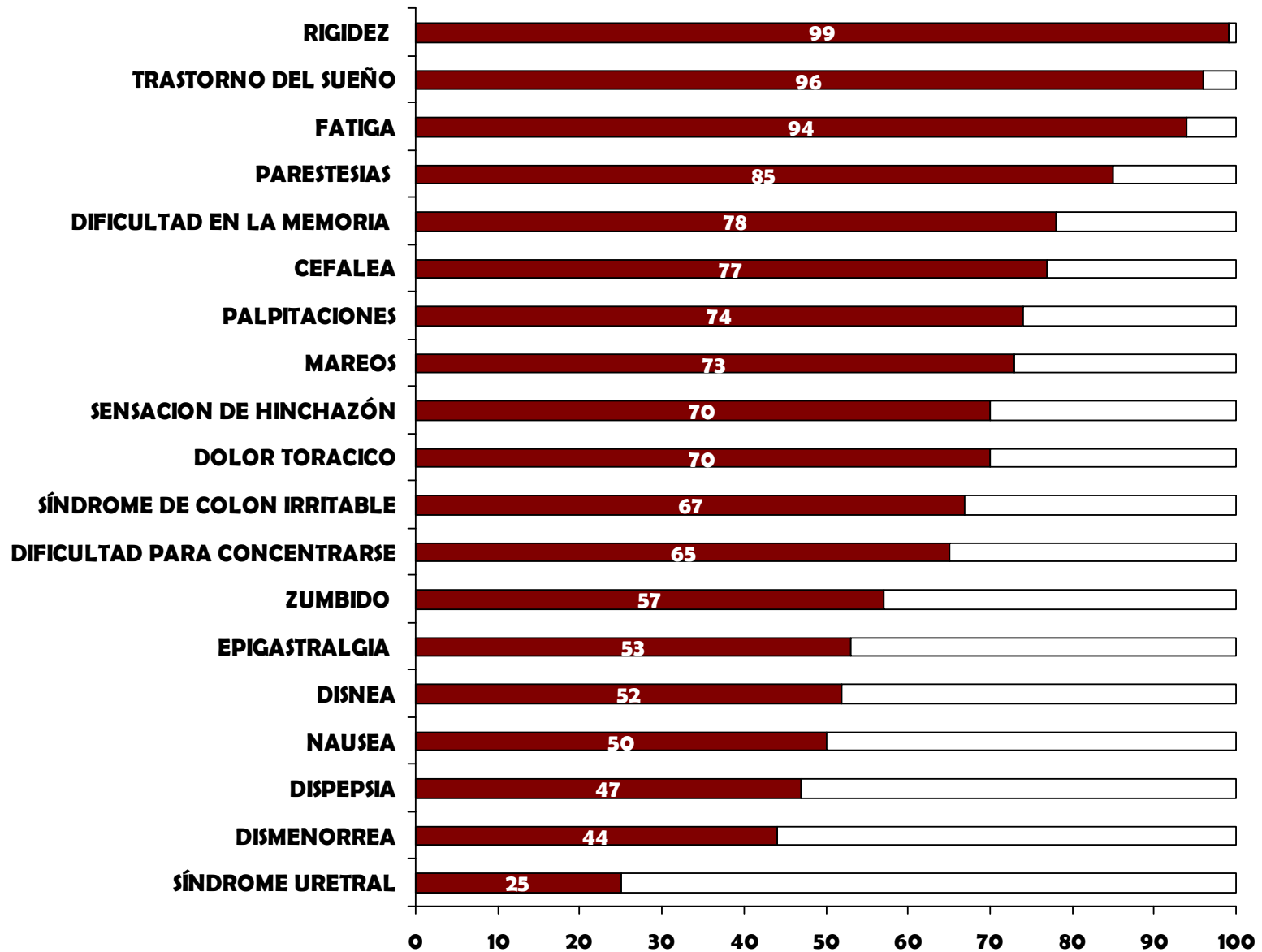


*Fibromyalgia syndrome: clinical characteristics
and associations with other dysfunctional syndromes*

Milton Helfenstein¹ e Daniel Feldman²

Rev Bras Reumatol – Vol. 42 – N^o 1 – Jan/Fev, 2002

Síntomas/Síndromes Asociados



Helpfenstein M, Feldman D. Rev Bras Reum 42: 8-14; 2002



DRUGS OF TODAY

VOLUME 47 SUPPLEMENT 7

FEBRUARY 2011

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA

SÍNTESIS DE LA MEJOR EVIDENCIA

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO DE LA FIBROMIALGIA SÍNTESIS DE LA MEJOR EVIDENCIA

Prevalencia (%)

Signos/síntomas	Prevalencia (%)
Dolor generalizado	100
Fatiga	60-92
Rigidez	78-84
Trastornos del sueño	56-72
Ansiedad	62
Cefaleas	53
Parestesias	52
Sensación de tumefacción de partes blandas	47
Dismenorreas	43
Colon-vejiga irritable	60-40
Depresión	34
Síndrome de piernas inquietas	31
Síndrome de Sjögren/fenómeno de Raynaud	15



THOMSON REUTERS®

HEALTHCARE & SCIENCE

Cefaleas



Ifergane G, Buskila D, Simishvely N, Zeev K, Cohen H: **Prevalence of fibromyalgia syndrome in migraine patients.** Cephalalgia 26(4): 451-6, 2006.

Marcus DA, Bernstein C, Rudy TE: **Fibromyalgia and headache: an epidemiological study supporting migraine as part of the fibromyalgia syndrome.** Clin Rheumatol 24: 595-601, 2005.

Stuginski-Barbosa J, Dach F, Speciali JG. **Relação entre Cefaléia Primária e Fibromialgia: Revisão de Literatura.** Rev Bras Reumatol, 47 (2):114-120, 2007.

Síndrome del Intestino Irritable



Sperber AD, Atzmon Y, Neumann L, et al. Fibromyalgia in the irritable bowel syndrome: studies of **prevalence and clinical implications**. Am J Gastroenterol. 94:3541-3546; 1999.

Dysfunctional syndromes and fibromyalgia: a 2012 critical digest.

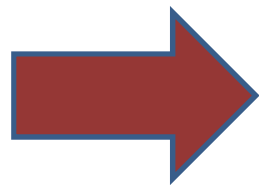
Sarzi-Puttini P, Atzeni F, Di Franco M, Buskila D, Alciati A, Giacomelli C, Rossi A, Bazzichi L. Clin Exp Rheumatol. 30(6 Suppl 74):143-51; 2012.

Articulo original

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of Irritable Bowel Syndrome in Patients with Fibromyalgia

Pacientes con fibromialgia Y síndrome de colon irritable



Patron	n:134(%)
Constipativo	121 (90,2%)
diarreico	5 (3,8%)
Dolor abdominal	3 (2,2%)
Alternante (diarrea/constipac.)	5 (3,8%)

Dismenorrhea



Okifuji A, Turk DC. **Sex hormones and pain** in regularly menstruating women with fibromyalgia syndrome. *The Journal of Pain* 7(11):851-9,2006.

Pamuk ON, Cakir N. The variation in chronic widespread pain and other symptoms in fibromyalgia patients - The **effects of menses and menopause**. *Clinical and Experimental Rheumatology* 23(6):778-82,2005.

Alonso C, et. al. **Menstrual cycle influences** on pain and emotion in women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic research* 57(5):451-8,2004.

Vejiga Irritable (Síndrome Uretral)



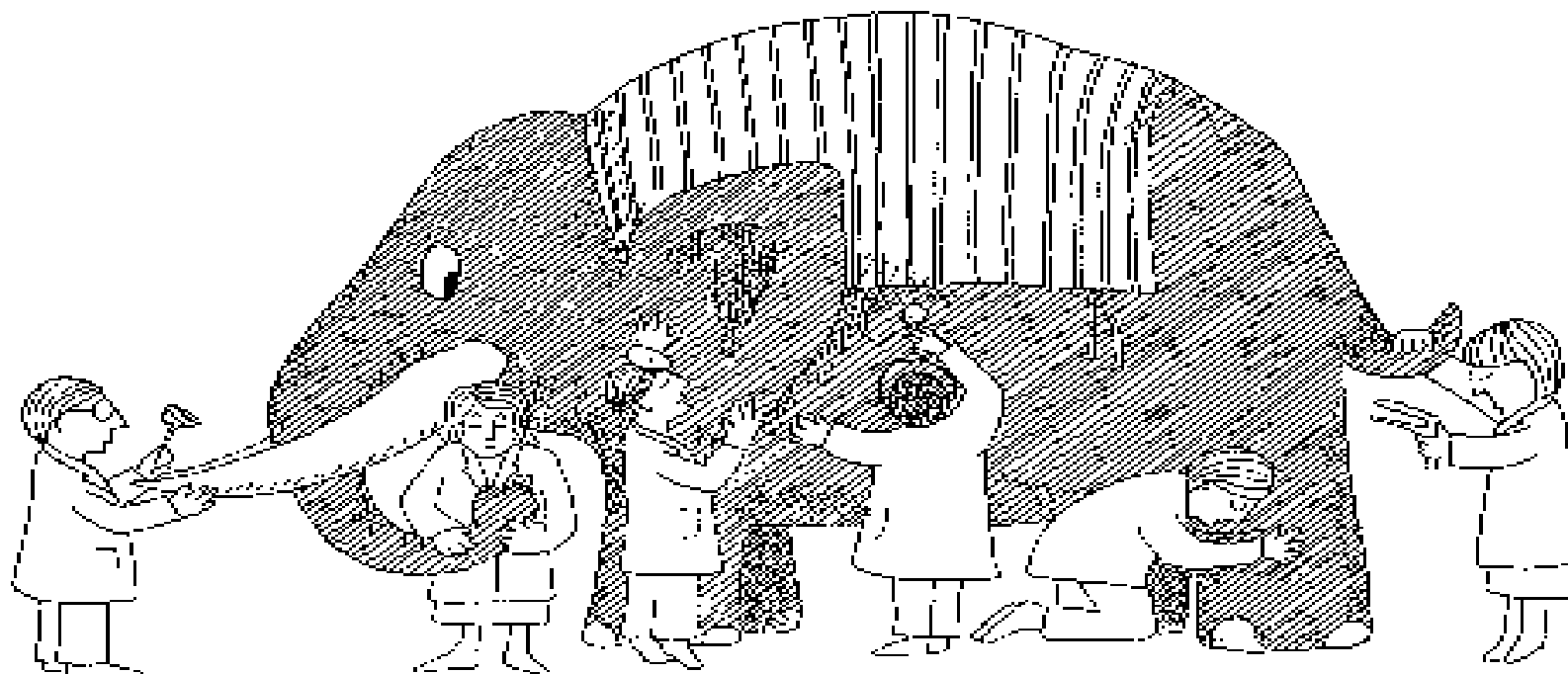
Paiva SO. Fibromyalgia associated with female urethral syndrome. Clin Rheumatol 13:88-9; 1994.

Wallace DJ. Genitourinary manifestations Of fibrositis: an increased association with the female urethral syndrome. J Rheumatol 17:238-9; 1990.

Sarzi-Puttini P, et al. Dysfunctional syndromes and fibromyalgia: a 2012 critical digest. Clin Exp Rheumatol 30(6 Suppl 74):143-51; 2012.



Varios Especialistas



DATA del Banco URAOHD de FM

- **Análisis de 250 mujeres con FM**
 - equipo de dolor y patología muscular de URAOHD
 - 38% tardó más de tres años para consultar a un reumatólogo
 - Número promedio de los síntomas asociados con el dolor musculoesquelético crónico : $7,9 \pm 4,1$ (mín.0 - máx.15)
 - Síntomas más comunes: trastornos del sueño (91%), fatiga (95%), ansiedad (65%), parestesias (80%) y cefalea (66%)
 - 65% visitaron más de 4 médicos antes del diagnóstico definitivo



Fibromialgia en Hombres



A comparison of quality of life, demographic and clinical characteristics of Brazilian men with fibromyalgia syndrome with male patients with depression

**Gilberto Toshimitsu Yoshikawa ·
Roberto Ezequiel Heymann · Milton Helfenstein Jr ·
Daniel Feldman Pollak**

Rheumatology International - Volume 30, Number 4, 473-478, 2010

Fibromialgia en Hombres

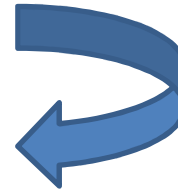
- Buscan el médico generalmente más tarde y, consecuentemente, el diagnóstico es retrasado.
- No hay una diferencia significativa en la presentación clínica de los pacientes de sexo masculino con FM en comparación con pacientes de sexo femenino, especialmente en relación con las quejas básicas de dolor difuso, trastornos del sueño y fatiga.
- Hombres con FM tienen mayor probabilidad de faltar al trabajo, tienen una percepción más negativa de su salud y mayor porcentaje de antecedentes de problemas psiquiátricos en comparación con las mujeres con FM.

Ruiz Pérez I et al. Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia. Rev Clin Esp 2007; 207: 433-9.

Síndrome de Fibromialgia

- El diagnóstico se realiza mediante:

- Reumatólogos 42%
- Médicos de familia 23%
- Internistas 12%



- La fibromialgia es tratada con mayor eficacia si los médicos de atención primaria intervienen a la brevedad !!!
- El diagnóstico a menudo se retrasa entre 5-7 años...

1. Bennet RM et al. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2007;8:27
2. Claw DJ et al *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:605-701
3. Goldenberg DL. *Arch Int Med* 1999;159: 777-85

Síndrome de Fibromialgia

El diagnóstico de FM es eminentemente clínico!



No existe ninguna prueba complementaria específica para realizarlo.



Tabla 1. Hitos históricos

Investigador	Fecha	Aporte
Guillaume de Baillou	1592	Reumatismo muscular
Gowers	1904	Fibrositis
Smythe	1972	Primera descripción moderna con dolor generalizado y múltiples puntos dolorosos en sitios específicos
Moldofsky	1975	Primer electroencefalograma del sueño
Hench	1976	Surge por primera vez el término de FM
Yunus	1981	Se establecen los primeros criterios para definir la FM
Yunus	1989	Síndromes funcionales. Se demuestra que las biopsias de músculo son normales y se focaliza la fisiopatología en el sistema nervioso central
Yunus	2000	Surge el concepto de síndromes de sensibilización central

Síndrome de Fibromialgia

Wolfe et al - 1990

The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: Report of the Multicentre Criteria Committee

Arthritis & Rheumatism 33:160-172; 1990

Criterios ACR 1990

- 1. Dolor difuso (esqueleto axial y periférico) durante al menos 3 meses**
- 2. Dolor en al menos 11 de 18 puntos dolorosos a la palpación digital (o dolorímetro)**



TENDER POINTS

Occipital: inserción de los músculos suboccipitales

Cervical bajo: lado anterior del espacio intertransverso C5-C7

Trapezio: en el punto medio del borde superior

Supraespinoso: sobre la espina escapular, cerca del borde medial

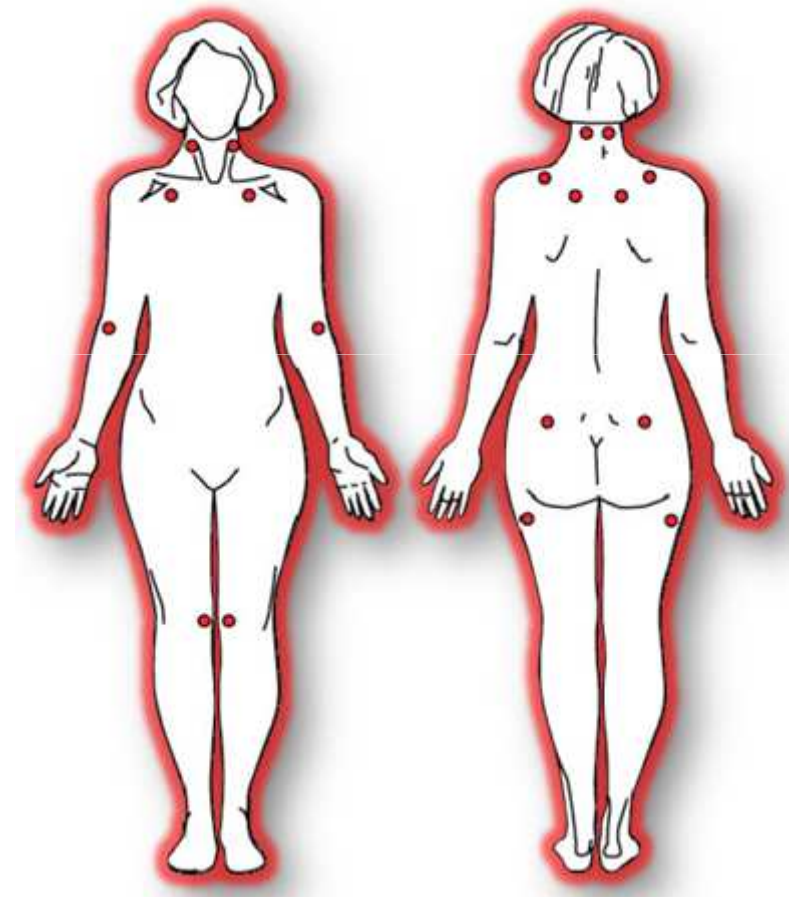
Segunda unión costocondral: justo lateralmente a las uniones de las superficies superiores

Epicóndilo lateral: 2 a 5 cm distal a los epicóndilos

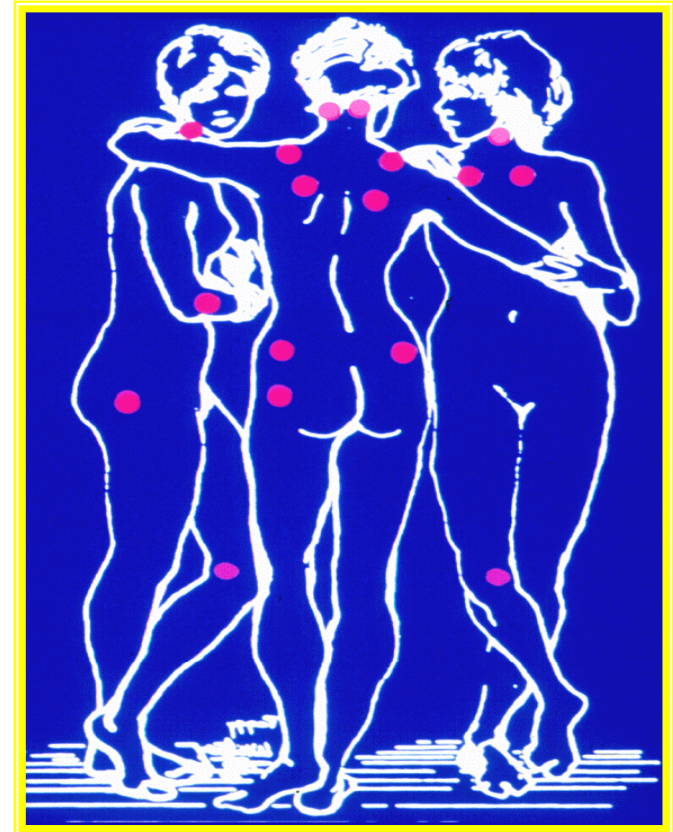
Glúteo: en el cuadrante superior y externo del glúteo, en la parte anterior del músculo

Trocánter mayor: posterior a la prominencia trocantérica

Rodilla: en la porción de la almohadilla grasa medial proximal a la línea articular



Criterios ACR 1990



Sensibilidad 88%

Especificidad 81%

Criterios ACR 1990 - Críticas/Problemas

- • La variabilidad en el número de *tender points*

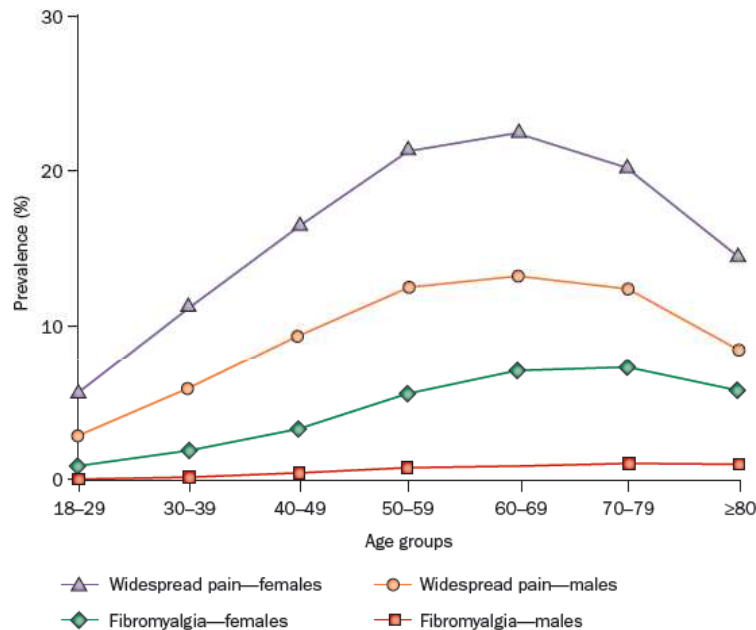
Presencia de *tender points* en otras situaciones
(estrés, depresión, otras enfermedades, etc.)

Aumenta la probabilidad de simuladores

No contemplan otros síntomas, sólo del aparato locomotor

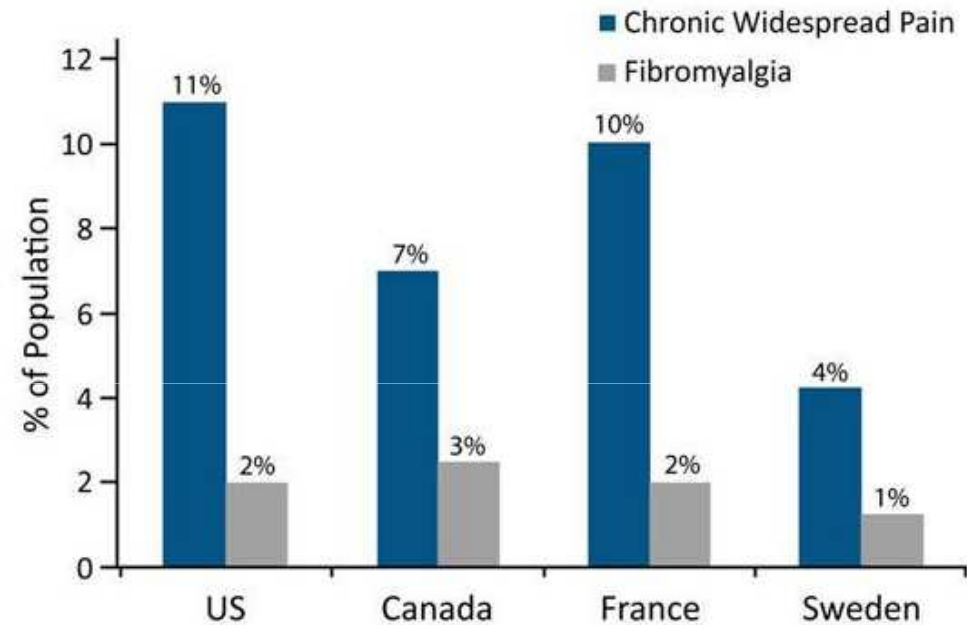
Crucerios ACR 1990 - Críticas/Problemas

Incluye muchas personas con dolor crónico y sin fibromialgia



Las tasas de prevalencia de dolor difuso crónico y de la fibromialgia, por edad y sexo durante toda la vida adulta.

Wolfe et al. *Arthritis Rheum* 1995; 38,19-28.



La prevalencia de dolor generalizado crónico y de la fibromialgia en EE.UU. y países de Europa.

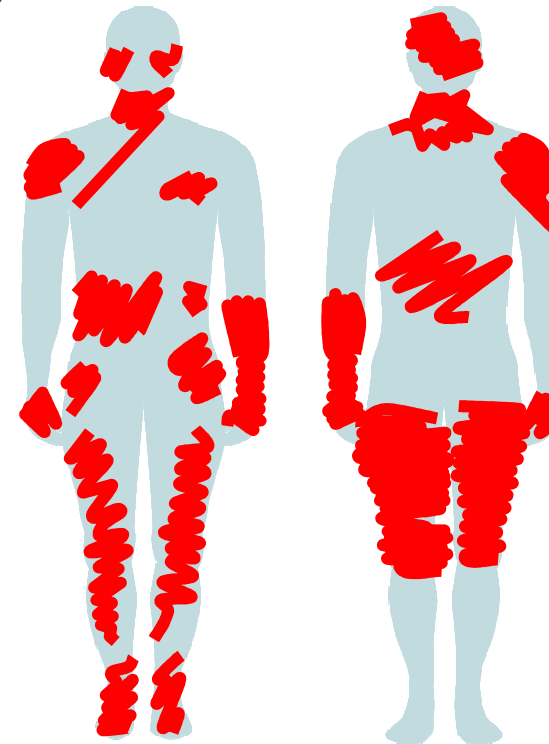
White KP, et al. *J Rheumatol* 1999;26:1570-1576.

Lindell L, et al. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:149-153.

Bannwarth B, et al. *Joint Bone Spine* 2009;76:184-187.

Puntos Sensibles un trastorno de dolor generalizado

- Este es un dibujo sobre dolor—un paciente colorea todas las áreas del cuerpo donde siente dolor
- Mientras los criterios de clasificación CAR se enfocan en 18 puntos, el dolor de la Fibromialgia es diseminado, y los pacientes colorearán más que solo los 18 puntos sensibles usados en el examen de puntos sensibles.



Lado Posterior

Frente

CAR= Colegio Americano de Reumatología.

Adaptado del dibujo de dolor proporcionado por cortesía de L Bateman.

Wolfe et al. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-172.

Nuevos Criterios Preliminares del Colegio Americano de Reumatología para el Diagnóstico Clínico de la Fibromialgia

Parte 1

Índice de Dolor Generalizado

Cuente el número de áreas marcadas



Cintura Escapular Izquierda	Pierna Inferior Izquierda
Cintura Escapular Derecha	Pierna Inferior Derecha
Brazo Superior Izquierdo	Mandíbula Izquierda
Brazo Superior Derecho	Mandíbula Derecha
Brazo Inferior Izquierdo	Pecho (Tórax)
Brazo Inferior Derecho	Abdómen
Nalga Izquierda	Cuello
Nalga Derecha	Espalda Superior
Pierna Superior Izquierda	Espalda Inferior
Pierna Superior Derecha	

Parte 2 (Suma A+ B)

A.- Severidad de Síntomas

Sume el valor de todas las casillas marcadas



1. Fatiga	
	0 = No ha sido un problema
	1 = Leve , ocasional
	2 = Moderada , presente casi siempre
	3 = Grave, persistente, he tenido grandes problemas

2. Sueño no reparador	
	0 = No ha sido un problema
	1 = Leve , intermitente
	2 = Moderada , presente casi siempre
	3 = Grave, persistente, grandes problemas

2. Trastornos Cognitivos	
	0 = No ha sido un problema
	1 = Leve , intermitente
	2 = Moderada , presente casi siempre
	3 = Grave, persistente, grandes problemas

Parte 2

B.- Severidad de Síntomas



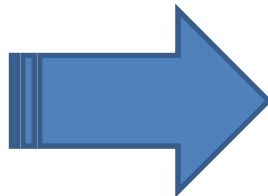
Cuente el número de síntomas marcados: _____

0 síntomas, su puntuación es 0

Entre 1 y 10, su puntuación es 1

Entre 11 y 24, su puntuación es 2

25 o más, su puntuación es 3



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



¿Qué significa la puntuación del paciente ?

Un paciente cumple los criterios diagnósticos de Fibromialgia si las siguientes 3 condiciones se cumplen:

- 1. El índice de dolor generalizado es mayor o igual a 7 y la severidad de los síntomas (2A+ 2B) es mayor o igual a 5, ó el índice de dolor generalizado es de 3 a 6 y la severidad de los síntomas igual o mayor a 9**
- 2. Los síntomas han estado presente por lo menos 3 meses**
- 3. El paciente no tiene un padecimiento que pueda explicar el dolor**

Fibromialgia- Clínica evolucion conceptual



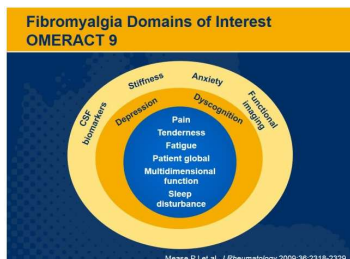
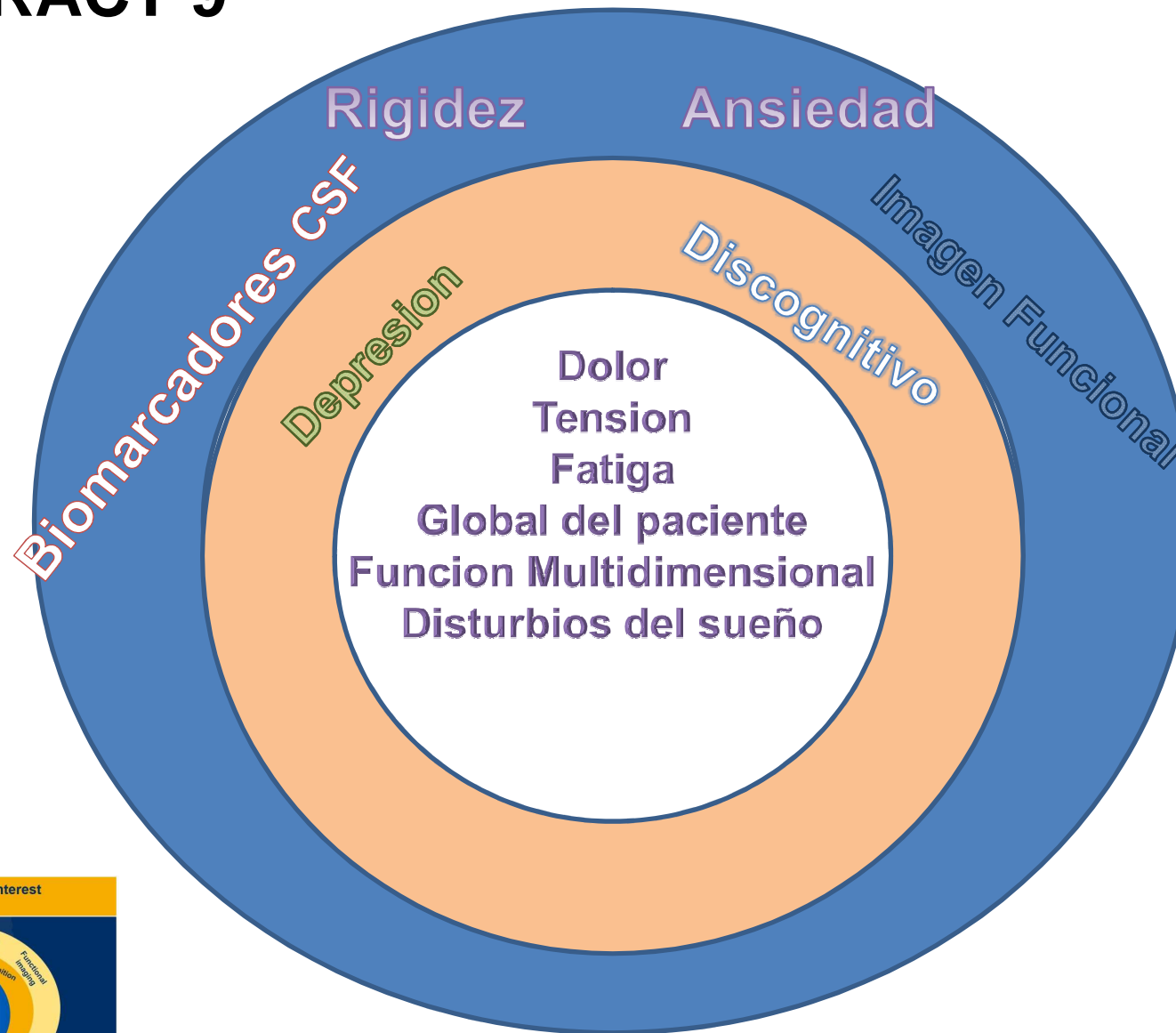
- De puntos a zonas
- Síntomas los últimos 3 m.
- Recategorización de otros síntomas sistémicos y neuropsiquiátricos

1990



2010

Fibromialgia: Dominios de interes OMERACT 9



Wolfe and the Vancouver Fibromyalgia Consensus Group

Journal of Rheumatology 23:534-539; 1996

Crerios ACR 2010

ORIGINAL ARTICLE

The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity

FREDERICK WOLFE,¹ DANIEL J. CLAUW,² MARY-ANN FITZCHARLES,³ DON L. GOLDENBERG,⁴
ROBERT S. KATZ,⁵ PHILIP MEASE,⁶ ANTHONY S. RUSSELL,⁷ I. JON RUSSELL,⁸ JOHN B. WINFIELD,⁹
AND MUHAMMAD B. YUNUS¹⁰

Arthritis Care & Research
Vol. 62, No. 5, May 2010, pp 600–610

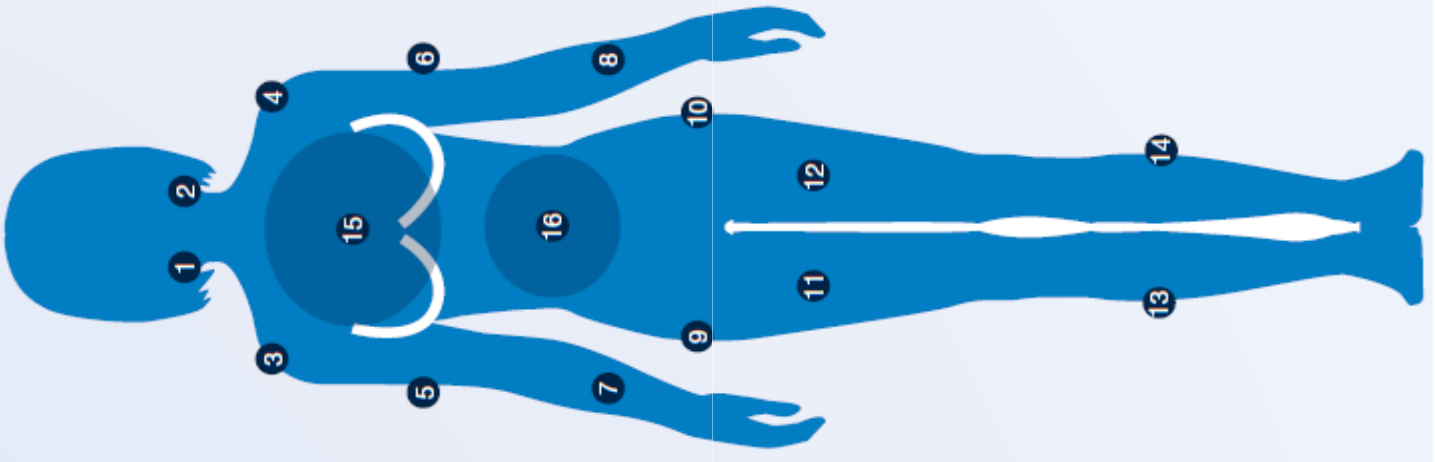
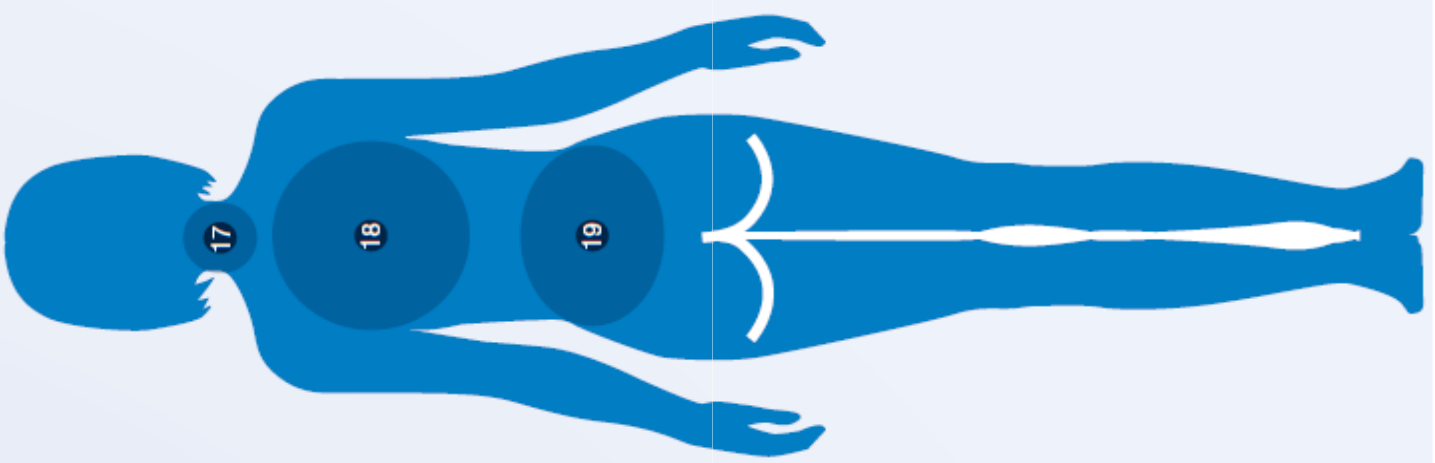
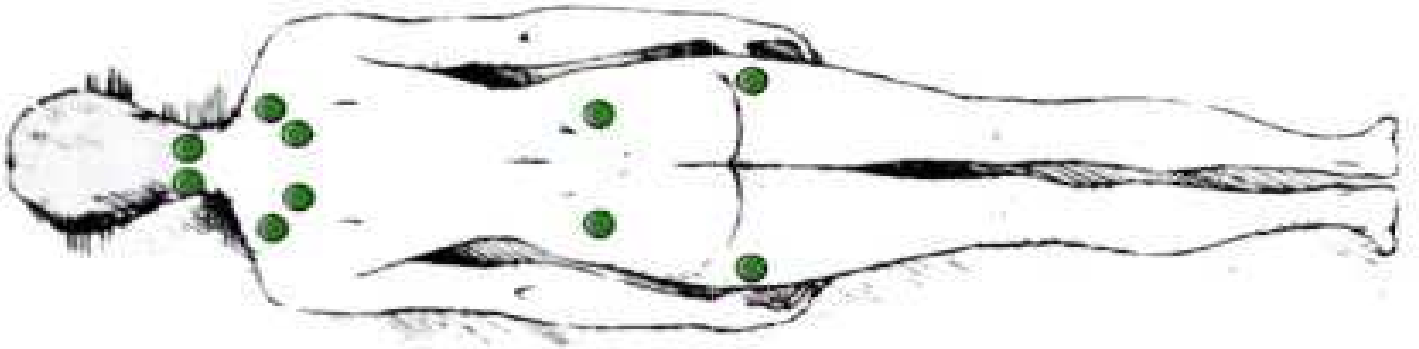
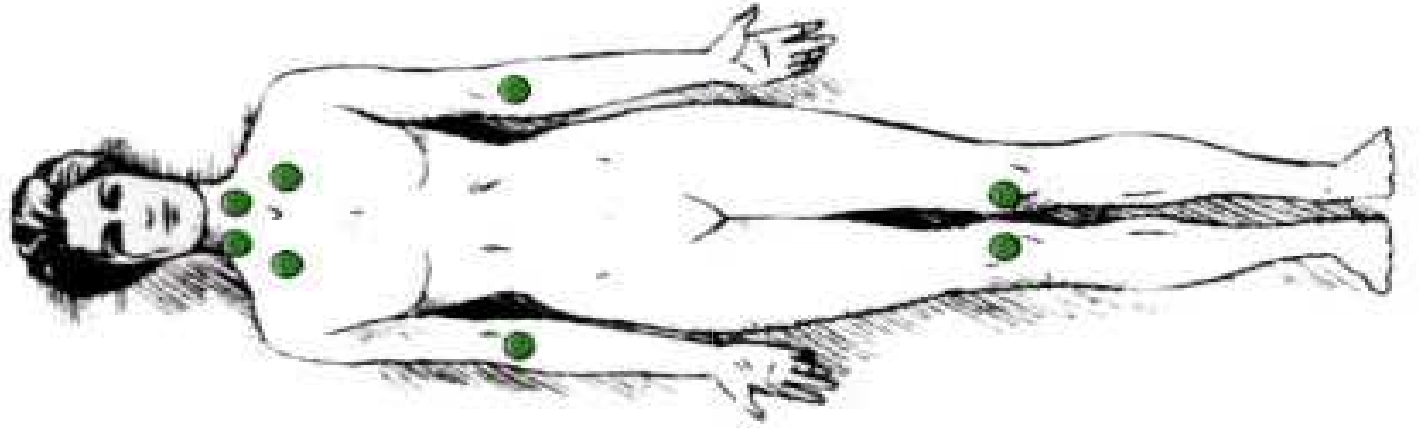
En el 2010 se propone nuevos criterios preliminares, no se toman los puntos sensibles, dando más importancia a los síntomas cognitivos y somáticos.

IDG - Puntuación entre 0 y 19

Índice de dolor generalizado (IDG)

Marque con una X los lugares donde tuvo dolor los últimos 7 días

Lugar	Si	No		Lugar	Si	No
Mandíbula izquierda				Mandíbula derecha		
Hombro izquierdo				Hombro derecho		
Brazo izquierdo				Brazo derecho		
Antebrazo izquierdo				Antebrazo derecho		
Cadera izquierda				Cadera derecha		
Muslo izquierdo				Muslo derecho		
Pierna izquierda				Pierna derecha		
Pecho				Espalda		
Abdomen				Lumbar		
Cervical				Total de lugares doloridos		



ESS - Cada resultado entre 0 y 3

Puntuación final entre 0 y 12

Escala de severidad de los síntomas (ESS)				
Marque la intensidad de los síntomas, como usted se está sintiendo en los últimos 7 días				
Fatiga (cansancio al ejecutar actividades)	0	1	2	3
Sueño no reparador (despertarse cansado)	0	1	2	3
Síntomas cognitivos (dificultad en la memoria, concentración)	0	1	2	3
Síntomas somáticos (dolor abdominal, dolor muscular, en las articulaciones)	0	1	2	3

Parte 1- para **fatiga, sueño y síntomas cognitivos**:

0 - Ningún problema

1 - Problemas leves o intermitentes

2 - Problemas moderados y frecuentes

3 - Problemas graves, persistentes y causando impacto en la calidad de vida

Criterios ACR 2010 - Síntomas Somáticos

- Dolor muscular
- Colón irritable
- Cansancio / fatiga
- Pensando / recordando problemas
- Debilidad
- Cefalea
- Dolor / calambre abdominal
- Parestesias
- Mareo
- Insomnio
- Depresión
- Estreñimiento / constipación
- Náuseas / vómitos
- Nerviosismo
- Dolor / quema el pecho
- Visión borrosa
- Fiebre
- Diarrea
- Boca seca
- Picazón
- Zumbido
- Raynaud *like*
- Úlcera oral
- Alteración / pérdida del gusto
- Resequedad en los ojos
- Dificultad para respirar
- Pérdida de apetito
- Dificultad de audición
- Pérdida de cabello
- Sensibilidad al sol
- Erupción / moretones con facilidad
- Anomalías en la micción
- Disuria
- Espasmo de vejiga

ESS (Escala de Severidad de los síntomas) - Parte 2

Válido para los síntomas somáticos:

- 0 - Sin síntomas
- 1 - Algunos síntomas
- 2 - Un número moderado de síntomas
- 3 - Gran cantidad de síntomas

ESS = Suma de la puntuación: parte 1 + parte 2

El *score* final oscila entre 0 y 12

Criterios Diagnósticos 2010

Un paciente satisface los criterios diagnósticos si cumple las 3 condiciones siguientes:

- 1. $IDG \geq 7$ y $ESS \geq 5$ o IDG 3 a 6 y $ESS \geq 9$;**
- 2. Los síntomas han estado presentes a un nivel similar al menos 3 meses;**
- 3. El paciente no tiene otra enfermedad que pueda explicar el dolor.**

Criterios Diagnósticos 2010

DIFERENCIAS

- . No requieren el examen de los *tender points*
- . Contemplan otros síntomas, además del dolor musculoesquelético
- . Evaluación de la severidad del síndrome
- . Más útil para establecer el diagnóstico

Criterios Diagnósticos 2010

Y la validación por estudios prospectivos y la aceptación por parte de la comunidad médica y científica...?

La FDA no lo aprueba por dificultades en cuantificar algunos cuestionarios.



NUEVOS MÉTODOS Y CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE FM

En 1990, el American College of Rheumatology estableció los criterios de diagnóstico para la FM (ACR 90), únicos aprobados a la fecha.

- En 2014, surgieron nuevos criterios alternativos que modificaron los criterios de 2010.**
- Eliminándose la valoración del médico de los síntomas somáticos y además evitándose la percepción del paciente en lo que se refiere a trastornos cognitivos.**
- Consta de un Registro de localización del dolor (Pain Location Inventory-PLI).**
- Son 28 áreas de dolor, el paciente marca las afectadas, se suman y dan un subtotal.**

Cuestionario de Impacto de los Síntomas o SIQR (*Symptom Impact Questionnaire*), son 10 preguntas con respecto a los síntomas y debe marcar en un casillero que va de 0 a 10 la intensidad de cada síntoma.

Se suman los 10 ítems, el rango es entre 0 y 100, se divide la suma por 2 y se obtiene el SIQR.

Variable	Mínimo	Máximo
Dolor	Ausencia total de dolor	Dolor insoportable
Energía	Mucha energía	Sin energía
Rigidez	Ninguna	Gran rigidez
Sueño	Despertar normal	Despertar cansado
Depresión	Ausente	Muy deprimido
Memoria	Conservada	Pérdida de memoria
Ansiedad	Ausente	Muy ansioso
Sensibilidad al tacto	Normal	Hipersensibilidad
Equilibrio	Normal	Pérdida importante del equilibrio
Sensibilidad a ruidos intensos, luces brillantes, olores y frío.	No sensible	Muy sensible

Los pacientes que cumplen con las siguientes pautas tienen alta posibilidad de sufrir FM:

* Los síntomas y las localizaciones dolorosas persistieron durante los últimos 3 meses.

* Puntuación SIQR ≥ 21 .

* Puntuación PLI ≥ 17

Los pacientes con FM tienen un conjunto de síntomas; por lo tanto, un diagnóstico basado en un estricto límite numérico puede estar sujeto a error. La presencia de otros trastornos dolorosos no descarta el diagnóstico de FM. Se




Una investigación realizada recientemente estudió a pacientes adolescentes con FM para evaluar qué ocurría cuando el trastorno se prolongaba durante la etapa adulta.

Se incorporaron 94 pacientes con edad promedio de 15 años que fueron seguidos durante 7 años.

Al término del estudio, el 51% permanecía con FM activa, un 15% estaba libre de dolor y sin medicación para FM y un 34% tenía síntomas subclínicos de FM.

Los autores concluyeron que los pacientes que prolongaron el cuadro durante la etapa adulta fueron los que presentaban mayor deterioro físico y emocional.

Un estudio realizado por De Rooij et al, en 2014, evaluó el impacto que provoca la mejoría de los estados emocionales en los tratamientos multidisciplinarios de pacientes con dolor crónico generalizado.

1. Se consideraron 120 pacientes en los que se efectuaron controles al inicio, a los 6 meses y a los 18 meses del tratamiento.
 2. Se evaluaron 3 dominios cognitivos, que fueron: cogniciones emocionales negativas (pensamientos y creencias negativas y displacenteras), afrontamiento cognitivo activo (el esfuerzo cognitivo para manejar la influencia negativa del dolor) y creencia de control y cronicidad.
- 
3. **Se observó que, mejorando los dominios cognitivos negativos, los pacientes en general mejoraban en la interferencia del dolor y la depresión en la vida diaria.**

*****Otro estudio realizado en 2014 sobre 4326 personas seguidas durante 3 años mostró que, de diversas variables analizadas, el sueño no reparador fue el factor predictivo más fuerte de nueva aparición de dolor generalizado.

Ejemplo de un Ejercicio Diagnóstico Exhaustivo para FM



Consideraciones

Los criterios de 1990 no necesitan ser reemplazados, pero ahora se pueden complementar.

Aunque no se requiera el recuento de los *tender points* para el diagnóstico, el examen físico no debe ser abandonado!

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- HIPOTIROIDISMO

Markenson JA. Rheumatic manifestations of endocrine diseases. *Curr Opin Rheumatol* 22(1):64-71; 2010.

Neeck G, Riedel W: Thyroid function in patients with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 19:1120-1122; 1992.

Bazzichi L, Rossi A, Giuliano T, Feo F, Giacomelli C, Consensi A, Ciapparelli A, Consoli G, Dell'Osso L and Bombardieri S. Association between thyroid autoimmunity and fibromyalgic disease severity. *Clin Rheumatol* 26(12):2115-2120; 2007.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Sulea AA and Leow MKS. Association of Polycystic Ovary Syndrome and Fibromyalgia in a Patient with Primary Hyperparathyroidism: A Novel Triad? *Clin Chemistry* 52:1208-1209; 2006.

Wermers RA, Khosla S, Atkinson EJ, Hodgson SF, O'Fallon WM, Melton LJ (III). The rise and fall of primary hyperparathyroidism: a population-based study in Rochester, Minnesota, 1965-1992. *Ann Intern Med* 126:433-40; 1997.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Deficiencia de vitamina D con hiperparatiroidismo secundario

Erkal M Z, Wilde J, Bilgin Y, Akinci A, Demir E, Bödeker RH, Mann M, Bretzel RG, Stracke H and Holick MF. High prevalence of vitamin D deficiency, secondary hyperparathyroidism and generalized bone pain in Turkish immigrants in Germany: identification of risk factors. *Osteop Intern* 17(8):1133-1140; 2006.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- OSTEOMALACIA

Al-Allaf AW, Mole PA, Paterson CR and Pullar T. Bone health in patients with fibromyalgia. *Rheumatology* 42:1202-1206; 2003.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- POLIMIALGIA REUMÁTICA

Przygada P, Caloggio LJ, Soriano ER, Imamura P, Camera L, Kaplan R, Mayorga L. Actualización en polimialgia reumática. Medicina (Buenos Aires) 2002; 62:358-364.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- POLIMIOSITIS

Dadabhoy D and Clauw DJ. Musculoskeletal Signs and Symptoms. The Fibromyalgia Syndrome. *In Primer of the Rheumatic Diseases. John H Klippel Ed. - 13a edition - Verlag. Chapter 3:87-93; 2008.*

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ARTRITIS REUMATOIDEA
- LUPUS

Martínez-Lavín M. Overlap of fibromyalgia with other medical conditions. *Curr Pain Headache Reports* 5(4):347-350; 2007.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Síndrome de SJÖGREN

Vitali C, Tavoni A, Neri R, Castrogiovanni P, Pasero G and Bombardieri S. Fibromyalgia Features in Patients with Primary Sjögren's Syndrome: Evidence of a Relationship with Psychological Depression. *Scand J Rheumatol* 18(1):21-27; 1989.

Kassan SS and Moutsopoulos HM. Clinical Manifestations and Early Diagnosis of Sjögren Syndrome. *Arch Intern Med* 164:1275-1284; 2004.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Efectos colaterales de los medicamentos

Mascitelli L, Pezzetta F and Goldstein MR. Detrimental Effect of Statin Therapy in Women with Fibromyalgia. *Arch Intern Med* 168(11):1228-1229; 2008.

Ritu Valiyil, Lisa Christopher-Stine. Drug-related Myopathies of Which the Clinician Should Be Aware. *Curr Rheumatol Rep.* 12(3): 213-220; 2010.

Ilan Goldenberg, Michal Benderly, Uri Goldbourt. Update on the use of fibrates: focus on bezafibrate. *Vasc Health Risk Manag.* 4(1): 131-141; 2008.

Catherine Buettner, Matthew J. Rippberger, Julie K. Smith, Suzanne G. Leveille, Roger B. Davis, Murray A. Mittleman. Statin Use and Musculoskeletal Pain Among Adults with and without Arthritis. *Am J Med.* 125(2):176-182; 2012.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- COCAINA, CANNABIS, ALCOHOL

Bell IR, Baldwin CM and Schwartz GE. Illness from low levels of environmental chemicals: relevance to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Am J Med* 105(1):74S-82S; 1988.

Eisinger J. Alcohol, thiamin and fibromyalgia. *J Am Coll Nutr* 17(3):300-2; 1998.

Kim CH, Vincent A, Clauw DJ, Luedtke CA, Thompson JM, Schneekloth TD, Oh TH. Association between alcohol consumption and symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia. *Arthritis Res Ther.* 15;15(2):R42; 2013.

Ste-Marie PA, Fitzcharles MA, Gamsa A, Ware MA, Shir Y. Association of herbal cannabis use with negative psychosocial parameters in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 64(8):1202-8; 2012.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Infecciones (Hepatitis C, HIV, Enfermedad de Lyme)

Cassisi G, Sarzi-Puttini P, Cazzola M. Chronic widespread pain and fibromyalgia: could there be some relationships with infections and vaccinations? *Clin Exp Rheumatol*. 29(6 Suppl 69):S118-26; 2011.

Dinerman H and Steere AC. Lyme Disease Associated with Fibromyalgia. *Ann Intern Med* 117(4):281-285; 1992.

Wallace DJ. The Fibromyalgia Syndrome. *Ann Medicine* 29(1)9-21; 1997.

Goulding C, O'Connell P and Murray FE. Prevalence of fibromyalgia, anxiety and depression in chronic hepatitis C virus infection: relationship to RT-PCR status and mode of acquisition. *Eur J Gastr Hepat* 13(5):507-511; 2001.

Kozanoglu E, Canataroglu A, Abayli B, Colakoglu S and Goncu K. Fibromyalgia syndrome in patients with hepatitis C infection. *Rheumatol Intern* 23(5):248-251; 2004.

Buskila D, Gladman DD, Langevitz P, Urowitz S, Smythe HA. Fibromyalgia in human immunodeficiency virus infection. *J Rheumatol* 17(9):1202-6; 1990.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ABSTINENCIA AL CORTICOIDE

Adler GK, Manfredsdottir VF and Rackow RM. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Function in Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome. *The Endocrinologist* 12(6):513-524; 2002.

Di Franco M, Iannuccelli C, Valesini G. Neuroendocrine immunology of fibromyalgia. *Ann N Y Acad Sci.* 1193:84-90; 2010.

Riva R, Mork PJ, Westgaard RH, Lundberg U. Comparison of the cortisol awakening response in women with shoulder and neck pain and women with fibromyalgia. *Psychoneuroendocrinology.* 37(2):299-306; 2012.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- PARANEOPLASIA (CA BRONCOGÉNICO)

Gopaluni S, Thomas LM and Shah C. When Myopathy Strikes in a Cancer Patient. *Gastrointest Cancer Res* 3(5):212-214; 2009.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- SINDROME DE FATIGA CRÓNICA

Friedberg F, Jason LA. Chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: clinical assessment and treatment. *J Clin Psychol* 57(4):433-455; 2001.

Parker AJ, Wessely S, Cleare AJ. The neuroendocrinology of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Psychol Med* 31(8):1331-1345; 2001.

Enlander D. Fear of movement and avoidance behaviour toward physical activity in chronic-fatigue syndrome and fibromyalgia: state of the art and implications for clinical practice. *Clin Rheumatol* 32(7):1113; 2013.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- REUMATISMO PSICÓGENO

Aguglia A, Salvi V, Maina G, Rossetto I, Aguglia E. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: comorbidity and clinical correlates. *J Affect Disord.* 128(3):262-6; 2011.

Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry.* 67(8):1219-1225; 2006.

Wilke WS, Gota CE, Muzina DJ. Fibromyalgia and bipolar disorder: a potential problem? *Bipolar Disorders.* 12(5):514-520; 2010.

Winfield JB. Does pain in fibromyalgia reflect somatization? *Arthr Rheum* 44(4):751-753; 2001.

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Simulación de enfermedad

Rothschild BM. Fibromyalgia: can one distinguish it from simulation?
J Rheumatol 28(12):2762-2763; 2001.

165 pacientes con Fibromialgia

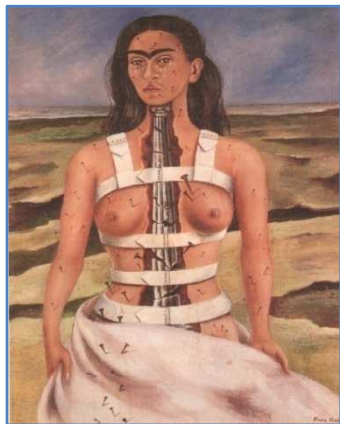
RASGO DE ANSIEDAD	ALTO NIVEL 70% MEDIO 22%
ESTADO DE ANSIEDAD	ALTO NIVEL 88% MEDIO 10%
DEPRESIÓN	GRAVE 30% MODERADA 34%

Helpfenstein, M. et al. J Rheumatol 25: Supplement S2; 1998

Pain, Disability, and Physical Functioning in Subgroups of Patients with Fibromyalgia

DENNIS C. TURK, AKIKO OKIFUJI, J. DAVID SINCLAIR, and TERENCE W. STARZ

Subgrupos de pacientes con fibromialgia basados en las características psicosociales y de comportamiento



Journal of Rheumatology 1996: 23-27

Subgrouping of Fibromyalgia Patients on the Basis of Pressure-Pain Thresholds and Psychological Factors

Thorsten Giesecke,¹ David A. Williams,¹ Richard E. Harris,¹ Thomas R. Cupps,²
Xiaoming Tian,³ Thomas X. Tian,³ Richard H. Gracely,¹ and Daniel J. Clauw¹

Factores psicológicos: diferentes perfiles

N: 97FM pts, datos de diversos dominios: mood, cognition, e hiperalgesia /tenderness

GRUPO 1
(n = 50)



Moderada depresión/ansiedad;
Poco dolor;
Moderado catastrofismo;
Control moderado del dolor.

**FACTORES PSICOLÓGICOS
NEUTROS**

GRUPO 2
(n = 31)



Mucha ansiedad/depresión;
Dolor fuerte;
Mucho catastrofismo;
Bajo control del dolor.

**FACTORES PSICOLÓGICOS
EMPEORAN
LOS SÍNTOMAS**

GRUPO 3
(n = 16)



Poca ansiedad/depresión;
Dolor fuerte;
Poco catastrofismo ;
Buen control del dolor.

**FACTORES PSICOLÓGICOS
MEJORAN LOS SÍNTOMAS**

Síndrome de Fibromialgia

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **MÚLTIPLES DIAGNÓSTICOS:**
- tendinitis, bursitis,
- síndrome del túnel carpiano,
- cervicobraquialgia,
- ciatalgia, etc.

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

**Prevalencia de síndrome de fibromialgia en
pacientes diagnosticados como portadores
de lesiones por esfuerzos repetitivos(LER)**

*Prevalence of fibromyalgia in patients with
diagnosis of repetitive strain injury*

Milton Helfenstein Jr.¹ e Daniel Feldman²


The Pervasiveness of the Illness Suffered by Workers Seeking Compensation for Disabling Arm Pain

Helfenstein, Milton MD, PhD; Feldman, Daniel MD, PhD

Journal of Occupational & Environmental Medicine
[February 2000 - Volume 42 - Issue 2 - pp 171-175](#)
Original Articles

103 pacientes seguidos en un centro de referencia de salud para los trabajadores con diagnóstico de "lesiones por esfuerzo repetitivo".

73 pacientes fueron clínicamente y psicológicamente indistinguibles de 165 pacientes con fibromialgia seguidos en nuestra clínica en la Universidad Federal de São Paulo.



Fibromyalgia, Repetitive Strain Injury and other Diagnostic Confusions

Milton Helfenstein Jr. ⁽¹⁾

Ausencias prolongadas al trabajo

Diagnósticos de “lesiones por esfuerzo repetitivo”

Electromiografías - neuropatías periféricas (STC) y radiculopatías

Ultrasonografías - tendinitis en hombros, codos y muñecas

Resonancias magnéticas - protusión de disco intervertebral

Propedéutica?

Rev Bras Reumatol, v. 46, n. 1, p. 70-72, jan/fev, 2006

¿Qué vamos a tratar cuando se diagnostica una fibromialgia?

Dolor

Fatiga

Sueño



Alteraciones cognitivas

Comorbilidades: Depresión. Ansiedad

PTSD (post-traumatic stress Disorder)

Sleep Efficiency*

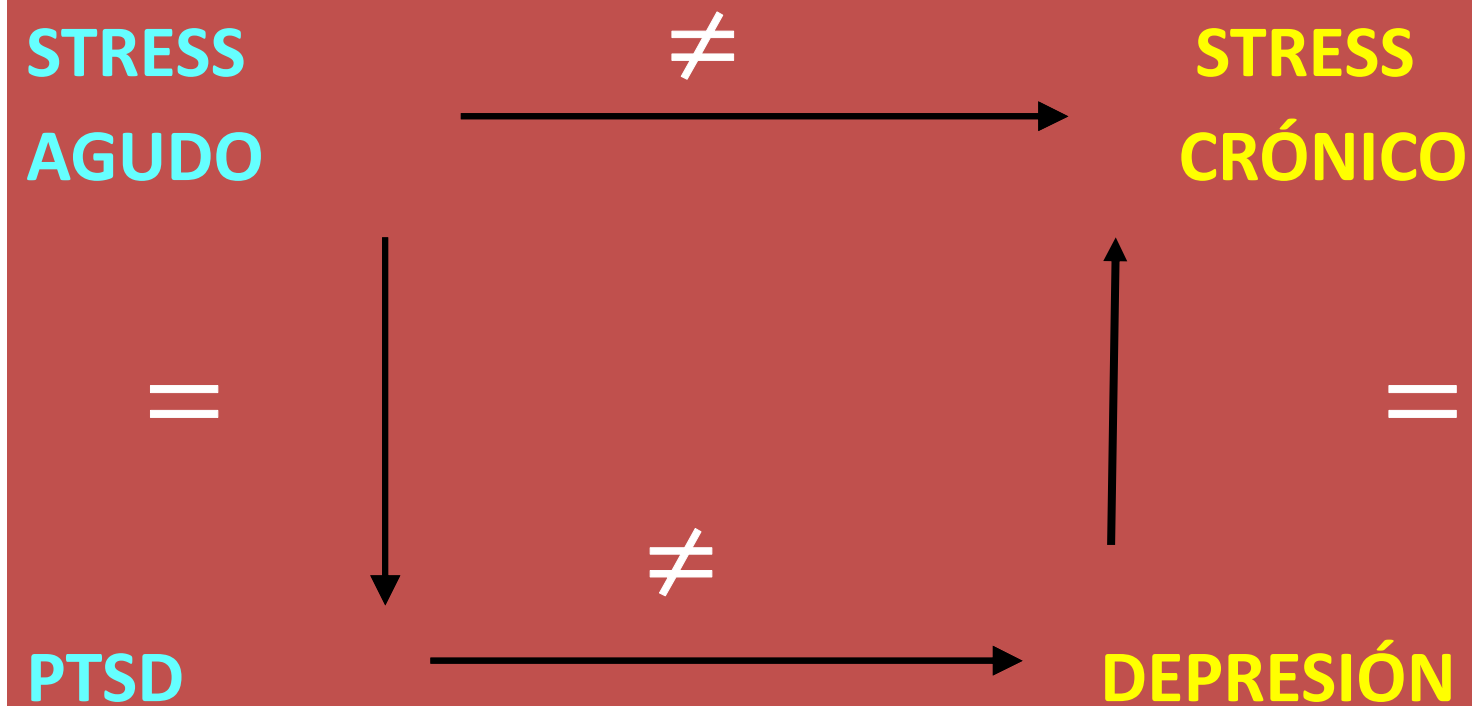
- Decreased Total Sleep Time (TST)
- Increased sleep latency
- Increased Wake after Sleep Onset (WASO)
- Increased number of awakenings
- Increased number of arousals
- Sleep pathology

*Sleep efficiency = $\frac{\text{time spent asleep (total sleep time)}}{\text{time spent in bed}}$

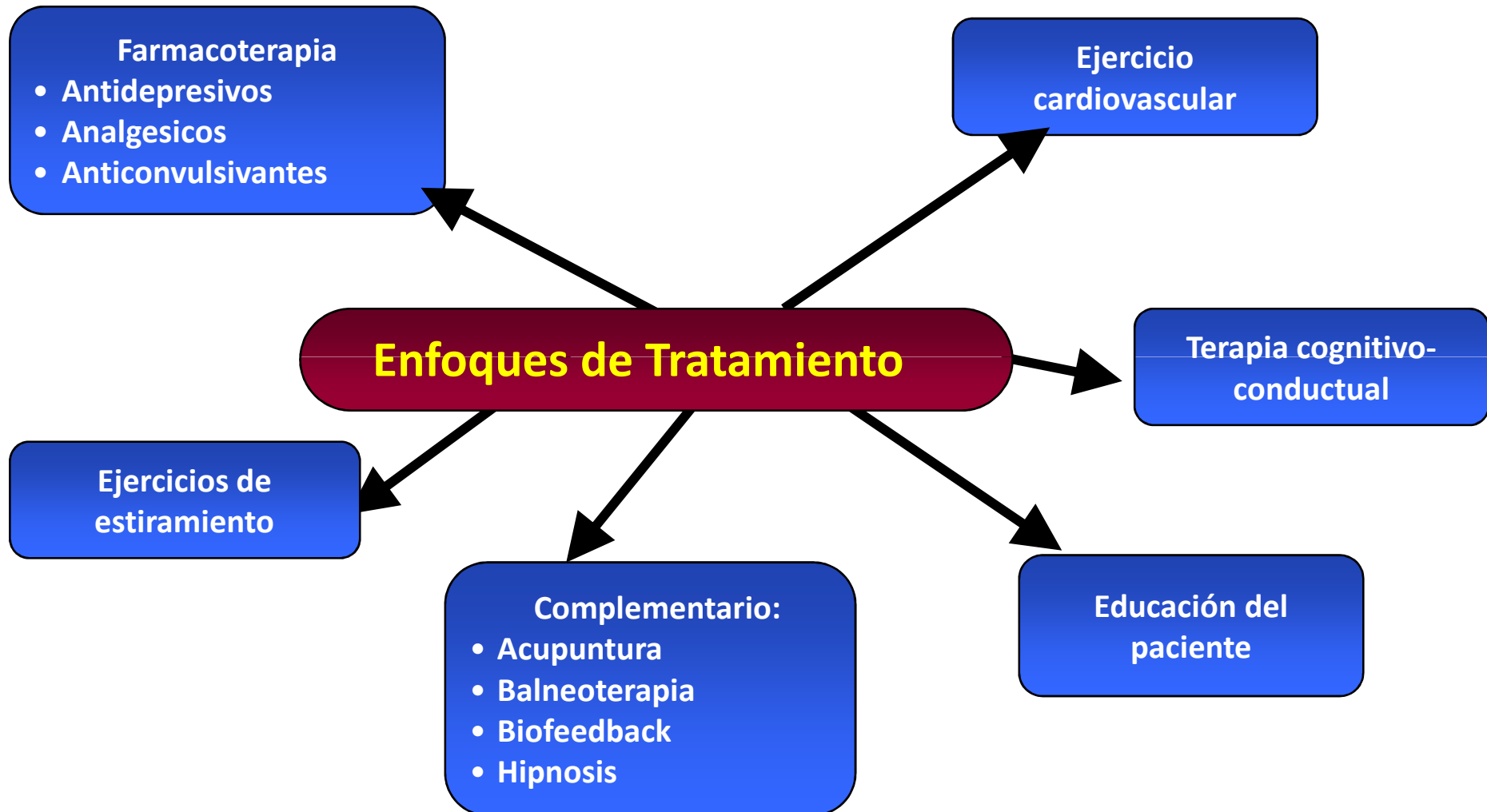
EJE CLHHA

Stress Vs Depresión

Lopez Mato, 99



Manejo de la Fibromialgia



Recientes criterios de tratamiento farmacológico 2014.

Tabla 2. Enfoque farmacológico (Claw D, JAMA 2014)

Familia	Molécula y dosis	Nivel de evidencia y efectos adversos
Tricíclicos	Amitriptilina 10-70 mg/día. Ciclobenzaprina 5-20 mg/día	1-A. Sequedad de boca, aumento de peso, constipación, mareos
IRSNA (inhibidores de recaptación serotonina y noradrenalina)	Duloxetina 30-120 mg/día. Milnaciprán 100-200 mg/día	1-A. Náuseas, palpitaciones, cefalea, cansancio, taquicardia, hipertensión arterial
Gabapentinoides	Gabapentina 800-2400 mg/día. Pregabalina hasta 600 mg/día en dosis divididas (fue el primer fármaco aprobado por la FDA para la FM)	1-A. Sedación, aumento de peso, mareos
Cannabinoides	Nabilona 0,5-1 mg 2 x día	1-A. Sedación, mareos, sequedad de mucosas
ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina)	Fluoxetina, sertralina, paroxetina	1-A. Náuseas, disfunción sexual, aumento de peso, trastornos del sueño

FDA: Food and Drug Administration.

*No están incluidos los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) ni los opioides porque no existe evidencia de su eficacia.

Los tratamientos no farmacológicos recomendados son: ejercicios aeróbicos, de fortalecimiento y estiramiento, tai chi, yoga, terapia cognitiva conductual.

Cuando una medicina no hace daño deberíamos alegrarnos y no exigir además que sirva para algo.

[BEAUMARCHAIS, Pierre Augustin Caron de](#)



