

Fibromialgia: pasado, presente y futuro

J. J. Gómez López. *Profesor Asociado. Área de Fisioterapia. Universidad de Sevilla*

RESUMEN

En el presente trabajo presentamos, tras un breve recorrido histórico, una visión actualizada del síndrome fibromiálgico, y de las actuaciones que, desde la Fisioterapia, pueden llevarse a cabo para mejorar a los pacientes que sufren de esta patología, aportando nuestra experiencia personal.

Palabras clave: Fibromialgia, Fisioterapia, reumatismo.

ABSTRACT

Title: Fibromyalgia: past, present and future.

In this work we present, after a short historical recollection, a updated vision of the Fibromyalgic Syndrome, and of the performances that, from the physical therapy, they can carry out to improve to the patients that suffer from this pathology, providing our personal experience.

Key words: Fibromyalgia, Physical therapy, rheumatism.

INTRODUCCIÓN

Posiblemente la fibromialgia sea tan antigua como la propia humanidad, aunque no haya sido conocida como tal hasta mediados del siglo XIX.

Está documentado, en papiros egipcios, el efecto beneficioso del sol sobre los dolores musculares sin traumatismo.

Ya en tratados hipocráticos, en la antigua Grecia, se hablaba de mujeres que padecían «dolor en todo su cuerpo» más o menos acentuado según los días, que pasaban el día encerradas en estado melancólico, y que

estaban «tan fatigadas» que no podían hacer vida de hogar ni vida social. A este cuadro no se le sumaba un aumento de la temperatura general ni articular, ni deformidad alguna.

Lo anteriormente expuesto nos da dos de las características del síndrome fibromiálgico que aún hoy prevalecen (dolor y cansancio), lo que nos demuestra lo poco que realmente se ha avanzado en el conocimiento del origen de esta enfermedad.

Sí que han existido cambios en cuanto a su denominación, que, según la época, ha ido adquiriendo distintos nombres o sínóni-

mos, como: fibrositis, mialgias múltiples, miofascialgias, reumatismo nodular, reumatismo psicógeno, etc., y así hasta sesenta y cuatro sinónimos.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

En épocas más cercanas, a mediados del siglo XIX, Frorieps hace un estudio sobre pacientes reumáticos «atípicos», y describe la presencia de «puntos musculares duros» en 148 casos de los 150 enfermos estudiados como reumatismo atípico, ya que no presentaban fiebre, deformidades articulares, ni progresión invalidante en su enfermedad, por lo que denomina a este proceso *reumatismo de partes blandas*.

A principios de siglo (en 1904), Williams Gowers introduce el término de *fibrositis* para designar una enfermedad que se manifiesta por la presencia de «nódulos fibrosos» localizados en el tejido conjuntivo subcutáneo, en aponeurosis y en músculos. Estos nódulos, describe, se presentan en áreas muy precisas.

Ya en 1920, Stockman creyó encontrar en dichos nódulos una lesión dura, consistente e inflamatoria. En 1930, Hench realizó unos estudios sobre el mismo proceso, y escribió los resultados de los hallazgos histológicos de estos «nódulos fibrosos», planteando que se trataban de *hernias de tenos lóbulos fibroadiposos* que salían a través de las aponeurosis musculares.

Resumiendo, vemos que, desde el primer tercio de este siglo y hasta 1975, la denominación de esta enfermedad que ha permanecido como más frecuente es la de *fibrositis*. Fueron los alumnos o seguidores de Hench, en 1976, los que utilizan por vez primera el término *fibromialgia* y justifican este término, asociando, a la clínica que presen-

taban los enfermos, los resultados de estudios histológicos en los que no encontraron en ningún caso signos histológicos ni histoquímicos de proceso inflamatorio.

Por último, es en 1990 cuando se unifican criterios objetivables, siendo el Colegio Americano de Reumatólogos el que decide admitir la *fibromialgia* como proceso reumatológico con entidad propia, al que denominan *síndrome fibromiálgico* o *síndrome del dolor crónico*, términos con los que se conoce actualmente esta enfermedad.

CLASIFICACIÓN ACTUAL

Síndrome fibromiálgico primario: Cuando se presenta un cuadro clínico florido y están presentes todos los criterios diagnósticos.

Síndrome fibromiálgico secundario: Cuando coexiste con otra enfermedad reumática.

Síndrome fibromiálgico concomitante: Si el paciente, además del síndrome fibromiálgico, sufre cualquier otra enfermedad transitoria.

CONCEPTO Y VALORACIÓN DE SÍNDROME FIBROMIÁLGICO

El *síndrome fibromiálgico* es un «trastorno mal definido» y que se caracteriza por:

- Dolor generalizado.
- Hipersensibilidad dolorosa a la digito-presión en puntos característicos.
- Rigidez poliarticular matutina.
- Trastornos del sueño.

Así que, para hacer una valoración del *síndrome fibromiálgico*, debemos hacerlo bajo una doble escala:

Valoración objetiva

1. Número de puntos positivos o dolorosos en la digitopresión.
2. Resultados del estudio EEG nocturno o polisomnografía nocturna, con alteraciones en la fase no-REM del sueño por intrusión de ondas.
3. Estudio analítico o pruebas de laboratorio negativas, tanto en hemograma, fórmula y recuento, como en pruebas reumáticas.
4. Diagnóstico por imagen negativo, tanto en estudios radiológicos como mediante TAC o RMN.

Valoración subjetiva

Cómo vivencia el paciente su propia enfermedad:

1. Test de valoración del dolor vivenciado.
2. Alteración subjetiva del sueño.
3. Sensación de cansancio crónico.
4. Rigidez matutina poliarticular.
5. Entumecimiento subjetivo de ambas manos (con estudio negativo del EMG).

PREVALENCIA DEL SÍNDROME FIBROMIÁLGICO

Según los múltiples estudios realizados sobre este proceso, se ha calculado una prevalencia media entre un 3 y un 10 % de la población general.

En cuanto al sexo, también hay diversidad de criterios, y según las distintas estadísticas publicadas, domina el sexo femenino sobre el masculino en un 75 al 90 %, lo que nos

indica la existencia de una clara influencia hormonal.

En cuanto a la edad, se ha demostrado que el 90 % de los *síndromes fibromiálgicos* se presentan entre los 20 y los 60 años. No se conocen estudios sobre formas juveniles ni tampoco en la vejez.

ETIOPATOGENIA

En la actualidad es totalmente desconocida, aunque se barajan distintas hipótesis, ya que el *síndrome fibromiálgico* se estudia o investiga desde distintas perspectivas, al ser un problema multidisciplinar.

Sí está demostrado, por estudios histológicos e histoquímicos, que no se trata de un proceso inflamatorio; por tanto, el sufijo «itis» hay que descartarlo.

También se ha avanzado mucho en alguno de los distintos aspectos que hay que contemplar en el *síndrome fibromiálgico*, en donde la Fisioterapia tiene un amplio e importante campo de acción.

Se ha demostrado la implicación del SNC, la alteración del eje neurohormonal, por la modificación de los niveles de ACTH y la disminución de serotonina plasmática que presentan algunos de estos enfermos.

El SNP participa de manera que el dolor muscular crónico parece ser la consecuencia de una alteración en la modulación periférica del dolor, y esta alteración conlleva a una amplificación del mismo.

Los «puntos gatillo» o «puntos hipersensibles» representan áreas de hiperalgesia mecánica con una elevada población de nociceptores.

Los investigadores han detectado alteraciones en la microcirculación (sistema capilar arteriovenoso) tanto en la masa muscular

como en la epidermis. Se han detectado también inmunocomplejos a nivel del sustrato dermis-epidermis.

La hipótesis más aceptada es que el origen del dolor crónico en el *síndrome fibromiálgico* es de tipo muscular, pero sin embargo hay que aceptar que los niveles plasmáticos de enzimas musculares, los estudios EMG y la biopsia muscular son totalmente normales.

A nivel de SNC, la hipótesis más aceptada, y que hoy sigue en estudio, es la teoría de Yunus (1993), o *teoría serotoninérgica*, que demuestra que los enfermos que sufren el *síndrome fibromiálgico* tienen bajos niveles de serotonina. Al ser la serotonina un neurotransmisor implicado en el sistema inhibitorio del dolor, su disminución podría explicar la bajada del umbral doloroso de los enfermos afectados del *síndrome fibromiálgico*, dando como resultado el dolor generalizado que presentan. También se ha demostrado cómo estos enfermos no mejoran con la administración exógena de serotonina ni sus precursores (triptófano exógeno).

En cuanto a los trastornos del sueño, al ser un sueño no reparador, se acepta que sea la causa del cansancio generalizado presente en estos pacientes. Se ha demostrado, mediante ensayos y provocando en individuos sanos intromisión de ondas en la fase no-REM del sueño durante tres noches consecutivas, la aparición de dolor generalizado, cansancio y puntos gatillo fibrosos. Este mismo experimento se ha hecho en deportistas y no han aparecido los mismos resultados.

También se ha demostrado la interacción existente entre la «baja calidad del sueño» y los bajos niveles de serotonina plasmática (a nivel sanguíneo), y esto es muy importante, ya que la serotonina, además de su función como neurotransmisor, tiene una función de

interrelación con las funciones del sueño, del dolor y del humor.

FACTORES DE RIESGO

Se desprenden de lo anteriormente expuesto:

- Sexo femenino.
- Trastornos del sueño.
- Estrés y ansiedad.
- Carácter distímico.
- Hiperresponsabilidad o sentido de perfeccionismo (personalidad A).

PROBLEMAS ASOCIADOS

Pueden presentar, además:

- Colon irritable.
- Cefaleas tensionales craneocervicales.
- Fenómeno de Raynaud.
- Parestesias en MMSS.
- Depresión reactiva a lo largo de la evolución del síndrome.
- Incapacidad funcional subjetiva (absentismo laboral).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

A partir de su aceptación como *síndrome fibromiálgico*, se exigen tres criterios mayores para su diagnóstico de certeza. Éstos son:

- Dolor generalizado.
- Dolor en 6–11 de los 18 puntos gatillo en la digitopresión.
- Ausencia de enfermedad reumática concomitante, como causa del *síndrome fibromiálgico*.

Es obligado para el fisioterapeuta el conocimiento de los 18 puntos gatillo sobre lo:

que tendrá que aplicar parte de sus técnicas de tratamiento. Estos son:

- 2 puntos suboccipitales.
- 2 puntos cervicales bajos en C₅-C₇.
- 2 puntos en las fibras medias del trapecio.
- 2 puntos en el origen del supraespinoso.
- 2 puntos en la unión condrocostal de la segunda costilla.
- 2 puntos a nivel epicondíleo.
- 2 puntos en los glúteos mayores (cuadrante superoexterno).
- 2 puntos en el trocánter mayor (2 cm hacia la zona posterior).
- 2 puntos en la almohadilla grasa de la cara interna de ambas rodillas y a nivel articular.

TRATAMIENTO

El tratamiento es multidisciplinar, aunque hay que resaltar la importancia del tratamiento fisioterapéutico.

Globalmente, el tratamiento irá dirigido a los tres criterios mayores que se utilizan para su diagnóstico:

- Mejorar la calidad del sueño.
- Determinar o anular la sensación de dolor generalizado.
- Tratamiento selectivo sobre los puntos gatillo positivos.

Vemos cómo en los tres puntos o criterios es muy importante la presencia del fisioterapeuta, que va a contribuir con una buena praxis a:

- Mejorar la calidad de vida del paciente (actividad sociolaboral).
- La toma de conciencia de una mejor calidad de vida (informar).

- Fomentar la corresponsabilidad en el tratamiento fisioterapéutico en la educación de las actividades de la vida diaria.

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

En nuestra experiencia personal durante algunos años (1982-1990), en los cuales pacientes con *síndrome fibromiálgico* nos fueron remitidos a la unidad de Fisioterapia por el servicio de psiquiatría, el tratamiento fisioterapéutico consistió en:

- Termoterapia (infrarrojos, microondas y TENS).
- Masoterapia.
- Cinesiterapia individualizada.

Con ello conseguimos un nivel objetivo y subjetivo de mejora en la sensación de dolor generalizado, un aumento de la flexibilidad raquídea y un aumento del tono muscular.

En conjunto, una mejora en la calidad de vida del paciente, ya que se consigue un mejor nivel en la relación vigilia-sueño.

Cinesiterapia

Mediante la cinesiterapia conseguimos:

- Una mejora en la circulación cardiovascular.
- Un aumento en la liberación de ACTH.
- Un aumento en la producción de endorfinas (efecto analgésico tras el ejercicio).

En cuanto al tipo de cinesiterapia, se ha demostrado que dan mejor resultado los ejercicios aeróbicos, que deben ser suaves y progresivos, activos asistidos y más tarde activos libres.

El tratamiento debe ser adaptado a cada paciente, pero se ha comprobado un resulta-

do óptimo en los tratamientos grupales. Como pauta global, estos tratamientos incluyen:

- Cinesiterapia respiratoria en decúbito supino.
- Básculas pélvicas.
- Potenciación de abdominales rectos y oblicuos.
 - En sedestación, rotación del tronco.
 - En decúbito prono, potenciación de los glúteos mayores (posición cuadrúpeda).
 - Flexibilización de los raquis.
 - Potenciación de los espinales altos (desde la charnela dorsolumbar hasta la columna cervical).

Masoterapia

Las técnicas a elegir van a depender del estado de cada paciente, pero como tratamiento global haremos:

- Roce superficial.
- Roce profundo.
- Amasamiento superficial y profundo.
- Fricción superficial y profunda.
- Acabando con roce superficial.

RETO AL FUTURO

Al ser una patología multidisciplinar, los fisioterapeutas nos debemos plantear:

- ¿Qué pacientes debemos tratar?

— ¿Sólo los que cumplan los tres criterios de diagnóstico?

— ¿Los miofaciales o con *síndrome fibromiálgico parcial*?

— ¿Prevenir mediante el deporte o ejercicios adecuados las formas de *fibromialgia* juvenil?

— ¿El paciente geriátrico se debe tratar?, ¿cómo?, teniendo en cuenta que estos pacientes pueden presentar otras patologías asociadas como son:

- Proceso reumático degenerativo (OA).
- Enfermedad de Parkinson.
- Síndrome orgánico cerebral.

Todas estas interrogantes quedan abiertas para que, ante futuras posibilidades de investigación, las nuevas generaciones de fisioterapeutas, con su natural entusiasmo, abran nuevas perspectivas de intervención fisioterapéutica, que, junto a la experiencia adquirida, que hasta ahora podemos aportar, consigamos, entre todos, crear mejores condiciones de salud para este tipo de enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

- Peña, A., y Robles, E.: *Fibromialgia. Encuentro médicos*. Mayo 1995.
- Harrison: *Principios de medicina interna*. Volumen II. Interamericana. Madrid, 1991.
- Kotte, F. J., y Lehmann, J. F.: *Medicina física y rehabilitación*, 4.ª edición. Panamericana, 1993.
- Síndrome fibromiálgico. Compendio de enfermedades reumáticas*. Editorial Salvat. 1994.