

Jornadas de
**Reumatología en
Atención Primaria (RAP)**

**Alicante
1 y 2 de octubre
2018**



FIBROMIALGIA

Dr Ximo Esteve i Vives

Reumatólogo y psicoterapeuta Gestalt



- Participación en reuniones científicas patrocinadas por **Pfizer, Lilly** e inscrito en Curso on Line patrocinado por **Grünental**.
- Se hará mención sobre fármacos y técnicas con indicaciones no aprobadas.
- No otros conflictos en relación con esta charla.



**Martínez Lavín M. Fibromialgia. El dolor incomprendido. Aguilar 2008*



- **Epidemiología y tipos de fibromialgia. La sensibilización del SNC**
- **Criterios diagnósticos.**
- **Los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos**
- **El manejo multidisciplinar**
- **Caso clínico interactivo**
- **Discusión**



Epidemiología, tipos de fibromialgia. Sensibilización del SNC

Epidemiología

- Afecta al 2,4 % de la población española mayor de 20 años*.
- Pico de incidencia a los 40-60 años.
- Predominio femenino.
 - Se calculaba que entre 10-20 mujeres por cada hombre. Con los criterios ACR 2010, la proporción de varones es superior.

*Carmona L, EPISER Study Group. Ann Rheum Dis 2001; 60: 1040-5

Tipos de fibromialgia

- **Fibromialgia 1ª**
- **Fibromialgia 2ª**
 - a) enfermedades inflamatorias ap locomotor.
 - b) enfermedades no inflamatorias ap locomotor.
 - c) otras enfermedades no reumatológicas.
- **Fibromialgia 2ª a enfermedad psiquiátrica.**
- **Fibromialgia tipo IV. Simuladores**

Sensibilización del SNC

Proceso patológico SNC --→ Hiperexcitabilidad neuronal.

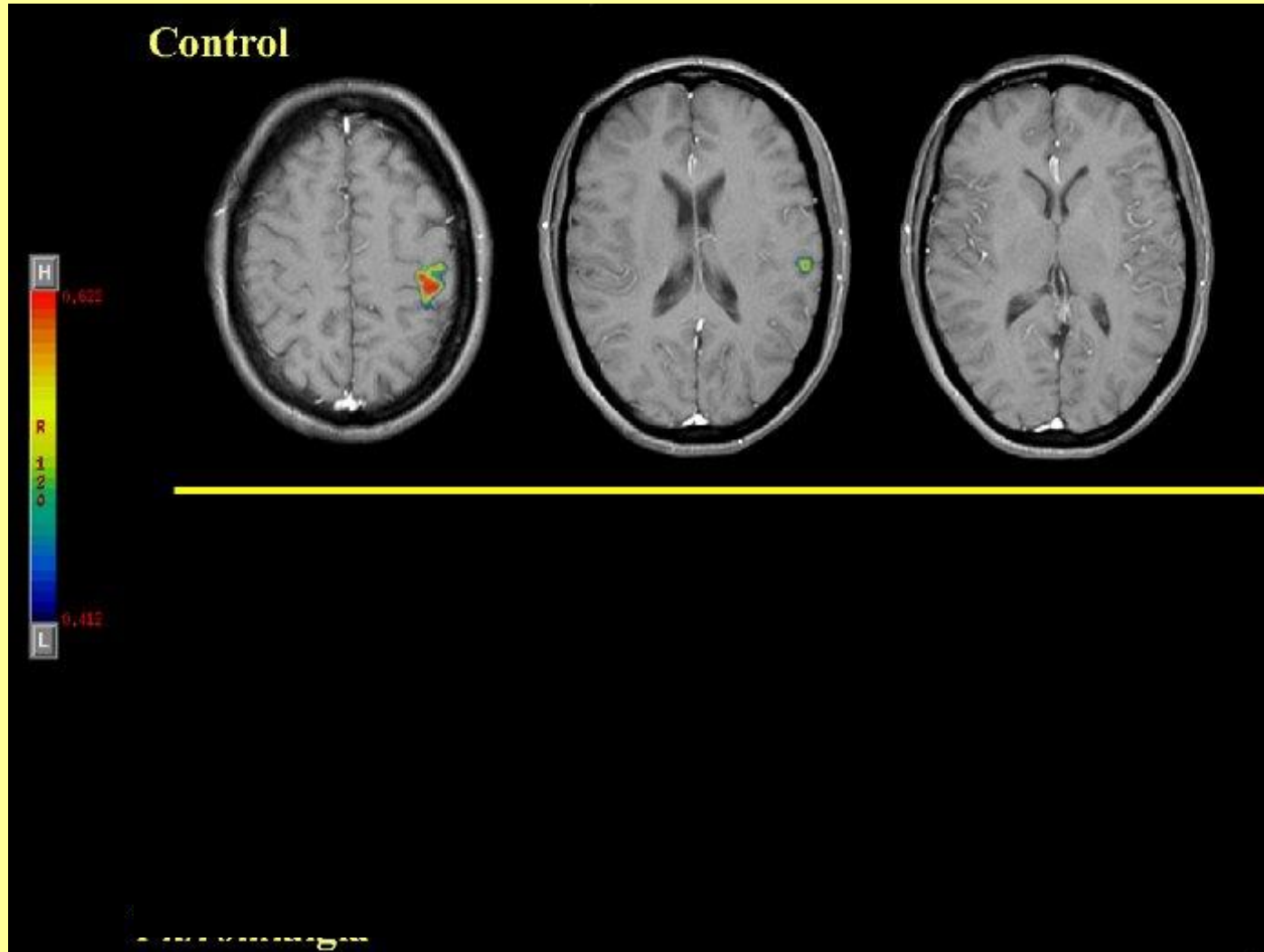
Síntomas:

- Hiperalgesia
- Alodinia
- Fatiga
- Disautonomía
- Hipersensibilidad a estímulos externos

Otros trastornos que pueden producir sensibilización SNC

- Sdr Fatiga crónica
- Hipersensibilidad química múltiple
- Sdr colon irritable
- Vejiga hiperactiva
- Dolor temporomandibular
- Dolor miofascial
- Lumbalgia crónica
- En cualquier sdr doloroso por otro motivo: nociceptivo o neuropático puede aparecer: 30 % de pacientes con artrosis.

Cambios en el SNC. Imagen¹

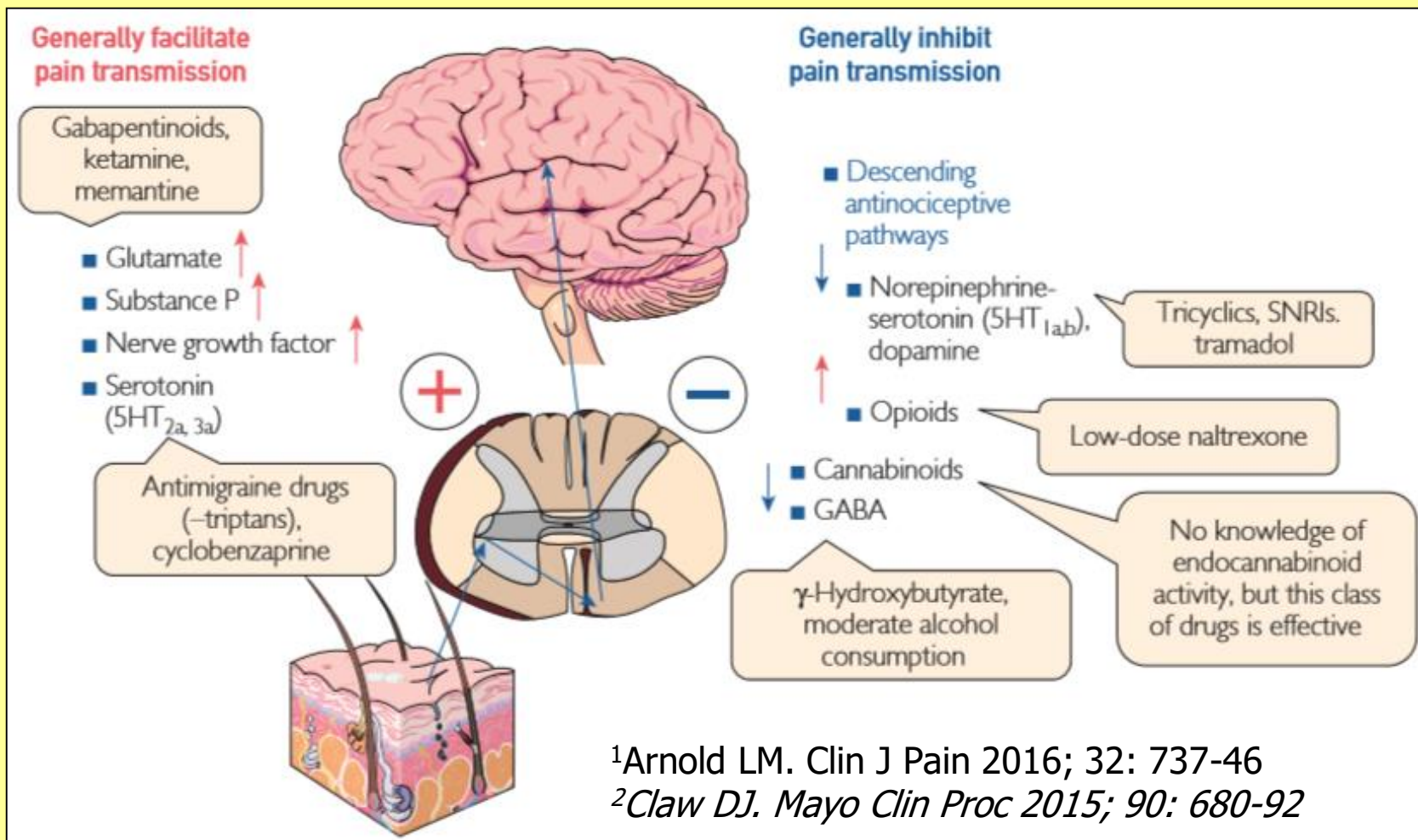


RM funcional. Aplicación de un estímulo de 4 Kg/cm² a un control sano y a un paciente con FM*

**Deus J. Reumatol Clin 2009; 5: 228-32*

Cambios en el SNC. Neurotransmisores²

- Alteraciones en la conectividad entre la ínsula y la red neuronal por defecto (default mode network)¹
- Alteraciones en neurotransmisores²:





Criterios **diagnósticos**

Cuándo sospechar FM en At Primaria

- Dolor politópico
- Alodinia.
- Cansancio
- Sueño no reparador
- Otros síntomas somáticos: parestesias, mareos, cefalea, polaquiuria, dispepsia, estreñimiento/diarrea (colon irritable).
- Deterioro de la funcionalidad del / la paciente.

Criterios diagnósticos

- No hay consenso internacional. El diagnóstico se basa en el criterio del médico con experiencia en el manejo de este tipo de pacientes.
- Nosotros usamos dos de los 3 más aceptados:
 - Criterios ACR 1990
 - Criterios preliminares ACR 2010

Criterios ACR 1990

- Dolor generalizado > 3 meses
 - Parte izquierda y parte derecha
 - Por encima y por debajo de la cintura
 - Dolor axial
- Dolor a la presión en $\geq 11 / 18$ puntos ACR

* **Wolfe F, et al.** The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis Rheum 1990;33:160-72.

Puntos dolorosos ACR

Explorando al paciente por delante

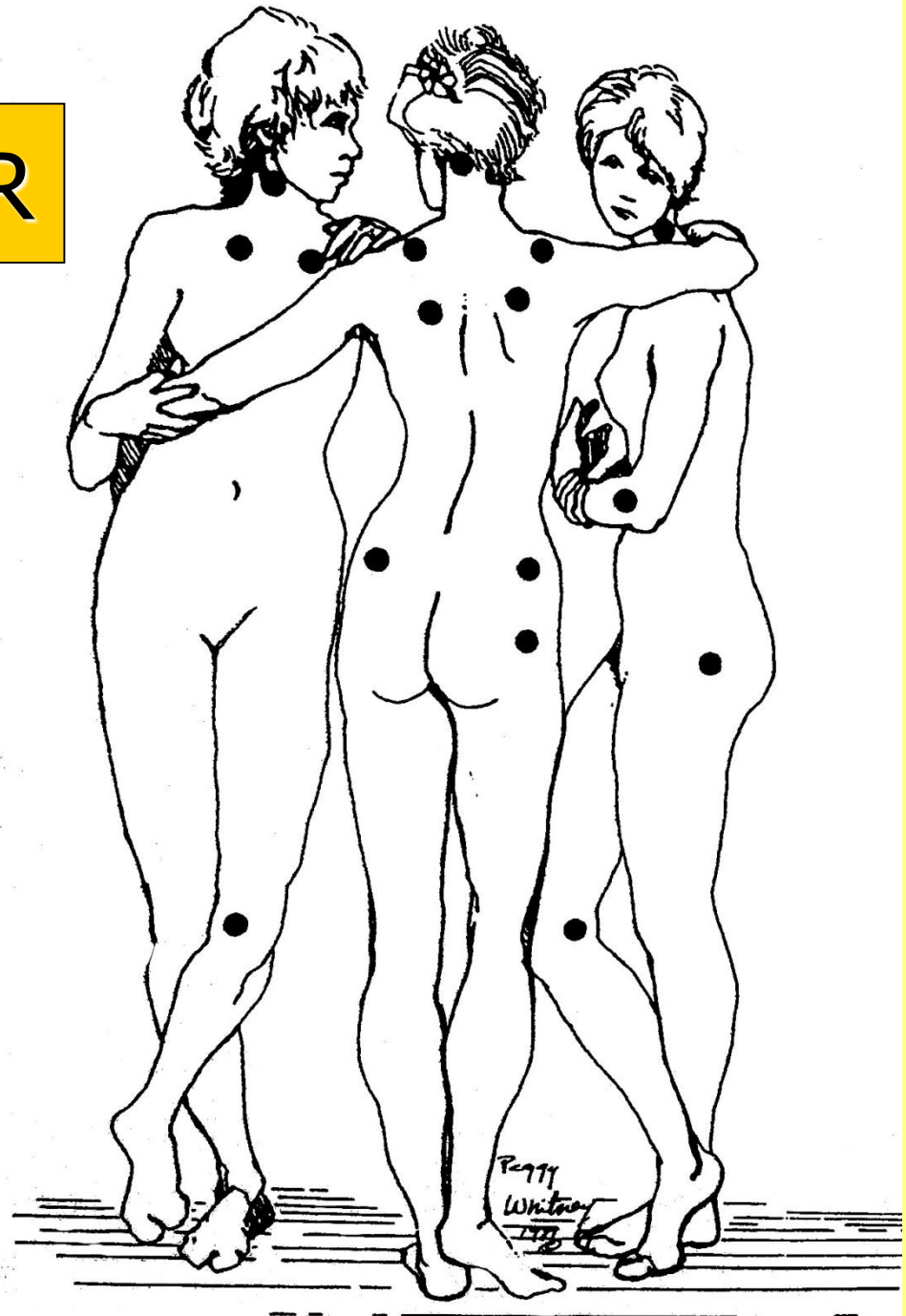
(4 pares de puntos)

- Trapezio: punto medio de su borde superior.
- 2ª costilla: en la 2ª unión costo-condral, justo lateral a la unión.
- Epicóndilo lateral: 2 cm distal a los epicóndilos.
- Rodilla: sobre la almohadilla grasa medial proximal a la interlínea.

Explorando al paciente desde atrás

(5 pares de puntos)

- Occipital: sobre inserción muscular a nivel suboccipital.
- Cervical bajo: sobre cara anterior de los espacios intertransversos C5-C7.
- Supraespinoso: en su origen, por encima de la espina de la escápula, cerca del borde medial.
- Glúteo: cuadrante supero-externo de las nalgas, en el pliegue muscular anterior.
- Trocánter mayor: posterior a la prominencia trocantérea.



Criterios ACR preliminares 2010

ÍNDICE de DOLOR GENERALIZADO (IDG)

Ponga una cruz sobre cada área en la que ha sentido dolor durante la semana pasada:

Columna cervical	Mandíbula Dcha
Columna dorsal	Mandíbula Izda
Columna lumbar	Pecho
Hombro Dcho	Abdomen
Hombro Izdo	Cadera / nalga Dcha
Brazo Dcho	Cadera / nalga Izda
Brazo Izdo	Muslo Dcho
Antebrazo Dcho	Muslo Izdo
Antebrazo Izdo	Pierna Dcha
	Pierna Izda

Cuente el número de áreas que ha marcado y anótelas aquí:

ÍNDICE de GRAVEDAD de SÍNTOMAS (IGS)

Indique la gravedad de sus síntomas durante la semana pasada, utilizando las siguientes escalas, que se puntúan de 0 (leve) a 3 (grave):

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

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

Trastornos cognitivos (pérdida de memoria, dificultad de concentración)
0 = No ha sido un problema
1 = Leve, ocasional
2 = Moderado, presente casi siempre
3 = Grave, persistente, grandes problemas

Suma el valor de todas las casillas marcadas y anótelas aquí:

ÍNDICE de GRAVEDAD de SÍNTOMAS (2ª parte)

Marque para cada casilla que corresponda a un síntoma que ha sufrido durante la semana pasada:

Dolor muscular	Pitidos al respirar (sibilancias)
Ideas o pensamientos sobre problemas que no se quitan de la cabeza	Fenómeno de Raynaud (manos blancas /moradas con el frío)
Fatiga / Agotamiento	Urticaria
Problemas de comprensión o memoria	Zumbidos en los oídos
Debilidad muscular	Vómitos
Dolor de cabeza	Acidez / ardores de estómago
Calambres en el abdomen	Aftas (úlceras) orales
Entumecimiento / hormigueos	Pérdida o cambios en el gusto
Mareos / vértigo	Convulsiones
Insomnio	Ojo seco
Depresión	Respiración entrecortada
Estreñimiento	Pérdida de apetito
Dolor en la parte alta del abdomen	Erupción en la piel
Nauseas	Intolerancia al sol
Ansiedad / nerviosismo	Dificultades de audición
Dolor torácico (en el pecho)	Moraduras frecuentes (hematomas)
Visión borrosa	Caída de cabello
Diarrea	Micción frecuente (orinar muchas veces)
Boca seca	Micción dolorosa (dolor al orinar)
Picores	Espasmos vesicales
Síndrome de colon irritable	Hormigueos o acorchamientos

Cuente el número de síntomas marcado y anótelos aquí:

Si tiene 0 o 1 síntomas, su puntuación es 0.

Entre 2 y 11, su puntuación es 1.

Entre 12 y 24 su puntuación es 2.

25 o más, su puntuación es 3.

Puntuación de la ESS 2ª Parte:

Puntuación de la ESS (Parte 1ª + Parte 2ª):

(diag cd IDG ≥ 7 e IGS ≥ 5 , o IDG entre 3 y 6 e IGS ≥ 9)

Derivación al especialista

- Para confirmar diagnóstico
- Diagn diferencial.
- SALUD MENTAL: Cuando alta sospecha de patología psiquiátrica asociada:
 - Catastrofismo
 - Depresión previa o concurrente
 - Conflicto emocional que el paciente no sabe resolver.
- (Buscador de compensación: se ruega avisar)



Los tratamientos

farmacológico y no farmacológico

EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia

G J Macfarlane,¹ C Kronisch,^{1,2} L E Dean,¹ F Atzeni,³ W Häuser,^{4,5} E Fluß,¹ E Choy,⁶
E Kosek,⁷ K Amris,⁸ J Branco,⁹ F Dincer,¹⁰ P Leino-Arjas,¹¹ K Longley,¹²
G M McCarthy,¹³ S Makri,¹⁴ S Perrot,¹⁵ P Sarzi-Puttini,¹⁶ A Taylor,¹⁷ G T Jones¹

- Se requiere: Diagnóstico precoz y adecuada información al paciente, incluyendo material escrito.
- Medicamentos: recomendación “débil” especialmente para casos con:
 - Dolor severo (duloxetina, pregabalina, tramadol) o
 - Importante tr del sueño (amitriptilina, ciclobenzaprina, pregabalina).
- Ejercicio: Es la única **recomendación fuerte**:
 - Ejercicios aeróbicos, ejercicios de fortalecimiento,
 - Tanto en el suelo o en el agua
 - → Efecto sobre el dolor, función física y sensación de bienestar físico y mental.

Tratamiento farmacológico*

- Analgésicos simples (Paracetamol a dosis plenas) o AINEs (etoricoxib 90 u otros).
- Tramadol
- Duloxetina: 30-60 mg/día
- Pregabalina: 25-300 mg/día
- Amitriptilina: 10-25 mg/día, antes de la cena.
- Ciclobenzaprina: 10 mg/día, antes de la cena

Pero con frecuencia encontramos pacientes polimedicados que lo que necesitan es alguien que les controle reducción de dosis de medicación y número de fármacos.

** Ver notas al pie de diapositiva.*

- Otras terapias no farmacológicas (todas con recomendación débil)
 - Acupuntura
 - Hidroterapia y balneoterapia
 - Terapia cognitivo conductual
 - Movimiento meditativo: Tai Chi, Chi Kung, Yoga y combinaciones
 - Mindfulness
 - Terapia multicomponente.



Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial

Chenchen Wang,¹ Christopher H Schmid,² Roger A Fielding,³ William F Harvey,¹ Kieran F Reid,³ Lori Lyn Price,⁴ Jeffrey B Driban,¹ Robert Kalish,⁵ Ramel Rones,⁶ Timothy McAlindon¹

¹Center for Complementary and Integrative Medicine and Division of Rheumatology, Tufts Medical Center, Tufts University School of Medicine, Boston, MA 02111, USA

²Department of Biostatistics and Center for Evidence Synthesis in Health, Brown University School of Public Health, Providence, RI, USA

³Nutrition, Exercise Physiology and Sarcopenia Laboratory, Jean Mayer USDA Human Nutrition Research Center on Aging, Tufts University, Tufts University School of Medicine, Boston, USA

⁴The Institute for Clinical Research and Health Policy Studies, Tufts Medical Center, Tufts Clinical and Translational Science Institute, Tufts University, Boston, MA, USA

⁵Division of Rheumatology, Tufts Medical Center, Tufts University School of Medicine, Boston, MA, USA

⁶Center for Mind-Body Therapies, Boston, MA, USA

Correspondence to: C Wang
cwang2@tuftsmedicalcenter.org
Additional material is published online only. To view please visit the journal online.

Cite this as: *BMJ* 2018;360:k851
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k851>

Accepted: 13 February 2018

ABSTRACT

OBJECTIVES

To determine the effectiveness of tai chi interventions compared with aerobic exercise, a current core standard treatment in patients with fibromyalgia, and to test whether the effectiveness of tai chi depends on its dosage or duration.

DESIGN

Prospective, randomized, 52 week, single blind comparative effectiveness trial.

SETTING

Urban tertiary care academic hospital in the United States between March 2012 and September 2016.

PARTICIPANTS

226 adults with fibromyalgia (as defined by the American College of Rheumatology 1990 and 2010 criteria) were included in the intention to treat analyses: 151 were assigned to one of four tai chi groups and 75 to an aerobic exercise group.

INTERVENTIONS

Participants were randomly assigned to either supervised aerobic exercise (24 weeks, twice weekly) or one of four classic Yang style supervised tai chi interventions (12 or 24 weeks, once or twice weekly). Participants were followed for 52 weeks. Adherence was rigorously encouraged in person and by telephone.

MAIN OUTCOME MEASURES

The primary outcome was change in the revised fibromyalgia impact questionnaire (FIQR) scores at 24 weeks compared with baseline. Secondary outcomes included changes of scores in patient's global assessment, anxiety, depression, self efficacy, coping

strategies, physical functional performance, functional limitation, sleep, and health related quality of life.

RESULTS

FIQR scores improved in all five treatment groups, but the combined tai chi groups improved statistically significantly more than the aerobic exercise group in FIQR scores at 24 weeks (difference between groups=5.5 points, 95% confidence interval 0.6 to 10.4, $P=0.03$) and several secondary outcomes (patient's global assessment=0.9 points, 0.3 to 1.4, $P=0.005$; anxiety=1.2 points, 0.3 to 2.1, $P=0.006$; self efficacy=1.0 points, 0.5 to 1.6, $P=0.0004$; and coping strategies, 2.6 points, 0.8 to 4.3, $P=0.005$). Tai chi treatment compared with aerobic exercise administered with the same intensity and duration (24 weeks, twice weekly) had greater benefit (between group difference in FIQR scores=16.2 points, 8.7 to 23.6, $P<0.001$). The groups who received tai chi for 24 weeks showed greater improvements than those who received it for 12 weeks (difference in FIQR scores=9.6 points, 2.6 to 16.6, $P=0.007$). There was no significant increase in benefit for groups who received tai chi twice weekly compared with once weekly. Participants attended the tai chi training sessions more often than participants attended aerobic exercise. The effects of tai chi were consistent across all instructors. No serious adverse events related to the interventions were reported.

CONCLUSION

Tai chi mind-body treatment results in similar or greater improvement in symptoms than aerobic exercise, the current most commonly prescribed non-drug treatment, for a variety of outcomes for patients with fibromyalgia. Longer duration of tai chi showed greater improvement. This mind-body approach may be considered a therapeutic option in the multidisciplinary management of fibromyalgia.

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

Emerging evidence suggests that tai chi mind-body practice has short term

Tratamiento no farmacológico



**EJERCICIO
AERÓBICO**



Ya sea que se
camine o trotte, lo
importante es
ejercitarse del
60 al 80% de
la frecuencia
cardíaca máxima

ADAM



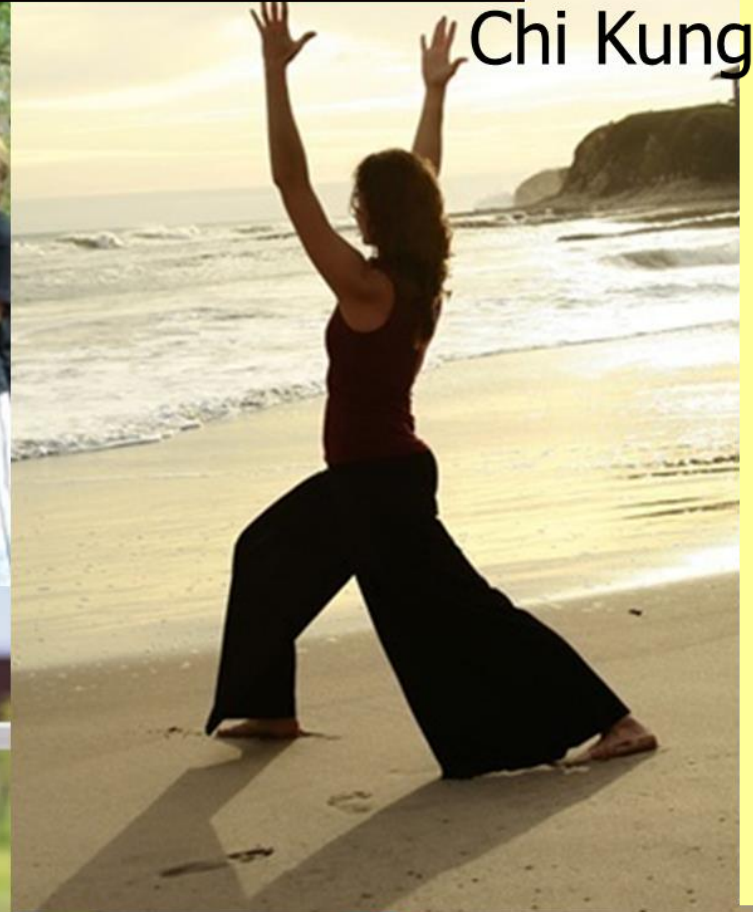


Movimiento meditativo

Tai Chi



Chi Kung



Yoga



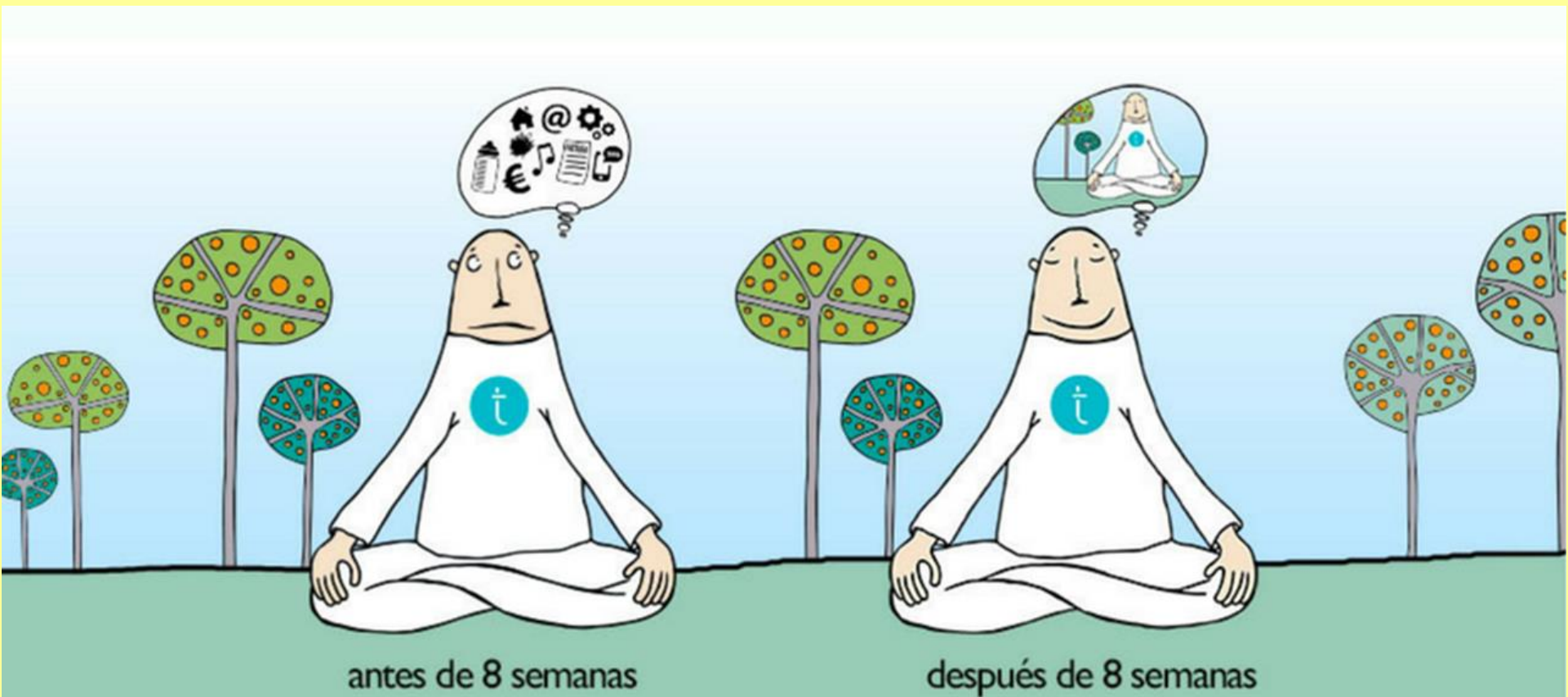
Pilates



Pilates



Mindfulness





El manejo **multidisciplinar**

Definiciones. TRATAMIENTO...

- **Multidisciplinar:** un paciente recibe tratamiento por diversos especialistas.
- **Multimodal:** se aplican diversas modalidades de tratamientos por uno o diferentes especialistas.
- **Multicomponente:** diversas Unidades participan en el tratamiento de los pacientes, pero sin hacer distinción de la manera de coordinarse.
- **Interdisciplinar:** diversas Unidades se coordinan para diseñar el abordaje terapéutico de los pacientes.

Derivación a la Unidad de FM del Hospital de St Vincent

- Afectación moderada o severa en paciente no demasiado mayor.
- Mala respuesta al tratamiento
- Inadaptación a la enfermedad
- El paciente acepta implicarse en su propio tratamiento.

Unidad de FM del Hospital de St Vicent





Casos clínicos interactivos

Mujer de 26 años con poliartralgias

1993. Mayo. ♀26 madre de 3 hijos con dolor generalizado de predominio cervical unos 3 a evolución, tras parto de su 2º hijo, cansancio, sueño superficial y no reparador, mareos ortostáticos, ansiedad y palpitaciones.

> Refiere que, desde niña ya había presentado episodios de dolor ocasional mucho más leves...

EXPL: Pts ACR > 11/18.

ANALISIS: Normales

RX Col cervical: sin hallazgos.

JC: FIBROMIALGIA.

TRATAMIENTO: Aconsejo reducir sobrecarga física, asocio Diclofenaco, dosis aisladas de diazepam y remito a RH para tratam físico dirigido a col cervical.

2005. Se han ensayado diversos fármacos sin encontrar mejoría. Rehabilitación ineficaz. Se re-interroga sobre posibles situaciones estresantes o conflictos emocionales, lo cual niega.

EXPLORACIÓN: Pts ACR 15/18, resto s.h.

Múltiples pruebas de IMAGEN: RX lumbar, Pelvis y Rodillas, RM Cervical, Eco de Hombros, TAC de congruencia fémoro-patelar: hiperpresión rotuliana externa, leve escoliosis dorso-lumbar, protrusiones cervicales.

JC: FIBROMIALGIA asociada a prob Tr Ansiedad. Hiperpresión rotuliana externa.

TRATAMIENTO:

- Se insiste en la importancia del ejercicio, evitar sobrecarga de actividades y fomentar actividades gratificantes.
- MEDICACIÓN: se ensayan nuevos fármacos

2007. Entra en el Estudio ICAF (escala de somatización GHQ28: 6/7)

Se han ensayado múltiples FÁRMACOS, todo ineficaz o mal tolerado:

- Metamizol, diversos AINEs (Alergia a paracetamol), Tramadol, parches de fentanilo 12.
- Amitriptilina, Ciclobenzaprina, Pregabalina, dosis superiores de tramadol, parches de fentanilo 12.
- Diazepam, Zolpidem.

2009. Peor. Se practican nuevas exploraciones para descartar patología orgánica sin encontrar hallazgos relevantes.

Se consulta con Dr Eliseo Pascual (tiene una teoría sobre la FM basada en la importancia del ejercicio físico): La paciente continúa igual pero deja de acudir a consulta

2011. Se separa de su marido y se queda a cargo de sus 3 hijos. Sigue sin venir al médico y empieza a mejorar.

2018. Tiene 51 a. Prácticamente asintomática de la fibromialgia, Consulta por dolor lumbar mecánico relacionado con sobrecarga relacionada con su trabajo.

Comenta que había sido víctima de maltrato psicológico por su marido desde el inicio de su matrimonio a los 20 años.

JC: Fibromialgia inactiva. Lumbalgia mecánica

Mujer de 59 años con poliartralgias

2017. Agosto. Dolor generalizado de 3 meses evolución (n.o. reviso Hª y consta dolor generalizado + 16/18 puntos ACR en Rehabilitación).
EXPLORACIÓN: histriónica, llora con facilidad en la consulta. Pts ACR 18/18.
ANÁLISIS: PCR 0,95, resto N.

JC: FIBROMIALGIA

Plan: Medidas generales FM y ↑ amitriptilina.

2017. Septiembre: URGENCIAS por dolor de Hombros. Eco Dr Andrés: tenosinovitis bicipital con señal PD extensa perivaina. INFILTRA.

2017. Diciembre: mejoría importante de un hombro. ANÁLISIS: PCR 9,71, VSG 58, Autoinmunidad y HLA B27 negativos.

2018. Mayo: incia Benepali (anti TNF).

2018. Julio: Brote de poliartritis. Se cambia a Simponi y ↑ MTX.

2018. Septiembre: Importante mejoría. Sonríe relajada por primera vez

JC: ARTRITIS Reumatoide seronegativa

Mujer de 52 años con poliartralgias

2018. Marzo. ♀ con dolor generalizado de varios años evolución, especialmente en manos, decaimiento, tristeza dificultad de concentración.

EXPLORACIÓN: puntas de dedos livedoide y ligeramente tumefacta, hemorragias en astilla en cutículas ungueales.

PREGUNTO: Raynaud: sí.

CAPILAROSCOPIA CONSULTA: megacapilares + patrón irregular.

ANÁLISIS que aporta: FG 55.

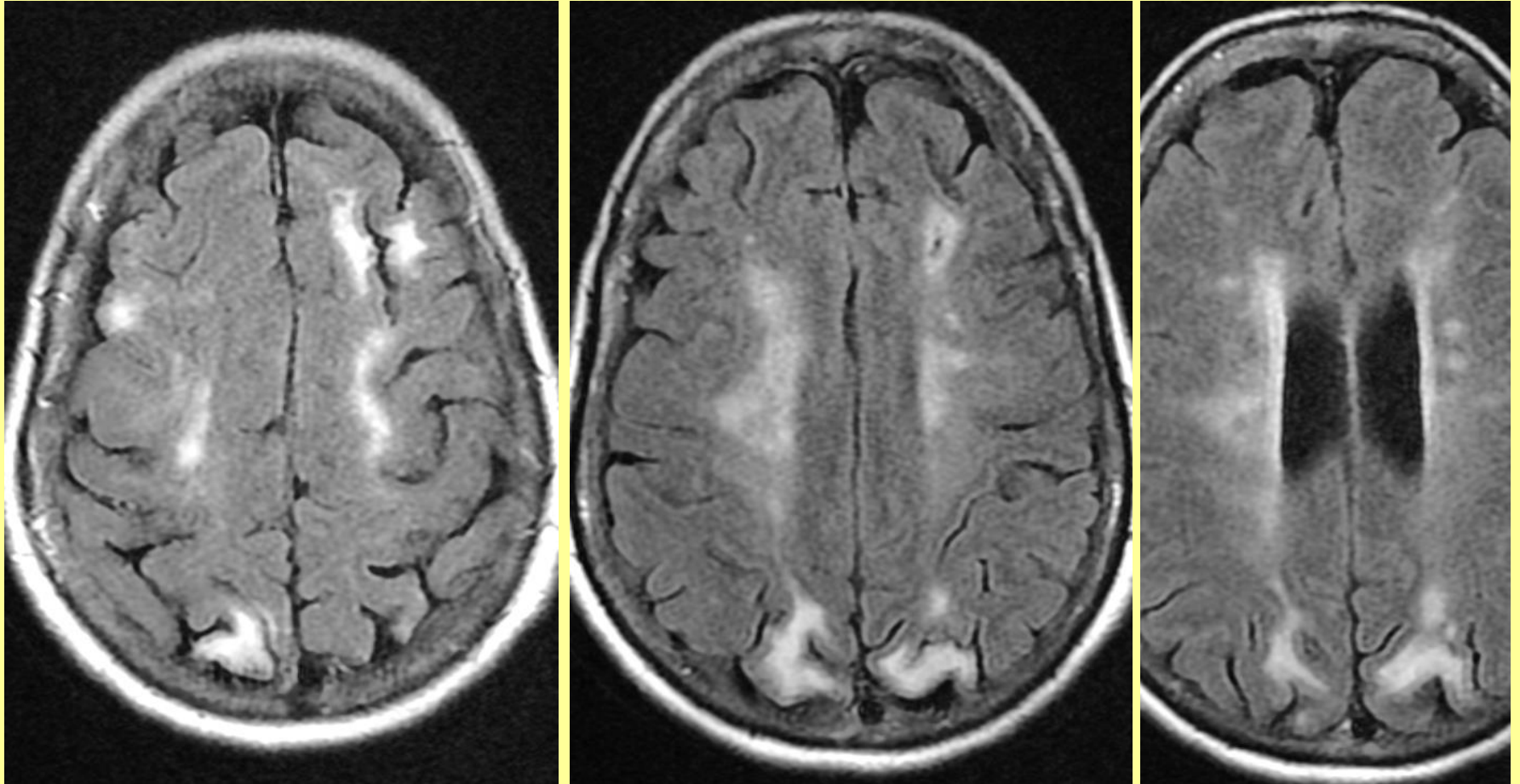
Solicito estudio autoinmunidad e hipercoagulabilidad.

2018. Abril. RESULTADOS:

- ANA 1/160 mot
- Ac anticardiolipina, B2MCG 1 y Anticoag lúpico todos a título alto.
- ECO renal: sin hallazgos.

Se remite preferente a Nefro, se aconseja dejar de fumar y se añade AAS 100 mg/día.

2018. Julio: RM CEREBRAL: af severa sustancia blanca con restos de hemosiderina. Sugiere pat. pequeño vaso crónica severa.



JC: SDR ANTIFOSFOLÍPIDO con afectación SNC, renal, arterias interdigitales

Discusión