

FIBROSITIS

José María ALVARO-GRACIA SANFIZ *

Una de las situaciones que más frecuentemente se presenta en la práctica de la Reumatología es el estudio de pacientes aquejados de dolores musculoesqueléticos, en los que no se objetiva ningún signo de artritis. A menudo estos pacientes son diagnosticados de entidades más definidas, tales como el «dolor psicógeno», «reumatismo no articular», «neuritis», «miositis» o incluso son considerados simuladores. Durante la última década varios estudios han permitido reconocer que un número considerable de estos enfermos presenta una serie de síntomas y signos clínicos comunes, lo que ha dado lugar a la redefinición del síndrome «fibrositis».

El término fibrositis fue introducido en 1904 por GOWERS (1) para describir un cuadro aparentemente caracterizado por inflamación del tejido fibroso en los músculos lumbares. A pesar de que este término es el que goza de mayor aceptación, en la actualidad para denominar al cuadro clínico que describiremos a continuación, debemos señalar que resulta inadecuado, dado que no existe evidencia alguna de inflamación. De ahí que muchos autores consideren más apropiado el nombre fibromialgia.

Este síndrome resulta de gran interés para el médico hidrologista o crenoterapeuta, en virtud de su alta prevalencia entre las personas que acuden a centros crenoterápicos, así como del hecho de que estos lugares poseen ciertas características que resultan de indudable beneficio para los pacientes fibrosíticos.

Cuadro Clínico

La fibrositis o fibromialgia afecta predominantemente (80-90 %) a mujeres de edad media (25-60 años) (2), aunque también ha sido descrita en la adolescencia (3). El cuadro clínico característico consiste en una compleja mezcla de síntomas y signos entre los que destacan los siguientes: dolor, astenia, trastornos del sueño y existencia de puntos dolorosos a la presión (4, 5 y 6).

El dolor es típicamente difuso, con tendencia a una mayor densidad en el tronco y cinturas y pelviana. Generalmente es percibido como profundo y mal delimitado ocasionalmente se refiere como quemazón o adormecimiento, sobre todo en las manos. Algunas veces el paciente relata dolor articular y tumefacción, siendo ésta un dato subjetivo que nunca es confirmado en la exploración. El dolor suele acompañarse de rigidez, especialmente por las mañanas, aunque no es raro que ésta dure todo el día.

La astenia es en algunas ocasiones el principal problema del paciente con fibrositis. Varios factores probablemente contribuyen a esta sensación, incluyendo ansiedad, falta de motivación, depresión, etc.

En más de la mitad de los casos existen trastornos del sueño, aunque en ocasiones el paciente no es consciente de ello y sólo lo relata al ser interrogado que se levanta cansado o irritable (7). Las alteraciones en el sueño pueden tener importancia en la patogénesis de la enfermedad como veremos más adelante.

Es frecuente que el enfermo fibrosítico tenga otros procesos asociados, tales como colon irritable, cefaleas de tensión, síndrome premens-trual o intolerancia al frío (8).

El examen físico se caracteriza por la negatividad de hallazgos objetivos que justifiquen la variedad de síntomas. El único dato positivo lo aporta la detección de múltiples puntos dolorosos a la presión. Estos «puntos hiperálgicos» constituyen la base para poder establecer el diagnóstico de fibrositis (8, 9). Presentan varias características que les otorgan un valor especial y sugieren que no son una mera consecuencia de factores psicológicos. Tienen una localización concreta y predecible en distintos pacientes (tabla 1); a menudo resultan desconocidos para el enfermo, dado que el dolor no ocurre de manera espontánea sino que es provocado por la exploración, los pacientes con fibrositis no presentan hipersensibilidad a la presión en otros puntos

* Vicepresidente de la Sociedad Española de Hidrología Médica.

del organismo utilizados como «puntos control» (tabla II).

La mejor manera de identificar estos puntos dolorosos es mediante palpación firme con el pulgar. Es importante señalar que esta maniobra puede desencadenar dolor en individuos normales pero de intensidad considerablemente menor que en pacientes fibrosíticos.

Diagnóstico

El diagnóstico de fibrositis se basa en la identificación del cuadro clínico característico y la detección de puntos dolorosos. Varios grupos han tratado de establecer criterios diagnósticos para esta enfermedad pero de momento ninguno goza de amplia aceptación (10). Los estudios de laboratorio son normales. Sin embargo, siempre se debe considerar que el síndrome fibrositis puede ocurrir en pacientes aquejados de otras enfermedades reumáticas como artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico, así como neoplasias, endocrinopatías, etc. (11). Por este motivo, aún en presencia de un paciente con una historia típica es importante descartar otros posibles procesos.

Etiopatogenia

La causa y mecanismos involucrados en la aparición de esta enfermedad resultan desconocidos. Sin embargo, varios estudios recientes han arrojado ciertos datos de interés.

MOLDOFSKY et al. (12) han demostrado que los pacientes con fibrositis presentan una alteración en el EEG durante la fase 4 del sueño, consistente en la superposición de un patrón de ondas rápidas alfa (10-12 ciclos/seg.) sobre el ritmo normal delta (1-2 ciclos/seg.). Este fenómeno ha sido denominado sueño alfa-delta. De mayor interés incluso resulta el hallazgo en un estudio posterior de que la privación durante tres noches consecutivas de la fase 4 del sueño (no-REM) indujo, en un grupo de voluntarios sanos, un síndrome de dolor musculoesquelético y puntos hiperálgicos similar a la fibrositis (13). Curiosamente, en un estudio preliminar, tres individuos entrenados a correr de 2 a 7 millas diarias no desarrollaron este cuadro, observación que puede tener gran importancia desde el punto de vista terapéutico.

El patrón de sueño alfa-delta no es específico de la fibrositis. Por el contrario, también ha sido descrito en pacientes con dolor postraumático, stress emocional, apnea del sueño y artritis reumatoide. Resulta interesante considerar que todos estos procesos se pueden asociar a fibro-

sis, lo que ha sugerido la hipótesis de que esta anomalía del sueño no-REM pueda ser un fenómeno central en la patogénesis de la enfermedad (4).

Uno de los aspectos de mayor controversia reside en la valoración de los factores psicológicos en estos pacientes. Durante largo tiempo, la fibrositis ha sido considerada una enfermedad psicosomática producto de ansiedad, depresión o hipocondría. Esta presunción se basaba en estudios de personalidad que mostraban diferencias entre pacientes fibrosíticos y controles (14). Sin embargo, datos más recientes han demostrado que estas alteraciones están probablemente en relación con errores en la selección de cuestionarios de personalidad y controles apropiados, ya que pacientes con dolor crónico de diferentes orígenes presentan alteraciones similares (15, 16).

Muchos investigadores han tratado de identificar posibles alteraciones histológicas que justificaran la sintomatología de la fibrositis. Varios estudios de biopsias musculares han detectado algunas anomalías como atrofia de fibras de tipo II, aumento de los depósitos de glucógeno, irregularidades mitocondriales, disminución del contenido de ATP, ADP y fosforil creatina, todas ellas consideradas no específicas o en relación con inactividad (17, 18).

Todos estos datos sugieren que la fibrositis es un síndrome de amplificación del dolor en el que una alteración en la fase 4 del sueño tiene un papel patogénico esencial. El origen de esta alteración y su mecanismo perpetuador resultan desconocidos.

Tratamiento

El manejo del enfermo con fibrositis es difícil, debido a la inexistencia de un tratamiento verdaderamente eficaz, a lo que se une con frecuencia una actitud de desconfianza por parte del paciente, que impide su cooperación para adoptar las medidas necesarias dirigidas a la modificación de algunos aspectos de su estilo de vida. Es fundamental explicarle la naturaleza de la enfermedad, resaltando que no es un proceso invalidante ni pródromo de un cuadro más grave.

Los antiinflamatorios no esteroideos son menos eficaces que en otros procesos reumáticos, aunque a veces brindan cierto alivio (19). La amitriptilina (10-25 mg.) o ciclobenzaprina (10-20 mg) en dosis única por la noche han demostrado ser útiles en virtud de su acción sobre el desorden del sueño. Como regla general, las benzodiazepinas deben evitarse dado que pueden reducir la duración de la fase 4 del sueño.

El ejercicio físico desempeña un papel altamente beneficioso, pero se debe insistir en la instauración de un programa gradual, pues de lo contrario es frecuente que el paciente experimente un empeoramiento inicial de su sintomatología que le induzca a abandonar la práctica.

Tratamiento crenoterápico

Cada vez aumenta el número de enfermos de fibrositis que acuden a los balnearios ante el fracaso de una terapia medicamentosa efectiva. Debemos considerar tres factores como fundamento de esta terapia: la acción fisioterápica de la cura hidrotermal (calor local, masaje, etc.), la acción del movimiento y ejercicio en el medio líquido termal (flotación y libertad de movimientos) y la acción sedante y de reposo psíquico que en época vacacional se consigue en estos Centros Termales.

Debemos anticipar que a diferencia con otras clases de reumatismos crónicos donde debemos evitar que acudan a los balnearios en las fases de reagudización de sus procesos, evitando las movilizaciones prematuras y la acción fisioterápica de los baños y chorros, aquí, por el contrario, debemos comenzar el tratamiento incluso en las fases más agudas de dolor aunque siempre procurando comenzar con un tratamiento suave y progresivo.

¿Qué clase de aguas minerales debemos utilizar? Desde luego aguas de gran termalidad en las que predomine la acción sedante de sus iones: aguas sulfurado-magnésicas, balnearios de Lugo, Retortillo (Salamanca), Ledesma (Salamanca); las sulfatadas hipotermiales de Alhama de Granada, Villavieja de Nules (Valencia); las bicarbonatadas hipotermiales de Alhama de Aragón, Molgas (Orense) y las aguas radiactivas de escasa mineralización, como las Caldas de Oviedo, Fortuna (Murcia), Fuencaliente (Ciudad Real), Zújar (Granada), etc.

Como técnica a emplear en estos enfermos están: balneación en baños individuales o en piscinas, los chorros directos, las duchas combinadas con masajes hidroterápicos, los ejercicios en piscinas e incluso los fangos, lodos o peloides radiactivos de gran utilidad por su acción tónica analgésica y sedante.

La Balneación en bañera a temperatura suave al principio: 35-36° C durante 10 a 12 min. aumentando en días sucesivos hasta 39° C. Deben utilizarse las primeras horas de la mañana cuando se manifiesta rigidez matutina y en ayunas. Aunque a veces es conveniente cambiar el horario en enfermos que no deben madrugar. Los chorros directos a presión variable así como tam-

bién la temperatura entre 38° y 43° C pueden utilizarse bien en cabina o en el propio baño, siempre dirigidos a los puntos dolorosos que manifiesta el paciente. La duración es de 3 a 6 min. Estas aplicaciones pueden también realizarse bajo el agua aprovechando los baños o lugares apropiados. Esta clase de masaje bajo el agua así como las duchas combinadas de Vichy, son de gran utilidad en esta clase de enfermos.

Otro de los factores a tener en cuenta es el climático como tratamiento coadyuvante de los balnearios; es recomendable un clima sedante de media altura, entre 400-800 m., mejor de montaña baja o llanura y alejado del mar, evitando los climas húmedos y fríos así como las rápidas oscilaciones de presión atmosférica o temperatura. Datos que coinciden con la ubicación de la mayor parte de los balnearios de España.

TABLA I

PUNTOS DOLOROSOS A LA PRESION DE LA FIBROSITIS •

1. Punto medio del borde superior del trapecio (dcha. e izqda.).
2. Segunda articulación condrocostal, a menudo más marcado en la superficie superior de la costilla, en el origen del pectoral mayor (dcha. e izqda.).
3. Dos cm. distal al epicóndilo (dcha. e izqda.).
4. Punto medio del cuadrante superior externo de la región glútea (dcha. e izqda.).
5. Parte medial de la rodilla, sobre el ligamento colateral media (dcha. e izqda.).
6. Región lumbar, sobre los ligamentos interespinosos de L4-L5 y L5-S1.
7. Región cervical, en la inserción de los músculos nucales en el occipital.
8. Origen del supraespinoso, encima de la espina de la escápula cerca de su borde medial.

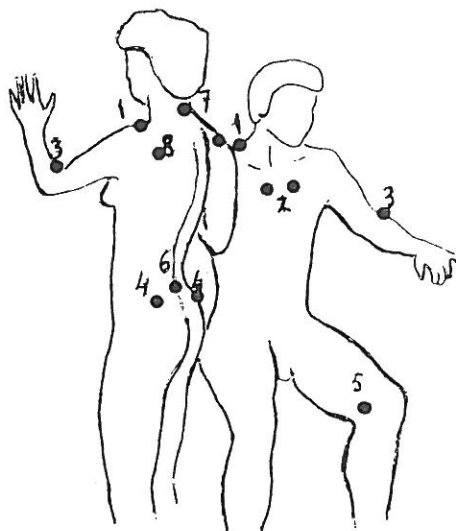
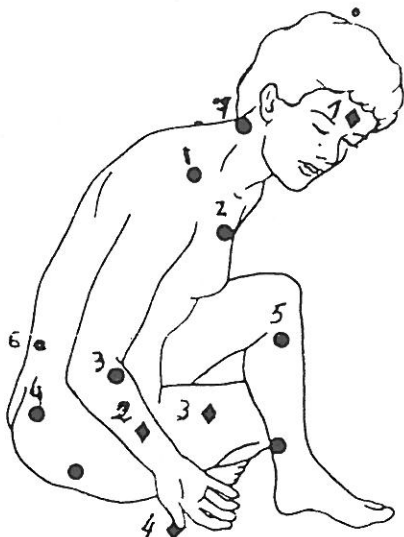


TABLA II

PUNTOS DE CONTROL ♦

1. Parte central de la frente.
2. Punto medio de la superficie anterior del antebrazo.
3. Punto medio de la cara anterior del muslo.
4. Extremo del dedo pulgar.



BIBLIOGRAFIA

1. GOWERS WR. (1904) Br. Med. J. 1:117.
2. WOLFE, F. y col. (1985) J. Rheumatol. 12:1159.
3. YUNSU, M. B. y col. (1983) Arthritis Rheum. 26:817.
4. BENNET R. M. (1989) en Textbook of Rheumatology. Ed. Kelley WN y col. Saunders.
5. SMYTHE, H. A. (1989) en Arthritis and Allied Conditions. Ed. McCarty D. J. Lea & Febiger.
6. WOLFE, F. (1986) Am. J. Med. 81 (suplem. 3A); 85.
7. MOLDOFSKY, H. (1986) Am. J. Med 81 (suplem. 3A) 85.
8. YUNUS, M. B. y col. (1981) Arthritis Rheum. 11; 151.
9. CAMPBELL, S. M. y col. (1983) Arthritis Rheum. 26: 817.
10. WOLFE, F. y col. (1985) J. Rheumatol. 12:1159.
11. HARDIN, J. G. Jr. (1986) en Clinical Rheumatology. Ed. Ball G. V. y Koopman W. J. Saunders.
12. MOLDOFSKY, H. (1975) Psychosom. Med. 37:341.
13. MOLDOFSKY, H. (1976) Psychosom. Med. 38:35.
14. PAYNE, T. C. y col. (1982) Arthritis Rheum. 25:213.
15. SMYTHE, H. A. (1983) J. Rheumatol. 11, 939.
16. BRADLY, L. (1986) Arthritis Rheum. 29 (supl.): 923.
17. KALYAN-RAMAN, U. P. y col. (1984) J. Rheumatol, 11:808.
18. BENGTTSSON, A. y col. (1986) Arthritis Rheum. 29:817.
19. BENNET, R. M. (1986) Am. J. Med. 81 (A): 15.
20. ARMIJO VALENZUELA, M. (1986) Compendio de Hidrología Médica. Ed. Cient.º Med.