

REFERENCIAS

1. Rey-Calero, J. *Método epidemiológico y salud de la comunidad*. Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1989.
2. Barrett-Connor, E. Infectious and chronic disease epidemiology: separate and unequal? *Am J Epidemiol*, 1979, 109: 245-249.
3. Stewart, GT. Limitations of the germ theory. *Lancet*, 1968, 1: 1977-2081.
4. Jenicek, M, Cléroux, R. *Epidemiología. Principios. Técnicas. Aplicaciones*. Salvat Editores, SA, Barcelona, 1987.
5. Berkelman, RL & Buehler, JW. Public health surveillance of non-infectious chronic diseases. The potential to detect rapid changes in disease burden. *Int J Epidemiol*, 1990, 19: 628-635.
6. Tafur, LA. El enfoque epidemiológico para un buen estudio de casos. *Colombia Med*, 1984, 15: 81-83.
7. Guerrero, R, González, CL & Medina, LE. *Epidemiología*. Fondo Educativo Interamericano SA, Bogotá, 1981.

Sección: Revisión de temas

Fibromialgia. Diagnóstico diferencial

Pérez Starusta, M.D., Oscar Gutiérrez, M.D.*

Reumatismo extraarticular. Denominado también reumatismo de tejidos blandos, comprende un grupo heterogéneo de síndromes que se manifiestan por dolor, espasmo y rigidez del sistema musculoesquelético y extraarticular.

Debido a que agrupa síndromes muy diversos en su naturaleza, es difícil clasificarlos. Los autores de este artículo proponen la siguiente clasificación:

- A. Síndromes generalizados: fibromialgia o fibrositis. Síndromes localizados: síndromes miofasciales.
- B. Dolor lumbar y trastornos de los discos intervertebrales.
- C. Tejidos periarticulares. Tendinitis y tenosinovitis (bursitis).
- D. Fasciitis.
- E. Sufrimiento muscular y ligamentoso crónico.
- F. Distrofia refleja simpática.
- G. Neuropatías por compresión.
- H. Reumatismo psicógeno.

Fibrositis o fibromialgia. Es indispensable diferenciar 3 grupos de entidades que se han mezclado y confundido en la literatura. La fibromialgia o fibrositis; los síndromes miofasciales localizados; y el reumatismo psicógeno.

Síndromes de amplificación de dolor. Son un grupo de desórdenes de la función neurológica con cambio en la modulación del dolor a nivel espinal o más alto, pero

no a nivel de corteza cerebral. Con este nombre se han clasificado estas entidades:

1. Síndromes de fibrositis.
2. Síndromes de distrofia refleja.
3. Piel endeble por terapia con corticosteroides.
4. Retiro de narcóticos (deprivación).

Fibromialgia o fibrositis. Es una enfermedad generalizada, de etiología desconocida, que compromete varios tejidos periarticulares en forma difusa y simultánea.

Clasificación (Criterios del American College of Rheumatology, 1990).

1. **Historia de dolor generalizado.** Dolor difuso que implica dolor en el lado izquierdo o derecho del cuerpo, dolor por encima de la cintura o por debajo de ella. Además, dolor del esqueleto axial (columna cervical) o dolor de la región anterior del tórax, o de la columna dorsal o dolor lumbar bajo.

2. **Dolor en 11 de 18 puntos a la palpación digital.** Dolor a la palpación digital por lo menos en 11 de los siguientes 18 puntos sensibles:

- Occipucio: bilateral, en las inserciones musculares suboccipitales.
- Cervical bajo: bilateral, espacios intertransversos C5-C7.
- Trapezio: bilateral punto medio del borde superior.
- Supraespinoso: bilateral, al origen, encima de la espina

* Docente Adjunto, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

escapular, cerca al límite medial.
 Segunda costilla: bilateral, en las uniones condroc-
 costales, ligemente lateral.
 Epicóndilo lateral: bilateral, 2 cm distal a los epicóndilos.
 Glúteo: bilateral, en cuadrante superoexterno.
 Troncáter mayor: bilateral, posterior a la prominencia
 troncantérea.
 Rodilla: bilateral, paquete medial graso proximal a la
 interlínea.

La palpación digital debe ser con una fuerza aproximada de 4 kg. Para que el punto sensible sea positivo, el sujeto debe manifestar que siente dolor. Se deben cumplir ambos criterios. El dolor difuso debe haber estado presente como mínimo por 3 meses. La presencia de alguna otra entidad no excluye el diagnóstico de fibromialgia. Además se han señalado *cráterios menores* como trastornos del sueño; fatiga o cansancio generalizado "más cansado que al acostarme"; hinchazón subjetiva, adormecimiento; dolor en el cuello, en los hombros; cefaleas crónicas, colon irritable.

Puntos sensibles en orden de frecuencia (Figura 1). Músculo trapecio superior, punto medio; ligemente distal al epicóndilo lateral del codo; cuadrante superior externo de la nalga; ligemente distal al epicóndilo medial del codo; segunda unión condrocostal.

Cuadro clínico. Hay una prevalencia de 5% en la población general; es la segunda entidad en frecuencia después de la osteoartritis. La frecuencia es mayor en el sexo femenino, 80-90%; edad, 20-60 años. No se reconoce si no se piensa en este síndrome. La queja

principal es "me duele todo"; sigue en importancia la fatiga matinal ("más cansado que al acostarme"); y, por último, rigidez muscular y no articular que puede persistir todo el día. Al examen físico son característicos los puntos sensibles de localización definida y que al palpar con el pulgar despiertan dolor localizado allí, sin distribución anatómica regional, o irradiación. Rodar doloroso de pliegue de piel y cambio de color reticular de la piel.

Este síndrome puede acompañar a otras enfermedades generalizadas como la artritis reumatoidea, pero aun así conserva su cuadro clínico característico agregado al cuadro articular correspondiente. También puede encontrarse en polimialgia reumática, vasculitis e hipotiroidismo. Característicamente en estudios del sueño, falta la fase reparadora del sueño (no REM); no es una enfermedad psíquica y es distinta del reumatismo psicógeno. El diagnóstico diferencial, además del reumatismo psicógeno, se debe hacer con los síndromes miofasciales, con la polimialgia reumática y con el síndrome de fatiga crónica. Se ha descrito un subgrupo de pacientes que presentan el síndrome de Raynaud positivo (30%), síndrome de sicca (18%) y anticuerpos antinucleares positivos a título bajo (14%).

Laboratorio. No hay ningún examen que brinde ayuda para el diagnóstico. La eritrosedimentación es normal. La negatividad de estas pruebas de laboratorio sirve para descartar otras entidades en el diagnóstico diferencial.

Tratamiento. Es fundamental dar alguna explicación al paciente sobre el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad y el hecho que no es de origen psíquico. El manejo es un arte: paciencia, empatía, identificación, soporte psicológico. Los corticosteroides no tienen ningún efecto. Los antiinflamatorios no esteroides (AINES) y los analgésicos son de poca utilidad. La amitriptilina en dosis ascendentes, administrada en una sola toma por la noche, es bastante útil. La ciclobenzaprina tiene de manera probable un efecto similar; recientemente se ha utilizado S-adonosil con buenos resultados. Como terapia física se recomiendan los ejercicios de estiramiento y flexibilidad, masajes y ultrasonido.

Síndromes miofasciales. Son síndromes de dolor localizado a un músculo y su fascia, con un punto gatillo, desde el cual se puede provocar el dolor referido al músculo comprometido. Por estos puntos gatillo que reproducen el dolor y por ser el dolor regional o localizado, se diferencia de la fibromialgia; en esta última se encuentran los puntos sensibles con el dolor solamente localizado allí y no referido. Los músculos

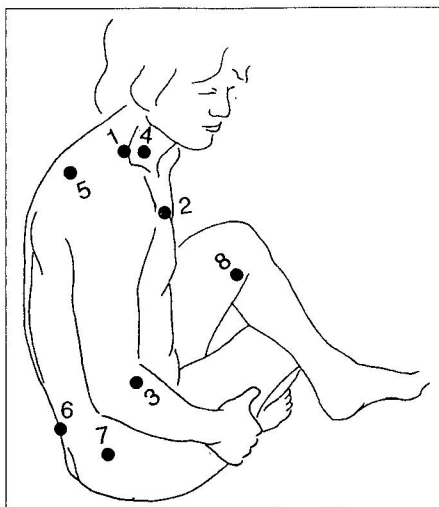


Figura 1. Puntos sensibles más comunes en la fibromialgia.
 1. Trapecio. 2. Uniones condrocostales. 3. Epicóndilos laterales.
 4. Supraespino. 5. Cervical bajo. 6. Lumbar bajo.
 7. Glúteo medio. 8. Paquete graso medio de la rodilla.

con compromiso más frecuente son: trapecio, elevador de la escápula, infraespinoso, romboides y pectoral mayor. El laboratorio y los rayos X no brindan ninguna información.

Tratamiento. AINES; infiltración de los puntos gatillo con xilocaína y corticosteroides.

Reumatismo psicógeno. Se caracteriza por dolor desproporcionado a los hallazgos objetivos; sensibilidad al toque ligero ("síndrome no me toques"); la localización de los síntomas no corresponde a ninguna distribución anatómica; el dolor y la sensibilidad pueden variar de momento a momento, sobre todo si al pacientes se le distrae; no mejora con el tratamiento. Algunos de los síndromes descritos son: dorsalgia benigna, cervicobraquial, acroparestesias nocturnas, coccidinia, xifodinia, síndrome de piernas inquietas. Merece destacarse el síndrome de piernas inquietas por su frecuencia y el poco conocimiento que de él se tiene. El paciente se queja de fastidio en las piernas durante la noche, y las mueve de manera constante porque no les encuentra acomodo. Producen resultados aceptables los anti-depresivos y la carbamazepina.

Se transcribe la descripción del paciente con reumatismo psicógeno que hace Rotes-Querol por considerarla muy acertada:

1. Urgencia dramática no justificada en la solicitud de la cita.
2. Una lista escrita de quejas y preguntas "de manera que no olvide nada" ("maladie des petits papiers").
3. Un sobre masivo de radiografías y múltiples exámenes que incluyen comidas y enemas baritados, electrocardiograma, electroencefalograma, etc.
4. Exigencia que el doctor examine primero el archivo de investigaciones donde verá la causa de los terribles dolores (señalará algún hallazgo trivial como un pequeño osteofito, o una zona pequeña de gas abdominal, elevación de las antiestreptolisinas o del colesterol).
5. Preocupación por invalidez futura que se basa en nada, o en unos pequeños nódulos de Heberden, como ejemplos de padres o amigos con estos cambios que murieron o quedaron inválidos.
6. Los pacientes vienen con algún acompañante. Estos son de dos tipos: tipo C el cómplice, el esposo o la madre, que forman parte de la confrontación con el médico, y le dicen que el paciente no es quejumbroso a pesar de que sufre intensamente y señalan las zonas dolorosas mientras describen tratamientos fallidos anteriores con frases como: "las pastillas nos producen dolor de estómago" o "nos aplicamos el supositorio". El otro tipo es el ML, *marido liberado*,

que lee el periódico tranquilamente mientras su mujer explica sus problemas. El tipo C ayuda a la paciente a desvestirse, a subirse a la camilla y a veces le sostiene la mano durante el examen.

7. El paciente no se puede relajar durante el examen. Cuando se le pide que incline el tronco lateralmente, levanta los brazos en abducción: el signo del aeroplano. El examen de la movilidad articular se frustra por la resistencia muscular inmediata.
8. Las preguntas sobre dolor o inmovilidad articular o sensibilidad son contestadas sí o no, pero con grandes muecas faciales de sufrimiento.
9. En ocasiones el paciente toma la mano o el antebrazo del médico por temor al dolor o como si buscara protección.

Cuadro 1
Diagnóstico Diferencial

	Fibrositis fibromialgia	Síndromes miofasciales	Reumatismo psicógeno
Sexo	F: 80-90%	Igual	F > M
Dolor	Generalizado	Localizado	Sin patrón definido
Fatiga	Todos	No	Variable
Rigidez	Generalizada	Localizada	Variable
Examen físico	Puntos sensi- bles, localiza- ción típica	Puntos gatillo dolor referido distribución predecible	Negativo
Tratamiento	Antidepresivos tricíclicos soporte psi- quico	AINES infiltración puntos gatillo	Ninguno con éxito

LECTURAS RECOMENDADAS

- Bennet, RM. Fibromyalgia. *JAMA*, 1987, 257: 2802-2803.
- Dinnerman, H, Goldenberg, DL & Feldson, DT. A prospective evaluation of 118 patients with the fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol*, 1986, 13: 368-373.
- Gerstner, J. *Manual de semiología del aparato locomotor*. 4a. ed. Universidad del Valle-FES, Cali, 1985.
- Hench, PK. Nonarticular rheumatism. Pp. 608-628. In *Rheumatic diseases. Diagnosis and management*. Katz, WA (ed), 2nd ed, JB Lippincott Co, Philadelphia, Toronto, 1988.
- Lizarazo, H. Síndromes dolorosos miofasciales. *Bol Asoc Col Reumatol*, 1986, 17.
- Lynch, M & Jayson, MIV. Fasciitis and fibrositis. *Clin Rheum Dis*, 1979, 5: 833-855.
- Rotes-Querol, J. The syndromes of psychogenic rheumatism. *Clin Rheum Dis*, 1979, 5: 797-805.
- The American College of Rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 1990, 33: 160-172.
- Uribe, O. Reumatismo no articular. Pp. 363-381. En *Fundamentos de medicina*. Molina, J (ed). 3a. ed, Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, 1988.
- Waxman, J. Fibromyalgia and menopause. *Postgrad Med*, 1986, 80: 165-171.
- Wolfé, F, Smythe, H, Yunus, M, et al. Symposium on fibrositis. *Am J Med*, 1986, 81S: 115.

Addendum. Después de escrito este trabajo, apareció un artículo de Thompson en el Boletín de la Clínica Mayo sobre revisión del tema, en el cual se defiende un término usado en la Clínica desde 1950, "tension myalgia" (mialgia por tensión), y lo propone como una palabra que unifica a fibrositis, fibromialgia y síndromes miofasciales en un grupo. Sostenemos que la fibro-

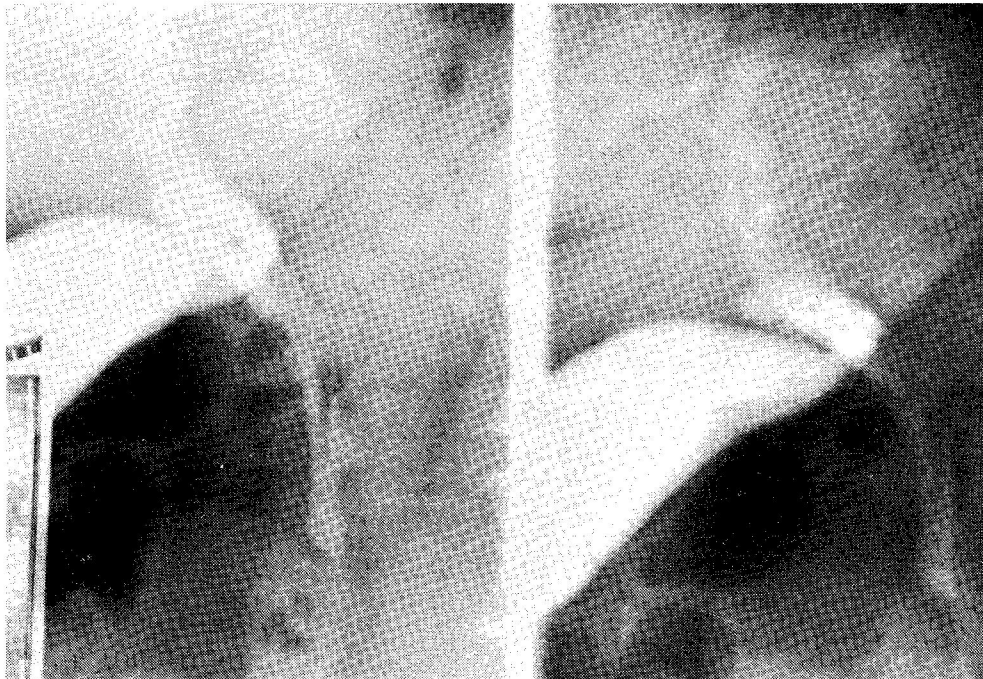
mialgia, término que está reemplazando el de fibrositis, es una entidad muy definida y que como tal tiene muy poco o nada que ver con los síndromes miofasciales.

Thompson, JF. Tension myalgia as a diagnosis at the Mayo Clinic and its relationship to fibrositis, fibromyalgia, and myofascial pain. *Mayo Clin Proc.* 1990, 65: 1237-1248.

Sección: El caso radiológico

El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera, M.D.*



HAGA SU DIAGNOSTICO

Mujer joven que acudió al médico por dolor de tipo cólico en el hipocondrio derecho. El dolor, de varias horas de duración, no cedía con los antiespasmódicos usuales, y apareció en forma de descargas episódicas.

Nunca antes había presentado un dolor semejante, igualmente había vómito bilioso que ni mejoraba ni empeoraba el dolor. El examen físico era normal, sin señales de ictericia. Las pruebas de laboratorio: leucograma, bilirrubinemia, amilasemia, se consideraron dentro de límites normales. Se tuvo la impresión clínica de cálculos biliares. Se ordenó una colangiografía transperitohepática (CTPH).

* Profesor Titular, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Social, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.