

FIBROMIALGIA

El *New England Journal of Medicine* (NEJM) ha publicado un artículo de revisión de práctica clínica sobre la [fibromialgia](#). La fibromialgia se caracteriza por generalizado persistente, que puede afectar a cualquier tejido corporal, y suele acompañarse de fatiga, alteraciones del sueño, del estado de ánimo y la memoria, así como de una mayor sensibilidad a estímulos no dolorosos, como la luz, el ruido o los olores. Puede aparecer de forma aislada o asociada a otras afecciones dolorosas crónicas o superponerse a enfermedades como las autoinmunes o la artrosis.

Su prevalencia se sitúa aproximadamente entre el 4 y el 6 % y es entre 1,5 y 2 veces más frecuente en mujeres que en hombres. La mayoría de los casos pueden tratarse adecuadamente en atención primaria.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la **valoración clínica**. Los criterios actuales tienen en cuenta tanto la extensión del dolor como la presencia y gravedad de otros síntomas, entre ellos la fatiga, las alteraciones del sueño y el estado de ánimo deprimido. Puede establecerse aunque coexistan otras enfermedades, ya que no es un diagnóstico de exclusión. No existen pruebas de laboratorio específicas, por lo que las pruebas complementarias deben solicitarse según el contexto clínico, con el fin de detectar otras afecciones concomitantes o que presenten manifestaciones similares.

Medidas no farmacológicas

Constituyen la base del tratamiento y comprenden entre otras:

- **Educación y autocuidado:** puede ser útil explicar que el dolor no siempre se correlaciona con inflamación o daño tisular, sino que puede relacionarse con alteraciones de su procesamiento por el sistema nervioso central. Debe transmitirse que se trata de una enfermedad crónica, generalmente sin cura, pero tratable, y que las medidas de autocuidado desempeñan un papel fundamental.
- **Intervenciones conductuales:** la terapia cognitivo-conductual es la intervención más estudiada.
- **Actividad física:** puede reducir el dolor y mejorar otros síntomas, destacando el ejercicio aeróbico y el fortalecimiento muscular.
- **Tratamiento multidisciplinar:** también puede aportar beneficios sobre el dolor, el sueño y la depresión.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos, en general, aportan beneficios modestos y pueden ocasionar efectos adversos clínicamente relevantes.

- **Antidepresivos tricíclicos:** amitriptilina y nortriptilina pueden ser útiles, como en otras situaciones de dolor crónico. Su administración en una sola toma, unas horas antes de acostarse, permite potenciar el efecto hipnótico. Puede ser útil aumentar gradualmente la dosis hasta que el paciente refiera una mejoría del sueño.
- **Gabapentinoides:** con gabapentina y pregabalina también puede ser útil aumentar gradualmente la dosis, ya que buena parte de su beneficio sintomático parece relacionarse con la mejoría del sueño profundo.
- **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN):** la mejoría del dolor y otros síntomas no parece explicarse únicamente por su efecto sobre la depresión. Los antidepresivos con mayor actividad noradrenérgica, como duloxetina, parecen más eficaces que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como citalopram.
- El **tratamiento combinado** ha mostrado mayor eficacia que la monoterapia, como se ha observado con la asociación de un IRSN y un gabapentinoide.
- **Paracetamol, AINE y opioides** no suelen ser útiles, aunque los analgésicos no opioides pueden estar indicados si coexiste dolor nociceptivo. Los **opioides deben evitarse** por el riesgo de hiperalgesia, sobredosis, adicción y aumento de la mortalidad, y en caso de utilización, podrían preferirse tramadol, buprenorfina o tapentadol, y que existen algunas evidencias favorables para la naltrexona a dosis bajas.