

11223
20/89



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Post-grado
FACULTAD DE MEDICINA
Hospital Regional 1o. de Octubre ISSSTE

FIBROSITIS: Estudio de 25 casos

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

presenta

DR. JOSE VICENTE ROSAS BARRIENTOS



Asesor:

DR. OSCAR SAITA KAMINO

México, D. F.

1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVO	3
MATERIAL Y METODOS	3
RESULTADOS	5
DISCUSION	13
BIBLIOGRAFIA	16

INTRODUCCION.

El progreso en el conocimiento de las enfermedades es el resultado de cuidadosas observaciones. Sin embargo, éstas pueden ser en un principio erróneas, para posteriormente con nuevos planteamientos corregir las mismas y con esto conocer con exactitud dicha enfermedad.

Tal es el caso de la fibrositis que en un principio -- su parte de dos hipótesis falsas. La primera planteada por Sir Williams Gowers en 1904, cuando al publicar un artículo sobre "lumbago", menciona que la sintomatología es por la -- presencia de una fibrosis muscular, con lo que acuña el -- término de fibrositis (13). Posteriormente, en ese mismo -- año, R. Stockman en su descripción patológica de la enferme -- dad, refiere cambios inflamatorios en los "nódulos doloro -- sos", apoyando lo mencionado por Gowers. Dichas hipótesis -- fueron válidas por más de 30 años (13,26).

Nuevas investigaciones efectuadas por Collins en 1940, comprueban que no existe proceso fibrótico, por el contra -- rio, los cambios patológicos son inespecíficos y con esto -- el concepto de "nódulos dolorosos" perdió validez (13).

En observaciones posteriores se ha podido constatar -- que, los pacientes con fibrositis presentan los llamados -- problemas asociados como depresión, cambios en la personali -- dad, y el incremento de los síntomas cuando existen estados -- tensionales, pero no se explicaba la fisiopatología de la -- enfermedad (26).

Un conocimiento más fino de la enfermedad, se dió a -- la par de los nuevos descubrimientos en relación a la neuro -- fisiología del dolor, y a las alteraciones en la fase de -- los no movimientos oculares rápidos (NMOR) durante el sueño.

En relación a la neurofisiología del dolor, se ha descubierto un sistema de modulación interno en el cual se interrelacionan médula espinal, tálamo, y corteza. Dicho sistema basa su función en la interrupción del estímulo aferente doloroso, ésta interrupción se puede realizar en cualquier punto ya señalado.

Ahora bien, en el sistema nervioso central, se ha detectado que la principal sustancia que favorece la analgesia es la producción de beta endorfinas. En el sistema nervioso localizado a nivel medular la sustancia que favorece la analgesia es la secreción de serotonina principalmente - (9).

Para el correcto funcionamiento de este sistema de modulación es necesario: 1) la producción de beta endorfinas; 2) la activación de las neuronas que secretan serotonina; 3) la activación de un estímulo descendente que inhiba a las neuronas que transmiten el dolor; y 4) la presencia de stress o algún estímulo que produzca dolor (9).

Por otro lado, ante la observación de que los pacientes referían la presencia de un sueño no reparador, se efectuaron varias investigaciones al respecto, las que concluyeron: 1) la existencia de anomalías de las ondas alfa del electroencefalograma durante la fase REM del sueño; 2) el paciente con fibrositis presenta más frecuentemente sueño con miclonías; 3) estos cambios debían de asociarse con algún estímulo externo como problemas psicofísicos, estímulo nocivo ambiental (ruido); y 4) alteración del metabolismo cerebral en forma particular para la serotonina (21).

Partiendo de los conocimientos mencionados, Rodolfsky sugiere la administración de fármacos que incrementen los niveles neuronales de serotonina. Se emplean desde la administración de serotonina hasta la de carbidopa, pero por pre-

sencia de efectos colaterales indeseables no abandona su uso. Sin embargo, al probar con la administración de antidepresivos tricíclicos, del tipo de amitriptilina, por su efecto - de estimular la secreción de serotonina neuronal se observó que existía mejoría de los pacientes, por esto actualmente es una de las bases para el tratamiento de esta patología - (10,21).

Al no contar esta enfermedad con una relación causa-efecto, fué necesario crear criterios de diagnóstico basados primordialmente en la experiencia clínica, estos serán mencionados posteriormente (2,27).

Como se ha mencionado previamente, los pacientes tienen problemas de depresión, personalidad y un mal manejo de estímulos externos, por esto es necesario entablar una adecuada relación médico-paciente (20).

OBJETIVOS.

Conocer el comportamiento de la fibrositis en nuestro medio.

MATERIAL Y METODOS.

Se efectuó un estudio prospectivo en el Hospital Regional "1º de Octubre" del ISSSTE, para la detección de pacientes con fibrositis durante el periodo comprendido de diciembre de 1985 a septiembre de 1987.

Se registran edad, sexo, tiempo de evolución del padecimiento.

Los criterios de inclusión fueron: debilidad generalizada o cansancio de por lo menos tres meses de evolución, -

presencia de un signo de tres puntos dolorosos de los siguientes señalados: trapecios, articulación cervicovertebral, epicóndilos, músculo supraespinoso, columna cervical baja, columna lumbar, codo, codo, y rodilla.

Los criterios de exclusión son: presencia de enfermedad reumatológica activa o bien deformante en algún punto de los rese, traumatismo previo en la región del punto doloroso e, las últimas. También, radiografía del punto doloroso anormal, y la presencia de enfermedad sistémica que altere el estado general del paciente en forma importante.

Se consideró que si el paciente presentaba el antecedente de alguna enfermedad reumatológica y cumplía los criterios de inclusión se le clasificó como portador de fibrositis secundaria.

Dentro de los problemas asociados se investigó la presencia de: cefalea, trastornos del sueño, trastornos funcionales digestivos (síndrome irritabile), alteraciones de la personalidad, estado anímico, "sobrepeso", anemia hemolítica, anemia megalocítica.

Se les clasificó también en algún nivel particular de presentación en: articular, esqueleto axial, miélica, dolor generalizado, neurovascular, y musculoesquelético.

Se consideró también, el síntoma primordial de cada paciente: dolor muscular, rígido, y fatiga.

A todos los pacientes se les efectuó radiografía del punto doloroso.

Los exámenes de laboratorio practicados fueron: hemograma hemático completo, velocidad de eritrosedimentación, Valor Bazo, glucosa sérica, BUN, creatinina, ácido úrico, colesterol, proteínas totales, albúmina, globulina, fosfatasa alcalina, deshidrogenasa láctica, transaminasa glutámico

oxalacética, y creatinina fosfoquinasa.

Si el paciente presentaba algún padecimiento asociado a esta patología su tratamiento era llevado dentro del servicio de Medicina Interna del mismo hospital.

Se investigó de manera intencional los tratamientos previos que recibieron nuestros pacientes.

Todos los pacientes recibieron aspirinilina a dosis de 25 mgf diarios, por las tardes, dos veces. Se les explicaron cuales pudieran ser los efectos secundarios de este fármaco.

En el primer mes de seguimiento, se les citaba cada dos semanas, para corroborar evolución y exámenes solicitados.

En todos los casos, se les explicaba adecuadamente lo relacionado a su enfermedad y el manejo que se llevaría a cabo.

El seguimiento ha continuado posteriormente a la fecha de terminación de este estudio.

Al ser este un estudio observacional y no tener un grupo control y/o testigo el análisis estadístico se basa únicamente en porcentajes de positividad o negatividad y/o mostrando la presencia de un punto determinado.

RESULTADOS.

Durante el periodo señalado se identificaron 21 pacientes portadoras de fibrositis. De estos 21 fueron del sexo femenino (ver tabla 1).

En relación a la edad de presentación, nuestro paciente más joven fue de 16 años y el más viejo otra mujer de 65 años de edad. El grupo que presentó el mayor número de casos lo fué el comprendido de 31 a 40 años de edad con 10 pacientes (ver tabla 2).

TABLA 1

Distribución por sexo

	No	%
Femenino	21	84
Masculino	4	12
TOTAL	25	100

TABLA 2

Distribución por edad

	No	%
10 - 20	1	4
21 - 30	4	16
31 - 40	10	40
41 - 50	6	24
51 - 60	3	12
61 - 70	1	4
TOTAL	25	100

En relación al tiempo de evolución, el que menos tenía fué de cuatro meses y en un caso fué de 8 años. El porcentaje mayor se presentó entre uno y dos años (ver tabla 3).

TABLA 3
Tiempo de evolución

	No	%
3 - 6 meses	5	20
7 -11 meses	1	4
1 - 2 años	8	32
3 - 4 años	5	20
5 - 6 años	5	20
7 - 8 años	1	4
TOTAL	25	100

La mayoría de nuestros pacientes presentaron -- fibrositis primaria y solo 3 casos fué secundaria asociada a artritis reumatoide (ver tabla 4).

TABLA 4
Tipo de fibrositis

	No	%
Primaria	22	88
Secundaria	3	12
TOTAL	25	100

El número de puntos dolorosos para este estudio tuvo un rango de 3 a 11, en un 32% de los casos presentaron entre 9 y 12 (ver tabla 5).

TABLA 5
Número de puntos dolorosos
por paciente

Puntos dolorosos	No de pacientes	%
3 - 5	3	12
6 - 8	7	28
9 -12	9	32
13 -14	7	28
TOTAL	25	100

Los puntos dolorosos que con mayor frecuencia se detectaron fueron los epicóndilos y columna cervical baja en 22 casos (ver tabla 6).

TABLA 6
Frecuencia de presentación
de puntos dolorosos

Cervical	22/25
Trapezio	20/25
Supraespinoso	21/25
Condraesternal	17/25
Epicóndilos	22/25
Lumbar	14/25
Glúteo medio	10/25
Rodilla	11/25

El síntoma que con mayor frecuencia se presentó fue el dolor muscular (ver tabla 9).

TABLA 9

Síntomas

Síntoma	No de pacientes
Dolor muscular	25/25
Rigidez	7/25
Fatiga	12/25

Todos los exámenes radiográficos efectuados se encontraron normales.

En relación a los estudios de laboratorio, es de hacer notar que una paciente tenía ANA positivo, sin embargo no se correlaciona con enfermedad reumatológica demostrada en estudios subsecuentes. En un caso la glicemia elevada era paciente diabético, los cambios en las globulinas fueron de elevaciones discretas (ver tablas 10, 11, 12).

TABLA 10

Datos de laboratorio

Examen	Normal	Anormal
Hemoglobina	25/25	0/25
Hematocrito	25/25	0/25
VSG	25/25	0/25
ANA	21/25	1/25
Waaler Rose	25/25	0/25

TABLA 11
Datos de laboratorio

Examen	Normal	Anormal
Glucemia	25/25	1/25
BUN	25/25	0/25
Creatinina	25/25	0/25
Ac. Úrico	25/25	0/25
Colesterol	25/25	0/25

TABLA 12
Datos de laboratorio

Examen	Normal	Anormal
Proteínas totales	25/25	0/25
Albumina	25/25	0/25
Globulina	22/25	3/25
Fosfatasa alcalina	25/25	0/25
DHL	25/25	0/25
TGO	25/25	0/25
CPK	25/25	0/25

Se detectaron también padecimientos concomitantes en nuestros enfermos (ver tabla 13).

TABLA 13
Padecimientos concomitantes

TB Renal	2
HTA	1
Diabetes Mellitus	1
Asma	1
Cardiopatía isquémica	1

Todos nuestros pacientes recibieron en alguna época de su vida anti-inflamatorios no esteroideos (AINE), por ser catalogados como portadores de artropatías inespecíficas. En un caso recibió tratamiento quirúrgico como se señaló previamente (ver tabla 14).

TABLA 14
Tratamiento previo

	No	%
AINE	25	100
Esteroides	3	12
Quirúrgico	1	4

Durante el seguimiento de los pacientes se pudo constatar que todos respondieron favorablemente a la administración de amitriptilina, que los efectos secundarios eran bien tolerados. Dicha mejoría se hizo aparente a las primeras dos semanas, y se presentaron los pacientes casi asintomáticos al mes de inicio de éste.

DISCUSION.

El paciente que padece de dolor crónico representa para el médico que lo trata una fuente de frustraciones y fracasos, pero además el paciente crea un círculo vicioso que lo puede llevar a una alteración psico-fisiológica (1).

En nuestro estudio de fibrositis el sexo más afectado - lo fué el femenino en un 33%, similar al 30% reportado por Yunis y Campbell (5,27).

Se reporta que la tercera década de la vida es cuando existe mayor incidencia de esta enfermedad (5,27). Sin embargo, en este trabajo el 40% de los pacientes estaba en la cuarta década de la vida, representando el grupo mayoritario de este estudio.

Al realizar el análisis sobre el tiempo de evolución -- de la enfermedad, se encuentran diferentes resultados con respecto a los trabajos clásicos, puesto que para nosotros representó un rango de 3 meses a 3 años, para Yunis fue de 6 meses a 20 años, esta diferencia puede explicarse por tener él un grupo mayor de pacientes (27).

En relación a la incidencia de fibrositis secundaria, - esta variará de acuerdo al sitio de estudio, puesto que si - lica para una clínica reumatológica lleva a ser casi un 13% de sus pacientes estudiados, incluyendo otras patologías -- reumatológicas, para nuestro grupo de estudio es menor esta

incidencia (17,20). Cabe mencionar en este punto que la fibrositis primaria se ha considerado como la tercera causa, después de la artritis reumatoide y osteoartritis, de consulta en reumatología.

Siguiendo los criterios de Seyt's, en relación al número de puntos dolorosos, podemos decir que el mínimo presente en nuestro grupo fué de 5 con un máximo de 17, guardando similitud con los reportados por otros autores (5, 21, 27).

Los puntos dolorosos más afectados con los mismos señalados en diferentes informes (27, 29, 30).

Dentro de los problemas asociados con la fibrositis encontramos que: la cefalea se presentó en un 75% de los casos, a diferencia del 44% reportado por Yunus (27); la presencia de un sueño no reparador fue en un 91,66% casi igual a lo reportado por Campbell (5); los trastornos funcionales digestivos se presentaron en similar porcentaje reportado (27); la depresión se encontró en solo 10 de los 25 pacientes, a diferencia de lo señalado por Godeberg que lo encontró en 22 de sus 31 pacientes (32); y el tipo de personalidad detectado es la misma señalada por la literatura.

Dentro de los moduladores del dolor solo se encontró positivo para 3 casos, sin tener esta similitud a lo señalado por Yunus.

Es interesante notar que nuestros pacientes presentaron mayor sintomatología múltiple y que los informes previos han señalado al tipo de dolor generalizado como la más frecuente (29).

Con respecto a nuestro estudio de una paciente con fenómeno de Raynaud, éste tipo de presentación es sumamente raro y más para la edad de la paciente (?).

Los estudios de laboratorio y gabinete solicitados, son

los que se han recuperado como mínimo para descartar actividad de otra patología, salvo los datos señalados en su momento, nuestros reportes guardan relación con los trabajos clásicos (5,27).

Los padecimientos concomitantes no interfirieron con el tratamiento de la fibrositis y de ninguna manera contribuyeron a la presencia de la misma.

El diagnóstico erróneo o falta del mismo, ha llevado a un mal tratamiento de pacientes con fibrositis; lo mismo encontrado por otros autores, donde se encuentra un abuso de los anti-inflamatorios no esteroideos, o inclusive de esteroideos, manejo que no repercutirá en la mejoría del paciente. Este mismo problema se hace evidente en nuestro estudio (5,9, 10,27).

El tratamiento instalado a nuestros pacientes, es el mismo señalado en otros informes, teniendo una excelente respuesta para el mismo (10,21). Sin olvidar que la relación médico-paciente es vital para esto (20).

Por último, es interesante hacer notar que ha sido tal el impacto de esta enfermedad, que en la actualidad se incluyen estudios que van desde la importancia socioeconómica de la misma, hasta estudios que continúan buscando causa-efecto de esta (6,7,22).

BIBLIOGRAFIA

1. Addison, R.: Chronic pain syndrome. *Am J Med* 77(3A): 51-58, 1984.
2. Bennet, K.: Current issues concerning management of the fibrositis-fibromyalgia syndrome. *Am J Med* 81 (3A):15-18, 1986.
3. Calabro, J.: Fibromyalgia(Fibrositis) in children. *Am J Med* 81 (3A):57-59, 1986.
4. Campbell, S.: Is the tender point concept valid? *Am J Med* 81(3A):33-37, 1986.
5. Campbell, S.; Clark, S.; Tindall, E.A.; et al: A blinded controlled study of symptoms and tender points. *Arthritis Rheum* 25(7):817-824, 1982.
6. Caro, X.: Immunofluorescent studies of skin in primary fibrositis syndrome. *Am J Med* 81(3A):13-19, 1986.
7. Cathey, H.A.; Wolfe, F.; Kleinheferel, S.; Hawley, D.: Socioeconomic impact of fibrositis. A study of 91 patients with primary fibrositis. *Am J Med* 81(3A):78-84, 1986.
8. Clark, S.; Tindall, E.; Bennet, K.: A double blind crossover trial prednisone versus placebo in the treatment of fibrositis. *J Rheumatol* 12:990-993, 1985.
9. Fields, H.: Neurophysiology of pain modulation. *Am J Med* 77(3A):2-7, 1984.
10. Gatter, R.: Pharmacotherapy in fibrositis. *Am J Med* 81(3A):63-66, 1986.
11. Gilliland, B.: Fibrositis. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Braunwald, et al (eds), McGraw Hill, 11a. ed. p 1467, 1987.
12. Goldenberg, D.: Psychologic studies in fibrositis. *Am J Med* 81(3A):67-70, 1986.
13. Hadler, H.: A critical reappraisal of the fibrositis concept. *Am J Med* 81(3A):26-30, 1986.
14. Hench, K.: Secondary fibrositis. *Am J Med* 81(3A):60-62, 1986.
15. Inturrisi, Ch.: Role of opioid analgesic. *Am J Med* 77(3A):27-36, 1984.
16. Leavitt, F.; Katz, R.; Golden, H.; et al.: Comparison of pain properties in fibromyalgia patients and rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum* 29(6):775-781, 1986.
17. Masi, A.; Yunus, M.: Concepts of illness in populations as applied to fibromyalgia-syndromes. *Am J Med* 81(3A):19-25 1986.
18. McCain, G.: Role of physical fitness training in the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Am J Med* 81(3A):73-77, 1986.

19. Modolfsky, H.: Sleep and musculo-skeletal pain. *Am J Med* 81(3A):85-89, 1986.
20. Posner, R.: Physician-patient communication. *Am J Med* 77(3A):59-67, 1984.
21. Rice, J.: "Fibrositis" Syndrome. *Med Clin North Am* 70(2):155-166, 1986.
22. Russell, J.; Vidraio, G.; Morgan, W.; Bowden, Ch.: Is there a metabolic basis for the fibrositis syndrome? *Am J Med* 81(3A):50-51, 1986.
23. Simons, D.: Fibrositis/Fibromyalgia: A form of myofascial trigger point? *Am J Med* 81(3A):93-95, 1986.
24. Smythe, H.: "Fibrositis" and other diffuse musculo-skeletal syndrome, in the textbook of Rheumatology WJ Kelley, et al (eds). Philadelphia Saunders, 1985, pp 487-489.
25. Smythe, H.: Referred pain and tender points. *Am J Med* 81(3A):90-92, 1986.
26. Smythe, H.: Tender point: Evolution of concept of the fibrositis/fibromyalgia syndrome. *Am J Med* 81(3A):2-6, 1986.
27. Yunus, M.; Hasi, A.; Calabro, J.; et al.: Primary Fibromyalgia (fibrositis): Clinical study of 50 patients with matched normal control. *Arthritis Rheum* 11(1):151-171, 1981.
28. Yunus, M.; Kalyan-Raman, V.; Hasi, A.; et al.: Pathologic changes in muscle in primary fibromyalgia syndrome. *Am J Med* 81(3A):38-42, 1986.
29. Wolfe, F.: The clinical syndrome of fibrositis. *Am J Med* 81(3A):7-14, 1986.
30. Wolfe, F.; Cathey, H.A.: Prevalence of primary and secondary fibrositis. *J Rheumatol* 10:965-969, 1983.
31. Wolfe, F.: Development of criteria for the diagnosis of fibrositis. *Am J Med* 81(3A):99-107, 1986.