

Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de fibromialgia en un centro asistencial de Chiclayo

Characteristics of the patients with the diagnosis of fibromyalgia in a medical center in Chiclayo

Franco Ernesto León-Jiménez¹

RESUMEN

OBJETIVOS. Describir las características de los pacientes con el diagnóstico de fibromialgia. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo de una serie de casos en un consultorio de medicina interna del Hospital de la Solidaridad de Chiclayo, durante el mes de julio del 2008. Se empleó los criterios diagnósticos de la American College of Rheumatology. **RESULTADOS.** De 563 pacientes atendidos en el período de estudio, 55 (9,4%) fueron diagnosticados de fibromialgia; de ellos, 53 eran mujeres (96,4%) y 2, varones (3,6%). El promedio de edad fue 55,1 años; el tiempo de enfermedad promedio, 22,3 meses; el número promedio de puntos positivos, 13,7. Los puntos positivos más frecuentes fueron pectoral derecho, 90,5%, y glúteo derecho, 86,7%. Los síntomas asociados fueron parestesias (91,1%), insomnio (85,7%), cefalea (83,7%), polo matutino (81,3%), vértigo (80,0%), síntomas depresivos (79,2%) y constipación (58,1%). Se dosó TSH en 29 pacientes (54,7% del total); de estos, 12 (41,4%) tuvieron TSH mayor de 4,64 mIU/L. **CONCLUSIONES.** La fibromialgia es relativamente frecuente, principalmente en mujeres, y con síntomas asociados como parestesias, insomnio, ánimo deprimido y vértigo.

PALABRAS CLAVES: Fibromialgia, Insomnio, Depresión.

ABSTRACT

OBJECTIVES. To describe the characteristics of the patients with the diagnosis of fibromyalgia. **MATERIAL AND METHODS.** A prospective and descriptive serial of cases study was done among the patients that were attended in internal medicine outpatient service at Hospital de la Solidaridad, Chiclayo, during July of 2008. **RESULTS.** From 563 patients, 55 (9,4%) were diagnosed of fibromyalgia, 53 (96,4%) were female and 2 (3,6%) were male. The median age was 55,1 year-old. The average time of disease was 22,3 months; the average number of tender points were 13,7, and the most frequent found were right pectoral (90,5%) and right buttock (86,7%). The associated symptoms were paresthesias (91,1%), insomnia (85,7%), headache (83,7%), morning fatigue (81,3%), dizziness (80,0%), depressive symptoms (79,2%) and constipation (58,1%). TSH was measured in 29

patients (54,7%); and 12 of them (41,4%) had TSH above 4,64 mIU/L. **CONCLUSIONS.** Fibromyalgia is a relatively frequent disease, mainly in women; and, associated symptoms as paresthesias, insomnia, depressive symptoms and vertigo.

KEY WORDS: Fibromyalgia, insomnia, depression.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una forma de reumatismo extraarticular caracterizada por la presencia de puntos dolorosos músculo-esqueléticos y de alteraciones en la arquitectura del sueño, frecuentemente asociada con problemas en la esfera afectiva y la presencia simultánea de patologías de tipo funcional.

La primera descripción la realizó William Gowers, en 1904, y fue Philip S. Hench, Premio Nobel por el descubrimiento del uso de esteroides en la artritis reumatoide, que en 1975 describió las primeras características de

1. Médico internista, Hospital de la Solidaridad de Chiclayo; profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo.

la enfermedad en mujeres jóvenes con un componente 'emocional' importante.⁽¹⁾ Los criterios clínicos para el diagnóstico fueron establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR), en 1990.⁽²⁾ La OMS la reconoció, en 1992, como entidad médica.

El diagnóstico de fibromialgia es eminentemente clínico y requiere la presencia de un mínimo de tres meses de dolor muscular generalizado y la presencia de al menos 11 de 18 puntos dolorosos. Estos criterios tienen una sensibilidad y especificidad cercanas al 85%.⁽²⁾

La fibromialgia es la causa más frecuente de dolor osteomuscular generalizado.⁽³⁾ En la consulta del médico general, la prevalencia se estima es de 2,1 a 5,7%, mientras que en los servicios de reumatología alcanza cifras de 10 a 20%.⁽⁴⁾

Según el estudio EPISER (Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española), la prevalencia de la fibromialgia es de 2,4% en pacientes mayores de 20 años, 0,2% en varones y 4,2% en mujeres.⁽⁵⁾ En Perú, existen dos estudios poblacionales acerca del tema: en un barrio urbano-marginal de Lima se encontró una prevalencia del 10%⁽⁶⁾ y en un estudio en Piura, una prevalencia del 6% en pacientes que acudían a consulta ambulatoria.⁽⁷⁾

La fibromialgia es una entidad frecuente en atención primaria y son los médicos generales e internistas los primeros en atender a estos pacientes. La agregación familiar es notoria, en un estudio se determinó que los familiares de los pacientes con fibromialgia tenían 8,5 veces más riesgo de tener la enfermedad.⁽⁸⁾

Es notoria la comorbilidad asociada: artritis reumatoide (15%)^(9,10); lupus eritematoso sistémico (5-40%)^(11,12); hipotiroidismo (17%)⁽¹³⁻¹⁷⁾; depresión mayor (30-60%)⁽¹⁸⁻²¹⁾; diabetes mellitus (4%).⁽²²⁾ Asimismo, es característica la ocurrencia simultánea de otros trastornos funcionales, como síndrome de intestino irritable^(23,24), migraña^(25,26) y dolor lumbar crónico.⁽²⁷⁾

En 1997, en Estados Unidos, el costo por cada paciente con fibromialgia fue de 2 274 dólares. Cada paciente con esta enfermedad en promedio acude a 10 consultas médicas al año y se hospitaliza cada 3 años.⁽²⁸⁾ En un estudio reciente, en California, se encontró que el costo promedio de un paciente con fibromialgia fue de 10 911 dólares, frente a los 10 716 de un paciente con artritis reumatoide⁽²⁹⁾, y produce altos porcentajes de discapacidad laboral. De hecho, en un estudio caso control llevado a cabo en Arabia Saudita se encontró que aproximadamente el 46,8% de los pacientes con fibromialgia refirió pérdida del trabajo debido a la enfermedad.⁽³⁰⁾ Los pacientes no solo no pueden mantener un trabajo

remunerado sino que, además, no se encuentran en condiciones de realizar tareas domésticas.

Varios mecanismos explican este síndrome: 1) amplificación central del dolor; 2) aumento de la sensibilidad en receptores periféricos; 3) alteraciones en la sensibilidad a nivel de serotonina y sustancia P; y, 4) alteración en la arquitectura del sueño.⁽³¹⁾

Por otra parte, el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en los pacientes con esta entidad trae consigo pobres tasas de respuesta, alta recurrencia, efectos adversos y merma en la calidad de vida.

Según datos del INEI procedentes del censo nacional XI de población y VI de vivienda del 2007, con datos proyectados al 2009, la provincia de Chiclayo tiene una población de 799 976 habitantes distribuidos en 20 distritos.⁽³²⁾ El distrito de Chiclayo cuenta con 275 599 habitantes y su demanda en salud se encuentra parcialmente satisfecha por la presencia de dos establecimientos de EsSalud, uno del Ministerio de Salud y dos de las Fuerzas Armadas, además de centros de atención particular. Chiclayo es un centro comercial de referencia con gran cantidad de población transeúnte; confluyen en ella gente proveniente de Cajamarca, Tarapoto, La Libertad, Lima, Piura y Tumbes. El Hospital de la Solidaridad atiende a un grueso número de pacientes tanto de Chiclayo como transeúntes de las zonas mencionadas. En el Hospital de la Solidaridad de Chiclayo se atienden aproximadamente 90 pacientes en el servicio de medicina interna por día, distribuidos en tres consultorios. Se ha observado la presencia constante de pacientes con dolor muscular difuso sin diagnóstico previo, sin ninguna enfermedad orgánica demostrable, con múltiples exámenes auxiliares normales, evaluados por múltiples médicos y sin diagnóstico previo de fibromialgia.

Por tanto, el objetivo de este estudio determinar las características clínicas de los pacientes que cumplen con los criterios diagnósticos de fibromialgia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio tipo serie de casos en los pacientes que acudieron al consultorio de medicina interna del Hospital de la Solidaridad de Chiclayo, durante el mes de julio de 2008.

No se encontró en la literatura una ficha previamente validada para el diagnóstico de fibromialgia. A todo paciente que acudía a consulta externa de medicina con dolor muscular difuso como síntoma principal o como síntoma secundario se le evaluó y se aplicó los criterios diagnósticos del ACR.



A los pacientes que cumplían los criterios de fibromialgia se les aplicó una ficha simple con datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio diseñada a partir de la literatura. Se realizó la recopilación de datos solo en uno de los tres consultorios. No se entrenó a otros examinadores. Solo el investigador examinó a los pacientes. No se incluyó a pacientes atendidos en el consultorio de reumatología.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Tiempo de enfermedad mínimo de tres meses referido como dolor en todo el cuerpo.
2. Dolor en ambos lados del cuerpo así como en la parte superior del tronco, extremidades superiores, cuello, cabeza y parte inferior: piernas, muslos, glúteos y caderas.
3. Presencia de al menos 11 puntos dolorosos de 18.
4. Pacientes con diagnóstico previo de fibromialgia sin tratamiento.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Pacientes con diagnóstico de fibromialgia en tratamiento.

En el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico Excel y el paquete estadístico SPSS versión 12.

RESULTADOS

Se atendieron en el consultorio de medicina interna 563 pacientes del 7 de julio al 8 de agosto de 2008. De ellos, 55 cumplieron con los criterios diagnósticos de fibromialgia del ACR. La frecuencia del diagnóstico de fibromialgia fue de 9,4%; De ellos, 53 pacientes fueron mujeres (96,4%) y 2 varones (3,6%). Al final se incluyó en el análisis solo 53 pacientes, por datos incompletos en los otros dos.

El promedio de edad de los pacientes con fibromialgia fue 55,1 años, con un rango entre 16 años y 91 años. El tiempo de enfermedad promedio antes del diagnóstico fue 22,3 meses. El máximo tiempo de enfermedad fue 360 meses (un paciente con diagnóstico de panhipopituitarismo hecho en el consultorio tras estudio hormonal, y que refirió dolor intenso difuso por varios años). En cuanto a las ocupaciones de los pacientes estudiados se halló que un 70,8% de los pacientes fueron amas de casa. Los dos pacientes varones fueron mayores de 80 años, jubilados.

En cuanto a las comorbilidades, las más frecuentes fueron osteoartritis e hipertensión arterial, presentes cada una en 25,6% del total de pacientes, seguidas de la artritis reumatoide. No podemos mencionar la frecuencia

Tabla 1. Frecuencia de la presentación de los puntos dolorosos en fibromialgia.

Puntos dolorosos	Derecho	Izquierdo
• Occipital	86,7	81,3
• Cervical	73,0	71,1
• Supraescapular	77,3	83,0
• Trapecio	77,3	69,8
• Pectoral	90,5	84,9
• EpitrocLEAR	67,8	67,9
• Glúteo	86,7	84,9
• Trocánter	66,0	58,4
• Bursa anserina	64,1	60,3

del hipotiroidismo subclínico ya que en muchos pacientes no se dosó T4 libre.

El número promedio de puntos positivos fue 13,7. Los puntos más frecuentemente hallados fueron el pectoral derecho, en 90,5%, y el glúteo derecho, en 86,7%; la frecuencia de distribución de los 11 puntos gatillo se presenta en la Tabla 1.

En cuanto a los síntomas consignados se encontró las siguientes frecuencias: cefalea, en 83,7%; vértigo, en 80,0%; insomnio, en 85,7%; polo matutino (sensación de cansancio extremo matutino y/o sueño no reparador), en 81,3%; ánimo depresivo, en 79,2%; constipación, en 58,1%; parestesias, en 91,1%.

De los pacientes que presentaron insomnio, este fue de conciliación, en 4,8%; de segunda mitad, en 59,5%; y, tanto de conciliación como de segunda mitad, en 33,3%.

Tabla 2. Valores de TSH y frecuencia de puntos dolorosos en fibromialgia.

TSH mUI/L	Número de puntos dolorosos	Tiempo de enfermedad (meses)
0,006	11	360
4,9	12	3
5,7	12	12
5,8	14	12
5,8	15	6
6,16	11	5
6,29	18	12
6,48	12	6
7,63	16	12
7,85	13	12
37,56	13	24
113,44	17	Sin datos

Se tienen consignados los datos de 26 pacientes en cuanto a la medicación tomada previamente antes de llegar al consultorio para el alivio del dolor; 22 de 26 pacientes (84,6%) refirieron el uso previo de AINE.

En cuanto a los exámenes auxiliares, solo se tuvo valores de TSH ultrasensible en 29 pacientes (54,7% del total) y datos disponibles de T₄ libre en pocos pacientes. De los pacientes a los que se solicitó TSH, 12 (41,4%) tuvieron TSH mayor de 4,64 mU/L; tres, cifras mayores de 10 mU/L y nueve, entre 4,64 y 10,0 mUI/L. Hubo un paciente con hipotiroidismo secundario en el contexto de un panhipopituitarismo como ya se mencionó.

Del total de pacientes, cuatro tuvieron actor reumatoide positivo y solo dos de ellos cumplieron al menos cuatro criterios para el diagnóstico de artritis reumatoide con títulos altos: 128 mg/dL y 256 mg/dL. De nuestros pacientes se tuvo el valor de la PCR ultrasensible en 31 pacientes, de los cuales fue positiva en 8 (25,8%), con un valor promedio de 16 UI/mL. Tres de estos pacientes tuvieron factor reumatoide positivo y solo uno de ellos tuvo artritis reumatoide. Se obtuvo valores de glucosa en 34 pacientes y solo se halló a dos pacientes diabéticos.

DISCUSIÓN

La elevada frecuencia de fibromialgia en el sexo femenino concuerda con otros estudios; 3,4% en mujeres y 0,5% en varones. Sin embargo, en la consulta externa de este hospital se atienden más mujeres que varones; así, según la estadística del hospital entre el 28 de enero y el 15 de setiembre de 2008 se atendieron 96 644 mujeres y 60 856 varones en todos los servicios, lo que en parte explicaría el alto predominio del sexo femenino (relación 1,6 a 1). A simple vista esta diferencia no basta para explicar los hallazgos de, aproximadamente, 26 mujeres con fibromialgia por cada varón. En el trabajo llevado a cabo por Rivera y col., en España, se encontró una relación mujer/varón de 21:1⁽⁵⁾, la que se parece a la encontrada por el presente estudio.

El promedio de edad de los pacientes es muy parecido al del estudio realizado en Piura, 44,3 años,⁽⁷⁾ y al de las cifras españolas que sitúan a la mayoría de pacientes entre los 40 y 49 años.⁽⁵⁾ Llamó la atención la presencia de dos pacientes varones mayores de 80 años, dato reportado en las estadísticas pero de aparición infrecuente. En estos pacientes, la edad es un signo de alarma para sospechar en entidades diferentes y de pronóstico totalmente diferente que podrían presentarse como un síndrome de fibromialgia: polimialgia reumática, metástasis óseas y mieloma múltiple, etc.⁽⁵⁾

El tiempo de enfermedad fue levemente menor en nuestro estudio: 22,3 meses frente a 28,5 meses en el estudio de Piura.⁽⁷⁾ Estos pacientes suelen cursar con un tiempo de enfermedad largo antes del diagnóstico. Por lo general, son vistos por gran número de médicos antes del establecimiento del diagnóstico.

Por otro lado, un importante porcentaje de los pacientes que acudieron a la consulta del hospital fueron amas de casa lo que podría explicar en parte el alto porcentaje de pacientes con fibromialgia que tienen esta ocupación. Las mujeres de 40 a 49 años formaron la población en la cual fue más prevalente la enfermedad y fueron amas de casa.

Llamó la atención un considerable porcentaje de pacientes que acudieron a la consulta con ingestión previa de AINE, 22 de los 26 pacientes a los que se les preguntó este dato (84,6%), y con pobre respuesta. Es importante mencionar que la pobre respuesta al tratamiento con estos fármacos está descrita ya que, dentro de la fisiopatología, la inflamación no es un mecanismo primordial, a pesar de que se han encontrado varias citocinas aumentadas en estos pacientes.⁽³⁶⁾ Este hallazgo es parecido al encontrado en el estudio colombiano en el que se halló una frecuencia de uso de AINE de 87%.⁽³⁴⁾ Este dato a pesar de las limitaciones del número de entrevistados, hace notar el gran desconocimiento de los médicos (en especial, de los médicos generales) de los criterios de diagnóstico y las bases del tratamiento.

El número de puntos dolorosos que encontramos (13,7) es similar al reportado en el estudio de Lima (14,0).⁽⁶⁾ La frecuencia de la artritis reumatoide y de la osteoartritis fue superior a la observada en la población general. Hubo dos pacientes con artritis reumatoide (3,75% del total) y 13 (25,6%) con osteoartritis. En cuanto a la primera, la prevalencia varió de 0,1% a 1,1%, según el país de origen⁽³⁶⁾, una diferencia evidente con la hallada en nuestros pacientes. La prevalencia de osteoartritis depende de la edad; así, las cifras varían entre 0,1%, en pacientes de 25 a 34 años, y 10 a 20%, entre los 65 y 74 años.⁽³⁷⁾ Nuestros pacientes tuvieron un promedio de edad de 44,3 años, por lo que también la frecuencia de osteoartritis asociada es alta.

En cuanto a los síntomas, la frecuencia de cefalea fue semejante a la hallada en el estudio de Vidal en Piura.⁽⁷⁾ Cabe mencionar que un importante número de pacientes señaló al 'incremento del colesterol' como la causa principal de la cefalea. Dentro de las posibilidades en cuanto a la etiología de la cefalea cabe mencionar a la cefalea tensional, la migraña o una combinación de ambas. Todos los pacientes tuvieron examen neurológico normal. No se aplicó los criterios de la *International*



Headache Society para definir la etiología precisa. En estos pacientes, ninguno tuvo criterios para la solicitud de tomografías cerebrales.

También llamó la atención una mayor prevalencia de parestesias (91% versus 82%, comparado con el estudio piurano), manifestada en la gran mayoría de pacientes como 'quemazón de las palmas de las manos y de las plantas de los pies'. En los pacientes con fibromialgia se ha descrito varias manifestaciones neurológicas, las parestesias son una de ellas. Asimismo, es frecuente la presencia de hiperalgesia cutánea y alodinia^(30,35), manifestaciones asociadas con la presencia del síndrome de hipersensibilidad central, en el que se produce potenciación y refuerzo positivo de los estímulos aferentes que pasan por el asta posterior de la medula, y a la amplificación del estímulo cuando llega al sistema nervioso central⁽³¹⁾, el mismo que sirve como fundamento fisiopatológico de entidades que antes no se sospechaba que estaban relacionadas: migraña, síndrome de intestino irritable, dolor pélvico crónico, disfunción temporomandibular y fibromialgia.

Es importante considerar a la fibromialgia en todo paciente con dolor muscular difuso y parestesias en el diagnóstico diferencial. El síndrome del túnel del carpo es otra manifestación neurológica frecuente en los pacientes con fibromialgia. Pocos de nuestros pacientes tuvieron estudios de conducción nerviosa que nos orientaran a definir la etiología. La disautonomía, también descrita, en estos pacientes se manifiesta como hipotensión ortostática, frialdad distal, palpitaciones y síntomas vesicales e intestinales.^(17,30) Se encontró vértigo en 80% de los pacientes, un síntoma asociado también previamente descrito.⁽¹⁷⁾

En un estudio llevado a cabo en 2003, por Rey de Castro y col., en pacientes ambulatorios del consultorio de medicina interna de un hospital general, se encontró una prevalencia de insomnio de 48%.⁽³³⁾ Los hallazgos en nuestro estudio probablemente difieren ya que nos encontramos frente a pacientes seleccionados que tienen alteraciones del sueño como característica. En el estudio de Rey de Castro se menciona que el 38% de pacientes no consideró digno de mención este síntoma en la consulta.⁽³³⁾ Este dato es buscado pocas veces por los médicos en los pacientes con manifestaciones reumatológicas. El paciente con enfermedad reumatológica, característicamente, se acostumbra a dormir mal. En esta serie de casos el insomnio se presentó en 85,7% de pacientes frente a 92% en el estudio realizado en Piura⁽⁷⁾, el insomnio de segunda mitad (despertar durante la madrugada) fue el más frecuente. La misma alteración del patrón del sueño se encuentra en los pacientes con depresión mayor. En esta enfermedad se en-

cuentran alteraciones de la fase 3 del sueño no-REM (*non-rapid eye movement*), que se traduce en disminución de la concentración del neurotransmisor serotonina en el espacio presináptico. Se sabe que este fraccionamiento del sueño, con compromiso de las fases 3 y 4 y una duración de menos de 6 horas de sueño, es calificado como sueño no reparador. Está ya demostrado que el insomnio está asociado a la presencia de manifestaciones reumáticas.

Si bien es cierto que no aplicamos escalas como la de Hamilton ni los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de depresión, se preguntó acerca de ánimo deprimido (sensación de tristeza profunda que altere las actividades diarias normales durante al menos dos semanas continuas), este dato fue positivo en 79,1% de pacientes y el polo matutino se presentó en 81,3% de pacientes. Según un estudio previo las alteraciones psicológicas presentes en los pacientes con fibromialgia se distribuyeron de la siguiente manera: distimia, 35%; trastorno somatomorfo, 25%; depresión, 20%, y ansiedad, 5%.⁽²⁰⁾ La ansiedad como variable no fue cuantificada. Se hace notoria la importancia de preguntar acerca del estado de ánimo en los pacientes con dolor muscular difuso pues ello permitirá un diagnóstico precoz de esta entidad y de otras como el síndrome de fatiga crónica.^(18,20,21)

Un síntoma presente en más del 50% de pacientes fue el estreñimiento y la gran mayoría de casos de tipo funcional. No se aplicó a estos pacientes los criterios diagnósticos de ROMA III para trastornos digestivos funcionales, elemento fundamental para definir si, por ejemplo, se está ante un síndrome de intestino irritable, entidad ampliamente reconocida como coexistente con fibromialgia.^(27,28)

Lo característico es la alta frecuencia de quejas de los pacientes, que refieren que han visitado varios médicos sin haber obtenido diagnóstico. Se calcula que es aproximadamente cuatro el número de médicos en promedio que un paciente con fibromialgia visita antes de ser diagnosticado. No tenemos cifras del promedio de médicos visitados previamente por paciente en este estudio, pero sí que se presentan a la consulta con múltiples exámenes, la gran mayoría normal, principalmente radiografías de columna lumbar, y gran parte de ellos con evidentes síntomas depresivos (80%) pasados por alto por internistas y médicos generales en su mayoría. Impresionaría que estamos sobrevalorando la presencia de esta enfermedad, pero todos los pacientes cumplieron los criterios del ACR de 1990. Hubo varios pacientes con, por ejemplo, solo 10 puntos gatillo, no incluidos en el estudio, pero enfocados y tratados como pacientes con fibromialgia.

La inclusión solo de pacientes con 11 puntos gatillo no pasa de ser arbitraria; definitivamente en la consulta se

observan varios pacientes que no tienen dolor generalizado importante por más de tres meses o cuyo dolor no es totalmente asimétrico. En estos pacientes, lo más probable es que tengan el denominado síndrome de sensibilización central y fibromialgia asociada. Los criterios están diseñados solo para sistematizar la información en estudios epidemiológicos.

La prevalencia de hipotiroidismo subclínico en la población general es de 4% a 8% y en la población mayor de 60 años es de 15% a 18%.⁽²²⁾ No hay estudios nacionales de prevalencia de hipotiroidismo subclínico. Hay varios reportes en la literatura que asocian el hipotiroidismo subclínico a la fibromialgia. Dadas las características socioeconómicas de los pacientes, solo se dosó TSH ultrasensible; resultados de T4 libre se tuvo en muy pocos pacientes. Asimismo, no hemos descartado elevaciones transitorias de TSH como la coexistencia de enfermedad psiquiátrica aguda (evidente en algunos pacientes de este estudio) y déficit de glucocorticoides. Además, no se llevó a cabo la repetición del dosaje de TSH dada la dificultades descritas. Con estas salvedades, se encontró un alto porcentaje de pacientes con TSH mayor de 4,64 mUI/L: 12 de 29 pacientes (54,7%) en el grupo en el que se pudo dosar TSH (Tabla 2). No se dosó anticuerpos antitiroideos.

Según la literatura, el hipotiroidismo puede simular un cuadro reumático.⁽¹³⁻¹⁵⁾ Se conoce también que los pacientes con enfermedad autoinmune tiroidea tienen fibromialgia en 31% y síndrome del túnel del carpo, en 12%.⁽²³⁾ Otros estudios, como el de Rodríguez-Espinoza en España, señalaron que la prevalencia de hipotiroidismo no fue mayor en los pacientes con fibromialgia (7,2%) que en la población general.⁽²⁴⁾ Esto crea la discusión sobre si amerita hacer el dosaje de la TSH a todo paciente con fibromialgia.

Aproximadamente, 10 a 15% de los pacientes diagnosticados de depresión presenta trastornos subclínicos de la función del tiroides. Si bien el hipotiroidismo subclínico no se considera una causa aislada suficiente para desencadenar depresión, sí se plantea que puede disminuir el 'umbral' y favorecer, con la unión de otros factores, su aparición.⁽²⁵⁾ Asimismo, en mujeres con hipotiroidismo subclínico y niveles elevados de anticuerpos antitiroperoxidasa se ha observado una mayor susceptibilidad de padecer depresión.⁽²⁶⁾ Papadimitriou y Ayala han señalado la asociación de disfunción tiroidea subclínica con trastornos bipolares afectivos.⁽²⁷⁾

Se sabe que la fibromialgia comparte mecanismos fisiopatológicos con el síndrome del intestino irritable y la

migraña, pero no se aplicaron los criterios de ROMA III para el síndrome del intestino irritable ni cuestionarios validados para migraña, lo que nos impide saber si la constipación y la cefalea entran dentro de estos trastornos funcionales.

El número de puntos promedio por paciente fue 13,1, número parecido al de 14,5 del estudio de Vidal.⁽⁷⁾ La proteína C reactiva en los pacientes con fibromialgia suele ser negativa, porque no tiene como base fisiopatológica a la inflamación. Sin embargo, en algunas causas secundarias de fibromialgia como brucelosis, polimialgia reumática, infección con el virus de la inmunodeficiencia adquirida y en pacientes con algún proceso inflamatorio concomitante, como artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico, puede ser positiva. En nuestro estudio, ocho pacientes tuvieron PCR positiva, de los cuales tres tuvieron también factor reumatoide positivo. Este último, como se sabe, es un marcador poco específico y presente en varias enfermedades. No sabemos exactamente cuál fue la causa de la elevación de la PCR en los otros cinco pacientes. Cabe recalcar que en el presente estudio no se llevó a cabo serología para *Brucella* ni determinación de anticuerpos antinucleares, en el tamizaje de los pacientes, debido a las características socioeconómicas de la población. No hubo pacientes con sospecha de polimialgia reumática.

El presente estudio demostró la preponderancia del sexo femenino, la existencia de varios síntomas inespecíficos –como cefalea, vértigo, ánimo deprimido y en especial las parestesias, los mismos que podrían encajar dentro de los diagnósticos de ansiedad, depresión y no ser reconocidos como parte del cortejo sintomático de la fibromialgia– y un alto número de pacientes con TSH mayor de 4,6 mUI/L.

El desconocimiento de esta entidad por parte de los médicos se pone de manifiesto al no tener ninguno de los pacientes este diagnóstico antes de la consulta. Se plantea la posibilidad de ejecución de un proyecto de mayor envergadura en el distrito de Chiclayo, con un tamaño de muestra adecuado y en el que se incluya la valoración de la calidad de vida y la presencia de comorbilidades funcionales (depresión mayor, síndrome del intestino irritable y migraña, entre otros).

En conclusión, podemos afirmar que la fibromialgia es una entidad relativamente frecuente en la atención de medicina interna; predominante en mujeres; que los síntomas asociados principales fueron: ánimo deprimido, insomnio de segunda mitad, vértigo, parestesias, cefalea y constipación; y, que un importante número de pacientes tuvo TSH elevada.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marson P, Pasero G. Historical evolution of the concept of fibromyalgia: the main stages. *Reumatismo* 2008;60(4):301-304.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33(2):160-72.
3. Fibromyalgia: the Copenhagen declaration. *Lancet* 1992;340:663-4.
4. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of Fibromyalgia in general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19-28.
5. Rivera J, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin* 2006;2(Supl 1): S55-66.
6. Aguilar J, Sanchez E, Salcedo C, Burneo G, Proaño C: Estudio poblacional de frecuencia de enfermedades reumáticas en adultos mayores de 57 años. Informe Preliminar (resumen). *Bol Asoc Per Reumatol* 1994; 1;3:21.
7. Vidal L, López J, Guerrero P, Farfán C, Mío F, Vargas R. Fibromyalgia syndrome: Prevalence in the Cayetano Heredia Hospital. Piura, Perú. 24TH International Congress of Internal Medicine. IX Peruvian Congress of Internal Medicine. Lima, November 3-7, 1998: PS 189.
8. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, Ware AE, Fritz DA, Auchenbach MB, et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004;50:944-52.
9. Dhir V, Lawrence A, Aggarwal A, Misra R. Fibromyalgia is common and adversely affects pain and fatigue perception in North Indian patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2009;36(11):2443-8.
10. Ranzolin A, Brenol JC, Bredemeier M, Guarienti J, Rizzatti M, Feldman D, Xavier RM. Association of concomitant fibromyalgia with worse disease activity score in 28 joints, health assessment questionnaire, and short form 36 scores in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 2009;61(6):794-800.
11. Zonana-Nacach A, Alarcón GS, Reveille JD, Triana-Alexander M, Alexander RW, Bradley LA Ball GV. Do antinuclear (ANA) positive fibromyalgia (FM) patients differ from ANA negative FM patients? *Arthritis Rheum* 1995;38:S229.
12. Greer JM, Panush RS. Incomplete lupus erythematosus. *Arch Intern Med* 1989;149:2473-6.
13. Soy M, Guldiken S, Arikani E, Altun BU, Tugrul A. Frequency of rheumatic diseases in patients with autoimmune thyroid disease. *Rheumatol Int* 2007;27(6):575-7.
14. Rodríguez-Espinoza J, Díaz-López, C, Guinot M, Geli C, Llobet JM, Rodríguez de la Serna A. Disfunción tiroidea en mujeres con sospecha de fibromialgia. *Reumatol Clin* 2006;2(2):70-7.
15. Diez JJ, Molina I, Ibars MT. Prevalence of thyroid dysfunction in adults over age 60 years from an urban community. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2003; 111:480-5.
16. Romaldini JH, Sgarbi JA, Farah CS. Subclinical thyroid disease: subclinical hypothyroidism and hyperthyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2004;48:147-58.
17. Rojas Villaraga A, Zapata Castellanos A, Anaya JM, Pineda Tamayo R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Rev Col Reumatol*. 2005;12(4): 295-300.
18. Benjamin S, Morris S, McBeth J, et al. The association between chronic widespread pain and mental disorder: population-based study. *Arthritis Rheum* 2000;43:561-56711.
19. White KP, Nielson WR, Harth M, et al. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol* 2002;29:588-594.
20. Cevik R, Gur A, Karakoc M, et al. Quality of life and depression in young fibromyalgia patients. *Ann Rheum Dis* 2002;61:s148.
21. González M, Tornero J, Carbonell J, et al. Quality of life and depression in the epidemiology of pain in rheumatology (EPIDOR) Study. *Rev Esp Reumatol* 2005;32(2):52-59.
22. Suárez Fonseca LR, Gil Armenteros R. Relación etiopatogénica entre la diabetes mellitus tipo II y las enfermedades reumatológicas. *Servicio Nacional de Reumatología. Dpto de Endocrinología. Hosp. Clínico-Quirúrgico* Diez de Octubre.
23. Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut* 2007;56:1770-1798.
24. Lubrano E, Lovino P, Tremolaterra F, et al. Fibromyalgia in patients with irritable bowel syndrome. An association with the severity of the intestinal disorder. *Int J Colorectal Dis* 2001;16:21-15.
25. Tietjen GE, et al. Allodynia in migraine: association with comorbid pain conditions. *Headache* 2009;49(9):1333-44.
26. Valença MM, Medeiros FL, Martins HA, Massaud RM, Peres MF. Neuroendocrine dysfunction in fibromyalgia and migraine. *Curr Pain Headache Rep* 2009;13(5):358-64.
27. Clauw DJ. Fibromyalgia: an overview. *Am J Med* 2009;122(12 Suppl):S3-S13.
28. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennett RM, Caro XJ, Goldenberg DL, Russell IJ, Yunus MB. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997; 40(9):1560-70.
29. Silverman S, Dukes EM, Johnston SS, Brandenburg NA, Sadosky A, Huse DM. The economic burden of fibromyalgia: comparative analysis with rheumatoid arthritis. *Curr Med Res Opin*. 2009;25(4):829-40.
30. Al-Alal AV. Work disability and health system utilization in patients with fibromyalgia syndrome. *J Clin Rheumatol* 2007;13(4):199-201.
31. Abelis AM, Pillinger, MH, Solitar BM and Abelis M. Narrative review: The pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med* 2007;146:726-734.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Datos del Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda 2007. Fuente Minsa. Departamento de Lambayeque.
33. Pacheco-Quesada GM, Rey de Castro Mujica J. Insomnio en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Med Hered* 2003;14(2):63-68.
34. Hagen K, Einarsen C, Zawrt JA, Sveback S, Bovim G. The co-occurrence of headache and musculoskeletal symptoms amongst 51050 adults in Norway. *Eur J Neurol* 2002;9:527-533.
35. Deng Xi, Liu X, Xu N. Comparative study on low back pain misdiagnosed as spondyloarthropathy. *Clin Rheumatol* 2009;28(8):893-8.

Correspondencia a: Dr. Franco Ernesto León Jiménez
correo electrónico: fleon@usat.edu.pe
Fecha de recepción: 20-09-09.
Fecha de aceptación: 18-04-10.