

# Fibromiàlgia - ANTI-TÒXICS

La característica prominent de la FMS és el dolor crònic, generalitzat musculoesquelètic, però aquest és usualment acompanyat d'altres nombroses disfuncions multisistèmiques. **Fibro** es refereix al teixit fibrós, **mio** es refereix als músculs i **àlgia** es refereix al dolor. La Fibromiàlgia té assignada el nombre M79.0 i està classificada com reumatisme no-articular en la Classificació Internacional de Malalties de la Organització Mundial de la Salut (ICD). FM és a la categoria "generalitzada" del grup gran de síndromes de teixits tous, implicant que un procés sistèmic implica de manera global el sistema musculoesquelètic. Cada vegada hi ha més evidències procedents d'investigacions que demostren anomalies fisiològiques i bioquímiques que identifiquen la FM com trastorn patofisiològic clínic diferenciat.

## Etiologia

Abans de l'inici de FM la majoria de pacients gaudeix d'un estil de vida sa i actiu. Hi ha documentació consistent que una lesió física, particularment una fuetada o dany espinal, pot desencadenar la FM en alguns pacients. Altres traumes físics associats inclouen cirurgia, tensions repetitives, part, infeccions víriques i exposicions químiques. Es pot sospitar predisposició genètica quan hi ha més d'un familiar afectat. Alguns casos de FM tenen un començament gradual sense causa òbvia.

## Prevalença

Els estudis epidemiològics indiquen que entre el 2 i el 10% de la població general, o entre 600,000 i 3 milions de Canadencs, tenen FM. És de 2 a 5 vegades més prevalent que l'artritis reumatoide. Un estudi Canadenc suggereix que 3.3% o un milió de canadencs adults no-institucionalitzats tenen FM. Un estudi de prevalença en nens en edat escolar aleatòriament seleccionats suggereix que el 6.2% compleix els criteris de FM. Afecta totes les edats, incloent els nens, ia tots els grups racials / ètnics, ia tots els estrats socioeconòmics. Hi ha una incidència més alta en les dones. Els esquelets generalment més flexibles i delicats, amb músculs menys desenvolupats, i els canals espinals més estrets de les dones les poden tornar més propenses a danys al coll i en l'espina dorsal. Un estudi amb dany per fuetada suggereix que la gent amb símptomes persistents té un canal espinal cervical significativament més estret (particularment dones). Les dones produeixen més neurotransmissors que incrementen els senyals de dolor i menys neurotransmissors que disminueixen els senyals de dolor que els homes. Un estudi amb PET suggereix que, quan el triptòfan endogen està minvat, hi ha només una caiguda de 7 vegades de la síntesi de la serotonina en homes, però una caiguda dramàtica de 42 vegades de la síntesi de serotonina en dones. Tant la direcció, com la magnitud de la resposta del cervell al dolor és diferent en homes i dones, sent les dones més sensibles al dolor.

## **Curs natural**

Un estudi multicèntric de 8 anys de durada suggereix que generalment, un cop establerta la FM, els pacients no milloren simptomàticament i hi ha un lleuger empitjorament de la incapacitat funcional. Un estudi de 15 anys indica que tots els pacients de l'estudi encara tenen FM, però hi ha certa variació en la severitat dels símptomes. El pronòstic individual segueix sent una estimació clínica de manera que no es pot predir exactament i amb certesa per a un pacient individual

## **Definició**

Els dos criteris obligatoris de dolor (adaptats dels Criteris del Col·legi Americà de Reumatologia de 1990) s'uneixen a símptomes i signes clínics addicionals per ampliar la classificació de la FM a una Definició Clínica de la FM.

### **1. HISTÒRIA obligatòria de dolor generalitzat:**

Es considera generalitzat el dolor quan tot losiguiente està present durant almenys tres mesos:

- dolor en ambdós costats del cos
- dolor sobre i sota de la cintura (incloent dolor lumbar)
- dolor esquelètic axial (espina cervical, pit anterior, espina toràcica o baixa esquena). La implicació d'espatlla i natja compte per a ambdós costats del cos. "Esquena baixa" és el segment inferior del raquis.

## 2. Obligatori dolor a la palpació en 11 o més dels següents 18 punts sensibles ("tender points"):

- **Occípit (2):** a la inserció dels músculs suboccipitals
- **Cervical inferior (2):** en l'aspecte anterior de l'espai intertransverso (els espais entre els processos transversos) a C5 - C7
- **Trapezi (2):** en el medi de la vora superior
- **Supraespinós (2):** en l'origen, sobre de l'espina escapular, prop del marge medial
- **Segona costella (2):** just lateral a la segona unió costocondral, en la superfície superior de la costella
- **Epicòndil lateral (2):** 2 cm. distal al epicòndil (en el múscul braquioradialis)
- **Gluti (2):** en el quadrant superior extern de la natja al costat anterior del múscul

- **Trocànter major (2):** posterior a la prominència del trocànter
- **Genoll (2):** al coixí gras medial prop de la línia articular

### 3. Síntomes i signes clínics addicionals:

A més del dolor i la hipersensibilitat obligatoris requerits per a la classificació investigadora de la FM, molts símptomes i signes clínics addicionals poden contribuir de manera important a la intensitat de la malaltia del pacient. Dos o més d'aquests símptomes estan presents en la majoria de pacients amb FM quan busquen atenció mèdica. D'altra banda, és estrany que un pacient amb FM tingui tots els símptomes o signes associats. Com a resultat, la presentació clínica de la FM pot variar una mica, i els patrons de presentació poden eventualment portar al reconeixement de subgrups clínics de FM. Aquests símptomes i signes clínics addicionals no es requereixen per a la classificació investigadora de la FM, però encara són clínicament importants. Per aquestes raons, es detallen i descriuen els següents símptomes i signes clínics per intentar ampliar els criteris de dolor obligatori a una definició clínica de la FM:

- **Manifestacions neurològiques:** Sovint hi ha alteracions neurològiques presents, com músculs hipertònics i hipotònics, asimetria i disfunció

musculoesquelètica que implica músculs, lligaments i articulacions; patrons atípics d'adormiment i formigueig, resposta anormal de la contracció muscular ("muscle Twitch response"), rampes, debilitat muscular i fasciculacions. Sovint hi ha mal de cap, dolor i disfunció de l'articulació temporomandibular, debilitat generalitzada, alteracions en la percepció, inestabilitat espacial i fenòmens de sobrecàrrega sensorial.

- **Manifestacions neurocognitives:** Normalment hi ha dificultats neurocognitives presents. Aquestes inclouen deteriorament de la concentració i de la consolidació de la memòria a curt termini, deteriorament de la velocitat d'actuació, incapacitat de fer multitaskes, distracció fàcil i / o sobrecàrrega cognitiva.
- **Fatiga:** Hi ha una fatiga persistent i reactiva, acompanyada d'una resistència física i mental reduïda, que sovint interfereix amb la capacitat del pacient per fer exercici.
- **Alteracions de son:** La majoria de pacients amb FM experimenta somni noreparador. Això és usualment acompanyat de deteriorament de la son, incloent insomni, freqüents despertars nocturns, mioclonus nocturn i / o síndrome de cames inquietes.
- **Manifestacions autonòmiques i / o neuroendocrines:** Aquestes manifestacions inclouen arítmies cardíques, hipotensió intervinguda

Neuralment, vertigen, inestabilitat vasomotora, síndrome de Sicca, inestabilitat de la temperatura corporal, intolerància al fred / calor, alteracions respiratòries, alteracions de motilitat intestinal i de bufeta amb o sense còlon irritable o disfunció de bufeta, dismenorrea, pèrdua d'adaptabilitat i de tolerància a l'estrès, aplanament emocional, labilitat i / o depressió reactiva.

- **Rigidesa:** Normalment hi ha rigidesa generalitzada, o fins i tot regional, que és més severa en despertar i dura típicament durant hores, com en l'artritis reumatoide activa. La rigidesa pot tornar durant períodes d'inactivitat durant el dia.

**FONT: Consens Canadenc sobre FM**