

Fibromialgia una causa de peregrinaje por varias especialidades médicas: a propósito de un caso

Fibromyalgia a cause of pilgrimage through various medical specialties: about a case

Md. Pablo Antonio Espín De la Torre *, Md. Diego Armando Auqui Carangui**

* Médico Residente Servicio de Medicina Interna Hospital General IESS Ambato

** Médico Residente Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital General IESS Ambato

pabloespindelatorre@hotmail.com

Resumen.

Introducción: La Fibromialgia es una enfermedad caracterizada por dolor músculo- esquelético crónico; sin evidencia de afectación articular que afecta fundamentalmente a mujeres entre 30 a 50 años, no existen datos específicos para Ecuador, pero según a cálculos de investigadores el fenómeno se comporta al igual que a nivel mundial; 3% a 5% de la población, las causas exactas de la FM son inciertas, se piensa están involucrados mecanismos epigenéticos y factores genéticos.

Objetivo: Describir un caso clínico de Fibromialgia una entidad clínica infra diagnosticada.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico de fibromialgia una causa de peregrinaje por varias especialidades médicas.

Resultados: Se presenta el caso de una mujer de 45 años de edad con historial de 1 año y medio de dolor muscular generalizado acompañado de parestesias en miembros superiores e inferiores, rigidez generalizada, disminución de la fuerza muscular generalizada, fatiga, labilidad emocional e insomnio, con un largo historial de peregrinaje con varios profesionales sin encontrar un diagnóstico claro, se concluye con el diagnóstico de fibromialgia luego de múltiples evaluaciones y se indica tratamiento no farmacológico (psicoterapia + rehabilitación física) y farmacológico (antidepresivos tricíclicos, neuromoduladores y ansiolíticos) con evidente mejoría clínica.

Conclusiones: Las características clínicas inespecíficas de la Fibromialgia, el desconocimiento de la enfermedad por el médico general y el bajo nivel de sospecha ha conducido a un infradiagnóstico lo que ha provocado un largo peregrinaje del paciente por varias especialidades médicas y por lo tanto un deterioro en la calidad de vida de los mismos, echo que hace de vital importancia abordar sus características clínicas y tratamiento.

Palabras clave: Fibromialgia, Pregabalina, Mialgia

Abstract.

Introduction: Fibromyalgia is a disease characterized by chronic musculoskeletal pain; Without evidence of joint involvement that mainly affects women between 30 and 50 years old, there are no specific data for Ecuador, but according to researchers' calculations, the phenomenon behaves the same as it does worldwide; 3% to 5% of the population, the exact causes of FM are uncertain, epigenetic mechanisms and genetic factors are thought to be involved. Its ignorance favors the pilgrimage of people by different specialists. The new 2019 diagnostic criteria consider the presence of chronic pain > 3 months, 6 areas of body pain out of the 9 proposed, and are associated with sleep disturbances and fatigue. There is no single treatment, so a multidisciplinary approach is the best, the pharmacological treatment with the greatest clinical evidence is based on amitriptyline, pregabalin, milnacipran and duloxetine.

Objective: To describe a clinical case of Fibromyalgia, an underdiagnosed clinical entity.

Material and methods: Retrospective descriptive study, presentation of a clinical case of fibromyalgia, a cause of pilgrimage through various medical specialties.

Results: The case of a 45-year-old woman with a history of 1 ½ years of generalized muscular pain accompanied by paresthesias in upper and lower limbs, generalized rigidity, decrease in generalized muscular strength,

fatigue, emotional lability and insomnia is presented. , with a long history of pilgrimage with several professionals without finding a clear diagnosis, the diagnosis of fibromyalgia is concluded after multiple evaluations and non-pharmacological treatment (psychotherapy + physical rehabilitation) and pharmacological treatment (tricyclic antidepressants, neuromodulators and anxiolytics) are indicated with evident clinical improvement. Conclusions: The nonspecific clinical characteristics of Fibromyalgia, the general physician's lack of knowledge of the disease and the low level of suspicion have led to underdiagnosis, which has led to a long pilgrimage of the patient through various medical specialties and therefore a deterioration in the quality of life of the same, fact that makes it vitally important to address their clinical characteristics and treatment.

Keywords: Fibromyalgia, Pregabalin, Myalgia

Recibido: 2-8-2020

Revisado: 28-8-2020

Aceptado: 11-9-2020

Introducción.

El desconocimiento de la Fibromialgia , favorece el peregrinaje de las personas por distintos especialistas. Los nuevos criterios diagnósticos 2019, consideran la presencia de dolor crónico > de 3 meses, 6 áreas de dolor corporal de las 9 propuestas, y encontrarse asociado a alteraciones del sueño y fatiga. No existe un tratamiento único por lo que un enfoque multidisciplinario es lo mejor, el tratamiento farmacológico con mayor evidencia clínica se basa en amitriptilina, pregabalina, milnacipran y duloxetina.

La FM afecta fundamentalmente mujeres entre 30 a 50 años de edad y en EEUU se estima que la prevalencia en población adulta es del 2%. (1).El término fibromialgia proviene del latín fibro-, que significa "fibra o tejido fibroso", mi deriva del griego myo- "músculo" y -algia representa "dolor". Por lo que, etimológicamente, quiere decir dolor en el músculo y tejido fibroso. (2). La fibromialgia (FM) se estima que afecta a más de 5 millones de estadounidenses (2 a 5% de la población adulta), por lo que es uno de los trastornos más comunes de dolor crónico generalizado en los Estados Unidos. (3)

A nivel sudamericano, en Brasil la prevalencia encontrada, utilizando el COPCORD es del 34,7% , siendo la edad media de 43,2 años, mientras que en Perú es de 1,58%. (4) Si bien no hay datos específicos para Ecuador, de acuerdo con cálculos de investigadores, el fenómeno se comporta al igual que a nivel mundial; es decir, de 3% a 5% de la población la padece, y nueve de cada 10 personas que la presentan son mujeres. (5). Algunos autores han considerado la FM como un trastorno

de somatización, es decir, pacientes que se quejan persistentemente de varios síntomas que no tienen un origen físico identificable. (6)

La fibromialgia (FM) constituye un desorden crónico, complejo y doloroso. También se han referido a ella con otros términos como síndrome de fibromialgia, fibromiositis y fibrositis. En numerosas ocasiones se ha cuestionado si se podía considerar una enfermedad. (2) Finalmente en el año 1992 fue reconocida, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASO), no obstante hoy en día existen médicos y científicos que siguen manteniendo una postura escéptica ante la misma. (2)

El desconocimiento de su etiología favorece el peregrinaje de las personas que la padecen a distintos especialistas previamente al diagnóstico (digestivo, corazón, traumatología, psiquiatría, reumatología, rehabilitación) llegando a consultar hasta 15 especialistas antes de llegar al diagnóstico definitivo. (7)

En la fibromialgia, como enfermedad que cursa con dolor crónico generalizado, se da la confluencia de una serie de factores biológicos o físicos, psicológicos y sociales, que tienen una serie de implicaciones personales que generan en las personas que la padecen incapacidad a nivel físico, social, familiar y/o laboral, de manera que tiene un fuerte impacto en su calidad de vida. (8)

Objetivo

Describir un caso clínico de Fibromialgia una entidad clínica infra diagnosticada.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico de fibromialgia una causa de peregrinaje por varias especialidades médicas.

Resultados

Paciente femenina de 45 años de edad con antecedentes clínicos personales de hipertensión arterial esencial, litiasis renal, gastritis crónica quien acudió por presentar dolor muscular generalizado de intensidad 10/10 en la escala de EVA, desde hace aproximadamente 1 año y medio, refirió historial de múltiples visitas médicas sin encontrarse un diagnóstico claro y haber sido tratada con analgésicos sintiendo mejoría parcial de dolor; cuadro se exacerbó 15 días previos al ingreso sin mejorar con el reposo, se acompañó de parestias en miembros superiores e inferiores, rigidez generalizada de predominio matutino, disminución de la fuerza muscular generalizada, fatiga, labilidad emocional, insomnio de conciliación y de mantenimiento.

Al examen físico presentó signos vitales estables, álgica, consciente, orientada en las 3 esferas, no déficit motor ni sensitivo, no paresia de pares craneales, no signos meníngeos, funciones mentales superiores indemnes, Glasgow 15/15; se mostró distímica, euproséxica, hipobúlica, bradipsíquica, parpadeo continuo, llanto fácil cumpliendo los siguientes criterios para diagnóstico de Fibromialgia según la ACR 1990: 18/18 puntos dolorosos (no se evidenció signos de inflamación articular y movimientos articulares conservados), dolor generalizado de por lo menos 3 meses de evolución, dolor en ambos lados del cuerpo y por encima y por debajo de la cintura.

Criterios de la ACR 2010, Escala WPI: 19/19 puntos, Escala SS 6 puntos, dolor generalizado de por lo menos 3 meses de evolución, el paciente no tiene otra dolencia que explique el dolor. Criterios 2019: dolor generalizado de por lo menos 3 meses de evolución, 9/9 áreas propuestas con presencia de dolor, alteraciones del sueño, fatiga.

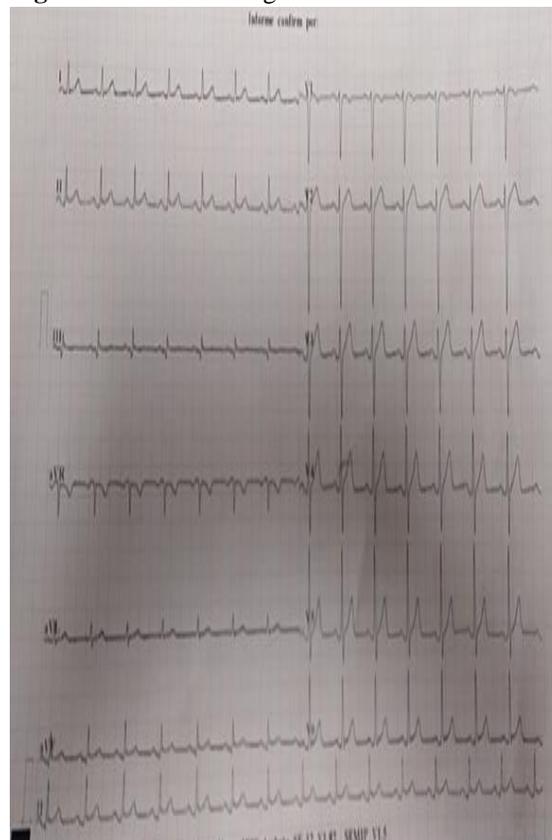
En paraclínica se observó leucocitosis de 12.500 + neutrofilia 79,6 %, elemental de orina con datos de infección, VSG, PCR, Factor reumatoide, ANA, función hepática, renal, perfil tiroideo nor-

males, enzimas musculares normales, sodio 127 mg/dl, calcio normal.

Ingresó al servicio de Medicina Interna con diagnóstico de infección de vías urinarias + investigar fibromialgia + hipertensión arterial esencial por lo que se inicia tratamiento antibiótico a base de fosfomicina (según perfil de sensibilidad de último estudio microbiológico), relajantes musculares (paracetamol + clorzoxazona), antidepresivos tricíclicos, opioides, y se mantuvo medicación habitual (losartan 100 mg vía oral cada día + complejo b 1 tableta vía oral cada día)

Dentro de su manejo integral se solicitó electrocardiograma el mismo que se encontró dentro de parámetros normales (Figura 1), radiografía anteroposterior y lateral de manos y pies que reflejan pérdida de la densidad ósea compatible con osteoporosis, (Figura 3 -4) resonancia magnética de columna cervical muestra signos de espondilosis cervical + discopatía degenerativa multisegmentaria (Figura 2 - 5)

Figura 1. Electrocardiograma sin alteraciones



Fuente: Hospital General IESS Ambato

Figura 2. Resonancia Magnética Nuclear Cervical
Discopatía Degenerativa propia de la edad



Fuente: Hospital General IESS Ambato

Figura 3. Radiografía AP de manos evidencia
disminución de densidad ósea.



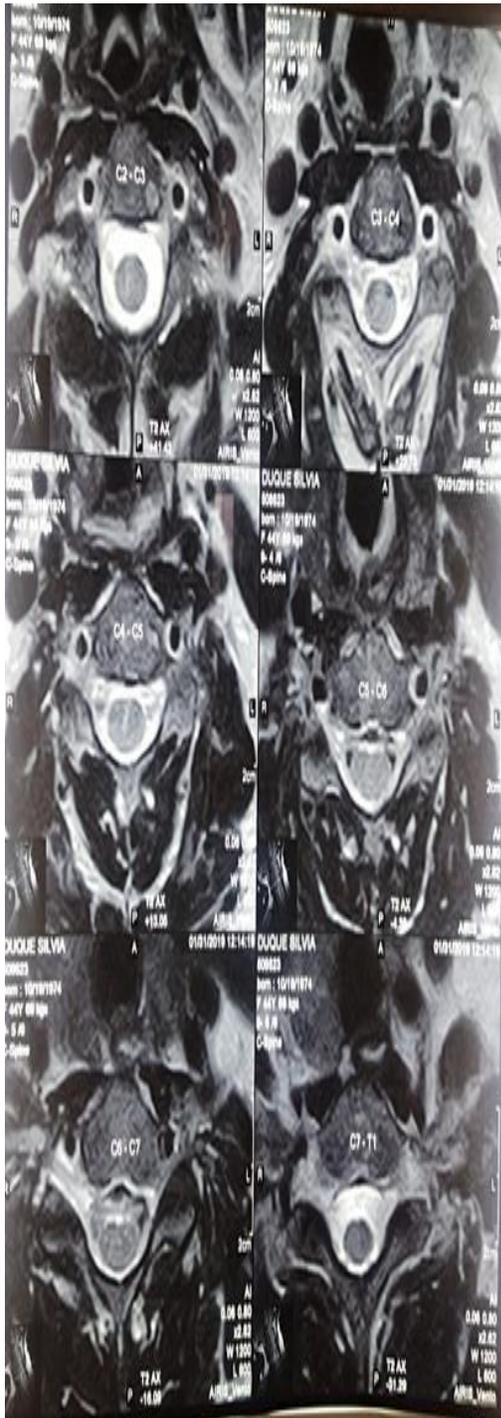
Fuente: Hospital General IESS Ambato

Figura 4. Radiografía AP de pies evidencia dis-
minución de densidad ósea.



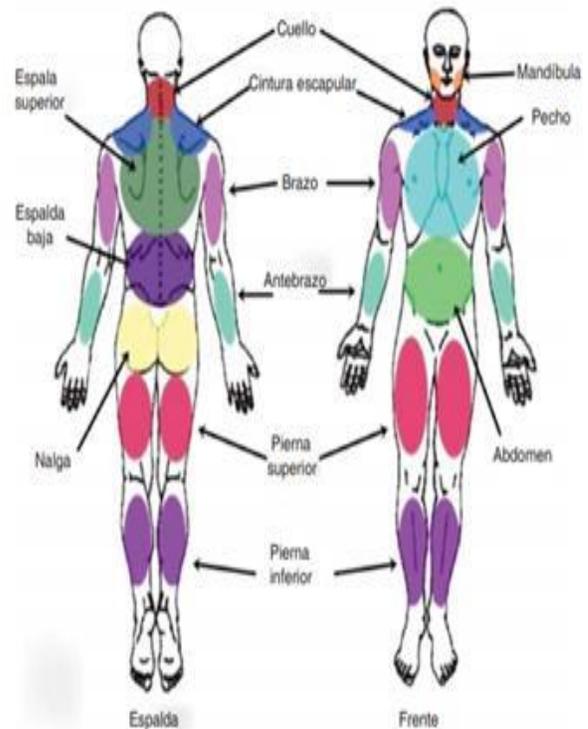
Fuente: Hospital General IESS Ambato

Figura 5. Protrusión discal cervical



Fuente: Hospital General IESS Ambato

Figura 6. Índice de dolor generalizado



Fuente: Covarrubias-Gómez DA. Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Revista Mexicana de Anestesiología*

Fue valorado por servicio de Psiquiatría quienes catalogan como un cuadro de fibromialgia iniciando tratamiento a base de pregabalina 75mg vía oral cada 12 horas + fluoxetina 20mg vía oral cada día am + alprazolam 0.25mg vía oral am y hora sueño. Además fue valorado por psicología quienes indicaron terapia de relajación y psicoeducación. A criterio de neurocirugía se trató de un cuadro de fibromialgia asociado a discopatía degenerativa propia de la edad sin criterios neuroquirúrgicos, manteniendo esquema de tratamiento, servicio de fisioterapia posteriormente realizó terapia analgésica y motora.

Durante su estancia hospitalaria paciente permaneció con náusea y tendencia a la somnolencia por lo que se suspendió infusión de tramal y paracetamol + cloroxazona, con remisión de moles-

tías, además realizó un pico febril que fue controlado con antipiréticos; los días subsecuentes presenta mejoría de dolor muscular generalizado, calidad de sueño y estado de ánimo, motivo por el cual fue dado de alta con antibioticoterapia vía oral para infección urinaria, antidepresivos tricíclicos, antihipertensivos, neuromoduladores, ansiolíticos.

Se realizó seguimiento vía telefónica a las 3 semanas de alta hospitalaria; paciente refirió disminución importante de sintomatología orgánica y psíquica luego de continuar con tratamiento médico señalado; ha permanecido en seguimiento por parte del servicio de psiquiatría, medicina interna y rehabilitación física.

Discusión

La Fibromialgia (FM) es una enfermedad caracterizada por dolor musculoesquelético crónico; anteriormente se le conocía como fibrositis, sin embargo, la ausencia de inflamación en los estudios histológicos de músculos afectados alejó el uso de este término. (1)

La FM se puede desarrollar a cualquier edad, incluso en la niñez, aunque la edad promedio es a la mitad de la vida, mientras las causas exactas de la FM son inciertas, se piensa que están involucrados mecanismos epigenéticos (trauma mental o físico, o enfermedad médica anterior) y factores genéticos (los familiares de primer grado de pacientes con FM tienen una probabilidad de ocho veces más de desarrollar FM). (6)

Los tejidos involucrados no se acompañan de inflamación. Por lo tanto, a pesar del dolor potencialmente incapacitante, los pacientes con fibromialgia no desarrollan daño a los tejidos o deformidad. (3)

El mecanismo fisiopatológico se basa fundamentalmente en la sensibilización central, acompañada de factores genéticos y endócrinos, falta de sueño, estrés psicosocial y traumatismo físico. (9)

El paciente tiene que presentar dolores generalizados en los 4 cuadrantes del cuerpo más la espalda, por un período de al menos 3 meses y debe tener dolor en 11 de los 18 puntos sensibles establecidos para su diagnóstico. (7)

La evaluación se basa en los criterios del American College of Rheumatology (ACR) 1990, los cuales implican:

- Historia de dolor generalizado que se encuentra presente durante al menos tres meses.

- Dolor en ambos lados del cuerpo y por encima y por debajo de la cintura.

- Dolor en 11 de los 18 puntos dolorosos a la palpación digital (ambos lados del cuerpo): occipucio, cervical, trapecios, supraespinosos, segunda costilla, epicóndilos laterales, glúteo, trocánter mayor, rodillas. Los puntos sensibles duelen sólo en el área donde se aplica, y no hay dolor referido. Para realizar la valoración existe un instrumento conocido como un dolorímetro que se puede utilizar para aplicar exactamente 4 kg de presión a través de los puntos sensibles durante el examen. (10)

Los primeros criterios del CAR para FM, se publicaron en 1990, dirigidos fundamentalmente a la investigación y no a la práctica clínica. En el año 2010 el CAR publicó nuevos criterios diagnósticos que exigen una evaluación de los pacientes mediante un cuestionario para determinar los resultados por un índice de dolor generalizado (WPI) (Figura 6) y uno de severidad de los síntomas (SS). El WPI cuantifica la magnitud de dolor corporal en una escala de 0-19 preguntándole a los pacientes si ellos han tenido dolor o mayor sensibilidad en las 19 regiones estudiadas (la cintura del hombro, cadera, mandíbula, brazo, muslo, ante brazo, y la pierna en cada lado del cuerpo, así como la espalda, región lumbosacra, el pecho, cuello, y abdomen) durante la última semana, en cada región dolorosa o aumento de la sensibilidad. (6)

La escala SS cuantifica la severidad del síntoma en una numeración de 0-12 midiendo la problemática de la fatiga, el trastorno cognoscitivo y el sueño no reparador durante la última semana cada uno en una escala de 0-3, con 0 = ningún problema, 1 = un desaire o un problema ligero (generalmente ligero o intermitente), 2 = un problema moderado o considerable (a menudo presente y/o a un nivel moderado), y 3 = un severo, continuo, un problema que perturba la calidad de vida. (6)

El diagnóstico de FM se realiza al reunir estas tres condiciones:

- La cuenta de WPI es 7 o superior y el SS es igual a 5 o superior o el WPI es 3-6 y los SS son 9 o superior.
- Los síntomas han estado presentes en un nivel similar durante por lo menos 3 meses.

• El paciente no tiene otra dolencia que explique el dolor (6)

Los nuevos criterios diagnósticos para FM 2019, consideran el dolor crónico, el síntoma principal de FM y, como en los criterios de la ACR de 1990, todos los pacientes deben cumplir con este criterio: DOLOR CRÓNICO (> de 3 meses). Para ello, deben ser positivas 6 áreas de dolor corporal, de las 9 propuestas (cabeza, brazo izquierdo, brazo derecho, Miembro inferior derecho, miembro inferior izquierdo, tórax, abdomen, Espalda alta –raquis cervico-dorsal-, espalda baja –raquis lumbar y nalgas-). No es necesario la exploración de los puntos sensibles, sin embargo, la exploración de los mismos, ya como parte de los criterios de la ACR de 1990 o como una versión abreviada, puede proporcionar una valiosa información al clínico sobre el estado global del paciente y apoyar el diagnóstico de FM. (11)

Se asocian dos síntomas claves, que no requieren de ninguna puntuación.

1. ALTERACIONES DEL SUEÑO (dificultad para conciliarlo, despertar precoz, descanso nocturno poco reparador, etc.).

2. FATIGA (física, incapacidad para actividades de la vida diaria, o mental) (11)

Signos y síntomas como rigidez articular, cefalea, vértigo, intestino irritable y síndromes de vejiga, fenómeno de Raynaud, síndrome de piernas inquietas, dismenorrea, sensación de tumefacción en manos, parestesia en extremidades y cambios en el color de la piel reticular, a menudo acompañan a la FM. (12)

Una parte importante en la FM son los trastornos psicológicos. En diversos estudios se ha observado que el diagnóstico de episodios depresivos es más frecuente en los pacientes con FM (71 %), comparados con grupos control (12 %). Otros estudios demuestran que la depresión influye en la percepción del dolor musculoesquelético, haciendo que éste se perciba con mayor intensidad y viceversa. Algo similar ocurre con los trastornos de ansiedad, siendo en estos pacientes más frecuentes (26 %). (12)

Un estudio reciente encontró que los instrumentos más utilizados para medir la CVRS en personas con FM fueron las escalas de ámbito general: Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36) y World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-BREF) y en el ámbito específico:

Fibromyalgia Impact Questionnaire 1994 (FIQ), los cuales han sido adaptados a diferentes países e idiomas y presentan una buena estructura conceptual, excelente validez y fiabilidad. (12)

La existencia de otros trastornos relacionados, entre ellos la simulación, vuelve un más compleja la valoración de estos casos y es fundamental diferenciar la fibromialgia de otras dolencias similares, como la somatización. Existen elementos que pueden ayudar en el diagnóstico diferencial con trastornos de somatización, en estos casos los síntomas fluctúan de una consulta a otra y parecen olvidar los que no les parecen problemáticos. En contraposición, los síntomas de fibromialgia son estables y recurrentes. Los pacientes con somatización tienden a cambiar constantemente de médico y se rehúsan a tomar medicación, mientras que los pacientes con fibromialgia manifiestan disfuncionar sin la medicación. Las personas hipocondriacas, experimentan una reducción, aunque sea temporal, de su ansiedad después de cada visita médica y regresan a la consulta cuando nuevos síntomas aparecen acompañados de nuevos brotes de ansiedad y miedo a la enfermedad. Mientras que los síntomas de la fibromialgia se caracterizan por su estabilidad y consistencia, y su actividad diaria merma en respuesta al dolor físico y no como consecuencia de miedo irracional. (10)

Tanto el hemograma como los reactantes de fase aguda son normales, se recomienda en estos pacientes determinar los niveles de hormonas tiroideas ya que el hipotiroidismo puede semejar este cuadro. Es interesante señalar que alrededor del 10% de los pacientes pueden desarrollar anticuerpos antinucleares, lo cual aunado al dolor difuso como artralgias puede conducir a un diagnóstico erróneo de lupus eritematoso sistémico. También se ha reportado factor reumatoide positivo en menos del 10% de pacientes aunque al igual que en el caso de los anticuerpos antinucleares los títulos son bajos. Hasta 50% de pacientes presentan anticuerpos antipolímico (APA), sin embargo no se recomienda utilizarlos para el diagnóstico de FM. (1)

Una aproximación diagnóstica y terapéutica óptima en el paciente con FM debe incluir el máximo grado de individualización de acuerdo con las características específicas de cada paciente. En la práctica diaria suele aplicarse todo lo contrario, en

que se indican los mismos tratamientos o abordajes a todo paciente con FM. (13)

No existe un tratamiento único que supere a otros, de modo que un enfoque multidisciplinario es lo mejor. El resultado objetivo es controlar los síntomas y mejorar la función, debe haber un compromiso de los pacientes para mejorar su adhesión, el fracaso del tratamiento se asocia con frecuencia a pasividad, trastornos del estado de ánimo, adoptar una actitud catastrofista y aumento de peso. (14)

La Información y educación del paciente es muy importante en esta patología, ya que la mayoría de pacientes no conocen la enfermedad y va a ser algo con lo que va a tener que convivir toda la vida. La información consiste en consejos de cuidado personal como: que realice ejercicio regularmente, se tome su tiempo para relajarse cada día, siga un patrón regular de sueño, entre otras. (15) Los programas de ejercicio físico se basan en ejercicios aeróbicos, ejercicios de fortalecimiento y flexibilidad. Según estudios, el ejercicio aeróbico después del tratamiento reduce síntomas como el dolor, la fatiga, la depresión, las limitaciones de la calidad de vida y las condiciones físicas. (15)

En forma metaanalítica existe evidencia moderada sobre el beneficio que presenta la hidroterapia (spa, balneario, otros) mostrándose reducción significativamente estadística en la reducción del dolor y de la calidad de vida por cortos períodos de tiempo. (16). El tratamiento psicológico también es muy importante en esta patología, ya que algunos de los síntomas más generalizados son la depresión o la ansiedad. Este tratamiento se basa en terapia cognitivo-conductual y terapia conductual operante, de las cuales hay una fuerte evidencia sobre los efectos beneficiosos en el control del dolor, malestar físico, estado de ánimo y reducción del número de visitas al médico. (15)

Se han aprobado por la FDA algunos fármacos en el tratamiento de la fibromialgia. Entre ellos se encuentran: La pregabalina (interfiere en la transmisión central del dolor mediante la inhibición en la liberación de neurotransmisores excitadores, sustancia P, y glutamato), y los inhibidores de la recaptura de serotonina-noradrenalina duloxetina y milnacipran. En forma de metaanalítica los gabapentinoides al parecer reducen en forma significativa el dolor, mejorando el dormir y la cali-

dad de vida. La efectividad de pregabalina y amitriptilina posiblemente se deba a la intervención de estos medicamentos en las vías de transmisión del dolor relacionadas con canales de calcio de alto voltaje y con la familia K(v) de los canales de potasio. Los mecanismos relacionados con las vías serotoninérgicas- noradrenérgicas explican la utilidad de duloxetina, milnacipran, y mirtazapina. El incremento en el número de receptores benzodiazepínicos a nivel periférico podría explicar el uso de olanzapina en algunos reportes. Dada la disminución de los receptores opioides en SNC la utilización de fármacos opioides no está recomendada por algunos autores. (16)

A pesar de la falta formal de aprobación, los pacientes y prescriptores utilizan otros agentes no autorizados, con diversos grados de éxito para controlar los síntomas de fibromialgia. Algunos de estos agentes incluyen AINES, acetaminofén, opioides, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antiespasmódicos, agonistas de dopamina, hipnóticos, benzodiazepinas y relajantes musculares. Sin embargo, sólo cuatro de los agentes farmacéuticos mencionados tienen respaldo de ensayos multicéntricos para su uso: amitriptilina, pregabalina, milnacipran y la duloxetina. (3)

Conclusiones

La Fibromialgia es una enfermedad caracterizada por dolor músculo esquelético crónico sin datos de afectación articular que afecta fundamentalmente a mujeres entre 30 a 50 años de edad, en el Ecuador no se tienen datos acerca de su prevalencia e incidencia por lo que se necesitan estudios en este campo.

Su diagnóstico es básicamente de exclusión, para lo que se dispone de herramientas validadas entre las cuales se encuentran los criterios de la ACR 1990, 2010, y las mismas han sido utilizadas para el presente trabajo, siendo relevante aumentar el nivel de sospecha en pacientes con historia de dolor muscular crónico relacionado con fatiga y alteraciones del sueño.

El enfoque multidisciplinario es lo mejor, siendo la información y educación del paciente particularmente importantes; el abordaje se divide básicamente en no farmacológico (terapia cognitivo

conductual, ejercicio aeróbico) y farmacológico, los fármacos con mejor evidencia clínica son amitriptilina y pregabalina.

El caso expuesto representa una paciente con historia de dolor muscular de larga evolución que acudió a varios profesionales de la salud sin obtener un diagnóstico etiológico claro y por lo tanto empeorando su sintomatología, es ingresada a hospitalización para una investigación médica integral concluyéndose el diagnóstico de fibromialgia e iniciándose psicoterapia, rehabilitación física, antidepresivos tricíclicos, neuromoduladores y ansiolíticos con muy buena respuesta, y permaneciendo en seguimiento por vía telefónica.

Consideraciones éticas

En el presente reporte de caso se contó con el consentimiento informado de la paciente, facilitando así la realización del mismo.

Conflicto de interés

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

- 1) Berrocal-Kasay A. Fibromialgia: Un diagnóstico que debe ser oportuno. *Rev Med Hered.* 2014.
- 2) Garrido BT. Universidad Complutense de Madrid. [Online].; 2015 [cited 2020 07 18. Available from: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/BELLEN%20TORRES%20GARRIDO.pdf>.
- 3) Hidalgo DC. REVISION BIBLIOGRÁFICA ACTUALIZACIÓN EN FIBROMIALGIA. *Medicina Legal de Costa Rica.* 2013 Marzo; 30 (1).
- 4) CANTOS MEM. dspaceucuenca. [Online].; 2015 [cited 2020 07 18. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22424/1/TESIS.pdf>.
- 5) Andrade L. NUESTRO MUNDO AIR MAGAZINE. [Online]. [cited 2020 07 18. Available from: <https://nuestromundo.com.ec/fibromialgia-la-enfermedad-invisible/>.
- 6) Bruce DAEA. La fibromialgia con una

visión desde la atención primaria. *Rev Méd.* 2018 Septiembre - Octubre; 40(5).

- 7) Triviño Martínez Á. La cronicidad de la fibromialgia. Una revisión de la literatura. *Revista electrónica trimestral de enfermería.* 2014 Julio .
- 8) Carrasco VC. Repositorio Universitat Jaume I. [Online].; 2017 [cited 2020 07 18. Available from: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/173354/TFG_2017_Cervigon%20Carrasco_Veronica.pdf?sequence=1.
- 9) Moyano S. Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse? *Reumatología Clínica.* 2015; 11(4).
- 10) Canessa AL. FIBROMIALGIA, DESAFÍO MÉDICO LEGAL EN LOS CASOS DE PENSIONES POR INVALIDEZ. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual.* 2016 Septiembre; 33(2).
- 11) Vargas DAP. Dr. Antonio Ponce Vargas - Reumatólogo. [Online].; 2019 [cited 2020 07 18. Available from: [https://www.doctorponce.com/nuevos-criterios-diagnosticos-2019-para-la-fibromialga/?v=3fd6b696867d#:~:text=Los%20nuevos%20criterios%20diagn%C3%B3sticos%20para,\(%3E%20de%203%20meses\).](https://www.doctorponce.com/nuevos-criterios-diagnosticos-2019-para-la-fibromialga/?v=3fd6b696867d#:~:text=Los%20nuevos%20criterios%20diagn%C3%B3sticos%20para,(%3E%20de%203%20meses).)
- 12) Climent CdO. Calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental.* 2019 Octubre;(8).
- 13) Belenguer R. Clasificación de la fibromialgia. *Revisión sistemática de la literatura. Reumatología Clínica.* 2009; 5(2).
- 14) Ferreras AA. Universidad de Valladolid Repositorio Documental. [Online].; 2014 [cited 2020 07 18. Available from: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/173354/TFG_2017_Cervigon%20Carrasco_Veronica.pdf?sequence=1.
- 15) Sola IR. ACADEMICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA. [Online].; 2014 [cited 2020 07 18. Available from: <https://academic.e.unavarra.es/handle/2454/12143>.
- 16) Covarrubias-Gómez DA. Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2016 Enero- Marzo; 39(1)..