

FRACTURA OSTEOPORÒTICA EN DONA FIBROMIÀLGICA

Autors

Anna Fabra Noguera¹, Eva Pablos Herrero² i Montserrat Baré Mañas¹ .

1. Metgessa de família, CAP Creu Alta - Sabadell

2. Metgessa de família, CAP Sant Oleguer – Sabadell

Correctors:

Xavier Mas i Pere Garcia.

Correspondència:

Anna Fabra Noguera.

Adreça electrònica: 22025afn@comb.cat

Publicat: febrer de 2012

Anna Fabra Noguera, Eva Pablos Herrero and Montserrat Baré Mañas (2012).

Fractura osteoporòtica en dona fibromiàlgica. Butlletí: Vol 30:Iss 1, Article 1.

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol30/iss1/1>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓ

La fibromiàlgia (FM) és una síndrome caracteritzada per dolor musculoesquelètic difús, en general mal definit, acompanyat d'uns punts dolorosos específics en l'exploració física. El pacient es queixa també de cansament, dificultat per dormir i ansietat o depressió.

La FM afecta a Espanya el 2,4% de la població general major de 20 anys. El 90% són dones de 20 a 60 anys, amb una edat mitja de 49 anys. Es un motiu de consulta freqüent en atenció primària i en reumatologia¹⁻². La seva cronicitat s'associa a alts costos directes i indirectes d'absentisme laboral³.

S'estima que l'osteoporosi afecta a un 30-40% de totes les dones postmenopàusiques i quasi el 50% de les persones de més de 76 anys.

La veritable importància de l'osteoporosi radica en la seva relació amb la producció de fractures. En aquest cas s'ajunten fibromiàlgia i fractura osteoporòtica amb un procés de diagnòstic una mica tortuós.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Dona de 64 anys, que ve de nou a la consulta per dir: "me duele todo y además..."

Va ser diagnosticada de fibromiàlgia fa uns 8 anys, i des deleshores ha estat valorada per diferents especialistes: reumatologia, psiquiatria, traumatologia, psicologia i també a la consulta del metge de família reiterades vegades pel seu dolor i estat d'ànim deprimat que no acaba de remetre i que ella mateixa confessa no entendre del tot. Fa tractament amb amitriptilina 50mg nit, paracetamol 1gr/8h, ibuprofè a demanda, omeprazol. Ara ens diu que des de fa mesos té un dolor a nivell d'hipocondri dret i epigastri, a vegades còlic i altres no, empitjora amb els àpats i també amb esforços, també cremor. No hi ha antecedent traumàtic. Afegim al tractament metamizol i augmentem omeprazol 20mg/12h i dieta, cursem un TEGD i una ecografia abdominal.

Als 2 mesos: TEGD amb reflux esofagogastric sense hernia, ecografia normal, aleshores ens diu que es troba millor de l'estómac però aquell dolor segueix, i des de que s'ha refredat té tos productiva mucosa, i aquell dolor ara és també a l'hemitòrax dret i de característiques pleurítiques. Potenciem analgèsia (tramadol 50mgr/12h) i tractem la tos amb dextrometorfà, aigua i bafes, demanem una radiografia de tòrax on ens trobem: aixafament de D8 a D10 (**figura 1**). iniciem tractament amb calç i alendronat setmanal. Demanem una Resonància Magnètica Nuclear (RMN) de columna dorsal per descartar que no hi hagi cap compromís a nivell vertebral. RMN (**figura 2**): fractures compressions vertebrales D8-D10 de naturalesa osteoporòtica i en fase crònica (pèrdua d'alçada dels cossos vertebrales D8, D9 i D10) en relació a un enfonsament parcial de les plataformes somàtiques, però sense imatges d'edema ossi significatiu.

Figura1: Radiografia de perfil de tòrax: aixafaments D8- 10.



Figura 2: Ressonància Magnètica Nuclear de columna dorsal.



DISCUSSIÓ

Els pacients amb fibromiàlgia són molt reiteratius en les nostres consultes de primària, tenen molts símptomes i sempre troben una excusa per venir a explicar-los, o això és el que percebem nosaltres.

La manifestació capital de la FM és el dolor, i moltes vegades és manifestat pel pacient com: "em fa mal tot"^{1,3}

La FM s'ha anomenat també fibrositis o reumatisme psicogen, ha estat reconeguda per la OMS en 1993 i té uns criteris de classificació definits (**taula 1**) amb una sensibilitat del 88,4% i una especificitat del 81,1%⁴.

Taula 1. Criteris diagnòstics de fibromiàlgia de l'American College of Rheumatology 1990⁴

Història de dolor difús - Definició: dolor en ambdós costats del cos, dolor per damunt i per sota de la cintura. A més ha d'haver dolor en l'esquelet axial (raquis cervical, toràcic o lumbar, o cara anterior del tòrax).
Dolor a la pressió digital en 11 de 18 punts dolorosos - Occipitals: insercions dels músculs suboccipitals. - Cervicals baixos: en la cara anterior dels espais intertransversos C5 a C7. - Trapecis: punt mig de les bores superiors. - Supraespinós: en l'origen del múscul, per sobre de l'escapula, a prop de la bora interna. - Segona costella: lateral a la segona articulació condrocostal. - Epicòndils: 2cm distal als epicòndils. - Glutis: quadrant superior i extern de les natges. - Trocanteris: posterior als trocanteris majors. - Genolls: en la bossa grassa medial, proper a l'interlinea.
Pressionar amb el dit polze 4Kg (fins que el terç distal de l'ungla quedi blanc). Ha de provocar signes visibles de dolor (retirada, salt).

La causa és desconeguda, són varis els factors implicats en la seva gènesi i destaquem en molts casos l'associació amb factors psicosocials. La teoria fins ara més acceptada a la literatura indica que es tracta d'un trastorn que ocasiona modulació dels mecanismes del dolor en el sistema nerviós central, ocasionant una disminució del llindar de percepció nociceptiva i per tant produeix hipersensibilitat dolorosa⁵⁻⁶

El diagnòstic de la FM és clínic i es sospita pels criteris descrits en la taula 1: història de dolor múscul esquelètic generalitzat, d'origen no aclarit, de al menys 3 mesos d'evolució i dolor a la pressió en els punts citats. La presència de trastorns del son, depressió-ansietat (presents en un 30-70%) ens poden alertar aquest diagnòstic. Els diagnòstics diferencials⁷ a considerar consten a la **taula 2**.

Taula 2. Diagnòstic diferencial.

Hipotiroidisme. Miopaties metabòliques i induïdes per drogues. Polimiàlgia Reumàtica. Malaltia de Lyme. Depressió. Altres afeccions reumatològiques: AR, LES, SS, Espondiloartritis Anquilosant.

L'educació del pacient és fonamental i existeix forta evidència de la seva utilitat. És important la manera de tractar al pacient. El primer pas és guanyar la seva confiança, fer una explicació senzilla del seu procés i insistir en que no és un problema greu ni incapacitant.

Quan al tractament farmacològic hem d'aconseguir control del dolor, per tant analgèsics i antiinflamatoris com és el cas que ens ocupa i tramadol si dolor intens i antidepressius que començarem per dosis nocturnes d'amitriptilina, i si cal canviariem o afegiríem un altre antidepressiu tipus IRSS i si hi ha molta ansietat un ansiolític. No hi ha evidència per l'ús de corticoides sistèmics o locals.

Respecte al pronòstic, el 20-30% de pacients tractats en atenció primària milloren. Es recomana que el pacient segueixi actiu i treballant, encara que són habituals les repercussions laborals.

El seguiment d'aquests pacients porta molt temps, ja que el curs, la majoria de les vegades, és oscil·lant i amb nombroses recaigudes i amb tendència a la cronicitat.

La opinió dels professionals sanitaris respecte aquesta patologia no és unànime, variant des de l'acceptació com a malaltia fins a ser considerada com a síndrome e inclús ser catalogada com simulació, somatització o distímia per part del pacient⁸

Finalment direm que tot i que els pacients amb FM són esgotadors a la consulta i tenen molts símptomes consultats reiteradament, també podem trobar-nos com en aquesta pacient amb una patologia orgànica tractable que se'ns pot escapar.

Cal estar alerta, aconseguir explicar bé i que ens entengui el pacient el tarannà de la malaltia, guanyar-nos la seva confiança i fer-lo partícip de totes les decisions.

Pensar que com les altres dones postmenopàusiques poden presentar fractures vertebrals que ens passin desapercebudes.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Ibáñez Pérez F. Me duele todo, en: Guía de Actuación en Atención Primaria. 2na ed. Semfyc. Barcelona 2002; 794-797.
- 2 Restrepo-Medrano JC, Ronda-Pérez E, Vives-Cases C, Gil-González D. Understanding fibromialgia. Rev Salud Publica (Bogota). 2009 Aug;11(4):662-74.
- 3 Villanueva VL, Valía JC, Cerda C, Monsalve V, Bayona MJ, De Andrés J. Fibromialgia: diagnostico y tratamiento. El estado de la cuestión. Rev Soc Esp Dolor. 2004; 11: 430-443
- 4 Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicen- ter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1990; 33:160-72.
- 5 Rivera J, Alegre C, Ballina FJ, Carbonell J, Carmona L, Castel B, et al. Documento de consenso de la sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia Reumatol Clin. 2006; 2 supl1: S 55-66.
- 6 Mera Varela a., Insúa Vilariño S. Fibromialgia. Otros reumatismos asociados a trastornos psicógenos. En: Manual de enfermedades reumáticas de la sociedad española de Reumatología. Ed Mosby/Doyma Libros. Madrid 1996;757-762.
- 7 Carlos Fuentealba P., Síndrome Fibromialgico, Reumatología 2005; 21(4):235-236.
- 8 Rojas VA, Zapata CA, Anaya J, Pineda TR. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia Rev Col Neu. 2005; 1; 295-300.