UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

"FIBROMIALGIA"
(REVISION DE LA LITERATURA)

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

CARLOS EMMANUEL PINEDA BERNAL

TUTOR: C.D. DANIEL QUEZADA RIVERA

ASESORES: C.D. CLAUDIA PATRICIA MEJIA VELAZQUEZ

MÉXICO, D.F. **2008**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

A mi querida madre Ma de los Angeles Bernal Roque por ser padre y madre a la vez, que sin escatimar esfuerzo alguno, ha sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme, todos mis ideales, esfuerzos y logros fueron inspirados en ti. Como un testimonio de cariño y eterno agradecimiento, por el apoyo moral y estímulos brindados con infinito amor y confianza.
Quiero que sepas que mi carrera profesional constituye la herencia mas valiosa q pudiera recibir (este éxito en mi vida es tuyo).

A mi esposa Maribel por estar siempre conmigo, gracias por todo lo que hemos compartido, momentos llenos de alegría, felicidad y en algunas ocasiones de tristeza, por tenerte a mi lado en mis triunfos y fracasos, por contar con tu apoyo en todo momento por todo ese tiempo que te robe pensando en mi mientras me ausentaba, sin ti no lo hubiera logrado. Sabes que eres una parte fundamental en mi vida te amo.

A mi querido hijo Carlitos, cambiaste mi vida, verte reír, llorar, jugar, crecer en fin, el tenerte me hace sentir que se detiene todo mi mundo y se transforma en un instante que parece eterno y quisiera que no se acabara, tu presencia desborda una inmensa felicidad en mi cambiaste mi vida y eres mi motivo para alcanzar nuevas metas. Se que algún día lo podrás leer y sabrás lo mucho que te quiero. Eres mi inspiración. (Gracias por haber llegado a mi vida)

A mi hermano Michel por su compañía, por ser parte de mi vida, eres el mejor hermano que pude tener, tu presencia me bridaba fuerzas que me impulsaba a salir adelante y hoy quiero que te sientas parte de este triunfo y como una muestra de que las cosas se pueden llevar acabo si uno quiere se que conseguirás todos tus objetivos porque eres un gran estudiante sigue así y sabes que siempre contaras conmigo.

A mi querida abuelita Lucina Roque por todo el cariño, paciencia y apoyo recibido desde mi infancia hasta el día de hoy. (Eternamente agradecido)

A mis tíos por su apoyo incondicional, en especial a mi tía Gabriela Bernal por todas las muestra de cariño y apoyo que me ha brindado.

A la C.D Claudia Mejía Velázquez por su paciencia y tiempo dedicado a la elaboración de este trabajo.

Al C.D Daniel Quezada Rivera por el apoyo recibido en la realización de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN…….5

PROPOSITO…….6

1. Concepto y sinonimia……7

2. Etiología y patogenia……9

3. Características Clínicas……..10
   3.1. Síntomas……12

4. Diagnóstico……...14
   4.1. Diagnóstico diferencial……15
      4.1.1. Enfermedades reumáticas……15
      4.1.2. Enfermedades musculares……...17
      4.1.3. Enfermedades endocrinometabólicas……17
      4.1.4. Enfermedades Infecciosas……20
      4.1.5. Enfermedades Neurológicas..……21
      4.1.6. Enfermedades Psiquiátricas……22
      4.1.7. Síndrome de Fatiga Crónica……23

5. Terapéutica……...24
   5.1. Sueño……25
   5.2. Síndromes asociados……..26
   5.3. Tratamiento farmacológico……27
      5.3.1. Antidepresivos ……...27
      5.3.2. Antiinflamatorios no esteroideos……..30
      5.3.3. Analgésicos……30
      5.3.4. Sedantes hipnóticos y ansiolíticos…..……...31
      5.3.5. Otros……32
   5.4. Tratamiento no farmacológico……32
      5.4.1. Actividad física……...33
      5.4.2. Terapia cognitivo conductual……33
      5.4.3. Retroalimentación……..34
      5.4.4. Otros……34

6. Fibromialgía y ATM……35
   6.1. Diagnóstico……...36
   6.2. Tratamiento……39

7. Conclusiones……....41
8. Bibliografía……42

INTRODUCCIÓN

En los últimos años a existido un incremento de patologías con importante trascendencia física, social y psicológica. El presente trabajo aborda una enfermedad muy poco conocida, sin un claro trasfondo etiológico y con gran repercusión patológica. Hablamos de la fibromialgia (FM), la cual destaca por su impacto funcional en los sujetos afectados por la misma. Además de su etiología idiopática, que se estima afecta al 2-4% de la población mexicana, se trata de un trastorno relativamente reciente, poco conocida y que se presenta principalmente en mujeres, sin embargo se deben de distinguir las características clínicas así como su sintomatología para poder llevar acabo un buen diagnostico, utilizando los criterios básicos y fundamentales que la rodean.

La FM es una patología crónica y compleja que provoca dolor muscular generalizado, que puede llegar a ser incapacitante, asociado a mal descanso nocturno y fatiga, que afecta aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los pacientes. Una de ellas, la alimentación, se puede llegar a ver alterada de forma importante, pudiendo incluso romper el equilibrio biológico del organismo.

Se diagnostica en pacientes que refieren dolor en los cuatro cuadrantes corporales, de más de tres meses de evolución, en los que se confirma un umbral doloroso disminuido en 11 de 18 puntos anatómicos y cuyos exámenes complementarios no justifican la condición clínica. Aunque el dolor es la característica principal y constituye la base de su diagnóstico, en los pacientes con FM se suelen asociar un número heterogéneo de síntomas, como fatiga, y trastornos psicológicos. Por otro lado, entre el 70 y el 90% de los pacientes con FM refieren trastornos del sueño,. La relación entre los distintos síntomas de esta enfermedad y su influencia en la evolución de la misma es motivo de estudios actuales.

PROPÓSITO

El propósito de este trabajo es dar a conocer las características principales; así como los medicamentos que ayudan a reducir el dolor en pacientes con FM, de igual forma elementos como ejercicio, terapia conductual que aportan grandes beneficios. Esta enfermedad y algunas otras se compartan con similitud, por lo cual se recomienda un buen diagnostico del cual dependerá indiscutiblemente el éxito del tratamiento .La asociación entre FM y los problemas psicológicos tiene más de 20 años, y continúa siendo un tema de investigación, sin resultados concluyentes, se menciona que tiene implicaciones en las alteraciones del sueño .

La complejidad del ser humano, tanto psíquica como bioquímica, hacen que no existan fórmulas magistrales para resolver los problemas que plantea el sufrimiento o malestar del hombre.

En su tratamiento resulta fundamental el abordaje multidisciplinar en contraposición a un abordaje biomédico tradicional, dada la enorme complejidad que suelen presentar estos pacientes.

Finalmente la importancia de este trabajo es poder ofrecer una visión general de la FM conociendo a través de la literatura los avances que se tienen en cuanto a su etiología y su tratamiento, que pretenden mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1. Concepto y sinonimia

El termino reumatismo no articular abarca los tejidos blandos y comprende diversos síntomas muscoesqueléticos que no surgen directamente de una enfermedad de las articulaciones. El dolor en estos procesos es atribuido a disfunción e inflamación de tejidos, como músculo, tendones, y ligamentos.[1]

Los individuos con síntomas muscoesqueléticos deben de ser estudiados de una manera uniforme y lógica mediante la historia clínica, la exploración física y las pruebas de laboratorio necesarias, para así poder establecer un buen diagnostico. Sin embargo muchas de estas enfermedades no se pueden clasificar de manera inmediata, ya que son similares entre si en las primeras fases y pueden pasar meses inclusive años para establecer el cuadro especifico identificable.[6]

La FM es una forma de dolor musculoesquelético generalizado, crónico y benigno de origen no articular. Presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos sin alteraciones orgánicas demostrables. Además se acompaña de fatiga, rigidez matutina y trastornos del sueño. Esta entidad clásicamente se ha definido como de origen musculoesquelético, pero en la actualidad cada vez existen más estudios que sugieren que su etiología es un trastorno del procesamiento sensorial. Tiene una prevalencia del 1-5% en la población general y es mucho más frecuente en mujeres que en hombres, sobre todo en el rango de edad de los 30 a 60 años.[5]

Es una enfermedad que ocasiona a quien la padece dolor en múltiples localizaciones del cuerpo y un cansancio generalizado. Aunque el dolor es la característica principal y constituye la base de su diagnóstico, en los pacientes con FM se suelen asociar un número heterogéneo de síntomas, como la fatiga, alteraciones en el sueño y trastornos psicológicos adaptativos. Actualmente se estudia la relación entre los distintos síntomas de esta enfermedad y su influencia en la evolución de la misma.[2]

Los síntomas suelen empeorar durante los cambios de estación, con el estrés emocional, la actividad física desacostumbrada y la menstruación.

Una de los mayores interrogantes es el papel que desempeña la clínica psiquiátrica, especialmente la depresión. Pues a pesar de la controversia sobre su asociación aun no hay resultados concluyentes.

Por otro lado, entre el 70 y el 90% de los pacientes con FM refieren trastornos del sueño, expresados como un sueño no reparador, ligero e inestable. La fragmentación del sueño y la disminución del sueño lento profundo son las dos modificaciones principales en pacientes con FM. Ambos síntomas, depresión y trastornos del sueño, son alteraciones comunes en procesos con dolor crónico.[4]

Se cree que los síntomas en esta enfermedad son debidos a una disminución de las sustancias que habitualmente protegen a los seres humanos del dolor, pues se cree que puede ser un síndrome de disfunción central, y los mecanismos neurológicos responsables para el mantenimiento de los estados de dolor se están estudiando. Se desconoce el factor desencadenante de dolor crónico generalizado, pero la FM parece ser el final común de varias condiciones patológicas, o una combinación de los mismos, que van desde lo psicosocial hasta diversas patologías.[5]

Hace años este proceso se reconocía con el nombre de fibrocitis, sin embargo no se ha demostrado que haya inflamación (la terminación - itis significa inflamación), por lo que se ha adoptado el nombre actual.

La palabra FM significa dolor en los músculos y en el tejido fibroso (ligamentos y tendones). También es conocida como: miofascitis, fibromiositis.[1]

2. Etiología y patogenia

La etiología de la FM es desconocida, se ha investigado sobre las hipótesis de la existencia de una hiperexcitabilidad central y periférica, la percepción alterada para el dolor, la temperatura y la somatización. Datos existentes sugieren que los síntomas probablemente procedan de una alteración central de la sensibilidad al dolor más que una disfunción en los tejidos periféricos. También se ha encontrado que las personas afectadas tienen una concentración de sustancia P en el liquido cefalorraquídeo superior a lo normal, se ha reportado que existe una agregación familiar de casos de FM , lo que sugiere una predisposición genética.[5]

La FM se ha descrito en algunos pacientes con infección por VIH, infección por parvovirus, enfermedad de Lyme.

Ahora se ha implicado una multitud de factores tales como; trastornos del sueño (aparición de ondas alfa en fase No REM), alteraciones musculares (hipoxia muscular y disminución de los fosfatos de alta energía), psiquiátricos (depresión, estrés), inmunológicos (presencia de inmuno-complejos), causas endocrinológicas (hipofunción adrenal) y disfunción neurohormonal (descenso de serotonina). La interrelación de la mayoría de estos factores provoca por una parte que sea difícil establecer relaciones de causalidad y por otra que multitud de autores intenten encajar todas ellas como un rompecabezas.[7]

Los estudios médicos en la fibromialgia se han orientado a analizar si hay lesiones en los músculos, alteraciones en el sistema inmunológico, anomalías psicológicas, problemas hormonales o como se ha señalado previamente alteraciones en los mecanismos protectores del dolor.[1]

3. Características Clínicas

Para conocer el origen de la FM hay que tener en cuenta dos conceptos: tensión muscular y puntos gatillo. La tensión muscular es el producto de dos factores distintos: el tono viscoelástico y la actividad contráctil. El tono viscoelástico puede ser dividido a su vez en dos partes, la rigidez elástica que se genera en función de movimiento, y la viscoelástica que lo hace en función de la velocidad.

La actividad contráctil se compone de tres tipos: contractura, espasmo electrogénico (patológico) y rigidez electrogénica. La contractura no produce registro electromiográfico y se origina en el interior de las fibras musculares.

El espasmo electrogénico es una contracción muscular patológica involuntaria originada en las motoneuronas alfa y en la placa motora. La rigidez electrogénica se refiere a la tensión muscular derivada de la contracción del músculo en individuos que no están relajados.[9,17]

El punto gatillo es un foco de irritabilidad en el músculo cuando éste es deformado por presión, estiramiento o contractura, lo cuál produce tanto un punto de dolor local como un patrón de dolor referido. Estos puntos gatillo pueden ser clasificados en:

• Activos: Cuando éstos son la causa directa del dolor.

• Latentes: Causan disfunción cuando se realizan ciertas maniobras musculares pero no son dolorosos al palparlos. Son los más frecuentes y pueden permanecer latentes por mucho tiempo, volviéndose activos bajo estrés, sobreuso, estiramiento, etc.

• Primarios: No existe causa subyacente que los produzca.

• Secundarios: Atrapamientos nerviosos, radiculopatías.

• Satélites: Cuando el punto gatillo permanece mucho tiempo sin tratamiento y se comprometen estructuras adyacentes.

El dolor muscular puede estar asociado con puntos gatillo, aumentos de la tensión muscular o combinaciones de ellos.[9]

La característica principal de la fibromialgia es dolor difuso de tres meses o más de duración que afecta al esqueleto axial y al menos a dos cuadrantes contra laterales del cuerpo. Además el paciente debe tener dolor en al menos en 11 de 18 localizaciones denominadas puntos gatillo cuando se palpan con la presión suficiente como para palidecer el lecho ungueal. Al despertar los pacientes sienten que no descansan. Es característico que la rigidez aumente por las mañanas y se exacerbe con los cambios de clima, el frío, la humedad, el insomnio y el estrés, la rigidez y el dolor se puede relacionar con la debilidad muscular, los pacientes no pueden estar de pie mucho tiempo. La exploración física es normal, con excepción de múltiples puntos localizados de sensibilidad exagerada a la palpación (puntos gatillo) y en algunos casos nódulos y engrosamiento de las facies profundas, los pacientes pueden sentir que sus articulaciones están hinchadas, pero el examen articular es normal.[8]

El dolor es referido, posee este nombre porque se origina en el punto gatillo pero se percibe a distancia. Puede confundirse con un dolor radicular, aunque habitualmente no sigue la distribución de un nervio, ni exhibe déficits motores o sensitivos asociados, los sitios sensibles deben distinguirse de los puntos gatillo en los pacientes con síndrome de dolor miofacial, la presión sobre los puntos gatillo causa dolor que se irradia a las áreas cercanas, mientras que en los sitios sensibles lo ocasiona solo en el sitio presionado.[9]

El dolor se considera generalizado cuando está presente en cada una de las localizaciones siguientes: en el lado izquierdo del cuerpo, en el lado derecho

del cuerpo, sobre la cintura y bajo la cintura. Además hay dolor axial cervical o en la parte anterior del tórax o en la columna torácica o lumbar.

3.1 Síntomas

Aunque el dolor difuso es el síntoma que define a la FM, esta se acompaña de una larga lista de síntomas. Entre los cuales destacan:

—Presencia de dolor.

—Rigidez: (76-84%) matutina o tras reposo.

—Alteraciones del sueño: Insomnio, sueño ligero, despertar frecuente, bruxismo y sueño no reparador.

—Fatiga: Con una frecuencia de aparición entre 55-95%. En general de aparición matutina, con leve mejoría para progresivamente ir aumentando a lo largo de la jornada

—Cefalea tensional: Aproximadamente en el 50% de los enfermos.

—Parestesias e inflamación subjetiva: Con frecuencia bilateral.

—Distrés psicológico: Con elevada asociación a ansiedad, alteraciones del humor. Pueden incluso presentar trastornos de pánico y cuadros de fobia simple.

—Intestino irritable: Dispepsia, flatulencia, náuseas, estreñimiento o diarrea, cuadro pseudo obstructivo, etc. Se presenta en un 30-60%.

—Síntomas genitourinarios, dismenorrea, síndrome premenstrual y vejiga irritable.

—Fenómeno de Raynaud.

—Síntomas vegetativos y funcionales: extremidades frías, boca seca, hiperhidrosis, disfunción ortostática y temblor.

Descripción de síntomas asociados:

- Problemas cognitivos (incapacidad para concentrarse, dificultad para aprender).
- Sensación subjetiva de edema.
- Hiperlaxitud (presente el 30-50% de los pacientes).
- Tendencia a ruborizarse (eritema fugaz) limitado a la parte superior del cuerpo.
- La FM no es una enfermedad separada sino una combinación de síntomas y hallazgos que se pueden atribuir a diferentes mecanismos.[9,10,14]

4. Diagnóstico

El diagnostico de la FM se realizara en base a la historia clínica y el examen físico, los estudios de laboratorio son normales y se ordenan solo para descartar otras condiciones. Es esencial la localización de los puntos dolorosos, la descripción del dolor es variable (quemante, punzante, como un peso o como un golpe), es frecuente una referencia a mayor percepción del dolor con el frío y a modificaciones con los cambios en la temperatura o humedad ambiental, tensión emocional o esfuerzos físicos así como la vinculación con la fatiga, y sueño no reparador .[8]

Para el diagnóstico de la FM se requiere la presencia de dolor crónico (>6 semanas), generalizado (3 de los 4 cuadrantes del cuerpo) inexplicable por otros motivos. En 1990, el American College of Reumathology, basándose en un estudio multicéntrico realizado en EE.UU. y Canadá con 293 pacientes afectados de FM y 265 controles con diferentes tipos de dolor crónico, propuso para su diagnóstico únicamente la presencia de dolor difuso de más de 3 meses de evolución y sensibilidad al dolor aumentada a la palpación digital en al menos 11 de 18 localizaciones anatómicas propuestas (Fig. 1). Las cuales son:

- **1-2 Cervical bajo**: bilateral, en la parte anterior de los espacios intertransversos C4-C5, C5-C6.
- **3-4 Segunda costilla**: bilateral, en la segunda unión condroesternal.
- **5-6 Epicóndilo lateral**: bilateral a 2 cm distal del epicóndilo.
- **7-8 Rodilla**: bilateral en la almohadilla grasa media próxima a la línea articular.
- **9-10 Occipital**: bilateral en la inserción del músculo suboccipital.
- **11-12 Trapecio**: bilateral, en el punto medio del borde superior.

- **13-14 Supraespinoso**: bilateral, el origen sobre la espina de la escápula próximo al borde medial.
- **15-16 Glúteo**: bilateral cuadrante superior externo de la nalga en la parte abultada del músculo.
- **17-18 Trocánter mayor**: bilateral, posterior a la prominencia trocantérea.[7]

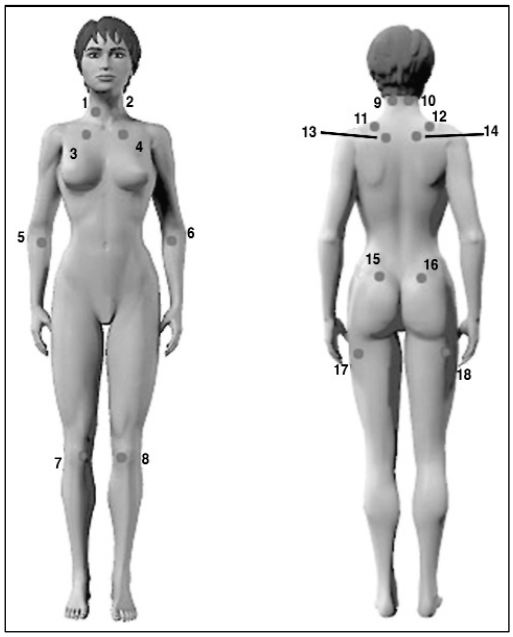

Fig. 1—Distribución de los puntos gatillo en la fibromialgia

4.1 Diagnóstico diferencial

Las entidades con las que se debe realizar el diagnóstico diferencial son:

4.1.1 Enfermedades reumáticas

Lupus eritematoso sistémico: Es una enfermedad multisistémica, afecta mas a mujeres, una de sus características principales es la erupción en

forma de mariposa sobre la cara, con dolor sin deformidad en una o varias articulaciones periféricas (pies, caderas, hombros, codos), dolor torácico y fotosensibilidad, sin embargo los anticuerpos anti DNA bicatenario y anti antígeno Sm son diagnósticos de lupus. Estos últimos ausentes en la FM.

Artritis reumatoide: Es un proceso inflamatorio crónico y generalizado, que puede afectar a muchos órganos y tejidos pero afecta principalmente a las articulaciones, produciendo una sinovitis proliferativa que evoluciona hasta destruir el cartílago articular y provocar anquilosis de las articulaciones, la autoinmunidad desempeña un papel esencial en la evolución crónica y progresiva. Se presenta cansancio y dolor muscoesquelético generalizado. Los síntomas suelen comenzar en los pequeños huesos de las manos y de los pies, seguidas por las muñecas, codos y rodillas. Pocas veces hay afectación de la parte superior de la columna. Las articulaciones están inflamadas, calientes y dolorosas: hay rigidez que aparecen principalmente al levantarse o tras un período de inactividad prolongada.

Los signos radiográficos son derrame articular y osteopenia yuxtaarticular, así como erosiones y estrechamiento del espacio articular con pérdida del cartílago articular.

Síndrome de Sjögren: Es un cuadro caracterizado por sequedad ocular (xeroftalmia) y bucal (xerostomía) provocado por una destrucción de las glándulas salivales y lagrimales del mecanismo inmunitario, puede manifestarse como un trastorno aislado o como es común a otras enfermedades autoinmunitarias. Afecta en su mayoría a mujeres entre 35–45 años de edad. La glándula parótida aumenta de tamaño, los ganglios linfáticos están aumentados de tamaño.[18]

4.1.2 Enfermedades musculares

Miopatías inflamatorias: Abarcan un grupo de trastornos heterogéneos y poco frecuentes, que se caracterizan por lesiones e inflamación de mecanismo inmunitario que afectan fundamentalmente a los músculos esqueléticos. Dentro de está categoría esta la dermatomiosistis: la cual presenta alteraciones cutáneas y de los músculos esqueléticos. Puede afectar adultos y niños, se caracteriza por una erupción cutánea de coloración violácea de los parpados superiores con edema periorbitario, acompañado de un erupción eritematosa y descamativa sobre nudillos, los codos y las rodillas, además de debilidad muscular. En algunos casos se asocian manifestaciones extramusculares, como enfermedad pulmonar intersticial, vasculitis y miocarditis. La polimiosistis: difiere de la anterior en la falta de afectación cutánea y en que afecta sobre todo en los adultos.

4.1.3 Enfermedades endocrinometabólicas

Hipotiroidismo: Es la disminución de los niveles de hormonas tiroideas en plasma y consecuentemente en tejidos que puede ser asintomática u ocasionar múltiples síntomas y signos de diversa intensidad en todo el organismo. Los síntomas precoces del hipotiroidismo en el adulto son inespecíficos y de inicio insidioso. Entre ellos se encuentra la letárgica, el estreñimiento, la intolerancia al frío, rigidez y contractura muscular, el síndrome del túnel carpiano y la menorragia.

Hipertiroidismo: Es una situación en la que se produce una cantidad excesiva de hormonas tiroideas circulantes, generalmente debido a una glándula tiroides que funciona más de lo debido. Los pacientes con hipertiroidismo leve pueden no tener ningún síntoma. Los síntomas se hacen

más importantes a medida que la enfermedad empeora, y generalmente se relacionan con un aumento del metabolismo corporal.

Síntomas frecuentes son nerviosismo, temblores, pérdida de peso a pesar de un aumento de apetito, sudoración, palpitaciones, intolerancia al calor, y tendencia a la diarrea. Otros síntomas de hipertiroidismo incluyen cansancio, debilidad, insomnio, y pérdida de pelo. Las mujeres pueden presentar alteraciones menstruales.

Hiperparatiroidismo: Es una alteración que consiste en que las glándulas paratiroideas segregan mayor cantidad de hormona paratiroidea, reguladora del calcio, magnesio y fósforo en la sangre y hueso. Por ejemplo, al disminuir la calcemia, aumenta la cantidad de hormona paratiroidea para tomar calcio de los huesos y de la digestión.

Hay tres tipos:

- **Hiperparatiroidismo primario:** Es una alteración en la glándula que produce la hormona en exceso aún existiendo niveles normales de calcio en sangre. Es el tipo más frecuente y la primera causa de hipercalcemia. Generalmente causado por tumores de la glándula hiperfuncionantes, por lo que se trata de una hiperfunción de la glándula paratiroidea sin relación con los niveles de calcio. Su etiología es por orden de frecuencia: adenomas, hiperplasia, cáncer y síndromes poliglandulares. La frecuencia del hiperparatiroidismo primario en mujeres es de 2:1 frente a la de los hombres. Este dato se ve aún más acentuado en el caso de mujeres posmenopáusicas. Del mismo modo tiene mayor frecuencia en países fríos que en cálidos.
- **Hiperparatiroidismo secundario:** Es aquel originado por una deficiencia de calcio o vitamina D en sangre (disminución de la calcemia). Esto sucede, por ejemplo, en las dietas pobres en calcio o por mala absorción intestinal o por una insuficiencia renal, lo que

puede dar lugar a una reacción por parte de la glándula segregando más PTH para mantener la calcemia.

- **Hiperparatiroidismo terciario o ectópico:** Fue descrito por St. Goar en 1963 provocado por tumores en otras localizaciones (distintas a la glándula paratiroides), que son secretores de PTH, como sucede por ejemplo en algún tipo histopatológico de cáncer de pulmón.
- **Hiperparatiroidismo congénito:** Suele deberse a una respuesta frente a un hipoparatiroidismo original de la madre.

Insuficiencia suprarrenal: La insuficiencia suprarrenal, tanto aguda como crónica, se manifiesta con una sintomatología que obliga al paciente a recurrir al médico de urgencias. Los síntomas varían desde trastornos neuropsiquiátricos insidiosos hasta complicaciones de suma gravedad. La ausencia de secreción de glucocorticoides o mineralocorticoides tiene consecuencias serias, puesto que estas hormonas son indispensables para conservar la presión arterial, el volumen, la homeostasis de la glucosa y una gran variedad de funciones.

Las características principales son hipovolemia, hipotensión arterial, letargía y anorexia. Se sospecha insuficiencia suprarrenal aguda en pacientes críticamente enfermos con respuesta inadecuada a líquidos y agentes depresores. La hemorragia suprarrenal bilateral se acompaña de dolor lumbar o dolor abdominal.

A la exploración física se detecta hiperpigmentación de los pliegues cutáneos, superficies de extensión, los surcos palmares, las mucosas y los bordes gingivales. El vitíligo se ha asociado con insuficiencia suprarrenal primaria autoinmune.[18]

La hipotensión se detecta en el 88% de los pacientes, y mareo postural en un 12% lo cual refleja la reducción del volumen intravascular y la disminución del inotropismo y del gasto cardíaco.

A nivel gastrointestinal, la anorexia, la pérdida de peso, las náuseas y los vómitos son prácticamente constantes en los enfermos y la diarrea no resulta infrecuente. El dolor abdominal, en ocasiones muy intenso, suele producir un cuadro de seudoperitonitis con signos de abdomen agudo que puede dar lugar a una laparotomía exploradora en blanco. No se conoce el mecanismo exacto de este síndrome doloroso el cual se alivia rápidamente mediante el aporte exógeno de esteroides.

Muchos de estos cuadros se acompaña de alteraciones mentales (por ejemplo: confusión, psicosis aguda, delirio y coma) y trastornos neurológicos.

4.1.4 Enfermedades infecciosas

Enfermedad de Lyme: La enfermedad de Lyme es una enfermedad inflamatoria aguda, caracterizada por cambios en la piel, unida a síntomas "como de gripe", causados por la bacteria *Borrelia burgdorferi*, y transmitida por la picadura de una garrapata de ciervo o rata.

- Los síntomas son: Pinchazo o lesión roja inflamada (eritema migratorio) al lado de la picadura, es una lesión circinada roja que deja libre el centro.
- Expansión de la lesión roja que va a más a medida que pasan los días, puede durar de 3 a 30 días.
- Fiebre.
- Dolor de cabeza.
- Letargo.

- Dolores musculares.
- Cuello rígido.
- Inflamación en las rodillas y otras articulaciones.
- Dolor general.
- Comportamiento extraño o inusual.

4.1.5 Enfermedades neurológicas

Enfermedad de Parkinson: Es un síndrome clínico de rigidez, bradicinecia, temblor e inestabilidad postular. Se presenta una degeneración selectiva en las poblaciones celulares del tallo encefálico y de los ganglios basales, en particular en las neuronas dopaminérgicas. Además neuronas dispersas en los ganglios basales, en el tallo encefálico, en la médula espinal y en los ganglios simpáticos contienen cuerpos eosinófilos de inclusión.

Miastenia gravis: Es un trastorno autoinmunitario de la trasmisión neuromuscular. Las características clínicas principales corresponden a la fatiga y la debilidad fluctuantes. Los músculos con unidades motoras pequeñas, como los músculos oculares, son afectados con mayor frecuencia. Con menor frecuencia se afectan los músculos orofaríngeos, los flexores y extentores del cuello, los músculos proximales de las extremidades y el músculo extensor de la columna vertebral. En los casos avanzados se debilitan todos los músculos, incluso el diafragma y los músculos intercostales; y la muerte puede resultar de la insuficiencia respiratoria.

4.1.6 Enfermedades psiquiátricas

Síndrome depresivo: es un padecimiento que afecta al organismo en su conjunto, el ánimo, y la energía, afecta de manera importante la autoestima, el autoconcepto, los siguientes son signos y síntomas que comúnmente se asocian al síndrome depresivo:

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente y continua.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo persistente.
- Sentimientos de culpa, inutilidad e impotencia.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad en concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir por periodo prolongados.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer demasiado y aumento de peso significativo, en ausencia de trastornos endocrinos.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

4.1.7 Síndrome de fatiga crónica

La FM y el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) son dos enfermedades diferentes pero con una forma de presentación y síntomas aparentemente similares, lo que confunde muchas veces al no experto. El diagnóstico diferencial entre ambas y el descartar otras posibles causas de dolor y fatiga, es fundamental para un correcto enfoque diagnóstico, pronóstico y terapéutico.

5. Terapéutica

El tratamiento farmacológico habitual que consiste en analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y antidepresivos es relativamente ineficaz, porque el dolor se comporta como refractario y no se modifica el pronóstico; sólo se obtiene un beneficio discreto que hay que valorar frente a los efectos secundarios de los fármacos ; entre las alternativas no farmacológicas se utilizan la terapia cognitivo-conductual y el ejercicio físico aeróbico programado , con el objetivo de mejorar la adaptación a la enfermedad y la capacidad física, solas o combinadas entre sí y con el tratamiento farmacológico, intentando aumentar la efectividad global del tratamiento en forma de programas de intervención múltiple con diversos componentes.[10]

Los inhibidores de la recaptación de serotonina tienen efectos más bien decepcionantes en los pacientes con fibromialgia, si bien mejoran el componente afectivo del dolor así como los trastornos anímicos concomitantes, frecuentes en FM.

Los expertos en FM han encontrado que los inhibidores de la recaptación de serotonina, y en particular aquellos que poseen un componente noradrenérgico (venlafaxina, nefazodona, bupropion) parecen ser más eficaces en aplicación a la FM. Estas sustancias mejoran la fatiga, que sigue siendo el síntoma más difícil de tratar farmacológicamente. Por último, los agentes antiepilépticos tales como la gabapentina, topiramato, pregabalina pueden reducir el dolor en la fibromialgia, aunque esta afirmación no cuenta con apoyos de ensayos clínicos publicados.

Para los trastornos del sueño los antidepresivos sedantes tales como los fármacos tricíclicos son de gran utilidad.[19, 21, 22]

5.1 Sueño

Para los trastornos del sueño los antidepresivos sedantes tales como los fármacos tricíclicos son de gran utilidad a dosis muy bajas tales como media pastilla de 10 mg de amitriptilina, nortriptilina o doxepina.

Al cabo de unos pocos días, la dosis puede aumentarse hasta mejorar el sueño o hasta que aparezca una cierta somnolencia diurna, seguido de un ajuste adecuado de la dosis.

Durante el período en que descansamos el sueño pasa por diferentes fases, las mismas son:

- Fase REM: característica en la cual el cerebro está muy activo, el tronco cerebral bloquea las neuronas motrices de manera que no nos podemos mover. REM proviene de los vocablos ingleses "Rapid Eye Movement" debido al característico movimiento de los globos oculares bajo los párpados. Ésta es la fase donde soñamos y captamos gran cantidad de información de nuestro entorno debido a la alta actividad cerebral que tenemos.

- Fase 1 (Adormecimiento): es un estado de somnolencia que dura unos minutos. Es la transición entre la vigilia y el sueño. Se pueden dar alucinaciones tanto en la entrada como en la salida de esta fase. (5% del tiempo total del sueño).

- Fase 2 (Sueño ligero): Disminuyen tanto el ritmo cardíaco como el respiratorio. Sufrimos variaciones en el tráfico cerebral, períodos de calma y súbita actividad. Es más difícil despertarse que en la fase 1. (50% del tiempo). En esta fase surgen esporádicamente dos grafoelementos típicos del EEG del sueño: las espigas del sueño (ondas puntiagudas) y los complejos K (picos repentinos).

- Fase 3: Fase de transición hacia el sueño profundo. Pasamos unos 2 - 3 minutos aproximadamente en esta fase.

- Fase 4 (Sueño Delta): Fase de sueño lento, las ondas cerebrales en esta fase son amplias y lentas así como el ritmo respiratorio. Cuesta mucho despertarnos estando en esta fase que dura unos 20 minutos aproximadamente. No suelen producirse sueños. (20% del tiempo total del sueño). [20]

5.2 Tratamiento de Síndromes asociados

El síndrome de intestino irritable frecuentemente precede a la fibromialgia y comparte muchos principios de tratamiento con esta enfermedad. En muchos casos, puede resultar necesario el uso juicioso de agentes formadores de bolo intestinal, junto con espasmolíticos o productos contra la diarrea. La cistitis intersticial o la vejiga irritable es otro síndrome de dolor visceral poco conocido que se asocia a menudo con la fibromialgia. La tolterodina y la oxibutinina son agentes útiles en algunos casos.[18]

Las migrañas a menudo preceden a la fibromialgia en años. Los agonistas selectivos de la serotonina, sumatriptan o zolmitriptan, son frecuentemente muy eficaces en el tratamiento de la migraña aguda. En casos de migraña recurrente, pueden ser necesarios los agentes supresores a largo plazo, como los antagonistas del calcio, los beta-bloqueantes y los antidepresivos tricíclicos. El mareo y la falta de equilibrio pueden deberse a hipotensión neurogénica, que a su vez puede mejorar con la administración cuidadosa de beta-bloqueantes, mineral- corticoides (fludrocortisona).

Pacientes con fibromialgia presentan síntomas de sequedad, sin evidencias de enfermedad autoinmune. Los pacientes con frecuencia requieren

solamente gotas oftalmológicas, además de la retirada de fármacos con acción secante como los antihistamínicos y los antidepresivos tricíclicos. Hay unos aspectos básicos que se consideran de gran importancia: realizar el diagnóstico lo antes posible, evitar la solicitud de pruebas complementarias innecesarias y hacer una aproximación biopsicosocial. Por último, una tercera parte de los enfermos con fibromialgia pueden padecer deficiencia adulta de la hormona de crecimiento; un subgrupo de estos sujetos puede responder favorablemente a la administración de hormona de crecimiento.

Los objetivos del tratamiento son aliviar el dolor, mantener o restablecer el equilibrio emocional, mejorar la calidad del sueño, la capacidad física, la astenia y los problemas asociados.[19, 21]

5.3 Tratamiento farmacológico

La utilización de fármacos solo se realiza para disminuir los síntomas ya que no existe un medicamento que erradique esta enfermedad, a continuación se mencionan los fármacos mas utilizados ya que han demostrado mayor eficacia en el tratamiento la FM.

5.3.1 Antidepresivos

1. **Tricíclicos o Clásicos**; el que presenta mejores resultados es la imipramina

   Mecanismo de acción: disminuyen la recaptación de Serotonina y Adrenalina

Vía de administración y dosis: Vía oral

- Adultos y adolescentes entre 13 y 65 años: iniciar el tratamiento con dosis de 25 a 75 mg/día en una sola dosis a la hora de acostarse. Esta dosis inicial puede aumentarse en incrementos de 25 mg/día semanales hasta 200 mg/día.

PRESENTACIONES

TALPRAMIN. Tabletas. Cada tableta contiene 25 o 50 mg de clorhidrato de imipramina

TOFRANIL. Grageas. Cada gragea contiene 10 o 25mg de clorhidrato de imipramina

CONTRAINDICACIONES

- Contraindicada en pacientes alérgicos al fármaco o, debido a la posibilidad de sensibilidades cruzadas, a los antidepresivos tricíclicos. Los pacientes alérgicos a la carbazepina, maprotilina o amoxapina pueden también mostrar alergia a los antidepresivos tricíclicos.

REACCIONES ADVERSAS

Nauseas, mareo, cefalea, somnolencia, resequedad de la boca, cansancio, debilidad y aumento de peso.

2. ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina)

Fluvoxamina

Mecanismo de acción

Es un inhibidor de la recaptura de serotonina en las neuronas presinápticas, acción que aumenta y prolonga la influencia serotoninergica en varias regiones del sistema nervioso central.

Vía de administración y dosis:

Oral, 50 mg al día, de preferencia antes de acostarse

Presentación

LUVOX. Grageas. Cada gragea contiene 50 o 100 mg de maleato de fluvoxamina.

Contraindicaciones:

En casos de alergia a la fluvoxamina, durante el embarazo y la lactancia.

Reacciones adversas:

Nauseas, vómito, sequedad de boca, mareo, estreñimiento, cefalea, somnolencia

3. **Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina y de Noradrenalina**

Dentro de los medicamentos de nueva generación y con mayor eficacia encontramos a la **duloxetina**.

Mecanismo de acción: es un potente inhibidor de la recaptación neuronal de serotonina y norepinefrina, y un inhibidor menos potente de la recaptación de la dopamina.

Vía de administración y dosis

Oral. 30mg al día

Presentación

CYMBALTA. Capsula de 30 o 60 mg

Contraindicaciones: Pacientes con alergia a la duloxentina, en embarazo y lactancia

Reacciones adversas:

Nauseas, vómito, sequedad de boca, mareo, estreñimiento, cefalea, somnolencia, fatiga, disfunción eréctil, visión borrosa, hepatotóxico, aumento de la presión arterial, gastritis.

5.3.2 Antiinflamatorios no esteroideos

En los pocos estudios disponibles no se ha demostrado efectividad en el tratamiento de los síntomas de la FM motivo por el que no se recomienda su utilización.

5.3.3 Analgésicos

El Tramadol con paracetamol mejora los síntomas dolorosos y funcionales en la FM.

Mecanismo de acción:

Inhibición de la recaptación neuronal de noradrenalina así como la intensificación de la liberación de serotonina. Se ha investigado el uso del tramadol como antidepresivo, ya que actúa inhibiendo los receptores de la recaptación de la Dopamina.

Vía de administración y dosis

Oral. 1 a 2 tabletas cada 4 a 6 horas

Presentación: Zaldiar

Cada tableta contiene:

Paracetamol 325 mg

Clorhidrato de tramadol 37.5 mg

Contraindicaciones

Pacientes con hipersensibilidad a tramadol.

No debe usarse en menores de 12 años.

Especial control en pacientes con insuficiencia renal o hepática.

No usarse en embarazo o lactancia

Reacciones adversas

Mareos, cefaleas, temblores, visión borrosa.

5.3.4 Sedantes hipnóticos y ansiolíticos

Diazepam es usado para tratar estados de ansiedad y tensión, y es la benzodiazepina más efectiva para el tratamiento de espasmos musculares

Mecanismo de acción

Facilita la acción inhibitoria del neurotransmisor ácido gamma aminobutírico (GABA), mediador químico de la inhibición tanto en el nivel del botón presináptico como postsináptico, en todas las regiones del sistema nervioso central.

Vía de administración y dosis

Oral.5 y 10 mg

Presentación

Comprimidos 5 y 10 mg de diazepam

Contraindicaciones

En personas que presenten miastenia gravis, glaucoma, insuficiencia respiratoria, depresión respiratoria, insuficiencia hepática y renal.

Reacciones adversas

Los más frecuentes son sedación, somnolencia, ataxia, vértigo, hipotensión, trastornos gastrointestinales.[15,16,19,21,22]

5.3.5 Otros

* Fármacos y sustancias que ha sido utilizados o investigados para su uso en la FM que no se consideran válidos en la actualidad por no haber pruebas sobre su efectividad o por sus efectos secundarios:

* Carisoprodol, oxibato de sodio. [19, 21]

5.4 Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico pretende mejorar la habilidad funcional y la calidad de vida del paciente.

Se insiste una vez mas en la necesidad de proporcionar una información básica sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento, enseñar el manejo

de dichas opciones y animar a la realización de programas de autoayuda en los casos necesarios. Los tratamientos no farmacológicos evaluados en estudios controlados incluyen: fortalecimiento muscular, terapia física, y terapia cognitivo conductual.

5.4.1 Actividad física

Los programas de ejercicio supervisado tienen efectos beneficiosos sobre la capacidad física y los síntomas de la FM a corto plazo. Debe ser personalizado, con actividad física 2 ó 3 veces por semana, de inicio gradual y evitando los ejercicios que produzcan dolor por forzar una zona determinada, sobre todo en los individuos con hiperlaxitud. La actividad física más adecuada es la aeróbica como la gimnasia, la danza, la natación y la hidrogimansia. Una caminata diaria de 30 minutos proporciona efectos terapéuticos. Se deben eliminar todos los factores que alteran la calidad del sueño.

5.4.2 Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual se basa en la idea de que la percepción de la persona sobre si misma y sobre lo que le rodea afecta a las emociones y al comportamiento. El objetivo de la terapia es cambiar la idea sobre el dolor lo que permite tener una actitud positiva frente a la enfermedad. Hay evidencias muy coherentes en los resultados de los tratamientos con terapia cognitivo conductual en la FM. Disminuye la intensidad del dolor y el cansancio y mejora el ánimo y la capacidad funcional.

5.4.3 Retroalimentación

Los ensayos clínicos realizados sobre los efectos de la retroalimentación (Re) demostraron respuestas positivas en relación con el dolor, el entumecimiento matutino, los puntos sensibles y la depresión. La Re es un proceso educativo en el que se combina la tecnología con el objetivo de que cada persona conozca sus respuestas fisiológicas a diversos estímulos, con la posibilidad de modificarlas a su favor y con la práctica aprender a controlarlas mejor.[9, 10,11]

5.4.4 Otros

La meditación basada en la relajación es un procedimiento que tienen resultados positivos en estudios con personas afectadas por FM, cuando se evalúa la calidad de vida sin que se haya podido demostrar que mejoran el dolor y la capacidad funcional.

Se han estudiado otros procedimientos como la inyección en puntos sensibles, el tratamiento con láser y la acupuntura en personas afectadas por FM sobre los que no se ha podido demostrar eficacia.[11, 10]

6. Fibromialgía Y ATM

Los pacientes con FM presentan dolores faciales y en mandíbula sin embargo algunos reportes indican que más del 90 %, generalmente asociados a los músculos y ligamentos relacionados con la articulación. Los trastornos Temporo–mandibulares suelen estar referidos como causantes de dolores intensos de cabeza y cara en más del 25 % de los pacientes, , mas no a la articulación propiamente dicha, la palpación por parte del odontólogo de los músculos pterigoideos suele ser una prueba bastante efectiva en estos pacientes.[17]

Uno de los factores etiológicos más importantes en los dolores de cara y cuello, es el que se refiere a la fisiología muscular. Efectivamente, son los músculos los iniciadores de casi todas las patologías existentes en la mecánica del funcionamiento del sistema masticatorio: ruidos y dolores de la articulación temporo-mandibular, dificultad masticatoria, bruxismo y todas las consecuencias que ésta con lleva. Los tejidos musculares al contraerse producen desplazamiento fisiológico de los segmentos corporales, los músculos esqueléticos tiran de sus inserciones tendinosas, y son estas las encargadas de llegar a la zona de inserción y de servir de puente de enlace entre ella y el músculo. Los músculos se contraen hacia su base: por ejemplo, la contracción de la porción superficial del músculo masetero se hace hacia los dos tercios anteriores del borde inferior del arco cigomático y lo que es movido por él es la mandíbula, ya que su inserción está en la superficie externa de la rama, en el proceso coronoides y en el ángulo del hueso mandibular. Del mismo modo el fascículo inferior del músculo pterigoido externo desplaza la mandíbula hacia adelante, dado que su base está adelante: en la superficie externa del plato pterigoideo externo o ala de la apófisis pterigoidea externa.[12]

Al analizar la inserción y el origen de cada uno de los haces de los músculos que intervienen en la masticación es más fácil comprender los daños que su alteración puede producir y las alternativas para solucionar o disminuir estos problemas. El más importante de los pares craneales es el trigémino, encargado de inervar motoramente a los músculos de cierre masticatorio y al Pterigoideo externo, este nervio inerva también al haz anterior del músculo digástrico que muchas veces es sintomático en las afecciones cráneo-mandibulares; también al tensor del tímpano, encargado de mantener la tonicidad de la membrana timpánica, por lo que es probable que los do1ores del oído puedan estar relacionados con la disfunción temporo-mandibular.[12]

Para el tratamiento sintomático de los dolores asociados al complejo masticatorio han sido utilizados diversos métodos, desde los agentes farmacológicos (analgésicos, anti-inflamatorios, relajantes musculares, inyecciones terapéuticas) agentes físicos (calor y frío), ejercicios terapéuticos, electroestimulación y la bioretroalimentación externa. Hasta el uso de placas, férulas y aparatos de desoclusión. El mayor desencadenante de los dolores de cabeza, cuello y espalda en los pacientes con FM es el Stress. El diagnóstico diferencial en FM incluye las enfermedades reumáticas al igual que cualquier otro trastorno que pueda provocar al paciente dolor y/o rigidez músculo- esquelética y extra articular.[12,17]

6.1 Diagnóstico

Aún cuando las pruebas específicas para esta enfermedad no han sido comprobadas, lo primordial en su diagnóstico es la historia clínica del paciente, una buena anamnesis es fundamental, acompañada de un buen reconocimiento físico. El odontólogo debe asociar las características de la enfermedad con las características de las entidades habitualmente descritas para otras patologías de la cara y cráneo como el dolor miofacial y las

patologías de la ATM, ya que muchas de ellas pueden ser comunes para todo el grupo, sin embargo el descarte de las otras características de la enfermedad permitirán al odontólogo orientarse en el posible diagnóstico de la misma y proceder al tratamiento de la sintomatología estomatológica de la misma. La presión digital en los llamados puntos de gatillo, realizada con fuerza (hasta 4 kg de presión digital) debe disparar el dolor en más del 50% de los diferentes puntos en el cuerpo entero, sin embargo los de más fácil localización por el odontólogo general son (Fig. 3-5):

- **Palpación del Occipital**: bilateral en la inserción del músculo suboccipital.
- **Cervical bajo**: bilateral en la parte anterior de los espacios intertransverso C5. C7,
- **Trapecio**: bilateral, en el punto medio del borde superior,
- **Supraespinosos**: bilateral, en los puntos de origen supraescapular, cerca del borde medio y Epicóndilo, en ambos brazos, a 2 cm aprox. del codo en la región dorsal del antebrazo.
- **Músculo Pterigoideo externo:** el cual se presenta sumamente doloroso a la palpación,
- **Músculos masetero y temporal** pueden también estar afectados, refiriendo muchos pacientes como una sensación de irritabilidad en la región de las aponeurosis de los temporales y a veces hipersensibilidad del cuero cabelludo.[12]

Fig.- 2 y 3 Músculos pterigoideos, bucinador, y músculo temporal.

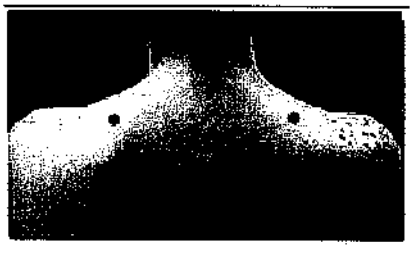

Fig.-4 Puntos gatillo que pueden ser fácilmente detectados por el odontólogo en cuello y espalda.

Fig.-5 Palpación del pterigoideo

6.2 Tratamiento

Como ya se menciono el tratamiento para paciente con FM debe ser multidisciplinario. En cuanto al manejo odontológico se pueden emplear aparatos intraorales que permitan relajar los músculos de la oclusión es una de las terapias más prácticas al alcance del odontólogo general, la guarda se confecciona sobre una lámina de material resilente similar al utilizado para los protectores bucales en un calibre de 0.60" se indica el uso nocturno y en aquellos pacientes que presenten bruxismo, se les recomienda el uso diurno en los periodos de mayor tensión emocional, (épocas de exámenes, períodos de trabajo excesivo como: cierre tributario, cierre de nómina etc.) el alivio de los síntomas referidos por los pacientes se presenta a los en pocos días, la mayoría refiere a los dos días un alivio evidente sobre todo en lo que refiere a apretamiento dentario, dolores en el cuello , cráneo y cara, dolores de cabeza etc[12,17].

Fig.6 Guarda y lámina termoformable calibre 0.60"

La forma en que funciona esta guarda es diferente a las guardas acrílicas convencionales, ya que esta queda suelta en boca actuando de una forma parecida a los de programadores, la función masticatoria está condicionada por un sistema de reflejos neuromusculares los cuales actúan fuera del control consciente del individuo. La información llega al sistema nervioso

central a través de los receptores periodontales, orofaciales, musculares y articulares o por estímulos internos llamados estímulos propioceptivos, existen dos tipos de reflejos principales, los que estimulan los músculos elevadores de la mandíbula produciendo su contracción, este reflejo de cierre o apretamiento es un reflejo monosináptico, el otro reflejo es el de apertura, el cual es de suma importancia en el proceso de masticación, este reflejo es polisináptico. La guarda miorelajante funciona como un disparador del reflejo de apertura, estimulando la segunda y tercera rama del trigémino inhibiendo la contracción de los músculos elevadores y por lo tanto evitando el apretamiento dental, de la misma manera como sucede al estar comiendo y conseguir un elemento extraño en el alimento, una piedrita o cualquier objeto de consistencia dura distinta al alimento que estamos consumiendo, se produce de inmediato un reflejo nervioso que de manera inconsciente realiza la apertura como un mecanismo protector. Mientras que no estamos masticando, tragando o hablando en condiciones normales no hay contacto entre los dientes, esta posición es conocida como posición de descanso o posición postural y es la posición de máxima relajación muscular, la placa miorelajante induce a los pacientes con apretamiento dentario a mantenerse en esa posición de descanso, manteniendo relajada la musculatura y facilitando de esta manera la disminución de la sintomatología asociada al apretamiento dentario y sus consecuencias.[12]

Es importante aclarar que la terapia con guarda miorelajante debe ser usada solo como coadyuvante en el tratamiento de los dolores de cabeza, cuello y espalda en los paciente con FM y no es por si sola un tratamiento para esta enfermedad, ya que por sus características multifactoriales requiere de un tratamiento mas complejo por un equipo multidisciplinario.[12,17]

7. Conclusiones

La FM es una entidad que se caracteriza por intenso dolor generalizado, con múltiple sintomatología, por lo que se recomienda un tratamiento multidisciplinario, ya que solo así se podrán observar resultados que realmente mejoren la calidad de vida de los pacientes. Se aconseja el uso de antidepresivos triciclicos, analgésicos como el tramadol, así como terapia alternativa como ejercicio físico, terapia psicológica de relajación y modificación conductual para atenuar la sintomatología de este proceso.

Actualmente no se conoce ningún tipo de tratamiento que erradique esta patología por lo tanto solo se lleva en estos pacientes un tratamiento paliativo.

Un paciente bien informado, mejorara su enfermedad.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Rose L, Kaye D. Medicina interna en odontología. España: Salvat Editores; 1992

2. Máñez I., Fenollosa P, Martínez-Azucena A., Salazar A., Sleep quality pain and depression in fibromyalgia, Rev. Asoc. Esp. Dolor, 12, 2005, pp491-500.

3. Taylor, M.D. Medicina de familia "Principios y practica".6ª edicion. Editorial Masson,2006

4. Sleep structure and sleepiness in chronic fatigue syndrome with or without coexisting fibromyalgia
http://arthritis-research.com/content/10/3/R56

5. Aryeh M. Abeles, Michael H. Pillinger, Bruce M. Solitar, Micha Abeles, Narrative Review: The Pathophysiology of Fibromyalgia, Ann Intern Me, Núm 146, 2007, pp726-734.

6. Harrison E, Wald B. Principios de medicina interna. 14ª ed. Editorial Interamericana.

7. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona J, de Andrés J., Fibromyalgia: diagnosis and treatment Current knowledge, Rev Soc Esp Dolor. 11, 2004, pp430-443.

8. Halabe C,Lifhitz G. El Internista. 2ª edicion. McGraw-Hill Interamericana

9. Ruíz M. Nadador V., Fernández-Alcantud J., Hernández-Salván J., Riquelme I., Benito G., Muscular pain: myofascial pain síndrome and fibromyalgia, Rev. Soc. Esp. Dolor, Núm. 1, 2007, pp36-44.

10. Moioli B., Merayano LA., Effects of psychological intervention on pain and emotional state of persons with fibromyalgia, Rev. Soc. Esp. Dolor, 12, 205, pp476-484.

11. Omer Faruk Sendur, Engin Tastaban, Yasemin Turan, Cevval Ulman, The relationship between serum trace element levels and clinical
parameters in patients with Wbromyalgia, Rheumatol Int, Mayo 2008, pp1117-1121.

12. Oscar Quirós Álvarez. Liliana Rodríguez, Ernesto Lezama, Br. Jelsyka Quirós C. Br. Luzmarina Quirós C., Uso de la placa mío-relajante en pacientes con fibromialgia, para alivio de dolores de cara, cuello y parte alta de la espalda, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, Nº: pp200102CS997 – ISSN, pp1317-5823.

13. Joana A. Macedo, Judith Hesse, Jonathan D. Turner, Jobst Meyer, Dirk H. Hellhammer, Claude P. Muller, Glucocorticoid sensitivity in fibromyalgia patients: Decreased expression of corticosteroid receptors and glucocorticoid-induced leucine zipper, Psychoneuroendocrinology, Núm 33, Marzo 2008, pp799–809.

14. Dawn P. Diagnostico y tratamiento en medicina de la mujer.1ª ed. Editorial EL Manual Moderno.

15. http://arthritis-research.com/content/10/3/R56

16. www.doyma.es

17. Jon Russell, MD, PhD, and Karen G. Raphael, PhD, Fibromyalgia Syndrome: Presentation, Diagnosis, Differential Diagnosis, and Vulnerability, CNS Spectr. 2008;13:(3 Suppl 5),pp6-11

18. Robbins, Patología estructural y funcional. 6ª edición México: Ed. Latinoamericana; 2001, pp237-246, pp1291-1296.

19. Rodríguez C., Vademécum Académico de Médicamentos. 4ª ed.; ed. McGraw-Hill Ineramericana; 2002, pp263-265, pp403-406

20. Ganong WF, Fisiología Médica 19ª ed. El Manual Moderno; 2002, pp247-255, pp285-295

21. www.facmed.unam.mx/bmnd/plm

22. www.aibarra.org