
SÍNDROME DE FIBROMIALGIA INFANTIL
PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
INSTITUCIONES OFICIALES DE SECUNDARIA
LA ESTRELLA-ANTIOQUIA
JUNIO DE 2002

RUTH ERAZO GARNICA.

PEDIATRA REUMATÓLOGA. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

ALEJANDRO CARDONA TAPIAS.

MEDICO INTERNISTA Y REUMATÓLOGO. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.

LINA MARÍA RESTREPO ESCOBAR.

ESTUDIANTE DE QUINTO AÑO DE MEDICINA. CES.

A.A 49259

ANDRÉS CÓRDOBA SÁNCHEZ.

ESTUDIANTE DE QUINTO AÑO DE MEDICINA. CES.

¹ *Agradecimientos al Jefe de Núcleo Educativo, Secretaria de Educación y Oficina de SISBEN de La Estrella, por los datos estadísticos. Al personal Directivo, Docente y Escolar de los colegios Concejo Municipal, José Antonio Galán y Bernardo Arango Macías por permitir la ejecución del proyecto. A Yolanda Torres de Galvis MD. Jefe de Investigaciones-CES, por su valiosa Asesoría. Y en general a nuestra institución: Instituto de Ciencias de la Salud-CES.*

CONTENIDO

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
1. OBJETIVOS:	
1.1 General	6
1.2 Específicos	7
2. MATERIALES Y METODOS	8
3. ASPECTOS ETICOS	10
4. RESULTADOS	11
5. DISCUSION Y CONCLUISIONES	12
BIBLIOGRAFIA	18
ANEXOS	21

RESUMEN

SÍNDROME DE FIBROMIALGIA INFANTIL. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. INSTITUCIONES OFICIALES DE SECUNDARIA. LA ESTRELLA – ANTIOQUIA. JUNIO 2002.

ERASO G. RUTH MARÍA*, CARDONA T. ALEJANDRO*
RESTREPO E. LINA MARÍA**, CÓRDOBA S. ANDRÉS**

* Departamento de Medicina Interna. Servicio de Reumatología. Universidad de Antioquia.

** Facultad Medicina – Universidad CES, Medellín. Colombia

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia y características clínicas del síndrome de Fibromialgia en población de 11-17 años de secundaria del sector oficial en La Estrella-Antioquia, según los criterios del Colegio Americano de Reumatología.

MÉTODOS: Fase1: Se aplicó un cuestionario de dolor a 2406 niños. Fase 2: Dos reumatólogos evaluaron los 18 puntos sensibles y 3 pares controles, a los niños con dolor músculo-esquelético difuso, mediante palpación digital.

RESULTADOS: Se encontró una prevalencia de 1.53%. Edad promedio de 13.3 años, 65% eran mujeres y 35% hombres. El 86% presentaban algún tipo de alteración del sueño y/o cefalea. La duración promedio del dolor músculo-esquelético generalizado, previo al diagnóstico fue de 24 meses. La intensidad promedio del dolor, evaluada mediante escala de graduación numérica fue de 6.5. Los pacientes presentaron un promedio de 7 síntomas asociados. Se diagnosticó hipermovilidad articular generalizada en el 22%. Y ausentismo escolar en el 38%.

CONCLUSION: Se halló una prevalencia en población escolarizada similar a la mexicana e inferior a la Israelí, reafirmando la importancia del factor étnico y sociocultural en el desarrollo del síndrome y la dificultad para comparar estos resultados, por las diferentes metodologías empleadas.

FIBROMIALGIA

INFANTIL

PREVALENCIA

ABSTRACT

INFANTILE FIBROMYALGIA SYNDROME. PREVALENCE AND CLINIC CHARACTERISTICS. OFFICIAL HIGH SCHOOLS. LA ESTRELLA-ANTIOQUIA. JUNE 2002.

ERASO G. RUTH MARÍA*, CARDONA T. ALEJANDRO*
RESTREPO E. LINA MARÍA**, CÓRDOBA S. ANDRÉS**

* Internal Medicine Department. Rheumatology Service. Antioquia University.

** Medicine School – CES University, Medellín. Colombia

OBJECTIVES: To determine the prevalence and clinic characteristics of fibromyalgia syndrome in people from 11 – 17 years, from official high schools in La Estrella-Antioquia. According to the American College of Rheumatology criteria.

BACKGROUND: We made this investigation, on the basis of previous prevalence studies in children, both of them with wide differences in results (Mexican 1.2%, Israeli 6.2%).

METHODS: Stage 1: A questionnaire about pain was applied to 2406 children. Stage 2 : Two rheumatologists evaluated the 18 sensible points and 3 control pairs, in children with diffuse musculoskeletal pain, by thumb palpation, and was made a complete clinical history.

RESULTS: It was found a prevalence of 1.53%. The patients average age was from 13,3 years, 65% were women and 35% men. 86% presented any kind of sleep alteration and headache. The generalized musculoskeletal pain average was 24 months, previously to the diagnose. The pain intensity evaluated through numeric graduated scale was 6.5. Patients showed an average of 7 associated symptoms (from 12 possible). Generalized hypermobility was diagnosed in 22%. Scholar absenteeism was found in 38%.

CONCLUSIONS: It was found a scholar people prevalence similar to the Mexican and lower than to Israeli one. It was reaffirmed the importance of ethnic and sociocultural factors in the development of the sickness and the difficulty to compare this results, because of the different methodologies used, was emphasized too.

FIBROMYALGIA

INFANTILE

PREVALENCE

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con dolor músculo-esquelético, representan un reto diagnóstico para el médico que los atiende, por su variada etiología y presentación clínica. Aunmas, cuando se trata de niños y adolescentes con dolor crónico, ya que muchos de ellos no tienen una enfermedad inflamatoria identificada o un daño mecánico, que cause el grado de dolor, debilidad y discapacidad manifestados. Estos niños son frecuentemente referidos de un médico a otro, sometidos a múltiples pruebas diagnósticas y terapéuticas, finalmente infructuosas y frustrantes tanto para el paciente como para el médico. El síndrome de Fibromialgia es una forma de reumatismo no articular, manifestado por dolor músculo-esquelético idiopático generalizado y puntos sensibles en múltiples sitios característicos. Estableciéndose como una condición clínica definida, en adultos y en niños, pero con mayor frecuencia ignorada en la población juvenil. Fue descrita en niños por primera vez en 1985¹ y desde entonces, se han publicado varios estudios, detallando sus características clínicas^(2,3,4), aunque sobre prevalencia son escasos y con resultados divergentes^(5,6), debido quizás, a las características étnicas y al perfil psicológico de cada población; y a que son rasgos determinantes principales de como un individuo comunica y expresa el dolor⁽⁶⁾ Además en muchos niños este síndrome, parece relacionarse causalmente con trauma, enfermedad o estrés psicológico⁽⁷⁾. Las diferentes prevalencias encontradas y la ausencia de estudios, así como la presencia de factores estresantes derivados de la violencia, fueron la motivación para realizar una investigación que enfocara el aspecto de la prevalencia local y las características clínicas del síndrome en nuestro medio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y características clínicas del Síndrome de Fibromialgia en población de 11 a 17 años, en instituciones de educación secundaria del sector oficial del municipio La Estrella-Antioquia, en el período comprendido entre abril y junio de 2002. Con el fin de generar información que permita concientizar sobre la frecuencia del problema en nuestro medio y los factores asociados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Evaluar la presencia de dolor generalizado crónico, mediante la aplicación de un formulario diseñado para tal fin.
2. Realizar la evaluación clínica de los pacientes detectados con dolor crónico generalizado mediante la prueba de tamizaje, para establecer el diagnóstico de Fibromialgia de acuerdo con los criterios del ACR.
3. Delimitar las características del dolor en la población con el diagnóstico.
4. Describir los síntomas asociados al dolor en la población con el diagnóstico.
5. Observar el promedio de puntos sensibles en los diagnosticados.
6. Diferenciar la prevalencia según el género.
7. Determinar la presencia de Hipermovilidad articular asociada al síndrome.
8. Establecer los diversos trastornos del sueño asociados al síndrome.

9. Explorar la asociación con fármaco-dependencia, alcoholismo, y tabaquismo.
10. Describir el antecedente familiar de enfermedades de tejido conectivo.
11. Hallar grado de ausentismo escolar atribuible a dolor músculo-esquelético.
12. Describir la asociación de Depresión Mayor o Atípica según criterios del DSM IV en la población con el diagnóstico.
13. Evaluar el impacto de la actividad deportiva en la patogénesis y terapéutica de los niños con el diagnóstico.
14. Reseñar el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el momento del diagnóstico.
15. Relacionar los diagnósticos establecidos y el tratamiento recibido antes de confirmar el Síndrome de Fibromialgia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio de corte transversal con confirmación clínica.

Sujetos: El municipio de La Estrella tiene una población de 52,000 habitantes, de los cuales 5,266 (10%) están entre 11-17 años. La población de base fueron 2702 niños, que comprenden el 93.5% de 2888 niños, matriculados en instituciones secundarias del sector oficial. Pertenecientes a: Colegio Concejo Municipal, Colegio Bernardo Arango Macías y Colegio José Antonio Galán, ubicados en La Estrella, departamento de Antioquia, la muestra fue de 2590 niños y la población estudiada de 2406.

Criterios de inclusión: Estar entre los 11-17 años de edad, pertenecer a institución de secundaria del sector oficial con grados de sexto a undécimo, ser natural del municipio de La Estrella y participar voluntariamente en el estudio.

Materiales: El cuestionario de dolor fue realizado por los dos reumatólogos. La efectividad y comprensión del cuestionario se evaluó mediante una prueba piloto, que consistió en la aplicación del cuestionario de dolor a 20 niños de igual grupo étnico, que asistieron a consulta externa del Hospital Infantil-San Vicente de Paúl.

Procedimientos: Se solicitó al jefe de núcleo educativo y secretaria de educación, previa comunicación del desarrollo del estudio, su colaboración para obtener los datos estadísticos. Luego se gestionó la autorización para la ejecución, con el personal directivo de cada institución. La capacitación del equipo, fue mediante una discusión conjunta, sobre el orden de ideas, estandarización de conceptos y procedimientos, y se creó un instructivo para la realización de la historia clínica en la segunda fase del estudio. El trabajo de

campo fue asesorado y supervisado por la pediatra-reumatóloga. *La ejecución comprendió dos fases:* Una primera fase, en la cual, a la población del estudio se le aplicó un formulario auto-administrado y supervisado (**Anexo 1**). En una segunda fase de confirmación clínica, las personas que refirieron dolor generalizado, fueron evaluadas “a ciegas”, mediante palpación digital para la detección de los 18 puntos sensibles y 3 pares controles, de acuerdo a la técnica descrita en los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología, además se les hizo una historia clínica completa, incluyendo variables que permitieran definir las características clínicas del síndrome. Esta información se consignó en un formulario diseñado para tal fin (**Anexo 2**). Una vez terminada la fase de recolección de información, se llevó a una base de datos para su análisis, se hizo discusión sobre los hallazgos y se definieron las conclusiones.

Técnicas de procesamiento y análisis: La *prevalencia* se expresó como el número de niños con el síndrome, dividido por el número total de la muestra, multiplicado por 100%. Se analizó la frecuencia y proporciones de cada una de las variables clínicas, basándose en el manual de codificación y/o comandos para aplicar en los programas Epi info 6 y Excel. La obtención de la información fue directa, por lo que se creó un formato de registro con datos bien definidos, términos claros y explícitos, incluyendo en forma exhaustiva todas las posibles alternativas de respuesta al planteamiento del problema, en categorías mutuamente excluyentes. *La digitación del anteproyecto y resultados;* y la supervisión de la misma, se hizo conjuntamente.

ASPECTOS ÉTICOS

No se divulgará, ni permitirá que se conozca, la información que directa o indirectamente se obtuvo durante el estudio, sobre la salud y la vida del niño o su familia. Al recolectar la información se suprimieron los datos de identificación del paciente, asignando un código para el ordenamiento de la información.

Los estudios de prevalencia como éste, no requieren consentimiento idóneo escrito, sino la aceptación verbal y consciente de los niños que van a participar.

Aunque se trata de un estudio de riesgo mínimo, no podemos ser unos observadores insensibles de los problemas de salud, que aparecen en los pacientes. Existe la obligación ética de comunicar, ya sea al médico tratante, o la institución responsable; de las observaciones del estudio, que han llevado a identificar perjuicios en los pacientes, que deben ser limitados o evitados.

No se cobró a los pacientes costos que se ocasionaron en razón del proceso investigativo.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Antioquia y el Instituto de Ciencias de la Salud (CES).

En relación con publicación de los resultados se tuvo en cuenta lo siguiente: Ceñirse a la verdad, conciencia de la transitoriedad del conocimiento, publicación en revistas científicas exclusivamente. El paciente y su familia, fueron informados sobre el auto-cuidado, protección y prevención; se les brindaron recomendaciones (**Anexo 4**) y tratamiento, con previo consentimiento informado. Los casos fueron remitidos (**Anexo 5**) al servicio correspondiente para seguimiento.

RESULTADOS

De 2,702 niños entre sexto y undécimo grado de las instituciones mencionadas, se excluyeron 112 por salir del rango de edad, 179 ausentes los días en que se hizo el estudio y 5 no respondieron. De la población de estudio, 354 (14%) contestaron afirmativamente, pasando a la fase de confirmación clínica, donde se excluyeron 271 por no cumplir los criterios diagnósticos a saber: Presencia de dolor generalizado de más de tres meses de evolución y de 11 o más puntos sensibles. Las causas de exclusión fueron: otras etiologías, dolor menor a tres meses y presencia de menos de 11 puntos sensibles. Hallamos una prevalencia del síndrome de Fibromialgia (FM) de **1,53%** (37 casos de 2406). Con distribución por sexos: 24 en el femenino (**65 %**) y 13 en el masculino (**35%**); para una relación de 2.8:1. Promedio de edad de 13.3 años. No hubo antecedentes de enfermedad del tejido conectivo o artropatía crónica asociada, ni diagnóstico previo del síndrome. 31 estudiantes hacían actividad física ocasional (84%) y 6 de manera regular (16%). En relación con otros hábitos, se halló: Consumo de cigarrillo en 2 pacientes (5%), de licor en 1 (2,5%), y de psicotrópicos en 2 (5%). El tiempo promedio de evolución del dolor crónico generalizado, fue de 24 meses, con un rango entre 3-108. La intensidad evaluada por una escala de graduación numérica (**Anexo 3**), fue en promedio de 6.5, y la más frecuente fue 5. El promedio de puntos sensibles fue 13, con un rango entre 11-16 y de síntomas por paciente, fue 7 de 12 posibles (**Tabla 1**). El dolor músculo-esquelético se asoció a ausentismo escolar, en 14 estudiantes (38%) con un promedio de 1.9 días de ausencia en el último año.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Durante la infancia y adolescencia, el dolor músculo-esquelético es un síntoma común, pero a pesar de la frecuencia descrita, son pocos los estudios dirigidos a aclarar la etiología y magnitud de las diversas causas del dolor, siendo usual que médicos generales y pediatras, consideren que los síndromes dolorosos difusos son de muy baja ocurrencia en niños. Aunque estudios recientes demuestran que son más comunes de lo esperado^(9,10). El grupo de síndrome doloroso difuso incluye: dolores de crecimiento, hipermovilidad articular y FM.

La mayoría de los estudios se han efectuado en consultas de reumatología pediátrica de instituciones de nivel terciario, no reflejando fielmente lo que ocurre al interior de una comunidad.

En un estudio retrospectivo de la Sociedad de Artritis y el Hospital Infantil de British Columbia, entre 1982 y 1990 se diagnosticaron 35 niños con FM⁽¹⁰⁾ y no se halló ni un solo caso, entre 875 niños que asistían a la consulta de reumatología pediátrica del Hospital Universitario de Saskatoon entre 1981 y 1989⁽¹¹⁾. En investigaciones más recientes, Malleson y col⁽¹²⁾ hicieron un estudio para determinar la incidencia de enfermedades reumatológicas en niños canadienses, que incluyó pacientes nuevos, evaluados en 13 centros especializados durante dos años. Se encontró una prevalencia de 3,2% (120 casos) con una incidencia estimada de 0,35 x 100,000 niños en riesgo. Otro estudio que describió los pacientes nuevos remitidos durante un periodo de 3 años, a centros de reumatología pediátrica de Estados Unidos, demostró que el 59% tenían enfermedades que no eran de origen auto-inmune. De estos, el 12 % tenían

síndromes dolorosos idiopáticos (1,577), incluyendo FM, la cual se presentó en 268 niños⁽¹³⁾.

Hasta la fecha, solo hay dos reportes de prevalencia en población escolar: Buskila y col⁽⁵⁾ encontraron en un estudio de 338 escolares sanos una prevalencia del 6,2%; alta al comparar con el 1,2 % hallado por Clark y col⁽⁶⁾ en un estudio posterior que incluyó 548 niños mexicanos. Las probables razones para explicar éstas diferencias, se basan en que son poblaciones diametralmente opuestas en sus características étnicas y culturales y la metodología empleada en ambos estudios fue distinta. En el estudio Israelí el punto de partida fue la búsqueda de los puntos sensibles, para luego proceder a interrogar a los niños y sus padres, sobre la presencia de dolor generalizado. Por otro lado, en el estudio mexicano, al igual que en nuestro estudio se aplicó un formulario auto-administrado de dolor generalizado y posteriormente se procedió al examen físico en búsqueda de los puntos sensibles. Este proceso de clasificación en dos etapas es el recomendado por el Colegio Americano de Reumatología para la investigación sobre ésta enfermedad⁽⁸⁾. Las diferentes metodologías quizás determinan, en parte que la prevalencia sea mayor en el primer grupo, ya que el hallazgo de puntos sensibles influye la respuesta del cuestionario de dolor e igualmente el interrogatorio sobre dolor puede inducir respuestas positivas, si se compara con el formulario auto-administrado. En nuestro trabajo, es de resaltar la importancia de la magnitud de la muestra, que nos permite hablar de prevalencia infantil en un municipio, al contrario de estos, con menor grupo de referencia. Se considera que la similitud en el dato de prevalencia con el estudio Mexicano reafirma la importancia del

factor étnico y sociocultural en el desarrollo de ésta enfermedad, por tratarse de dos países latinoamericanos que comparten un perfil sociodemográfico similar.

Es interesante anotar, que en algunos estudios se ha encontrado un claro predominio de la raza blanca sobre otros grupos raciales⁽³⁾, aún en poblaciones provenientes de áreas, en donde predomina la raza negra⁽⁴⁾. El diagnóstico predominó en sexo femenino, coincidiendo con lo reportado en estudios clínicos de adultos y de población juvenil^(1,14,15) y el estudio Mexicano⁽⁶⁾ donde los casos fueron de sexo femenino, mientras que en el Israelí la relación mujer a hombre fue de 2 a 1⁽⁵⁾, similar a nuestro estudio. Se observó un predominio hacia el extremo de menor edad, dato llamativo, ya que se considera que la FM es una enfermedad cuya prevalencia aumenta con la edad y en población infantil es característica de adolescentes⁽¹⁵⁾. Podría postularse que el bajo porcentaje de niños vinculados a una actividad física regular, sea debido al impacto del síndrome en su calidad de vida, requiriendo estudios dirigidos a evaluar la relación entre actividad física y FM para aclarar este aspecto.

Diversos reportes basados en estudios objetivos, han documentado hallazgos patológicos durante el sueño en pacientes con FM⁽²⁾. La relación entre sueño y dolor, quizás refleje diversos factores patogénicos implicados que involucran esencialmente un trastorno en la modulación central del dolor. La alta frecuencia encontrada, reafirma el concepto de que este síntoma tiene la misma significación diagnóstica que el dolor generalizado, como ha sido expresado por algunos autores⁽³⁾. En otros estudios de FM juvenil la frecuencia de alteraciones del sueño ha variado en un rango entre 70 y 100%^(1,3,4), aunque éstas frecuencias son

difíciles de comparar por las diferentes definiciones utilizadas para clasificar estas alteraciones. En el estudio de Yunus y Massi ⁽¹⁾, quienes describieron por primera vez éste síndrome en niños, el tiempo promedio para el diagnóstico fue de 30 meses, mientras que Gedalia y col ⁽⁴⁾ describen un lapso promedio de tiempo de 22 meses, similar al nuestro. En ninguno de los estudiantes se había hecho previamente el diagnóstico de síndrome de FM. Lo que refleja que es una condición clínica, frecuentemente sub-diagnosticada e ignorada.

Para medir la intensidad del dolor al momento de la evaluación, se utilizó una escala de graduación numérica de 0 a 10, instrumento validado y de fácil aplicación en niños ⁽¹⁷⁾. La intensidad moderada del dolor reportada en éste estudio, se correlaciona con el también moderado impacto funcional que se refleja en una baja participación en las actividades deportivas de forma regular, probablemente debida al deterioro en la calidad de vida, atribuible a la enfermedad; sin embargo el grado de dolor no fue suficientemente intenso para causar una incapacidad permanente, lo cual se evidencia en el bajo ausentismo escolar por ésta causa. El promedio de puntos sensibles encontrados, fue similar al de 14 puntos encontrado en el estudio Mexicano ⁽⁶⁾. En el estudio Israelí no se menciona cual fue el promedio de ésta variable. Todos los pacientes de éste grupo, presentaron síntomas asociados al dolor y a la alteración del sueño. La presencia de cefalea fue superior a lo encontrado en descripciones previas en población infantil, que reportan una prevalencia para este síntoma de 70 a 75 % ^(3,4). Yunus y Massi en el primer reporte de FM juvenil encontraron una prevalencia de depresión del 55% ⁽¹⁾. Esta misma variable fue evaluada por Siegel ⁽³⁾ quien encontró que el 43%

de los niños tenían depresión, mientras que Gedalia⁽⁴⁾ y col. reportaron una prevalencia del 7%. Los diferentes porcentajes anotados, son difíciles de comparar, ya que las discrepancias pueden deberse en parte a las diferentes metodologías y definiciones usadas para establecer el diagnóstico de depresión en estos pacientes. El porcentaje del 35% de este estudio es muy similar a lo reportado en adultos. En un estudio publicado en 1985 se encontró que el 70% de los pacientes, presentaron depresión mayor durante su vida, pero solo el 30% tenían este diagnóstico al momento de este. Otro, en el que los evaluadores fueron ciegos frente al diagnóstico de base, no encontró diferencia en la presencia de depresión en los pacientes con FM o artritis reumatoide⁽²⁰⁾, siendo importante, pues uno de los mitos más arraigados acerca del síndrome, es que sea una manifestación somática de algún desorden afectivo y algunos médicos inclusive la perciben meramente como una expresión aberrante de ansiedad en individuos neuróticos. A la luz del conocimiento actual es más razonable concluir que la depresión en ésta condición es reactiva y se presenta como consecuencia del dolor crónico, el insomnio, la limitación física y el deterioro en la calidad de vida. El espectro de presentación clínica con respecto a los otros síntomas asociados fue similar a lo reportado en otros estudios, tanto en niños como en adultos^(1,3,4,18) Los estudios que han evaluado la presencia de hipermovilidad articular en pacientes con FM han sido llevados a cabo en el ámbito clínico^(18,19) No tenemos conocimiento sobre datos provenientes de estudios basados en la comunidad. En el nuestro, la hipermovilidad articular diagnosticada con base en los criterios de Carter y Wilkinson modificados por Bird, fue mayor que el 14% detectado por

Gedalia⁽⁴⁾ y menor comparado con el 40% reportado con Siegel⁽³⁾. Estos resultados, tanto de estudios clínicos como poblacionales, sugieren una asociación entre hipermovilidad y FM, aunque la causa de ésta relación no se conoce claramente, se postula que el microtrauma generado por la hipermovilidad articular lleva a dolor músculo-esquelético periférico crónico, el cual induce una alteración en el mecanismo de modulación central del dolor, que a su vez lleva al trastorno del sueño y a dolor generalizado⁽⁴⁾.

En conclusión el presente estudio demuestra que la prevalencia de FM en población juvenil de un municipio Colombiano es similar a la encontrada en población juvenil Mexicana y 5 veces menor que la encontrada en población Israelí. Estas discrepancias apoyan el concepto de la influencia étnica y cultural en la forma de expresión del dolor. Sin embargo, otra explicación es la diferente metodología empleada en estos estudios, la cual dificulta su comparación. Es evidente entonces, que la prevalencia continúa siendo un aspecto controversial. Se enfatiza la necesidad de estudios que estén dirigidos a evaluar los aspectos condicionantes del dolor en diferentes poblaciones, utilizando una misma metodología. De forma notoria se encontró que ninguno de los pacientes tenía diagnóstico previo de FM lo que resalta el sub-diagnóstico de ésta en nuestro medio. Las características clínicas del síndrome, encontradas en los pacientes de este estudio en general no difieren a las descritas en estudios previos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yunus MB, Masi AT. **Juvenile primary fibromyalgia syndrome.** A clinical study of thirty-three patients and matched normal controls. *Arthritis Rheum* 1985; 28: 138-145.
2. Roizenblast S, Tufic S, Goldenberg J. **Juvenile fibromyalgia: Clinical and polysomnographic aspects.** *J Rheum* 1997; 24:579-85.
3. Siegel DM, Janeway D, Baum J. **Fibromyalgia syndrome in children and adolescents: clinical features at presentation and status at follow-up.** *Pediatrics* 1998; 101:377-82
4. Gedalia A, García CO, Molina JF, Bradford N, Espinoza LR. **Fibromyalgia syndrome: Experience in a pediatric rheumatology clinic.** *Clin Exp Rheum* 2000; 18:415-419.
5. Buskila D, Press J, Gedalia A, Klein M, Neumann L, Boehm R, Sukenik Sh **Assessment of nonarticular tenderness and prevalence of fibromyalgia in children.** *J Rheumatol* 1993; 20:368 –70
6. Clark P, Burgos-Vargas R, Medina-Palma C, Lavielle P, Franco F. **Prevalence of Fibromyalgia in children: Clinical study of Mexican Children.** *J Rheumatol* 1998; 25: 2009-14
7. Buskila D, Neumann L, Hershman E, Gedalia A, Press J, Sukenik S, et al. **Fibromyalgia syndrome in children –An outcome Study.** *J Rheumatol* 1995; 22: 525-8.

8. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. **The ACR 1990 Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of multicenter criteria committee.** Arthritis Rheum 1990; 33: 160-72.
9. Lautenbacher S, Rollman GB, McCain GA: **Multi-method assessment of experimental and clinical pain in patients with fibromyalgia.** Pain 59:45, 1994
10. Malleson PN, Al-Matar M, Petty Re. **Idiopathic musculoskeletal pain síndromes in children.** J Rheumatol 1992;19:1786-9
11. Rosenberg AM. **Analysis of a pediatric rheumatology clinic population.** J Rheumatol 1990; 17:827-30.
12. Malleson PN, Fung MY, Rosenberg AM, for the Canadian Pediatric Rheumatology Association. **The incidence of pediatric rheumatic diseases.** Results from the Canadian Pediatric Rheumatology Association Disease Registry. J Rheumatol; 1996;23:1981-7.
13. Bowyer S, Roettcher P. **Pediatric rheumatology database research group. Pediatric rheumatology clinic populations in the United States. Results of a 3-year survey.** J Rheumatol 1996;23:1968-74.
14. Calvo I, Lacruz L, Roman J: **Pediatric Fibromyalgia patients: A follow up study.** Ann Rheum Dis, XIV European League Against Rheumatism. Congress Abstracts, Glasgow, Scotland, 1999.
15. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell J, Hebert L. **The prevalence and characteristics of FM in the general population.** Arthritis Rheum 1995; 38: 19-

16. Wolfe F. **The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic.** Ann Rheum Dis 1997; 56; 268-271
17. Mikkelsen M. **One year outcome of preadolescents with fibromyalgia.** J Rheumatol, 1999;26:674-82.
18. Hudson N, Starr MR, Esdaile JM and Fitzcharles MA. **Diagnostic associations with hypermobility in rheumatology patients.** The British J Rheumat, 1995;34:1157-1161, Copyright by British Society for Rheumatology.
19. Hudson N, Fitzcharles MA, Cohen M, Starr MR and Esdaile JM. **The association of soft-tissue rheumatism and hypermobility.** The British J Rheumatol, 1998;37:382-6. Copyright by British Society for Rheumatology.
20. Croft P, Schollum J, Silman A. **Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia.** BMJ 1994;309:696-9.

Anexo 1**PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME FIBROMIALGIA.
ESTUDIO TRANSVERSAL ETAPA 1 (TAMIZACION) ABRIL 2002**

Nombres y Apellidos Completos

HOMBRE _____ MUJER _____ EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS _____

LUGAR DONDE VIVES: BARRIO _____ CAMPO _____ TELEFONO _____

COLEGIO _____ GRADO _____

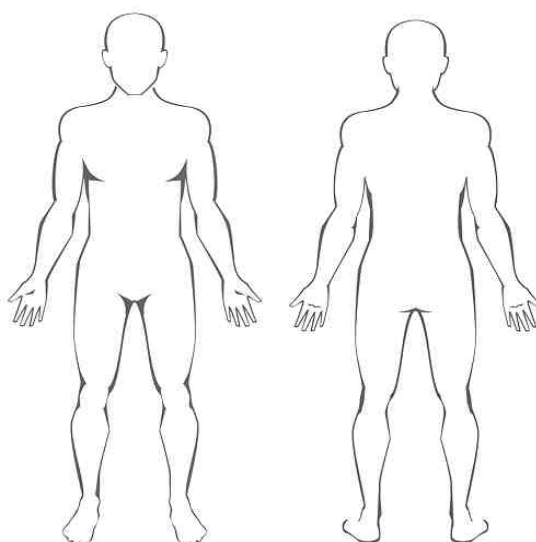
Por favor responde a las siguientes preguntas:

1. Durante los últimos 3 meses has sentido dolor en los músculos o huesos (o en ambos) de alguna parte del cuerpo?

Sí _____ No _____

2. A continuación encontrarás el dibujo de una figura humana vista por delante (aspecto anterior) y por detrás (aspecto posterior). Si respondiste Sí a la pregunta anterior, señala con una X en la figura cuál o cuáles partes del cuerpo te duelen? (Puedes señalar varios sitios si todos ellos te duelen)

Esquema de la figura humana



Por delante

Por detrás

Tabla 1. Síntomas asociados al dolor generalizado en pacientes con Fibromialgia

SÍNTOMA	Número de pacientes	%
Cefalea	32	86.4
Tensional	23	72.0
Migrañosa	9	28.0
Alteraciones del sueño	32	86.4
Alteraciones simultáneas (insomnio inicial, de mantenimiento y sueño no reparador)	26	70
Fatiga	29	78.9
Debilidad	27	73
Parestesias	24	64.8
Síntomas vestibulares	23	62.1
Palpitaciones	20	54
Intestino irritable	19	51.3
Dolor torácico	15	40.5
Síntomas urinarios	14	37.8
Depresión	13	35.1
Rigidez articular	12	32
Edema articular subjetivo	7	18.9

ANEXO 2

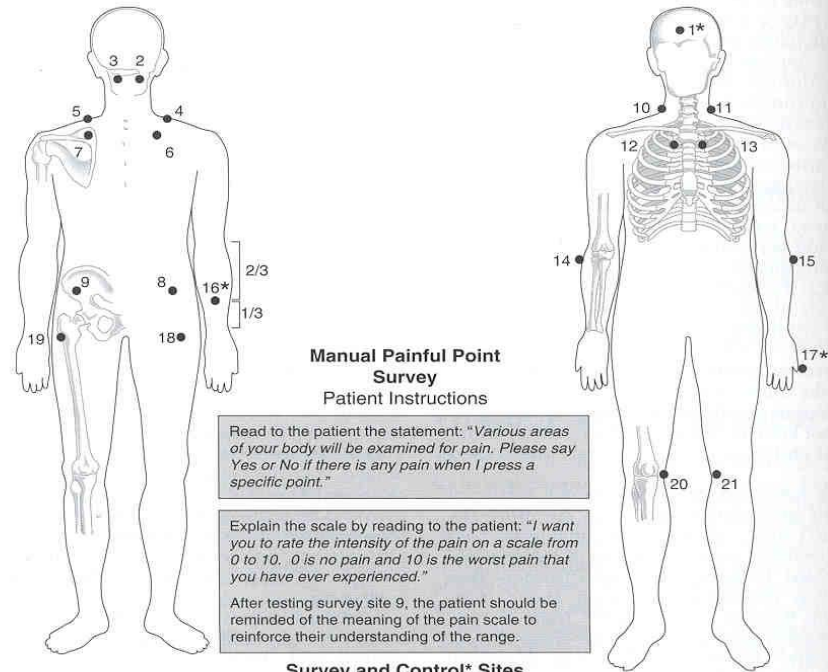
HISTORIA CLINICA

Nombres y apellidos		Edad	Sexo	Lugar Residencia																																																																					
Teléfono	Colegio	Grado		Fecha / /	Formulario #																																																																				
A. P.	PATOLÓGICOS Enf. Tejido conectivo Otros	ALÉRGICOS QUIRÚRGICOS TRAUMÁTICOS <p style="text-align: center;">OTROS</p>																																																																							
	H A B I T O S	ACTIVIDAD FÍSICA Tipo de actividad Frecuencia: Ocasional ___ Regular ___ OTROS Cigarrillo: Número de cigarrillos por día ___ Tiempo de consumo (años) ___ Licor: Número de copas por día ___ Tiempo de consumo (años) ___ Sicotrópicos: Sí ___ No ___ Cúal? _____ Tiempo de consumo (años) ___ Hábitos de sueño: <p style="text-align: center;">Normal ___ Insomnio de conciliación ___</p> <p style="text-align: center;">Insomnio de mantenimiento ___</p> Sueño no reparador ___	DATOS CLINICOS Tiempo de evolución del dolor (en meses) _____ <p style="text-align: center;">Características del dolor:</p> Intensidad del dolor: Escala visual análoga: _____ Localización del dolor:																																																																						
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Cabeza</td> <td style="width:33%;"></td> <td style="width:33%;">Cintura</td> <td style="width:33%;"></td> </tr> <tr> <td>Cuello</td> <td></td> <td>Cadera Derecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pecho</td> <td></td> <td>Cadera Izquierda</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Espalda</td> <td></td> <td>Muslo Derecho</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hombro Derecho</td> <td></td> <td>Muslo Izquierdo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hombro Izquierdo</td> <td></td> <td>Rodilla Derecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Brazo Derecho</td> <td></td> <td>Rodilla Izquierda</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Brazo Izquierdo</td> <td></td> <td>Pierna Derecha</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Codo Derecho</td> <td></td> <td>Pierna Izquierda</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Codo Izquierdo</td> <td></td> <td>Tobillo Derecho</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Antebrazo Derecho</td> <td></td> <td>Tobillo Izquierdo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Antebrazo Izquierdo</td> <td></td> <td>Pie Derecho</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Muñeca Derecha</td> <td></td> <td>Pie izquierdo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Muñeca Izquierda</td> <td></td> <td>Columna Cervical</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mano Derecha</td> <td></td> <td>Columna Torácica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mano Izquierda</td> <td></td> <td>Columna Lumbar</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Cabeza		Cintura		Cuello		Cadera Derecha		Pecho		Cadera Izquierda		Espalda		Muslo Derecho		Hombro Derecho		Muslo Izquierdo		Hombro Izquierdo		Rodilla Derecha		Brazo Derecho		Rodilla Izquierda		Brazo Izquierdo		Pierna Derecha		Codo Derecho		Pierna Izquierda		Codo Izquierdo		Tobillo Derecho		Antebrazo Derecho		Tobillo Izquierdo		Antebrazo Izquierdo		Pie Derecho		Muñeca Derecha		Pie izquierdo		Muñeca Izquierda		Columna Cervical		Mano Derecha		Columna Torácica		Mano Izquierda		Columna Lumbar					
Cabeza		Cintura																																																																							
Cuello		Cadera Derecha																																																																							
Pecho		Cadera Izquierda																																																																							
Espalda		Muslo Derecho																																																																							
Hombro Derecho		Muslo Izquierdo																																																																							
Hombro Izquierdo		Rodilla Derecha																																																																							
Brazo Derecho		Rodilla Izquierda																																																																							
Brazo Izquierdo		Pierna Derecha																																																																							
Codo Derecho		Pierna Izquierda																																																																							
Codo Izquierdo		Tobillo Derecho																																																																							
Antebrazo Derecho		Tobillo Izquierdo																																																																							
Antebrazo Izquierdo		Pie Derecho																																																																							
Muñeca Derecha		Pie izquierdo																																																																							
Muñeca Izquierda		Columna Cervical																																																																							
Mano Derecha		Columna Torácica																																																																							
Mano Izquierda		Columna Lumbar																																																																							

DATOS CLINICOS

Síntomas asociados

Síntomas	Sí	No	Síntomas	Sí	No
Cefalea			Edema articular subjetivo		
Fatiga			Palpitaciones		
Debilidad			Dolor torácico		
Disestesias			Depresión		
Parestesias			Rigidez matinal		
Síntomas vestibulares					
Síntomas urinarios					
Intestino irritable					



Ausentismo escolar atribuible a dolor musculoesquelético generalizado

Número de días en el último año escolar _____

Dxs y tratamientos previos:

EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR

Signos clínicos de inflamación articular y periarticular

Presente _____ Ausente _____

Articulaciones afectadas:

Hipermovilidad articular:

- Oposición del pulgar a la región ventral del antebrazo Sí _____ No _____
- Hiperextensión de los codos mayor de 10 grados Sí _____ No _____
- Hiperextensión de las rodillas mayor de 10 grados Sí _____ No _____
- Hiperextensión de los dedos paralelos al aspecto extensor del antebrazo Sí _____ No _____
- Tocar el piso con las palmas sin doblar las rodillas Sí _____ No _____

Diagnóstico de hipermovilidad articular: Sí _____ No _____
(Positivas 3 o más de las 5 maniobras)

- Survey and Control* Sites**
- | | | |
|--|-----------|-------------|
| Seated | Right | Left |
| Mid-Forehead (*): | 1. _____ | * 3. _____ |
| Occiput: Suboccipital muscle insertions | 2. _____ | 3. _____ |
| Trapezius: Midpoint of upper border | 4. _____ | 5. _____ |
| Supraspinatus: Above medial border of scapular spine | 6. _____ | 7. _____ |
| Gluteal: Upper outer quadrant of buttocks | 8. _____ | 9. _____ |
| Low Cervical: Anterior aspect of intertransverse space of C5-7 | 10. _____ | 11. _____ |
| 2nd Rib: 2nd costochondral junction | 12. _____ | 13. _____ |
| Lateral Epicondyle: 2 cm distal to epicondyle | 14. _____ | 15. _____ |
| Dorsum R Forearm (*): Junction of proximal 2/3 and distal 1/3 | 16. _____ | * 17. _____ |
| L Thumbnail (*): | | 17. _____ |
| Side | | |
| Greater Trochanter: Posterior to trochanteric prominence | 18. _____ | 19. _____ |
| Supine | | |
| Knee: Medial fat pad proximal to the joint line | 20. _____ | 21. _____ |

Positive Survey Sites _____ Total Survey Site Scores (SS) _____
Positive Control Sites _____ Total Control Site Scores (CS) _____

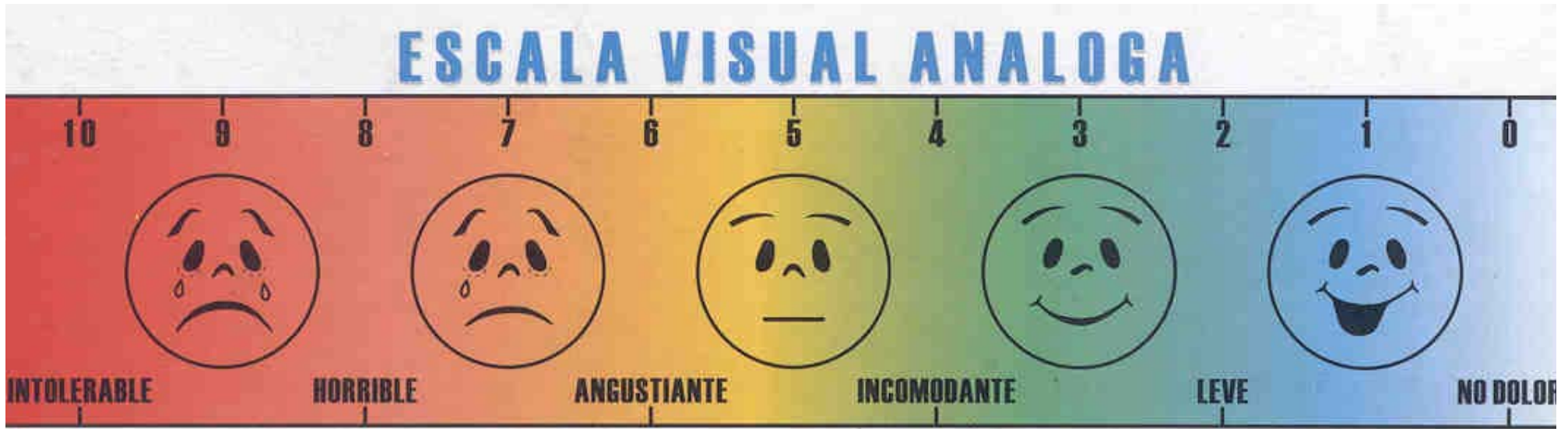
Fibromyalgia Intensity Score (^{SS}/₁₈) _____
Control Intensity Score (^{CS}/₃) _____

Date _____ Examiner _____ Patient _____

DX de Fribromialgia
Sí _____ No _____

ESCALA VISUAL ANÁLOGA

ANEXO 3



Anexo 3 RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

La fibromialgia es una enfermedad crónica que se manifiesta por dolor en los músculos, huesos y articulaciones de muchas partes del cuerpo. La causa de la enfermedad no se conoce bien, pero se piensa que algunos problemas del sueño pueden favorecer su presencia. Aunque la fibromialgia puede causar muchas molestias no lleva a deformidad, invalidez ni muerte y puede mejorar con tratamiento.

Las siguientes son unas recomendaciones que debes tener en cuenta respecto a tu enfermedad:

- Los medicamentos para controlar el dolor deben ser recomendados por un médico
- Debes tratar de evitar situaciones que para ti, sean muy tensionantes o estresantes. Si es imposible evitar este tipo de situaciones o tienes problemas que te preocupan mucho debes buscar ayuda con profesionales de la salud, como por ejemplo un médico o un psicólogo.
- Debes tener períodos de descanso adecuados a tus necesidades. Si tienes problemas para dormir bien, debes consultar al médico.
- Debes evitar estar en una misma posición durante tiempos prolongados por ejemplo cuando estés sentado estudiando, debes hacer periodos cortos de descanso en los cuales caminar y hacer algunos ejercicios sencillos de estiramiento.
- A pesar de que puedes sentir temor de hacer ejercicio a causa del dolor es muy importante que hagas actividad física de tipo aeróbica de forma regular (mínimo 3 sesiones semanales cada una de 30 minutos). Algunos ejemplos de ejercicio aeróbico adecuado para ti, son: caminar, nadar, montar en bicicleta, aeróbicos de bajo impacto. Durante cada sesión de ejercicio debes dedicar al menos 10 minutos para ejercicios de estiramiento.

Debes evitar deportes de contacto o ejercicios muy intensos y fuertes como: fútbol, basket, aeróbicos de alto impacto, etc.

- No control completo

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD – CES –
INVESTIGACIÓN: PREVALENCIA DE FIBROMIALGIA (Anexo 5)

Medellín, Mayo de 2002

Doctores

(Nombre de IPS u Hospital de La Estrella)

Reciban un cordial saludo. La Universidad de Antioquia y el Instituto de Ciencias de la Salud – CES – están llevando a cabo una investigación sobre el síndrome de Fibromialgia en niños y jóvenes de los institutos de educación oficial secundaria en el municipio de La Estrella.

Con base en este estudio se hizo el diagnóstico en:

(Nombre del niño)

Al paciente se le explicó su enfermedad y se hicieron las recomendaciones terapéuticas pertinentes. Sin embargo por tratarse de una enfermedad crónica es importante que se continúe un control clínico periódico en la institución de salud a la que tiene derecho a consultar. De requerirse atención especializada, se sugiere indicarle al paciente que asista a la consulta de Reumatología del Hospital San Vicente de Paúl o a otro servicio de consulta reumatológica de la ciudad.

Atentamente,

RUTH ERASO G.

Pediatra Reumatóloga. Registro médico 2916-94

Universidad de Antioquia.

