

# Fibromialgia juvenil y amplificación del dolor musculoesquelético

J.C. López Robledillo

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid



## Resumen

La fibromialgia juvenil y los síndromes de amplificación del dolor son procesos de etiología desconocida, caracterizados por dolor musculoesquelético, habitualmente generalizado que tiende a la cronificación, repercutiendo negativamente en el paciente y su entorno. Es habitual que se presenten otros síntomas acompañando al dolor como: fatiga, trastornos del sueño y del ánimo. El diagnóstico es de exclusión, por lo que debe realizarse una historia clínica dirigida y solicitar las exploraciones complementarias pertinentes acorde a la misma. El abordaje debe ser multidisciplinar, integrando la formación del paciente y familiares con un programa físico y de psicoterapia adaptados. El empleo de medicamentos y otras intervenciones terapéuticas se utilizan en casos seleccionados.

## Abstract

*Juvenile fibromyalgia and pain amplification syndromes are processes of unknown etiology characterized by musculoskeletal pain, usually generalized, and with tendency to become chronic, negatively impacting the patient and his environment. Fatigue, sleep and mood disturbances often accompany the pain. The diagnosis is made by excluding other pathologies; thus, a directed clinical history must be carried out and the pertinent complementary examinations according to it requested. The approach must be multidisciplinary, integrating the training of the patient and family members with an adapted physical and psychotherapy program. The use of medications and other therapeutic interventions are needed in selected cases.*

**Palabras clave:** Fibromialgia juvenil; Amplificación del dolor; Distrofia simpático refleja; Terapia cognitivo conductual.

**Key words:** *Juvenile fibromyalgia; Pain amplification; Reflex sympathetic dystrophy; Cognitive behavioral therapy.*

## OBJETIVOS

- Definir el síndrome fibromiálgico en niños y adolescentes y encuadrarlo dentro de los procesos de sensibilización central.
- Caracterizar el dolor crónico musculoesquelético en niños y adolescentes y realizar su diagnóstico diferencial.
- Conocer los síntomas asociados al dolor crónico musculoesquelético que permitan orientar el diagnóstico precoz de fibromialgia juvenil.
- Orientar las exploraciones complementarias adecuadas a realizar ante un paciente con dolor crónico musculoesquelético.
- Adquirir las bases para un adecuado manejo integral de niños y adolescentes con dolor crónico musculoesquelético fibromiálgico.

## Introducción

**La fibromialgia juvenil (FMJ) es un trastorno de etiología desconocida, caracterizado por dolor musculoesquelético generalizado que persiste en el tiempo y se acompaña habitualmente de otros síntomas que pueden orientar su diagnóstico como, por ejemplo: fatiga, trastornos del sueño o del ánimo, etc.**

La FMJ tiende a cronificarse, repercutiendo negativamente en el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana y calidad de vida del paciente y sus familiares.

Es importante reseñar que la FMJ, por lo general, tiene un carácter primario; pero, en ocasiones, puede estar

asociada a otras enfermedades crónicas, como la artritis idiopática juvenil, o conectivopatías, como el lupus eritematoso sistémico, etc.

En la actualidad, este proceso podríamos encuadrarlo dentro del grupo de los síndromes de sensibilización central de niños y adolescentes<sup>(1)</sup> (Tabla I).

La fibromialgia, aunque reconocida por la OMS, es una entidad controvertida y se diagnostica en muchas ocasiones con términos genéricos o confusos como: dolor crónico musculoesquelético, síndrome de amplificación del dolor, reumatismo psicógeno, etc.; esta circunstancia puede generar confusión en pacientes, familiares y otros profesionales sanitarios.

**Tabla I. Síndromes de sensibilización central**

- Síndrome de fibromialgia
- Síndrome de fatiga crónica
- Síndrome del intestino irritable
- Cefalea tensional
- Migraña
- Disfunción temporomandibular
- Síndrome de dolor miofascial
- Síndrome uretral femenino/cistitis intersticial
- Síndrome de sensibilidad química múltiple
- Síndrome de piernas inquietas
- Movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño (PLMS)
- Dismenorrea primaria
- Estrés postraumático

## Epidemiología

**Podemos decir que la FMJ no es infrecuente en las consultas de Reumatología Pediátrica. En EE.UU. supone el 7-15% de primeras consultas de Reumatología Pediátrica.**

En otros países se ha señalado que hasta un 6% de los niños y adolescentes padecen FMJ, con una relación mujer/varón de 4 a 1. La edad más frecuente en el momento del diagnóstico oscila entre los 13 y los 15 años. Por debajo de 9 años, es muy infrecuente<sup>(2)</sup>.

## Etiopatogenia

**La FMJ es consecuencia de una percepción alterada del dolor en ausencia de daño orgánico o tisular, su etiología es desconocida, aunque mediante el empleo de técnicas de neuroimagen, se ha objetivado que el procesamiento del dolor endógeno está alterado.**

En su patogenia se han contemplado como hipótesis: la infección, una disregulación genética o, incluso, un proceso inflamatorio, neurobiológico o psicosocial.

Se ha sugerido un componente genético, debido a que con frecuencia se constatan antecedentes familiares de dolor crónico. En este sentido se ha señalado que determinados genes podrían estar relacionados con un procesamiento alterado del dolor (*COMT*, *ADRB2*, *HTR2A*, etc.)<sup>(3)</sup>.

La asociación de síntomas psiquiátricos al dolor crónico induce a pensar en una base neurobiológica común de la enfermedad, en la que se compartirían tanto vías neurales como neurotransmisores.

La liberación de determinadas citoquinas proinflamatorias podría estar implicada en la sensibilización central, favoreciendo la aparición de dolor crónico, surgiendo así el concepto de “neuroinflamación”<sup>(4)</sup>. También, se ha sugerido que determinadas infecciones podrían predisponer al desarrollo de síndromes de dolor crónico.

## Manifestaciones clínicas

El inicio de los síntomas puede estar precedido por una lesión física, el desarrollo de una enfermedad, la vivencia de un evento estresante, etc., circunstancias que, por tanto, podemos considerar como desencadenantes y debemos indagar su presencia.

## Dolor musculoesquelético

**Es el síntoma principal, consiste en dolor musculoesquelético generalizado, “en todo el cuerpo” y persistente, típicamente afecta a ambos hemicuerpos, tanto a los segmentos superiores como a los inferiores y al esqueleto axial.**

Las áreas más frecuentemente comprometidas son: región lumbar, cervical, hombros, caderas, rodillas, manos y pared torácica. La intensidad del dolor tiende a ser de moderada a grave, pero la forma de expresarlo puede variar desde una mínima incomodidad a un gesto desproporcionado o incluso una alteración de conducta importante<sup>(5)</sup>.

Su ritmo es claramente “no inflamatorio” y, aunque puede tratarse de un dolor espontáneo (en apariencia nada lo desencadena), en la exploración, es característica la presencia de alodinia (dolor ante un estímulo no nociceptivo) y/o hiperalgesia (dolor amplificado ante estímulo nociceptivo). El dolor se desencadena, por lo general, al palpar o presionar sobre determinados “puntos sensibles” o “gatillo” y se modula, entre otros, por el grado de actividad física, ansiedad, estrés y cambios climáticos.

## Síntomas asociados al dolor musculoesquelético

**Los síntomas que con mayor frecuencia se asocian al dolor crónico musculoesquelético en pacientes con FMJ, son los que se reflejan en la tabla II<sup>(6)</sup>.**

Los trastornos del sueño están presentes en un porcentaje elevado de casos, el insomnio es muy frecuente y, por lo general, responsable de un “sueño no reparador” que ocasiona fatiga y cansancio habitual. Las pesadillas y terrores nocturnos son frecuentes, por lo que el niño se despierta a menudo y duerme pocas horas consecutivas.

La astenia se presenta con mucha frecuencia, se trata de un cansancio, sensación de fatiga o falta de energía que limita la realización de las actividades cotidianas.

La ansiedad es el trastorno psicológico más prevalente y los síntomas depresivos, que pueden incluir ideación suicida, están presentes en aproximadamente el 20% de los pacientes.

El dolor abdominal es otro síntoma frecuente, puede ser de tipo cólico y se

**Tabla II. Síntomas asociados al dolor crónico musculoesquelético**

### Síntomas generales:

- Fatiga, cansancio y astenia

### Síntomas/signos musculoesqueléticos:

- Sensación de tumefacción en partes blandas de miembros
- Dolor/disfunción temporomandibular
- Hiper movilidad articular

### Síntomas neurológicos:

- Cefalea tensional
- Disfunción cognitiva: dificultad para concentrarse
- Entumecimiento y hormigueo en miembros

### Síntomas digestivos:

- Dolor abdominal, por lo general, periumbilical, tipo cólico, en niños pequeños
- Trastornos del ritmo intestinal, tipo “colon irritable”, en niños mayores y adolescentes

### Trastornos psíquicos:

- Ansiedad
- Depresión
- Trastornos del sueño
  - Insomnio
  - Hipersomnia
  - Despertar frecuente
  - Sueño no reparador

Tabla III. Puntos sensibles en la fibromialgia juvenil

<b>Occipucio</b>	Base posterior del cráneo en la inserción de los músculos suboccipitales
<b>Columna cervical</b>	Cara anterior de las apófisis transversas de C5-C7
<b>Trapezio</b>	Punto medio del borde superior
<b>Supraespinoso</b>	Borde medial de la espina de la escápula
<b>2ª costilla</b>	Inserción del pectoral en la unión costocondral
<b>Epicóndilo</b>	Distal a 2 cm de distancia
<b>Glúteo medio</b>	En cuadrante supeorexterno de la nalga
<b>Trocánter mayor</b>	Posterior a la prominencia trocantérea
<b>Rodilla</b>	Almohadilla grasa en el aspecto medial de la interlínea articular

*Para el diagnóstico, se requiere la presencia de dolor en 11 de los 18 posibles puntos.*

acompaña de urgencia para defecar. En adolescentes, la sintomatología recuerda al síndrome de intestino irritable del adulto, alternando estreñimiento con diarrea.

La cefalea es frecuente en niños y adolescentes con fibromialgia, es de carácter tensional por lo general, y no se acompaña de sintomatología neurológica.

También pueden observarse síntomas de: disfunción témporo-mandibular, sequedad ocular y/o oral, síndrome de piernas inquietas, etc.

### Exploración física

**Además de un examen físico completo, incluido un examen de las articulaciones, vainas tendinosas, entesis y músculos, se recomienda realizar una evaluación de puntos sensibles, palpando 18 puntos específicos con la aplicación de una fuerza variable según la edad, que puede llegar hasta 4 kg de presión en adolescentes mayores (Tabla III).**

La alodinia es muy frecuente y característica, por lo que su presencia nos hará sospechar el diagnóstico. En la actualidad, la presencia de puntos sensibles al dolor no se requiere para realizar el diagnóstico de FMJ, pero puede ser útil para constatar la existencia de hipersensibilidad y también para determinar la extensión del dolor<sup>(7)</sup>.

En la exploración física musculoesquelética, se objetiva hiperlaxitud articular hasta en un tercio de los casos, el

significado de esta asociación se desconoce en la actualidad<sup>(8)</sup>.

### Exploraciones complementarias

**Las pruebas de laboratorio y de imagen deben realizarse orientadas por los hallazgos de la historia clínica, siendo su principal indicación la de descartar otros procesos que cursan con dolor musculoesquelético.**

Inicialmente, debe realizarse un hemograma con reactantes de fase aguda de la inflamación y una bioquímica general, que incluya LDH y CPK (Tabla IV).

El estudio polisomnográfico puede objetivar la presencia de ondas alfa (rápidas) en las fases de ondas delta (lento), hallazgo que se ha señalado como característico en la FMJ.

### Diagnóstico

**Es importante que el médico “conozca la enfermedad” con antelación a la valoración de pacientes con dolor musculoesquelético, dado que si no piensa en la FMJ como posibilidad, el diagnóstico y tratamiento pueden retrasarse.**

La FMJ debe sospecharse ante un niño o adolescente con dolor generalizado desproporcionado o “inexplicable”, que persiste en el tiempo y que se acompaña de otras manifestaciones características como, por ejemplo: trastornos del sueño o del ánimo y que presenta además

Tabla IV. Exploraciones complementarias a tener en cuenta en el diagnóstico de fibromialgia juvenil

#### Analítica:

- Hemograma y reactantes de fase aguda
- Orina elemental y sedimento
- Bioquímica general con Fe, ferritina y LDH
- Hormonas tiroideas (T4L y TSH)
- Enzimas musculares (CPK)
- Serología virus habituales (y otras)
- *Estudio inmunológico (FR, ANA, complemento, inmunoglobulinas)*

#### Técnicas de imagen:

- Ecografía musculoesquelética
- Radiología simple
- *Resonancia magnética localizada o corporal total*
- *Gammagrafía ósea (en desuso)*
- *TAC toracoabdominal*
- *PET-TAC*

#### Otras exploraciones:

- *Electromiografía*
- *Polisomnografía*
- *Punción aspiración, adenopatía*
- *Punción aspiración/biopsia médula ósea*

*En cursiva, se reflejan aquellas pruebas que han de considerarse en pacientes seleccionados.*

una exploración física por lo general normal, salvo la presencia de alodinia y/o hiperalgesia. La sospecha diagnóstica puede verse reforzada si existe antecedente de una vivencia estresante por parte del paciente y/o la constatación de antecedentes familiares de dolor crónico.

Una vez sospechada, se debe descartar patología infecciosa, inflamatoria o tumoral, mediante una anamnesis y exploración física dirigidas junto a las exploraciones analíticas y de imagen adecuadas.

La conducta a seguir para el diagnóstico del dolor crónico musculoesquelético, se detalla en la figura 1.

El diagnóstico se basa actualmente en los criterios de clasificación de Yunus y Masi<sup>(5)</sup> o en los criterios del *American College of Rheumatology (ACR)* de 2010<sup>(9)</sup>.

Los criterios de clasificación de Yunus y Masi para la FMJ, descritos en 1985, todavía se utilizan en la actualidad e incluyen la tríada característica de: dolor, síntomas asociados y puntos sensibles a la exploración (Tabla V).

**Tabla V. Criterios para la clasificación de fibromialgia juvenil (Junus y Masi)**

- **Dolor musculoesquelético** generalizado (durante más de 3 meses en 3 o más sitios)
- **Síntomas asociados** (fatiga, sueño no reparador, ansiedad crónica, dolores de cabeza crónicos, hinchazón subjetiva de tejidos blandos, entumecimiento, síndrome del intestino irritable y empeoramiento). Dolor desencadenado con actividad física, el clima o el estrés (más 3 de 10 síntomas asociados presentes)
- **Puntos sensibles**, se requiere un mínimo de 5 de 18 puntos sensibles dolorosos (sensibilidad al dolor aumentada a la palpación)

**Tabla VI. Criterios del American College of Rheumatology 2010 para la fibromialgia juvenil**

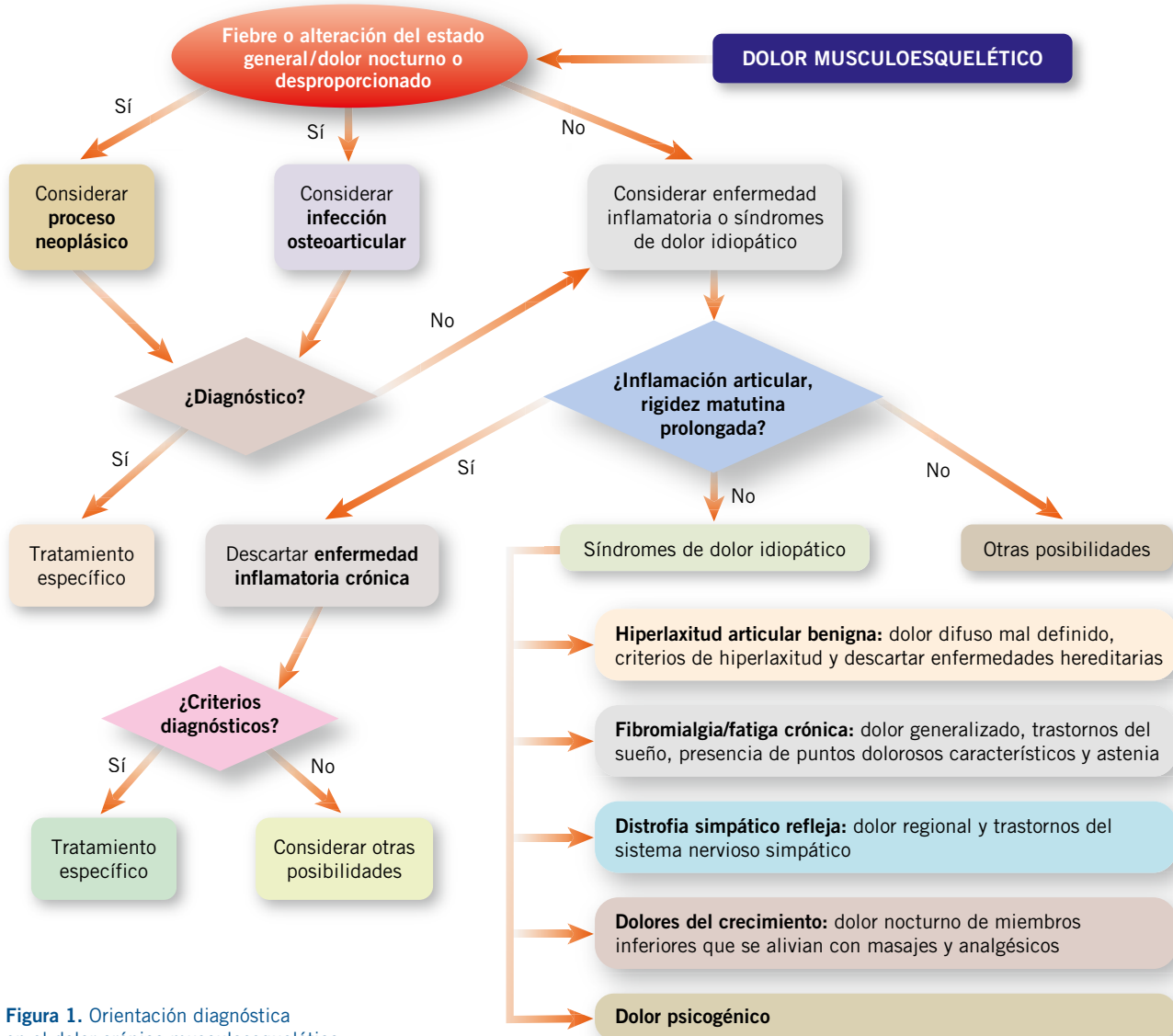
- **Índice de dolor generalizado "Widespread Pain Index"** (número de puntos dolorosos durante la última semana)
- **Listado de síntomas característicos con su escala de gravedad "Symptom Severity"** (fatiga, sueño no reparador, disfunción cognitiva, mareo, depresión, etc.)

Los criterios de fibromialgia para población adulta del *American College of Rheumatology* (ACR) se han mostrado de utilidad en adolescentes y precisarían mínimas adaptaciones para utilizarse en pacientes con FMJ (Tabla VI).

En estos criterios, se ha comunicado una sensibilidad del 89,4% y una especificidad del 87,5%. En este caso no es necesario incluir la valoración de los puntos sensibles como criterio diagnóstico. La versión pediátrica es sencilla y de rápida cumplimentación, por lo que se perfila como una herramienta útil para su empleo en la práctica clínica habitual, una vez que esté validada y adaptada transculturalmente.

**Evaluación y seguimiento**

Para la evaluación y seguimiento del paciente con dolor crónico musculoesquelético/FMJ, hemos de considerar: la anamnesis dirigida, los síntomas asociados, la exploración física y el impacto de la enfermedad en pacientes, familia y sociedad.



**Figura 1. Orientación diagnóstica en el dolor crónico musculoesquelético.**

**Tabla VII. Anamnesis sobre el dolor musculoesquelético**

**Localización:**

- Localizado
- Generalizado o difuso

**Cualidad:** ¿cómo describe el dolor: quemazón, punzadas, tirantez, calambre, peso, etc.?

**Intensidad:** ¿cuánto está doliendo en la última semana?

- Escala visual analógica 1-10
- Escala de Wong-Baker (para menores de 7-8 años)

**Ritmo:**

- **Inflamatorio:** de rigidez matutina significativa, después de periodos de inmovilización (tras el descanso nocturno al levantarse por la mañana o después de permanecer inmóvil un tiempo prolongado)
- **Mecánico:** aumenta con la movilización, no se acompaña de rigidez tras la inmovilización
- **Nocturno:** considerar despistaje proceso neoplásico, osteoma osteoide
- **No definido**

**Inicio:** ¿cuándo sintió el dolor por primera vez?, ¿lleva más de tres meses con el dolor?

**Evolución:**

- ¿El dolor es persistente, intermitente?
- Si es intermitente, ¿cuánto duran las crisis y cada cuánto se presentan?
- ¿La intensidad o frecuencia del dolor va aumentando o disminuyendo con el transcurso del tiempo?

**Factores desencadenantes:** ¿hay algo que lo provoque o pueda relacionarse con su aparición?

- Personalidad perfeccionista (tipo A)
- Vivencia negativa: conflictos familiares, separación, muerte familiar cercano, fracaso escolar, etc.
- Acoso escolar o de otra naturaleza (abusos)
- Traumatismo previo
- Lesión o enfermedad reciente

**Factores agravantes:** ¿empeora con alguna circunstancia?

- Situaciones de estrés
- Climatología
- Otros

**Tabla VIII. Síntomas asociados al dolor crónico musculoesquelético**

- **Fatiga, cansancio permanente**
- **Disfunción cognitiva** (falta de concentración, memoria, etc.)
- **Dolor abdominal**
- **Cambios en el ritmo intestinal. Intestino irritable**
- **Dolor o limitación temporomandibular**
- **Cefalea tensional**
- **Alteración del sueño:** sueño no reparador, insomnio, hipersomnia, etc.
- **Trastornos psicológicos:**
  - Ansiedad. El trastorno psicológico más prevalente.
  - Depresión. Presente en el 20% casos (40)
  - Otros
- **Hiperlaxitud/hipermovilidad articular** (criterios)
  - Criterios de Beighton
  - Criterios de Brighton

**Tabla IX. Exploración física en pacientes con dolor crónico musculoesquelético**

- 1. General**
- 2. Musculoesquelética:**
  - **Puntos dolorosos:**
    - Número de puntos dolorosos (puntos sensibles o gatillo)
    - Alodinia
    - Hiperalgesia
    - Otros
  - **Signos inflamatorios:**
    - Artritis
    - Tenosinovitis/bursitis
    - Entesitis
    - Miositis
  - **Movilidad:**
    - Limitación de la movilidad
    - Hipermovilidad

**Anamnesis dirigida**

En cuanto al dolor, han de considerarse entre otros los aspectos que se recogen en la tabla VII.

Determinados síntomas se asocian con frecuencia al dolor crónico y, por tanto, los consideramos característicos, dado que nos orientan al diagnóstico de FMJ (Tabla VIII).

**Tabla X. Impacto de la fibromialgia juvenil**

**Dolor:**

- Intensidad:
  - EVA 1-10
  - Escala de Wong-Baker (pictograma para menores de 6-7 años)
- Número de puntos sensibles

**Capacidad funcional:** cuestionario “Health Assessment Questionnaire (HAQc)”

**Rendimiento:**

- Escolar
- Deportivo

**Participación social**

**Valoración global de la enfermedad:** EVA 1-10

- Por el paciente o familiar
- Por el médico o enfermera

**Trastornos psicológicos:**

- Ansiedad: cuestionario validado
- Depresión: cuestionario validado

**Trastornos del sueño**

**Adherencia al programa terapéutico**

**Efectos adversos de la medicación** (si procede)

**Calidad de vida:**

- Cuestionario “SF36”
- Cuestionario “PedsQL”

**Impacto económico:**

- Gastos directos
- Gastos indirectos

---

*EVA: escala visual analógica.*

**Exploración física**

La exploración física siempre debe ser completa y recoger los siguientes apartados que se detallan en la tabla IX.

**Impacto de la enfermedad**

**La evaluación del impacto de la enfermedad debe realizarse periódicamente y para ello se pueden monitorizar los aspectos que en la práctica habitual se consideran más adecuados (Tabla X y XI).**

La repercusión o interferencia de la enfermedad en la realización de las actividades habituales de la vida cotidiana (académicas, deportivas, etc.) y la participación social se consideran fundamentales.

No cabe duda que la calidad de vida se ve afectada tanto en el paciente como en sus familiares, y debe monitorizarse en la medida de lo posible, con los métodos adecuados que, por lo general, consisten en cuestionarios validados (SF36 en adultos y PedsQL en niños).

## Tratamiento

**El objetivo principal del tratamiento de la FMJ es mejorar el control del dolor y la sintomatología asociada a través de intervenciones centradas en mejorar la capacidad funcional del niño o adolescente para que reanude cuanto antes las actividades habituales de su vida cotidiana, esto redundará en un mejor control del dolor.**

Como objetivo secundario, debemos considerar la reducción de tratamientos innecesarios que podrían redundar en secundarismos y sobrecostes directos e indirectos.

El enfoque terapéutico debe ser multidisciplinar y comprende la capacitación del paciente mediante: información adecuada, tratamiento físico rehabilitador, terapia cognitivo conductual y, en ocasiones, tratamiento farmacológico.

### Información y educación

**En primer lugar, debe capacitarse al paciente y padres, proporcionando información adecuada que debe consistir en explicar la enfermedad de forma adecuada según la edad y capacidad de paciente y familia, con las opciones de tratamiento y forma en que se realizará el seguimiento.**

Es importante no intentar explicar el origen de la enfermedad, reduciéndolo o simplificándolo a mero proceso psicológico con repercusión musculoesquelética. En cambio, debe intentar explicarse dentro de lo posible, como: una alteración en el procesamiento del dolor que, en ocasiones, se desencadena por situaciones o vivencias estresantes no siempre identificadas convenientemente y que deben considerarse.

Es importante hacer entender que el dolor no está relacionado con una lesión o alteración concreta, dado que el paciente rehúsa, por lo general, la realización de movimientos, pensando que esto es así, por lo que se produciría un círculo vicioso que se debe intentar evitar. Cuando el paciente no tiene forma física tras un periodo de inactividad prolongada, puede pensar que el dolor está relacionado con un brote de su enfermedad.

Educación sobre hábitos saludables que han de procurarse: higiene del sueño, uso racional de pantallas, actividad física, alimentación, etc.

**Tabla XI. Seguimiento y evaluación del dolor crónico musculoesquelético. Resumen**

#### Anamnesis

- Dolor
- Síntomas asociados
- Evaluación de factores desencadenantes (situaciones de estrés)
- Personalidad e historia social (conflictos con amigos o compañeros, escolaridad, práctica deportiva, eventos sociales, etc.)
- Historia familiar. Antecedentes de dolor crónico en primer grado. Relación con los padres y hermanos, conflictos familiares, sobreprotección

#### Exploración física

- General
- Musculoesquelética:
  - Puntos sensibles
  - Signos inflamatorios (articulaciones, vainas tendinosas, entesis, músculos)
  - Alteración movilidad

#### Exploraciones complementarias

- *Laboratorio*: hemograma, reactantes de fase aguda y bioquímica general. Considerar otras determinaciones en casos seleccionados
- *Imagen*: radiología convencional y ecografía musculoesquelética. Considerar otras técnicas de imagen en casos seleccionados
- *Otras pruebas*: EMG y polisomnografía en casos seleccionados

#### Despistaje síntomas/signos de alarma

- Dolor nocturno
- Fiebre
- Alteración del estado general
- Evidencia de patología inflamatoria musculoesquelética, digestiva o cutaneomucosa
- Alteración analítica o de imagen
- Presencia de otra enfermedad crónica

#### Evaluación del impacto en el paciente y familia

- *Evaluación del dolor*:
  - Escala analógica visual. EVA dolor 1-10
  - Escala de Wong-Baker para menores de 6-7 años
- *Capacidad funcional*. Cuestionario autoadministrado HAQC
- *Trastornos psicológicos*. Evaluación por psicólogo/psiquiatra:
  - Ansiedad
  - Depresión. Ideación autolítica
- *Trastornos del sueño*
- *Rendimientos escolar y deportivo*
- *Participación social*
- *Efectos adversos en caso de ingesta de medicamentos*
- *Calidad de vida* en pacientes y familiares. Cuestionario autoadministrado
- *Evaluación económica*. Gastos directos e indirectos

Debe hacerse hincapié en la necesidad de un manejo multidisciplinar, informando sobre los especialistas o profesionales que participarán en su atención y seguimiento, y evitar el empleo de medicamentos como única o principal forma de tratamiento.

Con este abordaje preliminar, conseguiremos reducir la ansiedad y generar confianza y empatía con el paciente y/o familia, necesarias para una adecuada adherencia y también evitar visitas redundantes a especialistas, realización de pruebas muchas veces innecesarias y tratamientos inadecuados.

### Hábitos saludables

**En primer lugar, ha de considerarse una serie de medidas generales, que consisten en: fomentar la "higiene del sueño" evitando el consumo de estimulantes, establecer una rutina con horarios prefijados para acostarse y levantarse, dormir en una habitación oscura y cómoda sin pantallas ni dispositivos electrónicos, etc.**

Si existieran problemas para conciliar el sueño, puede recomendarse al paciente la lectura de un libro u otra actividad de distracción no relacionada con ordenadores, móviles, etc.

Fomentar la abstención de hábitos tóxicos, como el consumo de tabaco, alcohol y sustancias prohibidas.

Hacer hincapié en el beneficio de la actividad física regular mediante la práctica de gimnasia o algún deporte que sea de su agrado.

### Actividad física. Ejercicio

**El ejercicio aeróbico tiene un efecto beneficioso indudable, dado que reduce el dolor, mejora la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida cotidiana y proporciona bienestar general<sup>(10)</sup>.**

Aunque la fisioterapia intensiva se ha señalado eficaz por algunos autores; por lo general, se recomienda un programa de ejercicios aeróbicos de instauración gradual, tanto en duración como en intensidad, por ejemplo: empezando con hidroterapia en piscina y progresivamente establecer como óptimo un ritmo de actividad aeróbica en torno a 30 minutos, 3 días en semana.

La utilidad de otras terapias, que podríamos considerar complementarias o alternativas, como: acupuntura,

mesoterapia o uso de estimulación eléctrica transcutánea, no está suficientemente establecida.

### Terapia psicológica. Terapia cognitivo conductual (TCC)

**La terapia cognitivo conductual (TCC) se ha demostrado eficaz para disminuir el dolor y mejorar significativamente la capacidad funcional en niños y adolescentes con FMJ.**

Así mismo, también se ha mostrado eficaz para disminuir los síntomas depresivos<sup>(11)</sup>, por ello se recomienda la intervención de un psicoterapeuta experto, para que enseñe a los pacientes un menú de habilidades adaptativas para afrontar y disminuir el dolor y la discapacidad (técnicas de relajación, reencuadre cognitivo, resolución de problemas, etc.).

Cuando sea posible, se debe implicar a los padres en el aprendizaje de técnicas de manejo del comportamiento que puedan utilizar en sus hijos.

### Tratamiento farmacológico

**En la práctica habitual, el tratamiento farmacológico del dolor crónico musculoesquelético/FMJ tiene, por lo general, una eficacia reducida y no está exento de efectos adversos.**

Como norma general, se tiende a evitar el empleo de fármacos en el tratamiento de la FMJ, aunque debe considerarse en pacientes seleccionados. En la tabla XII se exponen los tratamientos

**Tabla XII. Tratamiento farmacológico del dolor crónico musculoesquelético/fibromialgia juvenil**

**Analgésicos:**

- Convencionales: paracetamol, ibuprofeno y naproxeno
- Opioides: tramadol

**Antiinflamatorios:**

- No esteroideos: ibuprofeno y naproxeno
- Glucocorticoides: deflazacort, prednisona y prednisolona

**Antidepresivos:**

- Antidepresivos tricíclicos. Amitriptilina
- Inhibidores de la recaptación de serotonina: fluoxetina
- Inhibidores de la recaptación de noradrenalina: duloxetina

**Anticomiciales:**

- Gabapentina
- Pregabalina

empleados para el manejo del dolor en pacientes seleccionados.

### Analgésicos y antiinflamatorios

El empleo de analgésicos y antiinflamatorios, por lo general, no es muy eficaz para controlar el dolor. Los opioides no están indicados.

### Psicofármacos

Determinados psicofármacos pueden ser útiles en trastornos del ánimo o del sueño en pacientes seleccionados, su empleo debe realizarse a las dosis más bajas posibles y con seguimiento estrecho para detectar secundarismos de forma precoz. Los más habituales son: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, inhibidores selectivos de la recaptación de norepinefrina y antidepresivos tricíclicos. Estos últimos se suelen emplear, sobre todo, en los trastornos del sueño a dosis bajas.

### Antiepilépticos

Tanto la gabapentina como la pregabalina se han usado con diferente éxito, teniendo en cuenta que deben utilizarse como medicamentos de uso especial, al no disponer, según ficha técnica, de indicación para su uso en niños y adolescentes.

### Pronóstico de la fibromialgia juvenil

**El pronóstico es difícil de establecer, debido a las diferencias objetivadas, tanto en las poblaciones estudiadas como en la metodología empleada; de cualquier manera, se puede asumir una tendencia a la cronicidad, observando con frecuencia que los síntomas de la enfermedad tienden a persistir con diferentes grados de intensidad en la adolescencia tardía y la vida adulta.**

En algunos estudios, no obstante, se ha objetivado un pronóstico favorable a los 2 años del diagnóstico<sup>(12)</sup>.

### Puntos clave para el abordaje de la fibromialgia juvenil

- La fibromialgia de inicio juvenil es un proceso caracterizado por dolor crónico musculoesquelético generalizado, englobado dentro del grupo de los síndromes de sensibilización central. Su etiopatogenia no está

suficientemente aclarada, habiéndose relacionado con: factores genéticos, neurobiológicos y psicosociales.

- El dolor se asocia, por lo general, con otras manifestaciones características que incluyen, entre otros, trastornos del ánimo y del sueño que pueden orientar al diagnóstico.
- La FMJ habitualmente impacta negativamente en el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana y en la calidad de vida de pacientes y familia, por lo que es importante su reconocimiento precoz y la instauración del tratamiento adecuado.
- El diagnóstico se realiza mediante la exclusión de otras patologías y requiere un alto índice de sospecha. El empleo de criterios diagnósticos puede ser de utilidad para reforzar el diagnóstico y evaluar la evolución.
- La FMJ tiende a persistir en la adolescencia tardía o incluso en la edad adulta, si no se realiza un abordaje adecuado de forma precoz y multidisciplinar.
- El tratamiento adecuado consiste en el enfoque mutidisciplinar mediante el empleo de medidas generales, que incluyan: información y capacitación de pacientes y familiares, puesta en marcha de un programa físico aeróbico, terapia cognitiva conductual y uso racional de medicamentos en casos seleccionados.

### Distrofia simpático refleja (DSR) / Síndrome del dolor regional complejo

**Entendemos por distrofia simpático refleja (DSR), un dolor idiopático localizado o regional que afecta, por lo general, a miembros inferiores, acompañándose de alteraciones del sistema nervioso autónomo (hiperactividad simpática).**

La etiología es desconocida y probablemente multifactorial. La edad de presentación pediátrica es la de adolescencia o preadolescencia, con predilección por el sexo femenino (3/1).

Afecta a miembros inferiores, comprometiendo a cualquier parte del miembro o incluso a la totalidad del mismo. En el 50% de los casos, se constata una condición preexistente, por lo general, un traumatismo, incluso mucho tiempo antes (a veces años).

**Tabla XIII. Criterios diagnósticos de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) para el síndrome de dolor regional complejo (SDRC)\***

- La presencia de un evento iniciador o de una causa de inmovilización†
- Dolor continuo, hiperalgesia (dolor desproporcionado al estímulo) o alodinia (dolor ante estímulos no dolorosos)
- Edema, cambios en el flujo sanguíneo de la piel o sudoración anormal en la región del dolor
- Este diagnóstico se excluye por la existencia de otras condiciones que puedan explicar el grado de dolor y disfunción presentes

\*Sin “daño a los nervios principales” diagnosticar SDRC I, si se ve en presencia de “daño a los nervios principales” diagnosticar SDRC II.  
†No se requiere para el diagnóstico, un 5-10% de los pacientes no tendrán esta opción.

La clínica consiste en dolor continuo en la región afectada, acompañado de hiperestesia (percepción exagerada de un estímulo doloroso) y/o alodinia (interpretación de un estímulo no doloroso como doloroso). El dolor suele aumentar con la actividad y puede producirse edema generalizado y aumento de la temperatura cutánea en fases iniciales.

En fases posteriores, la temperatura cutánea del miembro afecto puede estar disminuida al tacto y la piel aparecer con una decoloración parcheada. Es común la atrofia muscular que puede llegar a ser importante.

En las exploraciones complementarias, se aprecia osteoporosis importante en la radiología convencional y, con menor frecuencia, alteraciones en la captación gammagráfica, que son más típicas de los adultos.

El diagnóstico se hace sobre la base del cuadro clínico característico, resultando útiles los criterios diagnósticos de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) que se muestran en la tabla XIII<sup>(13)</sup>.

El tratamiento es multidisciplinar, basado fundamentalmente en la fisioterapia. Se han empleado con diferente éxito: glucocorticoides, bloqueantes

adrenérgicos, bloqueos nerviosos e incluso la simpatectomía. Puede ser necesaria la intervención psicológica para abordar el tratamiento conductual del dolor y también para valorar la existencia de factores que pudieran perpetuar el proceso que, con frecuencia, se cronifica.

La recuperación suele producirse al cabo de varios meses, pero son posibles, tanto las recurrencias como la evolución a un proceso crónico de sensibilización central.

### **Función del pediatra de Atención Primaria (AP) en el cribado y manejo de los síndromes de amplificación dolorosa**

El pediatra de AP atiende con frecuencia a niños y adolescentes con dolor crónico musculoesquelético que en muchas ocasiones representan cuadros de “amplificación del dolor / sensibilización central”. Para un adecuado abordaje de los mismos, debemos tener en cuenta que la anamnesis dirigida y la exploración musculoesquelética son fundamentales para orientar el diagnóstico que inicialmente ha de ser de sospecha y posteriormente de probabilidad, cuando se constaten síntomas característicos asociados al dolor, como los trastornos del sueño o del ánimo que no suelen faltar. Así mismo, si en la exploración física objetivamos alodinia o hipersensibilidad y en la analítica de rutina el hemograma y los reactantes de fase son normales, podemos avanzar en el proceso diagnóstico que puede refrendarse consultando o remitiendo al reumatólogo pediátrico, que colaborará para descartar otros procesos mediante la realización de otras pruebas si lo considera necesario, ya sean analíticas o de imagen (ecografía musculoesquelética, resonancia magnética, etc.). El tratamiento puede iniciarse a la mayor brevedad posible, que consistirá en medidas generales de información y educación, higiene del sueño e hincapié en la bondad de los hábitos de vida saludables. En la mayoría de los casos se requiere la actuación del médico rehabilitador y del psicólogo, para iniciar un programa físico específico y de terapia cognitivo conductual, respectivamente. El trata-

miento farmacológico del dolor se ha empleado con éxito variable y por lo general no está indicado salvo en casos seleccionados.

### **Conflicto de intereses**

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito. Declaración de intereses: ninguno.

### **Bibliografía**

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.\*\* Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum.* 2008; 37: 339-52.
2. King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain.* 2011; 152: 2729-38
3. Ablin JN, Buskila D. Update on the genetics of the fibromyalgia syndrome. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015; 29: 20-8.
4. Ji RR, Nackley A, Huh Y, Terrando N, Maixner W. Neuroinflammation and central sensitization in chronic and widespread pain. *Anesthesiology.* 2018; 129: 343-66.
- 5.\*\*\* Yunus MB, Masi AT. Juvenile primary fibromyalgia syndrome. A clinical study of thirty-three patients and matched normal controls. *Arthritis Rheum.* 1985; 28: 138-45.
- 6.\* Kashikar-Zuck S, Ting TV. Juvenile fibromyalgia: current status of research and future developments. *Nat Rev Rheumatol.* 2014; 10: 89-96.
7. Sluka KA, Clauw DJ. Neurobiology of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Neuroscience.* 2016; 338: 114-29.
- 8.\* Grahame R, Bird HA, Child A. The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS). *J Rheumatol.* 2000; 27: 1777-9.
- 9.\*\*\* Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010; 62: 600-10.
- 10.\*\* Stephens S, Feldman BM, Bradley N, Schneiderman J, Wright V, Singh-Grewal D, et al. Feasibility and effectiveness of an aerobic exercise program in children with fibromyalgia: results of a randomized controlled pilot trial. *Arthritis Rheum.* 2008; 59: 1399-406.
- 11.\*\* Kashikar-Zuck S, Ting TV, Arnold LM, Bean J, Powers SW, Graham TB,



et al. Cognitive behavioral therapy for the treatment of juvenile fibromyalgia: a multisite, single-blind, randomized, controlled clinical trial. *Arthritis Rheum.* 2012; 64: 297-305.

- 12.\*\* Kashikar-Zuck S, Cunningham N, Peugh J, Powers SW, Graham TB, Passo MH, et al. Long-term outcomes of adolescents with juvenile-onset fibromyalgia into adulthood and impact of depressive symptoms on functioning over time. *Pain.* 2019; 160: 433-41.
- 13.\*\* Tan EC, Zijlstra B, Essink ML, Goris RJA, Severijnen R. Complex regional pain syndrome type I in children. *Acta Paediatr.* 2008; 97: 875-9.
14. López Robledillo JC. Síndrome del dolor musculoesquelético en la edad pediátrica. *Pediatr Integral.* 2013; XVII: 15-23.

### Bibliografía recomendada

- Davies K, Woo P. Non-rheumatic causes of musculoskeletal symptoms in childhood (I). *Acta Paediatr Esp.* 2003; 61: 445-58.
  - Davies K, Woo P. Non-rheumatic causes of musculoskeletal symptoms in childhood (II). *Acta Paediatr Esp.* 2003; 61: 516-24.
- Artículos muy completos que revisan de forma exhaustiva los síndromes de dolor en la edad pediátrica, partes I/II y II/II.
- Weiss JE, Kashikar-Zuck S. Juvenile Fibromyalgia. *Rheum Dis Clin N Am.* 2021; 47: 725-36.
- Artículo de referencia actualizado y reciente, imprescindible para la comprensión y abordaje adecuado de la fibromialgia juvenil.
- 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.
- Artículo que aborda la presentación y manejo del dolor crónico en adolescentes.
- Sherry DD, Brake L, Tress JL, Sherker J, Fash K, Ferry K, et al. The Treatment of Juvenile Fibromyalgia with an Intensive Physical and Psychosocial Program. *J Pediatr.* 2015; 167: 731-7.
- Artículo que refleja la importancia del abordaje multidisciplinar del tratamiento de la fibromialgia juvenil mediante un programa físico y psicosocial.
- Gmuca S, Sherry DD. Fibromyalgia: treating pain in the juvenile patient. *Paediatr Drugs.* 2017; 19: 325-38.
- Artículo que revisa la utilidad del tratamiento farmacológico en casos seleccionados de dolor en adolescentes.

## Caso clínico

**Motivo de consulta:** paciente de 14 años que acude a consulta por un cuadro clínico de dolor en miembros superiores de varios meses de evolución.

**Antecedentes familiares:** padre con espondilitis anquilosante en tratamiento biológico, distimia depresiva en tratamiento psicológico, madre con disfunción temporomandibular y cefalea crónica.

**Antecedentes personales:** embarazo y parto normales. Alimentación normal. Desarrollo psicomotor normal. Menarquia 12 años. Rendimiento académico sobresaliente. Exenta en educación física por dolor y limitación de la movilidad de miembros desde hace 6 meses.

**Enfermedades previas:** Sin ingresos hospitalarios. Ansiedad en seguimiento por psicólogo desde hace 1 año. Dolor abdominal en estudio por digestivo.

Tratamientos recibidos: ibuprofeno de forma habitual desde hace varias semanas.

**Anamnesis:** historia actual: dolor de 6 meses de evolución en cuello, brazos y antebrazos, que no localiza con precisión y que se presenta durante casi todo el día y que no la despierta por la noche. Mueve con dificultad ambos miembros superiores, pero no refiere hinchazón en las articulaciones ni aumento de temperatura. Presenta, así mismo, astenia de forma habitual, sobre todo, por las mañanas. También refiere que le cuesta conciliar el sueño y está agobiada por su rendimiento escolar que es muy bueno, aunque últimamente ha empeorado. No se refiere fiebre, alteración del estado general, anorexia ni pérdida ponderal.

Anamnesis por aparatos: sin alopecia, lesiones cutáneas, fotosensibilidad, úlceras orales o genitales, síntomas oculares, dolor torácico, etc. Presenta episodios de dolor abdominal

intermitente acompañado de deposiciones líquidas explosivas sin productos patológicos, por lo que se ha iniciado estudio en digestivo.

**Exploración física:** general: afebril con buen estado general, sin lesiones cutáneas, sin adenias. ACP: sin hallazgos. Abdomen: sin masas ni megalias. Neurológico: sin déficits. Musculoesquelético: no se objetivan signos inflamatorios ni limitación de la movilidad en las articulaciones de los miembros. La movilidad de columna es normal y las maniobras sacroilíacas son negativas. Dolor a la exploración en: región cervical, ambos trapecios, hombros y cara lateral de ambos codos, con retirada ante mínima presión en áreas anatómicas sobre bordes óseos.

**Exploraciones complementarias:** aporta estudios realizados en su centro de salud: hemograma, VSG, proteína C reactiva y bioquímica general dentro de valores normales.

Radiología: Rx de columna cervical, hombros AP y L y codos AP y L: sin hallazgos patológicos.

Se solicita en nuestra consulta: hemograma, reactantes de fase aguda, bioquímica y estudio básico de autoinmunidad: hemograma: leucocitos: 13.200/μL (fórmula normal); hemoglobina: 13,6 g/dl; hematocrito: 41,3%; VCM: 85,5 fL; plaquetas: 265.000/μL. Bioquímica: CK: 150 U/L (21-250); GOT: 373 U/L (20-57); GPT: 42 U/L (17-43); LDH: 290 U/L (110-295). VSG: 2 mm/h; PCR: 0,5 mg/dL. Estudio de coagulación: normal. Sedimento de orina: normal. Inmunología: IgA: 210 mg/dL (40-250); IgG: 1.220 mg/dL (623-1581); IgM: 166 mg/dL (50-250). Complemento: C3: 98,5 mg/dL (86-184); C4: 22,9 mg/dL (16-47). Factor reumatoide < 20 UI/mL. ANA: 1/80, anticuerpos anti-DNA: negativo. Anticuerpos frente a antígenos nucleares extraíbles negativos. Mantoux: 0 mm.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatrintegral.es](http://www.pediatrintegral.es). Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".



# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

## Fibromialgia juvenil y amplificación del dolor musculoesquelético

9. Señale la respuesta CORRECTA con respecto al dolor musculoesquelético en la edad pediátrica:

- El dolor musculoesquelético crónico es poco frecuente.
- La fibromialgia es un trastorno crónico cuyo diagnóstico solo puede establecerse en pacientes mayores de 14 años.
- La fibromialgia se engloba dentro del grupo de los “síndromes de sensibilización central”.
- La fibromialgia es más frecuente en mujeres.
- Las respuestas correctas son c y d.

10. Con respecto a la etiopatogenia de la fibromialgia juvenil, señale la respuesta CORRECTA:

- Probablemente, exista un componente genético, dado que se constatan antecedentes familiares de fibromialgia o dolor crónico con una frecuencia mayor de la esperada con respecto a la población general.
- Se ha señalado que determinadas infecciones podrían actuar como desencadenantes en pacientes predispuestos.
- Una disregulación inmune podría estar implicada, favoreciendo la liberación de citoquinas proinflamatorias que actuarían alterando la percepción del dolor (“neuroinflamación”).
- Aspectos ambientales, como las vivencias negativas o estresantes, favorecen su aparición y

perpetuación en muchos casos, por lo que es muy importante su consideración.

e. Todas son correctas.

11. Con respecto a los síntomas y signos característicos, señale la respuesta CORRECTA:

- El dolor característico que presentan los pacientes suele ser difuso, respeta a las articulaciones por lo general y altera el descanso nocturno con frecuencia.
- El dolor y otros síntomas característicos de fibromialgia no se presentan en pacientes que ya padecen otras enfermedades inflamatorias crónicas, como la artritis idiopática juvenil o el lupus eritematoso sistémico, por lo que su presencia excluiría el diagnóstico.
- El dolor, aunque tiende a la cronicidad, no altera la capacidad funcional del paciente ni su calidad de vida.
- La alodinia (dolor ante estímulos no dolorosos) o la hiperalgesia (excesivo dolor ante estímulos dolorosos débiles) son habituales y su presencia debe tenerse siempre en cuenta.
- La a y d son correctas.

12. Para realizar el diagnóstico de fibromialgia juvenil, señale la respuesta CORRECTA:

- Se requiere la aplicación de criterios validados, como los de Yunus o los de la *American College of Rheumatology* (ACR).
- La presencia de otra enfermedad crónica excluye el diagnóstico de fibromialgia juvenil.

- Es necesario descartar enfermedades sistémicas, fundamentalmente las neoplásicas, por lo que se requiere siempre la realización de pruebas de imagen, como la gammagrafía ósea o la resonancia magnética de cuerpo entero.
- La presencia de otras manifestaciones clínicas asociadas al dolor difuso o generalizado, como trastornos del ánimo o del sueño, nos harán pensar como muy probable el diagnóstico.
- Las pruebas de laboratorio, con frecuencia, objetivan anemia de proceso crónico de carácter discreto y/o un déficit de vitamina D.

13. Con respecto al abordaje de la fibromialgia juvenil, señale la respuesta CORRECTA:

- El tratamiento farmacológico con inhibidores de la recaptación de serotonina o con anticomociales tipo gabapentina es esencial en el manejo de este trastorno y deben pautarse de forma precoz una vez realizado el diagnóstico.
- El empleo de antidepresivos está contraindicado.
- Técnicas complementarias como: acupuntura, electroestimulación y *mindfulness*, pueden recomendarse en casos seleccionados, dado que han mostrado utilidad en estudios controlados.
- Los programas de rehabilitación basados en la práctica de actividad aeróbica constituyen la base del tratamiento junto con la psicoterapia conductual.
- La práctica de actividad física/deportiva debe suspenderse hasta que se reduzcan los síntomas de forma significativa.

## Caso clínico

### 14. El dolor persistente de la paciente nos obliga a CONSIDERAR:

- a. Antecedentes familiares de dolor crónico/procesos de sensibilización central.
- b. Antecedentes personales de enfermedades inflamatorias inmunomediadas.
- c. Presencia de estrés en su vida cotidiana (personalidad exigente, vivencias negativas, acoso escolar o familiar, abusos, etc.).
- d. Presencia de síntomas habituales en procesos oncohematológicos.
- e. Todas las anteriores son ciertas.

### 15. Con respecto a la orientación diagnóstica, señale la respuesta CORRECTA:

- a. La presencia de astenia persistente nos obliga a descartar procesos sistémicos.

b. El dolor abdominal intermitente acompañado de diarrea, aunque puede ser un síntoma asociado a fibromialgia juvenil, nos obliga a descartar otros procesos digestivos.

c. La historia clínica de dolor difuso crónico con anamnesis por aparatos sin hallazgos y con hemograma y reactantes de fase normales, nos debe hacer sospechar la posibilidad de fibromialgia juvenil.

d. A la vista de los síntomas de dolor generalizado de la paciente, sería recomendable solicitar una gammagrafía ósea o una resonancia magnética de cuerpo entero.

e. Todas son correctas menos la d.

### 16. Con respecto a la orientación terapéutica, señale la respuesta CORRECTA:

- a. Iniciaremos tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos

como ibuprofeno o naproxeno, que mantendremos hasta la resolución de la sintomatología.

b. El tratamiento inicial debe considerar el empleo de antidepresivos tricíclicos a dosis bajas en administración nocturna.

c. La gabapentina es un fármaco que ha mostrado efectos beneficiosos en el tratamiento del dolor crónico, cuando los analgésicos convencionales no resultan eficaces y debemos tenerla en cuenta para su empleo de forma precoz.

d. La actividad física estaría contraindicada, si se ha realizado el diagnóstico de dolor crónico idiopático/fibromiálgico.

e. El tratamiento ideal consiste en la instauración de un programa rehabilitador, basado en actividad aeróbica en combinación con terapia cognitivo conductual.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".