

## MANEJO PERIOPERATORIO ESPINAL ELECTIVO EN FIBROMIALGIA

### SPINAL CONVENTIONAL PER OPERATORY MANAGEMENT IN FIBROMYALGIC SYNDROME

*Jesús Manuel Rodríguez R. Instituto de Neurología y Neurociencias Aplicadas y Cátedra de Anatomía Normal, Escuela de Medicina "José María Vargas"-U.C.V. Correo: drjmrodriguezr@yahoo.es*

#### Resumen

Alteraciones espinales quirúrgicas pueden estar asociadas a otras reumatológicas. Objetivo: profilaxis y manejo de dolorrefractario en postoperatorio espinal electivo de pacientes con fibromialgia, tratados en el Instituto de Neurología y Neurociencias Aplicadas de Caracas. Material y métodos: revisión de manejo de pacientes adultos fibromiálgicos operados de columna vertebral entre 2009 y 2014. Resultados: se localizaron y analizaron 10 expedientes médicos de pacientes con criterios señalados, 8 hembras y dos varones, con importante compresión ósteodiscal unilateral lumbar baja en un solo segmento y fibromialgia: en tresde ellos se presentó dolor refractario al despertar; los cuatro siguientes ya habían recibido protocolo de tratamiento ad hoc; los tres restantes, se difirieron hasta estabilizar su condición, no presentaron crisis álgida mediata. Conclusiones: la evaluación preoperatoria debería incluir el estadio fibromiálgico, procrastinar el acto quirúrgico electivo hasta tener el estadio interrecidivante, y, en caso de presentarse crisis álgida en Recuperación: tratamiento local infiltrante en puntos convencionales y en los fibromiálgicos.

**Palabras clave:** Fibromialgia; Cirugía espinal.

#### Abstract

Spinal chirsurgical pathologies and fibromialgy can be associated in adult age. Objective: to avoid refractory pain in postoperatory time in fibromialgic cases. Methods: Review of fibromialgic patients treated in Instituto de Neurología y NeurocienciasAplicadas and operated due to unilateral ósteodiscal chirsurgical compression between 2009 and 2014. Results: ten patiens (8 women, two men) were studied, the three first showed refractory pain to wake up, the following four were fibromialgy stabilized, and the late three underwent fibromialgic treatment before spinal surgery. Conclusions: the preoperatory evaluation should be includedfibromialgic status, procrastinate surgery until compensation in third state, and practicespecific local infiltrative treatment in conventional and tender points in case of painful crisis in Recuperation Room.

**Keywords:** Fibromyalgia, Spinal surgery.

#### Introducción

El *síndrome fibromiálgico* es un dolor difuso de músculos, tendones y ligamentos; con fatiga extrema injustificable y que no calma con reposo, parestesias en extremidades, hipersensibilidad somática y stress exagerado. No hay dolor en articulaciones sino en su

periferia, y rigidez cervical matutina o en tiempo frío. Se asocia a colon irritable, Sjögren, Raynaud, migraña, trastornos del sueño, trastornos en atención y memoria, tinnitus, vértigo, visuopatías inespecíficas, incoordinación, depresión, crisis de pánico y dependencia de otros. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido a esta entidad como específica desde 1992, así como otras corporaciones, que también la incluyen en sus respectivos listados de diagnósticos: OMS código M79,7; también CIE-10, DSM-IV en 2000: F45, 4.1-3

*Teorías etiológicas:* autoinmune, proteinopatías, genética, tóxica, psicógena, hiposerotoninéica, hipotriptofanémica, aumento de Sustancia P, hipoirrigación talámica, trastornos del zinc sináptico, etc<sup>4-8</sup>. *Predisponentes:* sedentarismo, ejercicios extenuantes continuos, endocrinopatías, trastornos del sueño, espalda fallida, osteoporosis, intolerancia climática, stress familiar, politraumatismo, infecciones a repetición, enfermedad Lyme, lupus y artritis reumatoide. *Incidencia:* entre 1 y 3% de la población general, más frecuente en mujeres (5:1), abunda entre 20 y 50 años<sup>9</sup>.

*Diagnóstico:* de 18 puntos específicos descritos, 11 álgidos (al presionar) hacen el diagnóstico. Es de hacer notar que no hay consenso universal, éste esquema de presión de puntos específicos para diagnóstico, es el más usado<sup>10-12</sup>. *Puntos de presión:* aplicar en ellos fuerza digital (dedos I ó II) de 4 Kg. x cm<sup>2</sup> = presión semifuerte local. Tienen umbral de dolor menor que en su periferia, se han descrito 18 (9 a cada lado del cuerpo), a lo largo de cintura escapular y pélvica, cara anterior torácica, cara anteroinferior interna de muslos e interna de ambas rodillas. Los sitios específicos son: Músculos suboccipital, trapecio y supra espinoso; apófisis transversas CV y CVII, 2ª articulación esternocostal, epicóndilo, cuadrante súpero externo glúteo, trocánter mayor, borde interno patelar. Hay un 30% de falsos positivos, con patologías reumatológicas, cuya diferencialidad debería ser establecida por dolor articular en artritis crónica, síndrome miofascial, de fatiga crónica, de sensibilidad química múltiple, osteoporosis, fibrotendinitis, intoxicación con metales pesados y simulación. Es un síndrome somatomorfo por dolor, incapacitante, y, al igual que la neuropatía, ocurre por una alteración en la percepción del dolor y en su modulación.

*Tratamiento:* cambiar de modo de vida, fármacos como Tramadol, metionina, ondasentrón, tricíclicos y combinaciones, fluoxetina, ciclobenzapina, tropisetin, imipramina, venlafaxina, alprazolam, gabapentina, pregabalina, y un largo etc. No son útiles esteroides ni epinefrina. Dieta sana (sin café, alcohol, químicos, gluteno azúcares), rehabilitación, biofeedback, campos magnéticos fijos y variables, quiropraxia, ozonoterapia, ejercicios en piscina más que natación (con estiramientos antes y después), TENS, toxina botulínica, etc<sup>13-15</sup>.

*Evolución:* puede ser con impacto moderado en actividades de vida diaria y social, con períodos de interferencia variable o francamente incapacitante temporal. Depende no solo del paciente sino de su medio familiar que, como en el alcoholismo, se comprometa a formar parte del equipo tratante; no se cura pero se puede controlar y minimizar sus exacerbaciones<sup>16,17</sup>.

## Material y métodos

Revisión retrospectiva en el postoperatorio inmediato, de pacientes diagnosticados y tratados en la Unidad de Fibromialgia del Instituto de Neurología y Neurociencias Aplicadas, intervenidos en columna vertebral lumbar por presentar patologías asociadas espinales previas o paralelas con esa condición, y aplicación de medidas preventivas o de tratamiento, en pacientes nuevos con criterio quirúrgico del raquis, padeciendo a la vez de

fibromialgia. Tiempo del estudio: años 2009-2014. Terapia aplicada: convencional para todo postoperatorio espinal: parenteral (aínes, analgésicos, esteroides) y/o local infiltrativa, cuando el caso lo requirió.

## Resultados

Se revisaron expedientes médicos de 8 pacientes con fibromialgia que fueron operados por padecimientos espinales: 6 hembras y dos varones, todos con importante compresión osteodiscallumbar baja en un solo segmento. En dos de ellos (ambos con fibromialgia no controlada) se presentó dolor agudo en área operatoria y de su lumbociatalgia previa, que no respondió a antiinflamatorios parenterales ni a morfina u otros analgésicos por misma vía, en Sala de Recuperación de Anestesia. Los cuatro siguientes ya habían recibido tratamiento inicial específico y se encontraban en buenas condiciones generales, con medicación de mantenimiento: no hubo complicaciones álgidas postoperatorias inmediatas. En subsiguientes 2 nuevos enfermos, se difirió el momento quirúrgico hasta estabilizar su condición (sueño, depresión y dolor controlados), ya que no estaban diagnosticados de la fibromialgia que también padecían y, por tanto, carecían de las medidas terapéuticas usuales en esos casos.

## Discusión y comentarios

Es altamente angustiante para un cirujano de columna vertebral cuyo paciente despierta de la anestesia en medio de una crisis de dolor que no responde ante las medidas que, de manera inmediata, implementa el anesthesiólogo, sin resultado alguno; por otra parte, año tras año, la Organización Mundial de la Salud va incorporando nuevas entidades nosológicas ó nueva nomenclatura para otras mas antiguas, por lo que, algunas de ellas pueden corresponder a pacientes susceptibles a presentar patologías propias de Cirugía Espinal.18-19. En fibromialgia, la mitad de los factores predisponentes lo son también para enfermedades vertebrales, así que no debe ser infrecuente el solapamiento de ambas condiciones, incluso razonable es efectuar reevaluación de los síndromes de espalda fallida, pues muchos de ellos podrían ser en realidad, fibromialgia no diagnosticada, y, por tanto, no tratada. No parece bastar el apoyo psicológico para superar los factores predisponentes y desencadenantes de Fibromialgia relacionados con conducta y comportamiento, puede reforzarse la parte espiritual, pues ella es apaciguadora, esperanzadora y provee herramientas para morigerar el presente y planificar el futuro personal hacia el bien individual y común, además generalmente es enseñada desde niñez, así que está en el subconsciente de las personas: su revisión y toma en cuenta de manera constructiva puede ser parte lógica de un manejo integral con miras a mejoría de afectados.

En base a esta corta serie, hecha en institución con unidad especializada en fibromialgia, se propone: Tener presentes las características clínicas de la fibromialgia, y pensar en ella (tal como en síndrome miofascial, síndrome piriforme, etc.) para diagnóstico diferencial y/o coexistente con patología quirúrgica vertebral. La evaluación preoperatoria de un paciente con ésta noxa, debe incluir información acerca del estadio fibromiálgico en que se encuentre. Diferir acto quirúrgico electivo hasta su compensación. En caso de presentarse crisis álgida en Recuperación, efectuar tratamiento local (infiltrante), tanto en puntos convencionales espinales como en los puntos fibromiálgicos descritos, y complementar con analgesia sistémica parenteral. En conclusión, para *procedimientos quirúrgicos* en general, se debe (salvo emergencias) tratar y estabilizar primero la fibromialgia, ya que en el postoperatorio inmediato podría haber aguda y severa exacerbación de los síntomas, que responden mas a infiltraciones de puntos dolorosos y de fibromialgia que al tratamiento endovenoso convencional.

## Referencias

- ARNOLD L, HUDSON S. (2004). *Family study of fibromyalgia*. Arthritis Rheum 50(3): 944-52.
- BUSKILA D, SARZI-PUTTINI P. (2006). *Biology and therapy for fibromyalgia*. Genetics aspects of fibromyalgia syndrome. Arthritis Res Ther 8(5): 218.
- COLLADO A.(2008). *Fibromialgia: una enfermedad más visible*. Rev SocEsp Dolor 15(8): 517-20.
- EMAD Y, RAGAB Y. (2008). *Hippocampus dysfunction may explain symptoms of fibromyalgia syndrome. A study with single-voxel MR spectroscopy*. J Rheumatol 35(7): 1371-7.
- GOLDEMBERG DL. (1995). *Fibromyalgia: Why such controversy?* Ann Rheum Dis 54(1): 3-5.
- GOLDEMBERG DL. (2008). *Multidisciplinary modalities in the treatment of fibromyalgia*. J Clin Psychiatry 69: 30-4.
- HAUSER W, BERNARD Y, UCEYLER N. (2009). *Sommer treatment of fibromyalgia síndrome with antidepressants*. J A M A. 301: 198-209.
- KOMAROFF A, GOLDENBERG D. (2007). *The chronic fatigue síndrome: definition, currents studies and lessons for fibromyalgia research*. Med Hypotheses 69(3): 517-525.
- MÁÑEZ I, FENOLLOSA P. (2005). *Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia*. Rev SocEsp Dolor 12(8): 495-500.
- MCBETH J, CHIU Y. (2005). *Hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis fuction and the relationship with chronic widespread pain and its antecedents*. Arthritis Res Ther 7(5): 992-1000.
- NARITA N, NISHIGANI M. (2003). *Association between serotonin transport gene polymorphism and chronic fatigue syndrome*. Biochem Biophys Res Commun 311(2): 264-6.
- PIMENTAL M, WALLACE D. (1989). *A link between irritable bowel síndrome and fibromyalgia may be related to findings on lactulose breath testing*. J Rheumatol Suppl 19: 23-7.
- SCHWEINHARDT P, SAURO K. (2008). *Fibromyalgia: A disorder of the brain?* Neuroscientist 14(5): 415-21.
- VILLANUEVA V, VARIA G. (2004). *Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión*. Rev SocEsp Dolor 11(7): 430-43.

- WOLFE F, CLAUW D. (2010). *The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and measurement of symptom severity*. *Arthritis Care Res* 62(5): 600-610.
- WOLFE F, RASKE J. FIBROMYALGIA. (2008 ) In: Firesten G., Editor. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 8th edition. Philadelphia, PA, Saunders Elsevier,.
- WOLFE SMYTHE, YUNUS M. (1990). *The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia*. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 33(2): 16-72.
- WOOD PB, LEDBETTER C. (2008). *Hippocampal metabolite abnormalities in fibromyalgia: correlation with clinical features*. *Pain*: 174.
- WOOD, P B. (2004). *Fibromyalgia: a central role for the hippocampus. A theoretical construct*. *J Musculoskeletal Pain* 12(1): 19-26.