

REPORTE DE CASO

Subdiagnóstico de la fibromialgia en hombres: revisión de la literatura y reporte de un caso

Underdiagnosis Of Fibromyalgia In Men: Literature Review And Case Report

Mauricio Hernández Forero, Hugo Tautiva, Laura Galindo

RESUMEN

La fibromialgia (FM) es un síndrome de dolor musculoesquelético, idiopático, crónico, de baja prevalencia en la población general, que afecta más a mujeres que a hombres en una relación 9:1; sin embargo, su incidencia en el género masculino va en aumento y el cuadro clínico se caracteriza más por trastornos del sueño que por el clásico dolor generalizado. Por consiguiente, su sospecha clínica en este género es muy baja. Este síndrome con frecuencia se encuentra asociado a fatiga, síntomas depresivos y disfunción sexual, aunque no se cuenta con evidencia suficiente que correlacione esta entidad con antecedentes de trauma testicular y alteración de la relación testosterona libre - globulina transportadora de hormona sexual masculina (SHBG).

Presentamos el caso de un paciente masculino de 40 años con cuadro clínico de 6 meses de evolución de astenia, adinamia, dolor generalizado, pérdida progresiva de peso, síntomas depresivos y disfunción sexual con antecedente de vasectomía, quien fue valorado por múltiples especialidades, recibió tratamiento con antidepresivos y benzodiacepinas que produjeron mejoría parcial de la sintomatología. Posteriormente, de acuerdo con recientes criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) se diagnosticó fibromialgia asociada a bajos niveles séricos de testosterona libre y globulina transportadora de hormonas sexuales.

En la literatura no hay evidencia rotunda que correlacione traumas testiculares o posteriores a vasectomía con aparición de disfunción sexual, disminución de la relación testosterona libre - globulina transportadora de hormona sexual masculina y posterior aparición de fibromialgia en hombres. De igual forma, dada la progresiva aparición de este síndrome en hombres, se hace necesario aumentar su sospecha diagnóstica, descartando siempre otras patologías mediante exámenes clínicos y paraclínicos, haciéndose imprescindible que estos pacientes tengan un abordaje multidisciplinario por reumatólogos, fisiatras, urólogos y psiquiatras.

Recibido:
10 de julio de 2014

Aceptado:
23 de octubre de 2014

Autores:
Mauricio Hernández Forero, Hugo Tautiva,
Laura Galindo, Hospital Regional de Sogamoso,
Sogamoso, Colombia

Correspondencia:
Correspondencia: bmarce78t@hotmail.com

Conflicto de interés: ninguno

Palabras clave: Fibromialgia, globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), hombres, síndrome, testosterona libre.

ABSTRACT

Fibromyalgia (FM) is an idiopathic, chronic musculoskeletal pain syndrome with low prevalence in the general population, affecting more women than men in a ratio of 9:1; however, the incidence in males is increasing and the clinical presentation is characterized more by sleep disorders than by classical generalized pain. Therefore, clinical suspicion in this genre is very low. This syndrome is often associated with fatigue, depressive symptoms and sexual dysfunction; however, there is insufficient evidence to correlate this entity with a history of testicular trauma and disruption of ratio free testosterone - sex hormone binding globulin (SHBG).

We present the case of a 40 years old man with a history of a 6 month fatigue, weakness, generalized pain, progressive weight loss, depressive symptoms and sexual dysfunction with a history of vasectomy, which was assessed by multiple specialties, treated with antidepressants and benzodiazepines with partial improvement of symptoms. Then, according to recent criteria of the American College of Rheumatology (ACR) he was diagnosed with fibromyalgia, associated with low serum levels of free testosterone and Sex Hormone Binding Globulin.

There is insufficient evidence in the literature that correlates testicular trauma or post-vasectomy trauma with onset of sexual dysfunction, decrease in free testosterone ratio - sex hormone binding globulin and subsequent development of fibromyalgia in men. In the same way, due to the gradual emergence of this syndrome in men is necessary to increase the diagnostic suspicion, always ruling out other diseases by clinical and laboratory examinations, making it imperative that these patients have a multidisciplinary approach by rheumatologists, physiatrists, urologists and psychiatrists.

Keywords: Joplin's neuroma, medial plantar proper digital nerve, electrodiagnosis.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es un síndrome clínico de etiología desconocida, que causa dolor musculoesquelético no articular difuso, crónico e incapacitante, que con frecuencia se encuentra asociado a síntomas como: fatiga, disfunción cognitiva, dificultades para dormir, rigidez matutina, problemas de equilibrio, ansiedad, estado de ánimo depresivo y disfunción sexual. Afecta a la población general aproximadamente entre el 2 y el 5% y estudios epidemiológicos revelan que la proporción mujer-hombre es de 9:1, llegando algunos a reportar una proporción 22:1, es decir, una entidad infre-

cuenta en el género masculino. Su aparición es entre los 30 y 50 años^{1,2,3,4,5} y su prevalencia incrementa con la edad.

Esta condición tiene un impacto negativo en la calidad de vida y se encuentra asociado a altas tasas de incapacidad laboral, ausentismo laboral, pérdida de función autorreportada y utilización de los servicios de salud⁶.

La etiología de la fibromialgia se desconoce pero se cree que existen factores genéticos y ambientales que contribuyen a su aparición. Estudios clínicos recientes confirman que la fibromialgia se

agrega fuertemente entre familias y se correlaciona con trastornos psicológicos y psiquiátricos comunes como los del estado de ánimo, la ansiedad y la alimentación, síndrome de intestino irritable y migraña.

Estudios genéticos de FM revelan una posible asociación con polimorfismos genéticos en genes relacionados con las monoaminas incluyendo el gen receptor de serotonina 2 A (HTR2A) y el gen transportador de serotonina (HTTLPR). Estresores ambientales también pueden contribuir con el desarrollo de FM ya que en general los pacientes reportan el inicio de sus síntomas después de un periodo sustancial de estrés. Además, los pacientes con FM tienen alteraciones en los 2 principales sistemas de respuesta al estrés: sistema nervioso autónomo (SNA) y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS).

Investigaciones realizadas sugieren que en el síndrome de FM se encuentra una disminución

en la hormona liberadora de corticotropina (CRH) hipotalámica asociada a un deterioro de la capacidad para activar el eje CRH-hipófisis-hipotálamo en respuesta al estrés, y posiblemente, una disminución de la respuesta del cortisol al estrés. Secundario a la alteración del eje HHS, podemos encontrar bajos niveles de la hormona de crecimiento y de la estimulante de tiroides, y compromiso de la respuesta simpática a estresores (ejemplo: disminución en respuesta de frecuencia cardiaca al ejercicio), encontrándose un eje hiperactivo, pero hiporeactivo al estrés^{1,2}.

El diagnóstico de fibromialgia se realiza mediante la aplicación de los siguientes criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología, los cuales fueron actualizados por última vez en 2010 y se encuentran en proceso de validación:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE FIBROMIALGIA 2010 (ACR)⁷:

Un paciente cumple los criterios diagnósticos para fibromialgia si cumple estas 3 condiciones:

1. Índice de dolor generalizado - Widespread Pain Index (WPI) ≥ 7 y puntuación en la escala de severidad de los síntomas (SS) ≥ 5 o WPI 3 – 6 y puntaje de SS ≥ 9
2. Síntomas que han estado presentes en un nivel similar durante al menos 3 meses
3. Que no tenga otro trastorno que de otro modo explique el dolor

WPI: Marque el número de zonas en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana ¿En cuántas áreas ha tenido el paciente dolor? La puntuación será de 0 a 19.

Cintura escapular izquierda

Cintura escapular derecha

Brazo superior izquierdo

Brazo superior derecho

Brazo inferior izquierdo

Brazo inferior derecho

Cadera (glúteo, trocánter) izquierdo

Cadera (glúteo, trocánter) derecho

Muslo izquierdo

Muslo derecho

Pierna izquierda

Pierna derecha

Mandíbula izquierda

Mandíbula derecha

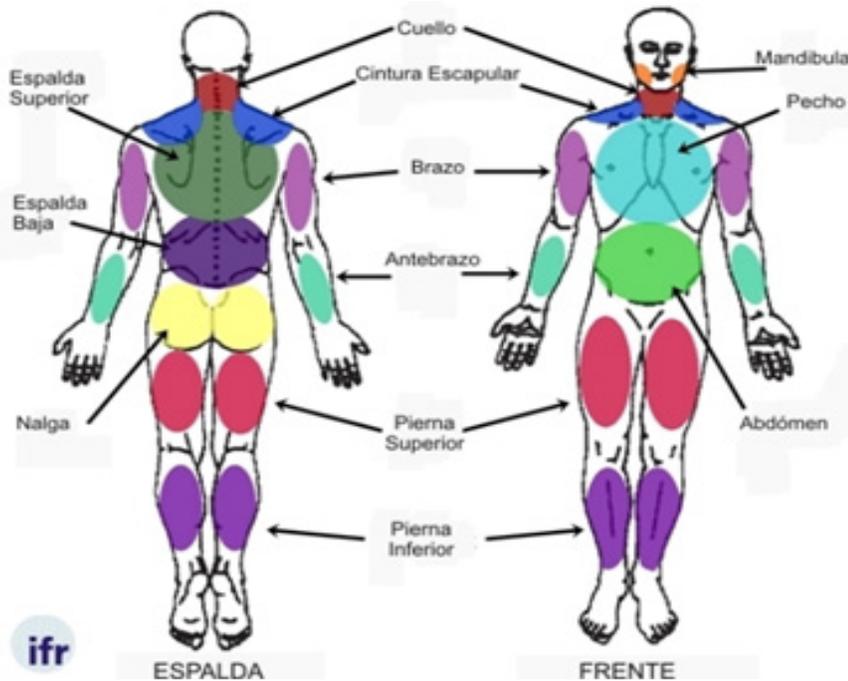
Tórax

Abdomen

Espalda superior

Espalda inferior

Cuello



Escala de severidad de los síntomas - Symptom Severity Score (SS): Parte I

Para cada uno de los 3 síntomas, indicar el nivel de gravedad en la última semana con la siguiente escala: El valor oscila entre 0 y 9.

Fatiga	Sueño no reparador	Síntomas cognitivos
0=no ha sido un problema	0=no ha sido un problema	0=no ha sido un problema
1=Leve, ocasional	1=Leve, ocasional	1=Leve, ocasional
2=Moderada, presente casi siempre	2=Moderada, presente casi siempre	2=Moderada, presente casi siempre
3=Grave, persistente, he tenido grandes problemas	3=Grave, persistente, he tenido grandes problemas	3=Grave, persistente, he tenido grandes problemas

Parte II

Indicar si el paciente ha sufrido durante la semana pasada los siguientes síntomas somáticos:

Dolor muscular	Pitidos al respirar (sibilancias)
Síndrome de colon irritable	Fenómeno de Raynaud
Fatiga / agotamiento	Urticaria
Problemas de comprensión o memoria	Zumbidos en los oídos
Debilidad muscular	Vómitos
Dolor de cabeza	Acidez de estómago
Calambres en el abdomen	Aftas orales (úlceras)
Entumecimiento / hormigueos	Pérdida o cambios en el gusto
Mareo	Convulsiones
Insomnio	Ojo seco
Depresión	Respiración entrecortada
Estreñimiento	Pérdida de apetito
Dolor en la parte alta del abdomen	Erupciones / Rash
Náuseas	Intolerancia al sol
Ansiedad	Trastornos auditivos
Dolor torácico	Moretones frecuentes
Visión borrosa	Caída del cabello
Diarrea	Micción frecuente
Boca seca	Micción dolorosa
Picores	Espasmos vesicales
0=no tiene ningún síntoma	
1=pocos síntomas (1 a 10)	
2=un número moderado de síntomas (22 a 24)	
3=una gran cantidad de síntomas (25 o más)	

Entre los diagnósticos diferenciales de la fibromialgia, las patologías que debemos tener en cuenta son las siguientes:

TRASTORNOS MÉDICOS QUE MIMIFICAN SÍNTOMAS DE FM Y/O COMORBILIDADES DE FM		
Trastorno médico	Signos y síntomas diferenciales	Test de laboratorio
Artritis reumatoide	Dolor articular predominante, edema articular y sensibilidad en líneas articulares	Factor reumatoideo positivo en 80 – 90% de los pacientes, evidencia radiológica de erosión articular
Lupus Eritematoso Sistémico	Compromiso multisistémico, artritis es común, artralgia y rash	Test de anticuerpos antinucleares y otros anticuerpos.
Osteoartritis poliarticular	Múltiples articulaciones con dolor	Evidencia radiológica de degeneración articular
Polimialgia reumática	Dolor en hombro proximal y cintura pélvica, más común en ancianos	VSG aumentada en 80% de los pacientes
Polimiositis u otras miopatías	Debilidad en musculatura proximal simétrica	Niveles séricos de enzimas musculares aumentadas (creatina, kinasas, aldolasa) electromiografía anormal, biopsia de músculo anormal.
Espondiloartropatía	Localización de dolor espinal en sitios específicos del cuello, pared torácica anterior o región lumbar, limitación objetiva de movilidad espinal por dolor y rigidez	Sacroileitis radiográfica, cambios radiológicos de cuerpos vertebrales
Osteomalacia	Dolor óseo difuso, fracturas, miopatía proximal con debilidad muscular	Bajos niveles de 25-hidroxivitamina D, niveles bajos de fosfato, anomalías en densitometría (DEXA)
Hipotiroidismo	Intolerancia al frío, lentitud mental, constipación, ganancia de peso, caída de cabello	Niveles aumentados de TSH
Apnea del sueño	Respiración interrumpida del sueño, ronquidos fuertes, sueño excesivo durante el día	Anormalidades en la polisomnografía
Hiperparatiroidismo	Polidipsia, poliuria, cálculos renales, náuseas, vómito, hiporexia, constipación, huesos desmineralizados	Niveles de paratohormona y calcio sérico aumentados
Neuropatía	Dolor tipo ardor o picada, parestesias e hipostesias	Test para identificar las causas secundarias (Diabetes, hernia discal), electromiografía, neuroconducciones, ondas F de por lo menos 3 extremidades, biopsia de nervio

osteoporosis e incremento en la grasa visceral. En la actualidad no hay estudios correlacionales entre hipogonadismo y síndrome de fibromialgia lo que hace importante el reporte del este caso para que se tenga en

cuenta en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes masculinos que cumplan con criterios clínicos de dicho síndrome. Su cálculo diagnóstico se encuentra disponible en la página ISSAM.CH y es:

$$\text{Concentration Testosterone= } \frac{\text{FT(free)}}{[\text{S}]} + \frac{\text{Alb-bound-T}}{[\text{S}_A]} + \frac{[\text{SHBG}]\text{-bound-T}}{[\text{SP}]}$$

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: dolor generalizado y trastornos del sueño

Paciente masculino de 40 años con cuadro clínico de 6 meses de evolución consistente en cansancio progresivo, dolor generalizado de predominio proximal cervical y en muslos, pérdida de peso de 10 kilos en los últimos 4 meses, taquicardia, sudoración nocturna, llanto fácil e ideas de muerte. En manejo con ciclobenzaprina, una tableta en la noche mejoró inicialmente el patrón de sueño durante el primer mes, con posterior persistencia de insomnio de conciliación y dolor generalizado, por lo que suspendió tratamiento. Fue remitido a servicio de neurología donde el cuadro hemático se halló dentro de parámetros normales, polisomnografía con alteración del sueño y disminución del REM en 15% sin apneas significativas para el estudio. Se remitió el paciente a psiquiatría por depresión y ansiedad, donde se formula mirtazapina, 30 mg por la noche, con Zolpidem, 10 mg, y psicoterapia, con mejoría del patrón de sueño, persistencia de cansancio y sensación de pesadez generalizada. A los 10 días se retira el Zolpidem y se continúa solo con mirtazapina, 30 mg noche, con persistencia de sueño no reparador. El psiquiatra decide cambiar el antidepresivo por imipramina, 75 mg noche, con lo que mejoró el patrón de sueño y el cansancio durante 3 meses, con posterior reaparición de la sintomatología y aumento progresivo de peso por efectos secundarios de la mirtazapina, con elevación de TGO 70 y TGP 69, ECO abdominal con hígado graso, aumento de triglicéridos y colesterol total y disminución de deseo sexual. Por ello es remitido al servicio de fisioterapia.

Antecedente de importancia: trauma craneoencefálico moderado a los 10 años sin secuelas, estenosis pilórica y apendicetomía a los 10 años y vasectomía hace 6 años. El resto es negativo.

El examen clínico arrojó:

T/A 125/30, FC 82, Fr 20, Peso 87 kilos, Talla 1.72, IMC 29.41, sobrepeso.

Cardiopulmonar: normal. Abdominal: no masas, no megalias. Perímetro abdominal 100.

Osteomuscular: arcos de movilidad conservados, retracción de isquiotibiales y flexores de cadera, edema grado I en tobillos, 18/18 puntos de fibromialgia, WPI: 13/19, SS: 8/12, dolor a palpación muscular proximal sin atrofas ni nódulos musculares.

Neurológico: Paciente alerta, orientado en tres esferas, hipoproséxico, discalcúlico, con angustia y preocupación por su estado de salud. RMT + + / + + + +, no déficit sensitivo ni motor. No alteración de la coordinación ni equilibrios.

Teniendo en cuenta los últimos criterios diagnósticos, se considera paciente con fibromialgia y depresión mayor. Se comenta el caso con el servicio de urología y psiquiatría y se decide solicitar estos paraclínicos: TSH, testosterona libre, globulina transportadora de hormona sexual y electrolitos.

Reporte de paraclínicos:

TSH 1.3, globulina transportadora de hormona sexual 38.7 nmol/L, testosterona total 8.26 ng/ml, sodio sérico 140 mEq/L y testosterona libre 28.91 nmol/L. Se encuentra una disocia-

ción entre hormona transportadora y testosterona libre. Se decide aplicación de 1000 mg de undecanoato de testosterona, solución inyectable dosis de carga, nueva aplicación a los 15 días y aplicación trimestral posterior. Se inicia duloxetine, 30 mg por 8 días, con buena tolerancia y se ajusta dosis a 60 mg día. Se prescribe programa de rehabilitación cardiaca, hidroterapia y bloqueo en puntos gatillo con mejoría significativa de calidad de vida, patrón de sueño y dolor llegando a intensidad de 2/10. Se continúa con control sérico a los 6 meses de globulina transportadora de la hormona sexual 41.13 pg/ml, y testosterona libre 28,91 ng/ml. Se educa a paciente sobre actividad aeróbica autodirigida y se reajusta dosis de duloxetine, 30 mg día. Nuevo control a 6 meses de globulina transportadora de la hormona sexual 40.92 nmol/L, testosterona total 4.40ng/ml, testosterona libre 6.40, cortisol am 56.8 ng/ml y Cortisol pm 32.5 ng/ml.

Resonancia nuclear magnética cerebral con contraste: Síndrome de silla turca vacía.

Con el esquema anteriormente descrito, el WPI se encuentra en 7/19 y el SS en 5/12, con mejoría del patrón de sueño, dolor 3/10 y reporte de polisomnografía control de 20% de sueño REM.

DISCUSIÓN

La fibromialgia, como lo mencionamos, es un síndrome de predominio en mujeres, lo que ha llevado a que los conocimientos acerca de esta entidad se hayan desarrollado a partir de las investigaciones en este género y se desconozca si existen cambios en la presentación, cuadro clínico y síntomas relevantes en hombres. Lo anterior, ha conducido parcialmente a que el diagnóstico de la fibromialgia sea un reto en el género masculino y que la mayoría de pacientes hombres pasen varios años sin ser diagnosticados. Durante este lapso han recibido tratamiento para otras enfermedades, han asumido los efectos adversos, con poca disminución de la intensidad de sus síntomas, generando, por otra parte, bajas laborales, gran demanda de los servicios de salud y altos costos derivados de la atención.

Pocos estudios han analizado las diferencias de los síntomas de fibromialgia en función del sexo. Inicialmente Wolfe y colaboradores⁹ (1995)

observaron que las mujeres con FM presentaban dolor más difuso y menor umbral de este, más puntos de sensibilidad o gatillo, más fatiga, alteración del sueño y comorbilidad con Síndrome de intestino irritable sin otras diferencias en función del sexo. Buslika y colaboradores³ (2000) concluyeron que los hombres con FM reportaban más severidad de los síntomas, menor funcionamiento físico y menor calidad de vida que las mujeres. Miró y colaboradores¹⁰ (2012) hallaron que las mujeres presentaban un menor umbral de sensibilidad al dolor y, por ende, mayor consumo de analgésicos y mayor catastrofización al dolor. Esto en parte explicaría por qué las mujeres al incrementar la demanda asistencial para control del dolor son más diagnosticadas, a diferencia de los hombres que pasan por un mayor número de especialistas antes de identificar el dolor como problema principal. Sin embargo, en este estudio el dolor de FM en hombres se asoció con peor calidad de sueño³, lo que podría indicar que las estrategias del control de dolor que se centren en mejorar el sueño pueden ser relevantes en el tratamiento de hombres con FM^{10,11}.

De los estudios antes mencionados y lo reportado en la literatura se identifica un subregistro del síndrome de FM en hombres, dado que se sospecha y se diagnostica menos que en las mujeres, lo que nos lleva al reto diario de tenerlo en cuenta a la hora de abordar un paciente que nos consulta por dolor generalizado y trastorno del sueño. Además, su relación con alteraciones de la función sexual y su compromiso de la calidad de vida nos lleva a solicitar estudios endocrinológicos complementarios como parte del estudio global del paciente. Entre ellos señalamos: TSH, T4 libre, testosterona total, testosterona libre, globulina transportadora de hormonas sexuales y la relación testosterona libre y SHBG. Así se le da a esta entidad un manejo multidisciplinario por parte del médico rehabilitador, reumatología, psiquiatría y urología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnold L. The Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Fibromyalgia. *Psychiatr Clin N Am.* 2010; 33: 375–408.
2. Bradley L. Pathophysiology of Fibromyalgia. *The American Journal of Medicine.* 2009 Dec; 122 (12A).
3. Buskila D, Neumann L, Alhoashle A., and Abu-Shakra M. Fibromyalgia Syndrome in Men, Seminars in Arthritis and Rheumatism. 2000 Aug; 30, (1): 47-51.
4. Goldenberg D. Diagnosis and Differential Diagnosis of Fibromyalgia. *The American Journal of Medicine.* 2009 Dec; 122 (12A).
5. McCarberg B. Clinical Overview of Fibromyalgia. *American Journal of Therapeutics.* 2012; 19: 357–68.
6. Toshimitsu G, Ezequiel R, Helfenstein M, Feldman D. A comparison of quality of life, demographic and clinical characteristics of Brazilian men with fibromyalgia syndrome with male patients with depression. *Rheumatol Int.* 2010; 30: 473–8.
7. Vermeulen A, Verdonck L, and Kaufman J. A critical evaluation of simple methods for the estimation of free testosterone in serum. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 1999; 84 (10).
8. Okifuji A, Turk D. Ex Hormones and Pain in Regularly Menstruating Women With Fibromyalgia Syndrome. *The Journal of Pain.* 2006 Nov; 7(11): 851-9
9. Wolfe F, Clauw D, Fitzcharles M, Goldenberg D, Katz R, Mease P, Russell A, Russell J, Winfield J, and Yunus M. The American College of Rheumatology. Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity, *Arthritis Care & Research.* 2010 May; 62(5): 600–10.
10. Miró E, Diener F, Martínez M, Sánchez A, Valenza M. La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema.* 2012; 24(1): 10-5.
11. Batmaz I, Akif M, Dilek B, İnanır A, Demircan Z, Hatipog LN, Atar M, Cevik R. Sexuality of men with fibromyalgia: what are the factors that cause sexual dysfunction? *Rheumatol Int.* 2013; 33: 1265–70.