

FIBROSITIS

Dres. A. CARRERAS BAYÉS y J. ESCARPENTER ORIOL

Es un término aplicado a distintos tipos de enfermedad, localizadas en los tejidos blandos, que no tienden a la supuración y que no constituyen una enfermedad bien definida.

Frecuencia. — Extraordinaria, aunque no da lugar a tipos graves de reumatismo, pero que ocasiona un sinnúmero de molestias, con localizaciones muy diversas, acusadas por el enfermo según su temperamento y sensibilidad.

Clasificación.—Siguiendo a SLOKUM, podemos dividir la fibrositis en:

a) *Primaria:* sin enfermedad general demostrable.

b) *Secundaria:* 1.º consecutiva a enfermedad general; 2.º consecutivas a lesión o esfuerzo local.

Etiopatogenia

Entre los factores etiológicos que intervienen en el desarrollo de la fibrositis hay que mencionar:

1.º *La infección.* La fibrositis secundaria se presenta complicando numerosos procesos de tipo reumático agudo, subagudo o crónico (fiebre reumática, poliartritis cró-

nica, gota, etc.), o bien a otros procesos infecciosos no reumáticos (gonococia, tuberculosis, fiebre de Malta, etc.).

2.º *Traumatismo.* Este factor puede actuar desencadenando la aparición de fibrositis, ya sea a consecuencia de un trauma único e intenso, o bien con más frecuencia, consecutivamente a un microtraumatismo sostenido (codo de tenis, hombro de golf, lumbago de los jardineros).

Podemos incluir aquí la fibrositis ocasionada por un sobreesfuerzo muscular en los trastornos estáticos o alteraciones articulares, que condicionan la aparición del mismo sobreesfuerzo.

3.º *Frío y humedad.* Cada uno de ellos por separado, o mejor los dos conjuntamente, han sido ya desde hace tiempo asociados al reumatismo. Recordemos simplemente la aparición de cuadros algicos de las partes blandas tras la exposición más o menos continuada, a estos factores climáticos.

4.º *Trastornos endocrinos.* Aunque es muy difícil poder evidenciar la existencia de alteraciones hormonales bien definidas, es un hecho admitido por gran número de

autores, la coincidencia del inicio de un proceso fibrosítico, con la entrada en el período menopáusico o en los estados de disfunción tiroidea o de alteración hipofisaria.

5.º *Trastornos metabólicos.* Tanto en la gota, la diabetes, como en la obesidad, es frecuentísima la fibrositis.

6.º *Trastornos psiconeuróticos.* Su relación con la aparición de fibrositis ha sido puesta de manifiesto con la experiencia de su manifestación durante la última guerra mundial, en los soldados con manifiesta depresión moral (retiradas forzosas, etc.).

Siendo múltiples las causas productoras de fibrositis, el mecanismo patogenético deberá ser también diverso. Así, STOKMAN creía que era el resultado de la reacción tisular frente a un acúmulo de gérmenes, por otra parte no identificados por el autor.

La no existencia de estos gérmenes *in situ*, indujo a HUNTER y WILCOX a desarrollar la teoría de la *infección focal*, según la cual la causa de los nódulos fibrosíticos sería la reacción tisular alérgica puesta en marcha por las toxinas segregadas por gérmenes acantonados en focos cerrados de infección.

Según JESPERSEN y BUCHTAL, el sobre esfuerzo muscular ocasiona una dificultad circulatoria que obliga a trabajar al músculo anaerobiamente, y a retener los cataboli-

tos del metabolismo muscular dando lugar a una acidosis local que modifica la estructura bioquímica de las miofibrillas que redonda en un estado de rigidez y empastamiento doloroso del tejido muscular.

Finalmente, C. B. HEALD, experimentalmente, ha demostrado la inter-relación estrecha existente entre médula ósea y músculo, atribuyendo a aquélla el *primum movens* del mecanismo determinante de la fibrositis.

Anatomía patológica

La sección de los nódulos fibrosíticos no demuestra caracteres peculiares, mostrándose como tejido conectivo normal o a lo sumo con características de tejido cicatricial fibroso. En el músculo no se encuentra alteración histológica alguna.

COPEMAN y AKERMAN encontraron acúmulos adiposos y edematosos localizados en el tejido fibroadiposo, los cuales serían causa de dolor por hallarse sometidos a tensión bajo la membrana fibrosa que los recubre, a través de la cual, en determinadas circunstancias, llegan a herniarse, con lo cual el trastorno doloroso se haría prácticamente crónico, de no reducirse estas hernias adiposas por el masaje o la extirpación quirúrgica.

Para ELLIOT los nódulos fibrosíticos no serían más que grupos aislados de fibras musculares es-

pasmodizadas a consecuencia de un reflejo nervioso.

Clínica

Su frecuencia es variable según los climas, influyendo la humedad y el frío, sobre todo los cambios bruscos de temperatura y la evaporación brusca de la humedad o sudor, al exponerse a una corriente de aire. Su presentación es escasa en la infancia y adolescencia, para aumentar a partir del segundo y tercer decenio y alcanzar su máximo en la edad adulta.

El síntoma dominante y frecuentemente el único, es el dolor. Puede presentarse de una manera insidiosa o repentinamente, a consecuencia de una mojadura, corriente de aire, posición forzada, movimiento brusco, etc., que inmoviliza la zona afectada, con contractura por espasmo muscular defensivo de naturaleza refleja, que alivia el dolor. El movimiento lo exacerba con tal intensidad que puede llegar a provocar una lipotimia. El dolor y la contractura invalidan al enfermo por impotencia funcional total o parcial, según la extensión o localización del proceso.

La exploración cuidadosa y detenida permite, en muchas ocasiones, encontrar un punto doloroso electivo y la palpación del nódulo fibrosítico existente. Cuando no se palpa, puede ser debido a la contractura muscular que lo enmascara o a que el nódulo no se haya formado todavía, si se explora en

una fase muy precoz del ataque doloroso. Puede asentar en cualquier parte del cuerpo, con especial predilección por ciertas zonas: región de la nuca, lumbar, glútea, intercostales, etc., a nivel de la zona muscular próxima a su inserción tendinosa o aponeurótica, que corresponde a la zona peor vascularizada y ricamente innervada. En cuanto a su tamaño, oscila desde el de un grano de mijo hasta el de una avellana y aún al de una nuez. Puede ser único o pueden existir varios en una zona reducida. Es redondeado o más bien ovalado, con el eje mayor paralelo a la dirección de las fibras musculares.

No hay afectación del estado general (si la fibrositis no es consecutiva a un proceso infeccioso). No hay fiebre, ni taquicardia. La V. S. G. es normal. Y los demás signos de laboratorio son negativos, así como los radiológicos.

Puede evolucionar en forma aguda, desapareciendo toda molestia en pocas horas o días, o a brotes con intervalos libres de molestias o con ellas, quedando dolorimiento y sensibilidad a la presión de los músculos afectados y una cierta rigidez de los mismos, que dificulta los movimientos, principalmente por las mañanas o después de un reposo prolongado, pasando así a la forma secundariamente crónica. Puede existir una forma primariamente crónica cuando no se han presentado ataques agudos. La causa del dolor se

ha atribuido a irritación local producida por los nódulos fibrosíticos a distensión de los tejidos profundos, sobre todo en la paniculitis o a una disregulación del equilibrio hidrosalino en el seno del tejido conjuntivo.

Formas clínicas según su localización

Pericráneo (cefalalgia celulítica). La causa radica en sus cubiertas. Aponeurosis epicraneana o músculos ténporo-ponto-occipitales. Sus características son: presentarse por las mañanas al despertarse, especialmente si el frío ha podido actuar durante la noche. No hay náuseas, vómitos ni escotomas centelleantes, no aumenta por el ruido o la luz, sino por los movimientos que ponen en tensión la envoltura músculo-aponeurótica craneana. Se localiza más frecuentemente en la región temporal y en la nuca. Puede ser única o bilateral.

Región cervical. La fibrositis de los músculos de la nuca puede dar lugar al síndrome de la neuralgia suboccipital de Arnold o al síndrome del simpático cervical posterior de Barre-Licon, cuando éste queda englobado en la fibrositis de los músculos de los canales vertebrales. La localización en el esternocleido-mastoideo y trapecio da lugar al clásico tortícolis reumático o a frigore. Y cuando engloba a los distintos nervios constituyentes

del plexo braquial dará lugar a una braquialgia de mayor o menor extensión.

Cintura escapular. Entre las múltiples causas que dan lugar al síndrome de la periartritis escápulo-humeral, juega un importante papel la fibrositis, que puede localizarse a nivel de las inserciones musculares de esta región, en los tendones, en las bolsas serosas, cápsula articular o tejido conjuntivo periarticular. La contractura muscular refleja provoca la inmovilización del hombro que posteriormente dará lugar a rigidez, aún cuando el dolor haya desaparecido, originando el cuadro de «hombro congelado» o «bloqueado».

Región torácica. Cuando se afectan los músculos intercostales, da un dolor en «punta de costado» o pleurodinia. En la región precordial puede simular un dolor anginoso. Pueden afectarse también los pectorales, serratos y con más frecuencia los músculos de la región interesápulo-vertebral, dando molestias en esta zona, principalmente ocasionadas por un esfuerzo o sobrecarga en jóvenes no habituados a ciertos trabajos (mecnógrafos, aprendices de ciertos oficios, costureras, etc.).

Región lumbo-sacra (lumbago). Es quizá la región afectada con más frecuencia. Puede ser desencadenado por contracción o esfuerzo muscular, fatiga muscular y en-

friamiento. Muchas veces el esfuerzo es mínimo (acto de lavarse, coger algo del suelo, etc.). Hay que diferenciarlo del lumbago traumático por rotura fascicular o distensión ligamentosa. A veces se presenta por fatiga muscular al cabo de unas horas o al día siguiente de haber efectuado un esfuerzo prolongado, o por enfriamiento después de sentarse en terreno húmedo, etc. Los músculos afectados principalmente son los erectores del tronco, cuadrado lumbar, inserciones posteriores de los oblicuos abdominales e inserciones altas de los glúteos.

En esta región describió COPEMAN unos nódulos formados por tejido adiposo herniado a través de las fascias aponeuróticas que normalmente los contienen, que serían causa de lumbago.

Ciática. — Por dos mecanismos puede la fibrocitosis originar un dolor en el trayecto del ciático: por fibrositis del tejido conjuntivo perineural en cualquier lugar del trayecto nervioso, con todos los síntomas de una ciática verdadera o constituyendo el síndrome seudociático por dolor referido en el trayecto del ciático cuando un estímulo suficientemente intenso (fibrositis) irrita la zona de inervación correspondiente a la rama posterior del nervio raquídeo, cuya rama anterior da origen al nervio ciático. A esta zona corresponden las pequeñas articulaciones vertebrales, músculos de los canales vertebra-

les, articulaciones sacroilíacas y la región músculo-aponeurótica que se inserta a nivel de la cresta ilíaca. La fibrositis es muy frecuente en esta zona de inserción ilíaca de los glúteos y puede dar lugar, pues, a un dolor referido al trayecto del ciático, pero sin ningún signo neurológico de la ciática verdadera: no hay alteración del reflejo aquileo, ni es positiva la maniobra de Bragard; no hay atrofia muscular, ni trastornos objetivos de la sensibilidad; no son positivos los puntos de Valleix, ni hay alteraciones en el líquido cefalorraquídeo. Sólo puede haber aumento de dolor a la tos o al esfuerzo por la contractura muscular o puede ser positiva la maniobra de Laségue, porque al practicarla se ponen en tensión también los músculos glúteos. La infiltración anestésica de los nódulos glúteos hace ceder el dolor.

Este mecanismo de producción de un dolor referido a un trayecto nervioso, puede tener lugar a cualquier altura de la columna vertebral, y así hemos visto braquialgias intensas (sin sintomatología neurológica), originadas por la existencia de nódulos fibrosíticos situados a nivel de los músculos supra e infraespinosos, que ceden rápidamente con la infiltración anestésica. A un nivel más bajo, la fibrositis de los músculos de los canales vertebrales puede originar una neuralgia intercostal o una neuralgia del fémoro-cutáneo, si-

mulando una meralgia parestésica.

Paniculitis. — Es otra manera de manifestarse la fibrositis abarcando unas zonas extensas en el tejido muscular subcutáneo que se presentan infiltradas y con el signo de la piel de naranja. El dolor es más sordo y más difuso. Se localiza principalmente en la cara interna de las rodillas, hombros, muslos, etc. Su presentación es frecuente en la menopausia y la obesidad.

Neuritis. — Muy difícil de precisar la diferencia entre neuralgia, neuritis y perineuritis. Para THOMSON y GORDON, en la neuralgia no hay más que dolor, sin modificación palpable del nervio, ni alteraciones de los reflejos, trofismo y sensibilidad, siendo el dolor difuso. En la neuritis los cilindroejes que constituyen el nervio están lesionados: hay atrofia muscular, trastornos de los reflejos y de la sensibilidad y el dolor está netamente limitado al trayecto nervioso. En la perineuritis la sensibilidad y el dolor tienen caracteres análogos a los de la neuritis: se localizan a lo largo del trayecto nervioso y el nervio puede palparse engrosado; pero como en las neuralgias no hay trastornos tróficos ni de los reflejos.

Es lógico admitir que el tejido conjuntivo que constituye las vainas de los nervios y aun de los tractos conjuntivos interfasciculares

puede ser asiento de fibrositis, originando dolores en el trayecto nervioso. Sin embargo, este síndrome no debe aceptarse como reumático más que cuando se hayan excluido todas las demás causas posibles (tóxicas, metabólicas, carenciales, mecánicas por compresión, etc.), y quizá cuando el factor etiológico sea indudablemente el frío o la humedad. Los cuadros neurálgicos «a frigore» serían propiamente los reumáticos o fibrosíticos.

Diagnóstico

Digamos en principio que hacer el diagnóstico diferencial de la fibrositis con todas las enfermedades con que puede confundirse, sería abarcar casi toda la patología, cuando menos todas las enfermedades que presentan el síntoma dolor, ya que hemos visto que su localización puede abarcar el cuerpo entero. Por tanto, esto justifica que omitamos el diagnóstico diferencial detallado.

Cuando ante un síndrome doloroso la exploración minuciosa y detenida, prodigada por una mano hábil, permite palpar de una manera indudable los nódulos fibrosíticos o «puntos gatillo», podemos asegurar con bastante probabilidad el diagnóstico de fibrositis. La palpación debe practicarse con el músculo en completa relajación y comparando siempre con el lado simétrico, asegurándose bien de las características de estos nódulos o

puntos dolorosos, si conviene «dulcificando» antes la piel o con talco o con una grasa, para darle más suavidad y aun haciendo un suave masaje para conseguir una mayor relajación muscular. El diagnóstico adquiere una certeza absoluta cuando la infiltración anestésica de estas zonas alivia claramente o hace desaparecer completamente el síndrome doloroso, prueba que sirve para el diagnóstico, además del tratamiento. Sin embargo, hay que tener presente que muchas veces el diagnóstico de fibrositis es sólo un diagnóstico de exclusión, ya que no es posible encontrar signos positivos claros para hacerlo; por tanto, no hay que descuidar el examen completo del enfermo, clínico, biológico y radiológico meticoloso. Hay que pensar primero en todas las otras posibles enfermedades que pueden originar el cuadro doloroso y, sobre todo, todas las propias del esqueleto, antes que en la fibrositis, ya que debemos tener siempre bien presente que un tortícolis, lumbago, ciática, etc., puede preceder, en muchos años a veces, a la visualización radiológica de una enfermedad vertebral. Y aun cuando quede hecho este diagnóstico, si con el tratamiento bien dirigido no obtenemos unos resultados favorables, pensar, que en cualquier momento puede quedar desmentido al ver aparecer o desarrollarse otra enfermedad, hasta aquel momento inaparente.

Tratamiento

Tanto para tratar un brote actual de fibrositis como para evitar nuevos ataques, es preciso, siempre que sea posible, eliminar la causa originaria: causa de profesión cuando sea ésta la causante de la enfermedad o de que se localice en un sitio determinado; evitar la humedad y el frío con un cambio de clima, de vivienda o de ropa, usando ropa interior de lana, que mantiene una mayor uniformidad de temperatura y humedad de la piel.

Dieta. — Sólo en el caso que se sospeche como causa etiológica una diátesis gotosa, se establecerá la dieta conveniente, reduciendo la ingestión de proteínas. También corregir mediante una dieta adecuada la obesidad o la tendencia a ella. En casos de paniculitis extensa está indicada una dieta declorurada y, además, medicación diurética.

Reposo. — En el momento inicial de un ataque agudo puede estar indicado unos días de reposo, pero tan pronto como con el tratamiento conseguimos aliviar el dolor, debe aconsejarse una movilización gradual y progresiva de la parte afectada con objeto de evitar la creación de adherencias fibrosas que en fases más tardías serán rebeldes de tratar.

Analgésicos. — Siempre están indicados para suprimir el dolor y ayudar a la relajación del es-

pasmo muscular. Rara vez puede estar indicada la morfina. Ordinariamente se usan el ácido acetilsalicílico, la fenacetina, el piramidón, irgapirina y, últimamente, la butazolidina, solos o asociados entre sí o a sedantes del tipo fenobarbital, del medinal o de la codeína. El atofán, aunque tenga un efecto analgésico, no se debe prodigar demasiado o hacer curas cortas de tres a cinco días, alternando con espacios dobles de reposo, estaría indicado en la fibrositis de base gotosa. De una manera empírica vienen usándose desde mucho tiempo el *yodo* y el *azufre* como tratamiento de fondo en todas las enfermedades reumáticas, la fibrositis entre ellas, y sin que se sepa su modo de acción, parece ser que tienen una acción favorable, sobre todo en casos crónicos y extensos, en que no es fácil poder hacer un tratamiento local.

La medicación *endocrina* se administrará cuando intervenga este factor en la constelación etiológica: extractos de tiroides que combaten la obesidad y facilitan la diuresis; los *estrógenos* en las insuficiencias ováricas, y aún los *andrógenos* pueden actuar favorablemente.

Focos. — Es muy difícil valorar la importancia de un foco séptico como responsable de fibrositis. Sin embargo, lo más razonable si existe es tratarlo convenientemente, cuando ello sea posible, como la fa-

ringitis, sinusitis, prostatitis, etc., con lo que siempre se hace una labor útil. Los focos dentarios, si radiológicamente muestran granulomas manifiestos, deben extraerse, y en cuanto a las amígdalas, si haciendo un tratamiento médico conservador sostenido durante un tiempo no se consigue eliminar la infección de las mismas, creemos útil extirparlas.

Vacunas. — El tratamiento con vacunas mixtas o con autovacuna procedente de un foco sospechoso puede tener cierta acción favorable, aunque no sabemos de verdad si actúa de una manera específica o inespecífica, como las *proteínas* que pueden también usarse con buenos éxitos en ocasiones.

Tratamiento local. — Todo sistema que consigue obtener un mejoramiento de la circulación local y relajamiento del espasmo muscular es beneficioso; empezando por el calor empleado en todas sus formas: bolsas, compresas, esterillas, cataplasmas, duchas de agua caliente, infrarrojos. También todas las sustancias revulsivas: mostaza, cantáridas o por procedimientos físicos: ultravioleta a dosis eritema. La *histamina* en inyección intradérmica o por iontoforesis y, sobre todo, la *infiltración anestésica* de los nódulos fibrocíticos, con lo que se consigue calmar el dolor y hacer ceder el espasmo muscular reflejo; es particularmente útil en los casos agudos, en que una sola

infiltración puede hacer desaparecer todo el cuadro. En los casos crónicos, los resultados no son ni con mucho tan rápidos. A la novocaína pueden asociarse otros medicamentos vasodilatadores: la propia histamina, la acetilcolina, etc. En vez de novocaína puede utilizarse también el *salicilato de bencilo* y aún, según ciertos autores, el simple *suero fisiológico* tendría una acción beneficiosa.

Tan pronto como el enfermo pueda empezar a efectuar movimientos activos debe ejercitarse en este sentido. Si al principio es difícil, debe ayudársele con *masaje suave*, con lo que se obtiene una

relajación muscular que progresivamente irá haciéndose más enérgica, profunda y se dirigirá principalmente a buscar los nódulos fibrosíticos, *amasándolos* como si se quisieran dislacerar o disolver. Si se practica este masaje después de una infiltración anestésica, se consiguen mejores resultados, ya que el masaje puede ser más intenso.

Finalmente, la *hidroterapia*, con aguas termales en sus múltiples formas de aplicación: ducha, ducha submarina, combinada con masaje, puede lograr muy buenos resultados. Radioterapia.

Corrección de defectos posturales, cuando existen.