

Fibromialgia: dolor nociplástico, diagnóstico clínico y un tratamiento que empieza fuera de la receta

Basada en Williams DA, Clauw DJ. Fibromyalgia (Clinical Practice). *N Engl J Med*. 2026;395:267-77, en la revisión de fenotipos de dolor mixto de *Nature Reviews Rheumatology* (2026), en los criterios diagnósticos 2016 y en las recomendaciones EULAR 2017.

Versión 1.1 · Revisado el 25 de octubre de 2026 (agrega tabla de dosis) · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada cifra verificada contra la fuente original

4 a 6 %

de la población de EUA, con prevalencia similar en el mundo

1.5 a 2 veces

más frecuente en mujeres y niñas que en hombres y niños

3 veces

mayor costo en atención médica que en controles pareados (un estudio)

LO QUE TIENES QUE SABER

- La fibromialgia es el **prototipo del dolor nociplástico**: el sistema nervioso central amplifica estímulos dolorosos y no dolorosos.
- No es diagnóstico de exclusión** y puede coexistir con artritis reumatoide, lupus u osteoartritis.
- El diagnóstico es clínico; los laboratorios sirven para buscar **imitadores o enfermedades coexistentes**, no para confirmarla.
- Lo más eficaz es **no farmacológico**: educación, ejercicio gradual, terapia cognitivo-conductual, yoga o tai chi.
- Tricíclicos, gabapentinoides e IRSN ayudan con efectos pequeños; **AINE y opioides no sirven**, y los opioides pueden dañar.

1 Qué es: del "tejido inflamado" al sistema nervioso central

El cuadro se llamó fibrositis porque se pensaba que había músculo inflamado; al no encontrarse inflamación periférica cambió a fibromialgia. En los últimos 20 años se documentaron bases neurobiológicas objetivas, y la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor reconoció un tercer mecanismo, el **dolor nociplástico**: plasticidad neural que sensibiliza al sistema nervioso central a estímulos nociceptivos y no nociceptivos. Por eso, además del dolor difuso, aparecen fatiga, mal sueño, alteraciones de memoria y ánimo, e hipersensibilidad a luz, ruido y olores.

CONSECUENCIA PRÁCTICA

El objetivo del tratamiento no es "arreglar" tejidos periféricos, sino **calmar la hiperrespuesta sensorial** del sistema nervioso central. Esto explica por qué la cirugía, las infiltraciones y los analgésicos clásicos rinden poco.

2 Cómo se llega al dolor nociplástico

De arriba hacia abajo (desde el sistema nervioso central): los rasgos de nociplasticidad existen **antes** del dolor. En la cohorte ABCD, problemas de sueño, memoria y sensibilidad sensorial precedieron al dolor; en niños de 9 a 11 años sin dolor, ~2 % desarrolló dolor difuso a un año y ya tenía, desde el inicio, el patrón de neuroimagen del dolor nociplástico.

De abajo hacia arriba (desde un estímulo periférico): el dolor empieza nociceptivo o inflamatorio (enfermedad autoinmune, hipermovilidad, anemia de células falciformes, cáncer) y, con la exposición repetida, el sistema nervioso central se sensibiliza. Por eso la fibromialgia es frecuente en casi todas las enfermedades con dolor crónico.

1 Qué es

2 Cómo se llega al dolor nociplástico

3 Los tres tipos de dolor

4 Diagnóstico

5 Tratamiento no farmacológico

6 Tratamiento farmacológico

7 Fibromialgia sobre otra enfermedad

8 Lo que no está demostrado

9 Errores frecuentes

10 Preguntas tipo examen · Referencias

3 Los tres tipos de dolor (IASP)

RASGO	NOCICEPTIVO	NEUROPÁTICO	NOCIPLÁSTICO
Mecanismo	Activación de nociceptores por daño o inflamación	Lesión o enfermedad del sistema somatosensorial	Procesamiento alterado sin daño tisular ni lesión nerviosa que lo explique
Distribución	Localizado, donde está el tejido dañado	Dermatoma o territorio de un nervio	Regional o difuso, más allá del sitio original
Calidad	Agudo, sordo, punzante, con el movimiento	Ardoroso, lancinante, "toques", hormigueo	Difuso, difícil de localizar, muchos descriptores
Con la carga	Empeora con carga, mejora con reposo	Variable; espontáneo o por tensión neural	Relación débil; fluctúa sin patrón
Exploración	Normal o dolor localizado	Pérdida sensitiva o alodinia en territorio nervioso	Hiperalgesia o alodinia difusa, también fuera de la zona
Síntomas asociados	Pocos	Parestesias, entumecimiento, disestesias	Fatiga, mal sueño, quejas cognitivas, múltiples síntomas somáticos, hipersensibilidad sensorial
Tratamiento dirigido al tejido	Suele funcionar	Variable	Rinde poco; requiere manejo multimodal

Elaborado con la tabla 1 de la revisión de fenotipos de dolor mixto (Fitzcharles, 2026). El "dolor mixto" o "superpuesto" es la coexistencia de más de un tipo en el mismo paciente.

4 Diagnóstico

Criterios diagnósticos 2016 (revisión de los de 2010/2011), deben cumplirse todos:

Umbral	Índice de dolor generalizado (WPI) ≥7 y escala de gravedad de síntomas (SSS) ≥5, o WPI 4–6 y SSS ≥9
Dolor generalizado	Dolor en al menos 4 de 5 regiones (mandíbula, tórax y abdomen no cuentan para esta definición)
Duración	Síntomas de nivel similar por ≥3 meses
Otras enfermedades	El diagnóstico es válido sin importar otros diagnósticos y no excluye enfermedades importantes

El WPI explora dolor en 19 sitios; la SSS, fatiga, sueño no reparador y síntomas cognitivos. Su suma es el puntaje de gravedad de fibromialgia, una medida continua que sirve como indicador del grado de nociplasticidad. Ya no se requieren los puntos dolorosos de 1990 (≥11 de 18).

Estudios a pedir (para buscar imitadores o coexistentes, no para confirmar):

- VSG y PCR: enfermedad inflamatoria.
- TSH: tiroides.
- Biometría hemática y pruebas de función hepática.

¿Cuánto estudiar? Depende del contexto. Dolor difuso desde la infancia y de evolución lenta: muy poco estudio. Inicio agudo o subagudo: estudio más extenso.

Herramientas útiles: PROMIS-29+2 para seguir el impacto (puntajes T, media 50 y DE 10) y el COPC-S para detectar en 10 a 15 minutos las 10 condiciones de dolor crónico superpuesto (migraña, cefalea tensional, colon irritable, trastorno temporomandibular, lumbalgia crónica, dolor pélvico urológico, endometriosis dolorosa, vulvodinia, encefalomiелitis miálgica y la propia fibromialgia).

EL CASO DEL ARTÍCULO, A PROPÓSITO

Un hombre de 43 años con lumbalgia de 3 años, cefalea tensional, dolor torácico no cardíaco, prostatitis crónica, insomnio y sensibilidad a la luz; laboratorios normales y una resonancia con cambios leves. Los autores lo eligieron hombre porque **suele pensarse en fibromialgia solo en mujeres**. Es una presentación clásica: no necesita cirugía ni más estudios.

5 Tratamiento no farmacológico: la base

Principios: ningún tratamiento tiene más que un efecto modesto; suelen necesitarse varios intentos; se agrega **un cambio a la vez** para ver beneficio y efectos adversos; y el paciente debe participar en la decisión, porque su

compromiso es lo que hace funcionar casi todo lo no farmacológico.

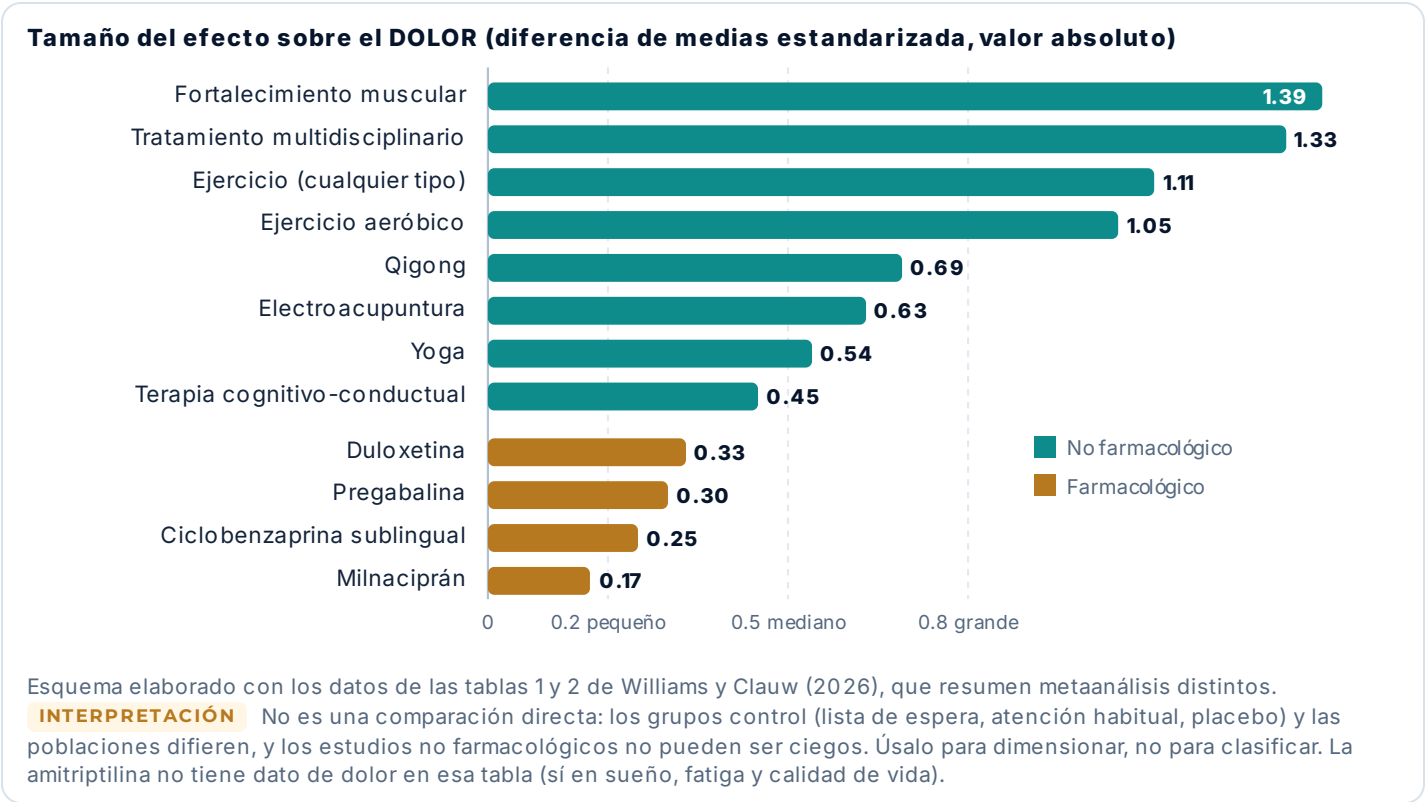
Educación. El dolor puede venir del procesamiento del sistema nervioso central, sin daño visible; la fibromialgia es crónica, no curable pero manejable, y no pone en riesgo la vida.

Autocuidado. Actividad física gradual, programación de actividades placenteras, higiene de sueño, dosificación de actividades (pacing), entrenamiento en resiliencia, manejo del estrés, dieta saludable y control de peso, apoyo social y ajustes del entorno. Un metaanálisis apoya el autocuidado para dolor, función y ánimo a corto y largo plazo.

Terapias conductuales. La terapia cognitivo-conductual es la mejor estudiada; derivadas: terapia de aceptación y compromiso, terapia de reprocesamiento del dolor y terapia de conciencia y expresión emocional. La terapia cognitivo-conductual para insomnio también ayuda.

Ejercicio. Evidencia fuerte de que reduce dolor y síntomas, siempre con **"empezar bajo e ir lento"**: la terapia física mal dosificada puede exacerbar síntomas.

Integrativas. Recomendación fuerte para qigong, tai chi y yoga; considerada para acupuntura y dieta en obesidad.



INTERVENCIÓN	OTROS DESENLACES CON EFECTO GRANDE O MEDIANO
Terapia de aceptación y compromiso	Síntomas de fibromialgia -1.43 · ansiedad -0.94 · depresión -0.81
Tratamiento multidisciplinario	Depresión -1.26 · sueño -1.15
Estiramiento	Calidad de vida física 1.15 (sin dato de dolor)
Tai chi	Sueño -0.71
Mindfulness	Fatiga -0.49 · depresión -0.46

6 Tratamiento farmacológico: efectos pequeños, mejor de noche y uno a la vez

CLASE	LO QUE MUESTRAN LOS DATOS (DIFERENCIA DE MEDIAS ESTANDARIZADA)	CÓMO USARLO
Tricíclicos amitriptilina, nortriptilina; ciclobenzaprina sublingual	Amitriptilina: sueño -0.97 (grande), calidad de vida -0.80, fatiga -0.64. Ciclobenzaprina: dolor -0.25, sueño -0.21, síntomas -0.23.	Una dosis baja unas horas antes de dormir; subir lento hasta que mejore el sueño. La ciclobenzaprina sublingual recibió aprobación reciente de la FDA.
Gabapentinoides pregabalina, gabapentina	Pregabalina: sueño -0.60 (mediano), dolor -0.30, fatiga -0.27, depresión -0.22.	Misma estrategia de escalamiento. Gran parte del efecto de tricíclicos y gabapentinoides parece deberse a mejor sueño profundo.
IRSN duloxetina, milnaciprán	Duloxetina: calidad de vida -0.39, dolor -0.33, depresión -0.25. Milnaciprán: dolor -0.17 (despreciable).	No funcionan solo por tratar la depresión. Los de mayor efecto noradrenérgico rinden más que los IRSR muy selectivos (p. ej., citalopram).
Combinación	Un ensayo: alivio global moderado o mayor a 6 semanas en 68 % con gabapentinoide nocturno + IRSN diurno, vs 42 % duloxetina sola, 39 % pregabalina sola y 18 % placebo.	Combinar clases puede ser mejor que subir una sola.

Ciclobenzaprina, duloxetina, milnaciprán y pregabalina están aprobados por la FDA para fibromialgia. Los inhibidores puros de recaptura de noradrenalina (esreboxetina) también mostraron eficacia. Revisa ficha técnica y disponibilidad local antes de prescribir.

Dosis de referencia (fichas técnicas de la FDA para fibromialgia; amitriptilina, dosis de los ensayos)

FÁRMACO	INICIO Y TITULACIÓN	META Y AJUSTES
Amitriptilina	Dosis baja, unas horas antes de dormir; subir lento según el sueño	En los ensayos, 25 mg/noche fue la dosis más estudiada (sin aprobación de la FDA para fibromialgia)
Ciclobenzaprina sublingual	2.8 mg al acostarse los días 1-14	5.6 mg al acostarse desde el día 15 (máximo). ≥65 años o Child-Pugh A: 2.8 mg máximo; no en daño hepático moderado o grave
Pregabalina	75 mg cada 12 h; subir a 150 mg cada 12 h en la primera semana	300-450 mg/día (máximo 450). Ajustar por depuración de creatinina; con 30-60 mL/min, la mitad
Duloxetina	30 mg/día por 1 semana	60 mg/día; más dosis no agrega beneficio y sí efectos adversos. Evitar con TFG <30
Milnaciprán	12.5 mg día 1 → 12.5 mg c/12 h días 2-3 → 25 mg c/12 h días 4-7	50 mg cada 12 h (100 mg/día); hasta 200 mg/día. Con depuración 5-29 mL/min, 50 mg/día. No suspender de golpe

En el conjunto de revisiones Cochrane, duloxetina, milnaciprán y pregabalina dieron alivio ≥50 % del dolor en alrededor de 1 de cada 10 adultos con dolor moderado o grave, a 4-12 semanas; no hay evidencia de eficacia más allá de 6 meses.

LO QUE NO SIRVE O DAÑA

Paracetamol y AINE: en general no ayudan en la fibromialgia; sí pueden servir para un dolor nociceptivo coexistente, como la osteoartritis.
Opioides: evitarlos. La liberación excesiva de opioides endógenos puede favorecer el dolor nociplástico por hiperalgesia inducida; hay riesgo de sobredosis y adicción, y la mortalidad por cualquier causa casi se duplica con su uso. Si se usan, preferir agonistas mixtos (tramadol, buprenorfina, tapentadol).

DATOS EN LA FRONTERA

Naltrexona a dosis bajas: alguna evidencia de beneficio (estudios de baja calidad).
Cannabinoides: posible utilidad; no se sabe si basta el cannabidiol o si se necesita algo de tetrahidrocannabinol.
Neuromodulación (estimulación transcraneal con corriente directa o magnética) y TENS: prometedoras, faltan ensayos.

• La secuencia que proponen los autores

- 1 Educar y tranquilizar:** no necesita cirugía; el problema está en el procesamiento del dolor y tiene manejo.
- 2 Tricíclico a dosis baja nocturna** (ciclobenzaprina o nortriptilina) **+ plan gradual de actividad física** (caminata o yoga).
- 3** Si no responde: otra clase de analgésico central no opioide (**IRSN o gabapentinoide**) y terapias integrativas (variantes de terapia cognitivo-conductual, terapias de movimiento, neuroestimulación).
- 4 Referir** solo casos refractarios o complejos: reumatología o neurología para confirmar o descartar imitadores, o clínica del dolor. Si se sospecha enfermedad autoinmune, neuropatía o radiculopatía, una sola interconsulta puede bastar.

Coincide con las guías canadiense (2012), de *American Family Physician* (2023) y EULAR (2017): enfoque multidisciplinario, educación primero y participación activa del paciente. En EULAR, la única recomendación "fuerte a favor" basada en metaanálisis fue el ejercicio.

7 Fibromialgia sobre otra enfermedad: lo que más le importa al reumatólogo

Lo que antes se llamaba "fibromialgia secundaria" hoy se entiende como **dolor mixto**: un componente nociplástico encima de una enfermedad nociceptiva o inflamatoria. Datos de la revisión de *Nature Reviews Rheumatology* (2026):

ESCENARIO	DATO
Artritis inflamatoria (registro danés, n = 7,054; painDETECT)	Dolor probablemente neuropático o nociplástico en 28 % con artritis psoriásica, 21 % con espondiloartritis y 20 % con artritis reumatoide.
Artritis reumatoide "bien controlada"	En una encuesta de 2,795 pacientes, más de tres cuartas partes reportaron control inadecuado del dolor. Una diferencia >7 entre articulaciones dolorosas y tumefactas sugiere fuertemente un fenotipo nociplástico.
Osteoartritis de rodilla	Sensibilización en más de un tercio; se asocia a más dolor y peor respuesta, y correlaciona poco con el daño estructural.
Artroplastia total de rodilla (>300,000 pacientes)	La fibromialgia concomitante se asoció a más complicaciones quirúrgicas: OR 1.55 (IC 95 % 1.51–1.60).
Mano	En 9,232 pacientes con fibromialgia, más túnel del carpo (OR 2.98), dedo en gatillo (1.77), De Quervain (1.96) y osteoartritis de mano (2.99).

LA TRAMPA TERAPÉUTICA

Si el componente nociplástico se interpreta como actividad inflamatoria, se escalan FARME o biológicos sin beneficio. Antes de cambiar el tratamiento, contrasta articulaciones dolorosas con tumefactas, reactantes de fase aguda y ultrasonido o exploración, y pregunta por sueño, fatiga y síntomas somáticos.

8 Lo que no está demostrado

- No hay prueba de laboratorio ni biomarcador** para el diagnóstico; los intentos han fallado.
- No es una enfermedad autoinmune** ni una neuropatía de fibras pequeñas ni un problema primariamente psicológico: esas afirmaciones no están sustentadas.

- La **menor densidad de fibras nerviosas intraepidérmicas** existe en fibromialgia, pero es inespecífica (cientos de enfermedades, con o sin dolor) y no está claro que tenga papel causal.
- Los problemas psiquiátricos pueden ser consecuencia del dolor mal tratado; hay poca evidencia de que sean la causa primaria.
- La sensibilización central parece **dinámica y potencialmente reversible** (neuroimagen, pruebas sensoriales), aunque la mejoría en síntomas reportados es menos consistente.

9 Errores frecuentes

- Tratarla como diagnóstico de exclusión y pedir estudios sin fin en un cuadro clásico de larga evolución.
- Pensar en fibromialgia solo en mujeres.
- Prescribir opioides o AINE como base del tratamiento.
- Iniciar varios fármacos a la vez: no se sabe cuál ayudó ni cuál dio el efecto adverso.
- Indicar ejercicio intenso desde el inicio: hay que empezar bajo e ir lento.
- Escalar inmunosupresión en artritis reumatoide por dolor sin inflamación objetiva.
- Ofrecer cirugía o procedimientos sin explicar que el resultado esperado es peor con componente nociplástico.

CONFLICTOS DE INTERÉS DE LA FUENTE PRINCIPAL

INTERPRETACIÓN Uno de los dos autores de la revisión del NEJM declara consultorías con varias farmacéuticas, entre ellas la que desarrolló la ciclobenzaprina sublingual que el artículo destaca. Los datos de efecto que citan vienen de metaanálisis independientes, pero es razonable leer esa mención con esa información en mente.

10 Preguntas tipo examen

1. Mujer con artritis reumatoide, 12 articulaciones dolorosas y 2 tumefactas, PCR normal, insomnio y fatiga. ¿Qué sugiere la discrepancia?

A) Falla primaria al FARME · B) Componente nociplástico · C) Artritis erosiva temprana

B. Una diferencia >7 entre dolorosas y tumefactas sugiere fuertemente un fenotipo nociplástico. Antes de escalar, busca inflamación objetiva.

2. ¿Cuál combinación cumple el umbral de los criterios 2016?

A) WPI 5 y SSS 6 · B) WPI 6 y SSS 9 · C) WPI 3 y SSS 12

B. WPI ≥7 con SSS ≥5, o WPI 4–6 con SSS ≥9; además dolor en ≥4 de 5 regiones por ≥3 meses.

3. Paciente con lupus inactivo y dolor difuso con criterios de fibromialgia. ¿Se puede diagnosticar fibromialgia?

A) No, primero hay que excluir el lupus · B) Sí, el diagnóstico es válido aunque haya otra enfermedad · C) Solo si los anticuerpos son negativos

B. Desde 2016 la fibromialgia no es diagnóstico de exclusión.

4. ¿Qué estudios recomienda el artículo en la evaluación inicial?

A) ANA, factor reumatoide y anti-CCP a todos · B) VSG, PCR, TSH, biometría y función hepática · C) Biopsia de piel para fibras pequeñas

B. Sirven para buscar imitadores o coexistentes. La biopsia de fibras pequeñas no tiene papel diagnóstico demostrado.

5. ¿Qué intervención tuvo el mayor tamaño de efecto sobre el dolor en las tablas del artículo?

A) Duloxetina · B) Fortalecimiento muscular · C) Pregabalina

B. -1.39 frente a -0.33 y -0.30, aunque vienen de metaanálisis distintos y no es comparación directa.

6. En el ensayo de combinación, ¿qué proporción logró alivio moderado o mayor con gabapentinoide nocturno más IRSN?

A) 39 % · B) 42 % · C) 68 %

C. 68 %, frente a 42 % con duloxetina sola, 39 % con pregabalina sola y 18 % con placebo.

7. ¿Por qué se recomienda dar el tricíclico unas horas antes de dormir?

A) Para evitar hipotensión · B) Para aprovechar el efecto hipnótico; buena parte del beneficio viene de mejorar el sueño profundo · C) Por interacción con alimentos

B. Se sube la dosis lentamente hasta que el paciente reporte mejor sueño.

8. Paciente con fibromialgia que pide oxicodona. ¿Qué argumento es correcto?

A) Los opioides son eficaces pero adictivos · B) Pueden empeorar el dolor nociplástico y aumentar la mortalidad · C) Solo están contraindicados en jóvenes

B. Hiperalgesia inducida, sobredosis, adicción y una mortalidad por cualquier causa que casi se duplica.

9. Paciente con fibromialgia y gonartrosis programada para artroplastia. ¿Qué es lo más adecuado?

A) Contraindicar la cirugía · B) Operar sin más · C) Explicar que el resultado esperado es menos favorable y planear manejo multimodal

C. La fibromialgia no prohíbe la cirugía, pero se asocia a más complicaciones (OR 1.55) y dolor persistente; consentimiento con expectativas realistas.

Referencias

- Williams DA, Clauw DJ. Fibromyalgia. *N Engl J Med*. 2026;395:267-77. doi:10.1056/NEJMcp2411656
- Fitzcharles M-A, Deamo Assis R, Polly DW, Cohen SP. Mixed pain phenotypes in musculoskeletal disorders: mechanisms and management. *Nat Rev Rheumatol*. 2026. doi:10.1038/s41584-026-01443-w
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. *Semin Arthritis Rheum*. 2016;46:319-29. doi:10.1016/j.semarthrit.2016.08.012
- Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2017;76:318-28. doi:10.1136/annrheumdis-2016-209724
- Farag HM, et al. Comparison of amitriptyline and US FDA-approved treatments for fibromyalgia: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2022;5(5):e2212939.
- Fitzcharles M-A, Cohen SP, Clauw DJ, et al. Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*. 2021;397:2098-110.
- Moore A, Bidonde J, Fisher E, et al. Effectiveness of pharmacological therapies for fibromyalgia syndrome in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Rheumatology (Oxford)*. 2025;64:2385-94. doi:10.1093/rheumatology/keae707
- Alberti FF, et al. Comparative efficacy of amitriptyline, duloxetine and pregabalin for treating fibromyalgia in adults: an overview with network meta-analysis. *Clin Rheumatol*. 2022;41:1965-78. doi:10.1007/s10067-022-06129-8
- Fichas técnicas de la FDA: Tonmya (ciclobenzaprina sublingual, 2025), Lyrica (pregabalina, 2025), Cymbalta (duloxetina) y Savella (milnaciprán, 2023).

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Material educativo para profesionales de la salud y estudiantes de posgrado, elaborado con apoyo de inteligencia artificial y verificado contra las fuentes originales. Resume y compara recomendaciones; no sustituye la lectura de las fuentes ni el juicio clínico. Revisa la ficha técnica y la disponibilidad local de cada fármaco. Los esquemas y tablas se elaboraron con los datos publicados; no reproducen figuras de los artículos.

Fuentes completas, videos de la serie y otras guías en resumen: **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen