Cuaderno de odontología. Revista científica
Vol. 5(especial7), 441-449, 2026
https://doi.org/10.62574/vxuk1rap

Evaluación diagnóstica, tratamiento y calidad de vida en la fibromialgia: revisión sistemática

Diagnostic assessment, treatment and quality of life in fibromyalgia: a systematic review

Ariana Nicole Riofrío-Vega
arianarv18@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0002-4753-3421

Evelyn Naomi Artos-Lozada
evelynal36@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0000-0002-9277-1093

Ibeth Tatiana Briones-Bosmediano
ibethbb86@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-5651-6975

Humberto Rodrigo Morales-Rojas
us.humbertomr07@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0000-2636-5719

RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre la evaluación diagnóstica, los abordajes terapéuticos y la calidad de vida en la fibromialgia. **Método:** revisión sistemática con síntesis narrativa en PubMed y SciELO (2012-2025); se incluyeron 15 estudios: criterios diagnósticos, guías, revisiones sistemáticas y metaanálisis. **Resultados:** el diagnóstico es clínico y se basa en los criterios de 2016, aunque su concordancia con el juicio clínico es limitada. El ejercicio es la única recomendación firme; los fármacos tienen beneficio modesto. La depresión es frecuente y las intervenciones psicológicas, el ejercicio de resistencia y el pilates mejoraron la calidad de vida. **Conclusión:** el abordaje debe ser multidisciplinario, priorizar el ejercicio y valorar sistemáticamente la salud mental y la calidad de vida.
Descriptores: fibromialgia; diagnóstico; terapia por ejercicio; calidad de vida; depresión. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to synthesize the evidence on diagnostic assessment, therapeutic approaches and quality of life in fibromyalgia. **Method:** systematic review with narrative synthesis in PubMed and SciELO (2012-2025); 15 studies were included: diagnostic criteria, guidelines, systematic reviews and meta-analyses. **Results:** diagnosis is clinical and based on the 2016 criteria, although their agreement with clinical judgment is limited. Exercise is the only strong recommendation; drugs have modest benefit. Depression is frequent, and psychological interventions, resistance exercise and Pilates improved quality of life. **Conclusion:** management should be multidisciplinary, prioritize exercise and systematically assess mental health and quality of life.
Descriptors: fibromyalgia; diagnosis; exercise therapy; quality of life; depression. (DeCS).

Recibido: 15/09/2026. Revisado: 05/10/2026. Aprobado: 30/10/2026. Publicado: 20/11/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico generalizado que se acompaña de fatiga, alteraciones del sueño, síntomas cognitivos y malestar emocional, sin una lesión estructural que lo explique. Según la revisión de 2016 de los criterios del Colegio Americano de Reumatología, el diagnóstico requiere dolor generalizado en al menos cuatro de cinco regiones, una puntuación suficiente en el índice de dolor generalizado y en la escala de gravedad de síntomas, y una duración mínima de tres meses, y es válido aunque coexistan otras enfermedades (1).

En cuanto a su magnitud, el metaanálisis de Heidari et al. estimó una prevalencia cercana al 2 % en la población general, con predominio en mujeres y cifras más altas en grupos de pacientes con otras enfermedades (2). Su mecanismo se explica principalmente por una sensibilización central del procesamiento del dolor, a la que se suman alteraciones neuroendocrinas, inflamatorias y genéticas, lo que la sitúa entre los trastornos de dolor nociplástico (3).

Sin embargo, la fibromialgia sigue planteando dificultades en la práctica clínica. Wolfe et al. documentaron una concordancia limitada entre los criterios diagnósticos y el diagnóstico realizado por los clínicos en una consulta universitaria (4), lo que puede conducir tanto al sobrediagnóstico como al retraso diagnóstico. A ello se suma la variedad de tratamientos disponibles, con resultados heterogéneos, y un impacto considerable en la calidad de vida, el empleo y el uso de servicios de salud. Los pacientes suelen consultar a varios especialistas antes de recibir un diagnóstico, y la ausencia de una lesión visible favorece la incomprensión del entorno familiar, laboral y sanitario.

En consecuencia, el objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia sobre la evaluación diagnóstica, los abordajes terapéuticos y la calidad de vida en la fibromialgia.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática con síntesis narrativa orientada por la pregunta: ¿cómo se diagnostica la fibromialgia, qué tratamientos cuentan con evidencia y cómo influyen en la calidad de vida de los pacientes? La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO para el periodo 2012-2025, en español, inglés y portugués.

Se emplearon descriptores DeCS y MeSH combinados con operadores booleanos: «fibromyalgia» AND («diagnosis» OR «classification» OR «therapeutics» OR «exercise therapy» OR «drug therapy» OR «psychotherapy») AND («quality of life» OR «depression»). Se completó la búsqueda con los términos «fibromialgia», «diagnóstico», «tratamiento» y «calidad de vida».

Se incluyeron criterios diagnósticos de sociedades científicas, recomendaciones de práctica clínica, revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, revisiones narrativas actualizadas y estudios observacionales en adultos con fibromialgia. Se excluyeron los estudios en población pediátrica, los resúmenes de congresos, los estudios en modelos animales y los documentos sin revisión por pares.

Dos revisores seleccionaron los documentos de forma independiente por título, resumen y texto completo, y resolvieron los desacuerdos por consenso. De cada estudio se extrajeron el diseño, la población, la intervención o el aspecto evaluado y el hallazgo principal. Se incluyeron 15 estudios.

RESULTADOS

En cuanto a la evaluación diagnóstica, los criterios de 2016 sustituyeron la exploración de los puntos dolorosos por la valoración del dolor generalizado y de la gravedad de los síntomas (1), y las revisiones de Kocyigit y Akyol (5) y de Siracusa et al. (3) coinciden en que el diagnóstico sigue siendo clínico, sin biomarcadores validados. La valoración debe incluir la exclusión de enfermedades que la imitan, como el hipotiroidismo o las enfermedades reumáticas inflamatorias, sin que su

presencia descarte la fibromialgia (1,5). En el plano fisiopatológico, el metaanálisis de Galosi et al. encontró alteraciones de las fibras nerviosas finas en alrededor de la mitad de los pacientes, lo que plantea un posible subgrupo con componente neuropático (6). Dizner-Golab et al. añadieron que el diagnóstico tiene implicaciones en el manejo perioperatorio, por la mayor sensibilidad al dolor de estos pacientes (7).

Respecto a los abordajes terapéuticos, las recomendaciones revisadas de la Liga Europea contra el Reumatismo establecieron el ejercicio como la única intervención con recomendación firme y situaron las medidas no farmacológicas como primera línea; los fármacos, como la amitriptilina en dosis bajas, la duloxetina, el milnaciprán, la pregabalina y el tramadol, recibieron recomendaciones débiles por su beneficio modesto (8). Filipovic et al. confirmaron la orientación hacia un tratamiento multimodal que combina educación, ejercicio, terapia psicológica y fármacos según los síntomas predominantes (9). En cuanto al tipo de ejercicio, Guachizaca Moreno et al. mostraron que el ejercicio de resistencia mejora el dolor, la funcionalidad y la calidad de vida, con una intensidad que debe individualizarse (10), y Nithuthorn et al. observaron beneficios del pilates sobre el dolor y la calidad de vida relacionada con la salud (11).

En relación con la calidad de vida y la salud mental, Samami et al. comprobaron que las intervenciones psicológicas mejoran la calidad de vida de las mujeres con fibromialgia (12). El metaanálisis de Løge-Hagen et al. mostró que el trastorno depresivo es frecuente en estos pacientes (13), y Mercieca y Borg advirtieron que las recomendaciones europeas otorgan poco peso a la ansiedad y la depresión graves (14). Por último, Döhmen et al. señalaron que los ensayos clínicos emplean resultados informados por los pacientes muy heterogéneos y siguen de forma irregular las recomendaciones internacionales (15). La Tabla 1 resume los principales hallazgos.

Tabla 1. *Estudios incluidos sobre diagnóstico, tratamiento y calidad de vida en la fibromialgia*

Autor (ref.)	Diseño	Aspecto evaluado	Hallazgo principal
Wolfe et al. (1)	Criterios diagnósticos	Diagnóstico	Dolor generalizado y gravedad de síntomas durante al menos tres meses
Heidari et al. (2)	Revisión sistemática y metaanálisis	Prevalencia	Cercana al 2 % en la población general, mayor en mujeres
Wolfe et al. (4)	Estudio observacional	Concordancia diagnóstica	Concordancia limitada entre criterios y juicio clínico
Galosi et al. (6)	Revisión sistemática y metaanálisis	Fibras nerviosas finas	Alteración en alrededor de la mitad de los pacientes
Macfarlane et al. (8)	Recomendaciones de práctica clínica	Tratamiento	Ejercicio como única recomendación firme
Guachizaca Moreno et al. (10)	Revisión sistemática	Ejercicio de resistencia	Mejora del dolor, la funcionalidad y la calidad de vida
Samami et al. (12)	Revisión sistemática	Intervenciones psicológicas	Mejora de la calidad de vida en mujeres
Løge-Hagen et al. (13)	Revisión sistemática y metaanálisis	Depresión	Trastorno depresivo frecuente

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos (2026).

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la fibromialgia es un diagnóstico clínico que se apoya en criterios operativos, pero cuya aplicación en la práctica es irregular. La concordancia limitada entre los criterios y el juicio clínico (4) indica que la formación de los profesionales y el uso sistemático de los instrumentos son tan importantes como los propios criterios (1). Además, el hallazgo de alteraciones de fibras finas en una proporción relevante de pacientes (6) cuestiona la idea de un mecanismo exclusivamente central y abre la posibilidad de subgrupos con evaluación y tratamiento diferenciados (3).

En el tratamiento, existe coincidencia en que el ejercicio es la intervención con mejor relación entre beneficio y riesgo (8-11). La evidencia sobre el ejercicio de resistencia

y el pilates (10,11) amplía las opciones disponibles y permite adaptar el programa a la tolerancia de cada paciente, un aspecto clave porque el dolor posterior al esfuerzo es una causa frecuente de abandono. Los fármacos mantienen un papel complementario, con beneficio modesto y efectos adversos que limitan su uso prolongado (8).

Sin embargo, se observa una contradicción entre la elevada frecuencia de la depresión (13) y el peso limitado que le asignan las recomendaciones europeas (14). Dado que las intervenciones psicológicas mejoran la calidad de vida (12), la valoración de la salud mental debería formar parte de la evaluación inicial y del seguimiento. Por otra parte, la heterogeneidad de los resultados informados por los pacientes en los ensayos (15) dificulta comparar tratamientos y estimar su efecto real sobre la calidad de vida.

Desde la perspectiva de la atención primaria, estos hallazgos respaldan un modelo de manejo escalonado. La educación sobre la naturaleza del dolor y la validación de los síntomas constituyen el primer paso, seguido de un programa de ejercicio progresivo y supervisado y, cuando el dolor, el sueño o el estado de ánimo lo requieran, de fármacos y terapia psicológica (8,9). Este enfoque reduce la búsqueda de pruebas complementarias innecesarias y favorece la participación activa del paciente en su tratamiento, aunque exige equipos multidisciplinarios que no siempre están disponibles.

Esta revisión presenta limitaciones. Varias de las fuentes incluidas son revisiones narrativas o comentarios, la mayor parte de la evidencia procede de Europa, Asia y Norteamérica, y no se identificaron estudios latinoamericanos que cumplieran los criterios. Además, la síntesis fue narrativa y no se realizó un metaanálisis, por la diversidad de intervenciones y de medidas de resultado.

CONCLUSIÓN

La fibromialgia se diagnostica de forma clínica mediante los criterios de 2016, cuya aplicación requiere formación para mejorar su concordancia con el juicio clínico. El ejercicio es el tratamiento con evidencia más sólida, mientras que los fármacos ofrecen un beneficio modesto y complementario.

La calidad de vida de estos pacientes mejora con el ejercicio de resistencia, el pilates y las intervenciones psicológicas, por lo que el abordaje debe ser multidisciplinario e incluir la valoración sistemática de la depresión y la ansiedad.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum. 2016;46(3):319-29.

2. Heidari F, Afshari M, Moosazadeh M. Prevalence of fibromyalgia in general population and patients, a systematic review and meta-analysis. Rheumatol Int. 2017;37(9):1527-39.

3. Siracusa R, Di Paola R, Cuzzocrea S, Impellizzeri D. Fibromyalgia: pathogenesis, mechanisms, diagnosis and treatment options update. Int J Mol Sci. 2021;22(8):3891.

4. Wolfe F, Schmukler J, Jamal S, Castrejon I, Gibson KA, Srinivasan S, et al. Diagnosis of fibromyalgia: disagreement between fibromyalgia criteria and

clinician-based fibromyalgia diagnosis in a university clinic. Arthritis Care Res (Hoboken). 2019;71(3):343-51.

5. Kocyigit B, Akyol A. Fibromyalgia syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment. Reumatologia. 2022;60(6):413-21.

6. Galosi E, Truini A, Di Stefano G. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of small fibre impairment in patients with fibromyalgia. Diagnostics (Basel). 2022;12(5):1135.

7. Dizner-Golab A, Lisowska B, Kosson D. Fibromyalgia – etiology, diagnosis and treatment including perioperative management in patients with fibromyalgia. Reumatologia. 2023;61(2):137-48.

8. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017;76(2):318-28.

9. Filipovic T, Filipović A, Nikolic D, Gimigliano F, Stevanov J, Hrkovic M, et al. Fibromyalgia: understanding, diagnosis and modern approaches to treatment. J Clin Med. 2025;14(3):955.

10. Guachizaca Moreno KP, Flores-Santy LF, Vinueza Fernández I. Intensity of resistance exercise and its effects on pain, functionality, and quality of life in adults with fibromyalgia: a systematic review. J Funct Morphol Kinesiol. 2025;10(2):121.

11. Nithuthorn C, Chaipichit N, Jeeraaumponwat T, Maiprasert M, Dilokthornsakul P. Effect of Pilates on pain and health-related quality of life in fibromyalgia patients: a systematic review and meta-analysis. J Clin Med. 2024;13(23):7447.

12. Samami E, Shahhosseini Z, Elyasi F. The effect of psychological interventions on the quality of life in women with fibromyalgia: a systematic review. J Clin Psychol Med Settings. 2021;28(3):503-17.

13. Løge-Hagen JS, Sæle A, Juhl C, Bech P, Stenager E, Mellentin AI. Prevalence of depressive disorder among patients with fibromyalgia: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2019;245:1098-105.

14. Mercieca C, Borg AA. EULAR recommendations underplay importance of severe anxiety and depression in fibromyalgia treatment. Ann Rheum Dis. 2017;76(12):e53-4.

15. Döhmen A, Kock M, Fischer F, Rose M, Obbarius A, Klapproth CP. Are OMERACT recommendations followed in clinical trials on fibromyalgia? A systematic review of patient-reported outcomes and their measures. Qual Life Res. 2022;32(6):1521-36.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/