

Fibromialgia: entidad multidisciplinar

A. COLLADO CRUZ

RESUMEN

La fibromialgia es una alteración compleja del sistema nociceptivo y modelo característico de dolor crónico. Algunos hechos apuntan que, ante una situación de predisposición ligada al género y con agregación familiar, la interacción de diversos factores de índole física que provoquen dolor y de índole psicosocial con activación emocional mantenida puedan ser fundamentales en su desarrollo.

El desarrollo de un síndrome de dolor crónico incapacitante en un gran porcentaje de enfermos hace de esta enfermedad un fenómeno multidisciplinar, no sólo en su comprensión sino también en su abordaje terapéutico.

Es necesario impulsar estudios y programas de tratamiento multidisciplinar controlados sobre grupos de pacientes diferenciados, que nos permitan definir definitivamente el valor de este tipo de abordaje, como ya se ha demostrado, en general, en otros grupos de pacientes con dolor crónico incapacitante.

Palabras clave: Fibromialgia. Dolor crónico.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a complex alteration of the nociceptive system and characteristic model of chronic pain. Some findings indicate that in a situation of sex-linked susceptibility and with family aggregation, the interaction of various physical factors that cause pain and psychosocial factors with sustained emotional activation, could be basic to its development.

The development of a syndrome of chronic incapacitating pain in a large percentage of patients makes this complaint a multidisciplinary phenomenon, not only from the point of view of understanding it, but also for the therapeutic approach.

It is necessary to promote controlled multidisciplinary studies and treatment programs on differentiated groups of patients that would allow us to definitely define the value of this type of approach, as has already been shown in general in other groups of patients with chronic incapacitating pain.

Key words: Fibromyalgia. Chronic pain.

Dirección para correspondencia:

Antonio Collado Cruz
Unidad de Fibromialgia
Hospital Clínic de Barcelona
Villarroel, 160
08036 Barcelona
acollado@clinic.ub.es

DESARROLLO DE LA FIBROMIALGIA

La fibromialgia es un proceso complejo de causa no explicada que lleva a una situación de dolor crónico extenso y fatiga a una parte significativa de la población. Así, con la utilización de los criterios actuales utilizados para su diagnóstico, impulsados por la *American College of Rheumatology*¹ en 1990, su prevalencia en nuestro país es del 2,4%; el 4,5% en la población femenina y el 0,5% entre los hombres², cifras parecidas a otros países desarrollados.

Entre los síntomas principales, el dolor es el más representativo, no sólo porque está presente en todos los pacientes, sino porque además el 70% de los pacientes con fibromialgia refiere que su interés principal es encontrar un tratamiento para el dolor. Junto al dolor, otros síntomas como la fatiga, trastorno del sueño, rampas, parestesias, temblor, mareo, ansiedad, depresión, alteraciones de la memoria, etc. conformarían el complejo sintomático de esta enfermedad.

Este compendio de síntomas ya nos traduce que diversos sistemas como el nociceptivo, neurovegetativo, neuroendocrino y emocional estén implicados y, por lo tanto, la posibilidad de que factores de diversa índole puedan influir en la común y diferenciada situación de los pacientes.

La fibromialgia es un modelo característico de dolor crónico. Si tenemos en cuenta el modelo propuesto por Melzack y Loeser 1999 donde el estado de la neuromatriz responsable de la experiencia dolorosa y la conducta de dolor podría estar influido por diversas variables de tipo cultural o aprendido, patrón de actividad, situación autonómica, endocrinológica o inmunológica, neuroplasticidad y/o la existencia de factores somatosensoriales y viscerales, podríamos colocar la fibromialgia en el centro.

Analizando los factores de riesgo o factores desencadenantes potenciales en los pacientes con fibromialgia, podríamos ver los siguientes: el sexo femenino y la predisposición familiar son los factores de riesgo más importantes. Desconocemos por qué la enfermedad está especialmente ligada a la mujer, aunque algunas diferencias ligadas al género se han observado en el procesamiento nociceptivo^{3,4}, como una mayor capacidad discriminativa en la nocicepción y una mayor posibilidad de tener fenómenos de sensibilización que podrían ser de importancia en la fisiopatología de esta enfermedad.

La historia familiar de dolor crónico no es infrecuente en los pacientes con fibromialgia. Arnold L⁵

analizó el grado de agregación familiar existente y comprobó que hasta un 18,5% de los familiares de primer grado tenía la enfermedad y que el riesgo de padecer la enfermedad era 8,5 veces superior entre los familiares de pacientes con fibromialgia que entre familiares de pacientes con artritis reumatoide.

Frecuentemente se observa en la clínica que los pacientes con dolor crónico y con fibromialgia presentan un patrón de conducta caracterizado por una actividad excesiva, tendencia a la urgencia, dificultad para el ocio y elevada implicación laboral, aunque no existen estudios prospectivos longitudinales que determinen con exactitud de su potencialidad en el desarrollo de esta enfermedad.

En cuanto a su relación con la posible existencia de *inputs* somatosensoriales, se ha observado que la fibromialgia es más frecuente en pacientes con enfermedades reumáticas crónicas (artritis reumatoide, lupus eritematosos, síndrome de Sjögren...) que lo esperado en la población general⁶⁻⁸, aunque carecemos de estudios epidemiológicos bien realizados. Por otra parte, Al Allaf⁹ recogió que los pacientes con fibromialgia describen acontecimientos traumáticos (accidentales, quirúrgicos o laborales) en los últimos seis meses antes del inicio o agravación de los síntomas, con mayor frecuencia que en los controles sanos, y Buskila D¹⁰ describió que son los traumatismos vertebrales, especialmente cervicales, los que se acompañan más frecuentemente de un cuadro compatible con fibromialgia con respecto a otros traumatismos como las fracturas de extremidades inferiores.

Por último, es en la relación entre la presencia de trastornos emocionales o estresores psicosociales y la fibromialgia donde mayor atención se ha puesto, probablemente al encontrarse con cierta frecuencia este tipo de factores coincidiendo con el empeoramiento de la enfermedad o el inicio de la consulta. Bradley L¹¹ estudió las características de la salud mental y diversas variables psicosociales en pacientes con fibromialgia que habían consultado por la enfermedad, y las comparó con personas detectadas en la comunidad afectas de fibromialgia que no habían consultado a los servicios de salud, observando que las variables psicosociales y el estado mental estaban relacionados con la búsqueda de cuidados de salud en personas con fibromialgia, independiente de las variables demográficas o la comorbilidad psiquiátrica.

Pero, ¿es que el dolor en los pacientes con fibromialgia es debido a las influencias psicológicas sobre las quejas?

Petzke J, et al.¹² realizaron un experimento aplicando estímulos dolorosos a los pacientes con fibromialgia

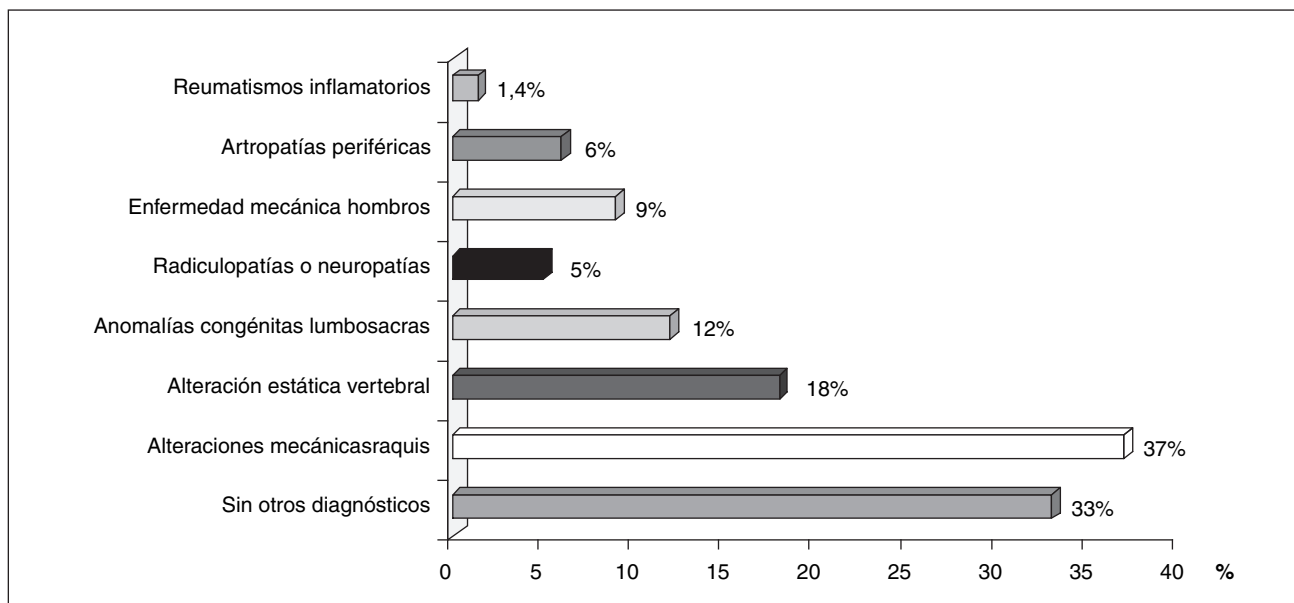


Figura 1. Diagnósticos médicos con posible participación en el dolor detectado en una serie de 355 pacientes con fibromialgia (datos no publicados Unidad de Fibromialgia. Hospital Clínic de Barcelona).

(FM) de una forma ascendente (por tanto, esperable) y de una forma aleatorizada. Pudieron comprobar que los pacientes con FM presentaban más dolor que los controles sanos tras la aplicación del estímulo, pero no existieron diferenciadas entre la aplicación aleatoria y aquella ordenada de forma ascendente, concluyendo que los factores psicológicos como la expectación o la hipervigilancia no explican el mayor dolor que los pacientes refieren y que los efectos de los posibles factores psicológicos para alterar la sensibilidad al dolor parecen estar más relacionados con los mecanismos del propio procesamiento nociceptivo que la influencia que puedan tener sobre las quejas del paciente.

¿Quizás es que el dolor en los pacientes es más desagradable?

Este mismo grupo de investigadores¹³ también analizó mediante un cuestionario específico la parte desagradable del dolor en relación a un estímulo doloroso aplicado a pacientes con fibromialgia de una forma ascendente o aleatorizada, comparándolo con un grupo de controles sanos. Inesperadamente, los pacientes con FM percibieron un relativo menor efecto desagradable del dolor tras un estímulo de presión nociceptivo aplicado aleatoriamente. No se correlacionó con el estrés, la ansiedad o depresión existentes. Por otra parte, un estudio paralelo realizado por Fillingim R, demostró que el efecto desagradable del dolor se incrementó en los pacientes con respecto a los contro-

les cuando los pacientes fueron sometidos a una activación emocional previa, volviendo a poner de manifiesto que los mecanismos psicosociales y la activación emocional están implicados en la modulación del dolor en las personas que padecen fibromialgia.

Todos estos hechos se podrían comprender mejor si entendiéramos el fenómeno fisiopatológico que se produce en esta enfermedad. El dolor de los pacientes con fibromialgia tiene características de hiperalgesia secundaria¹⁴. El incremento de los fenómenos de sumaación temporal y alargamiento de los fenómenos de *wind-up* del segundo dolor inducido por calor y otros estímulos registrado por el grupo de Price D y Staud R¹⁵, así como el descenso del umbral para la obtención de reflejos espinales como el reflejo de flexión nociceptiva¹⁶, y la observación mediante resonancia magnética funcional que la activación de la neuromatriz se produce con estímulos más pequeños que en personas sanas¹⁷, ponen de manifiesto que existe una sensibilización global del sistema nociceptivo. En esta situación, diversos estímulos centrales y periféricos, no necesariamente de una gran amplitud pero sí mantenidos de una forma tónica, se convertirían en potenciadores de la propia sensibilización.

En nuestra experiencia sobre una serie de 355 pacientes estudiados, se identificaron lesiones periféricas de carácter menor, especialmente vertebrales, como posibles *inputs* periféricos de dolor (Fig. 1).

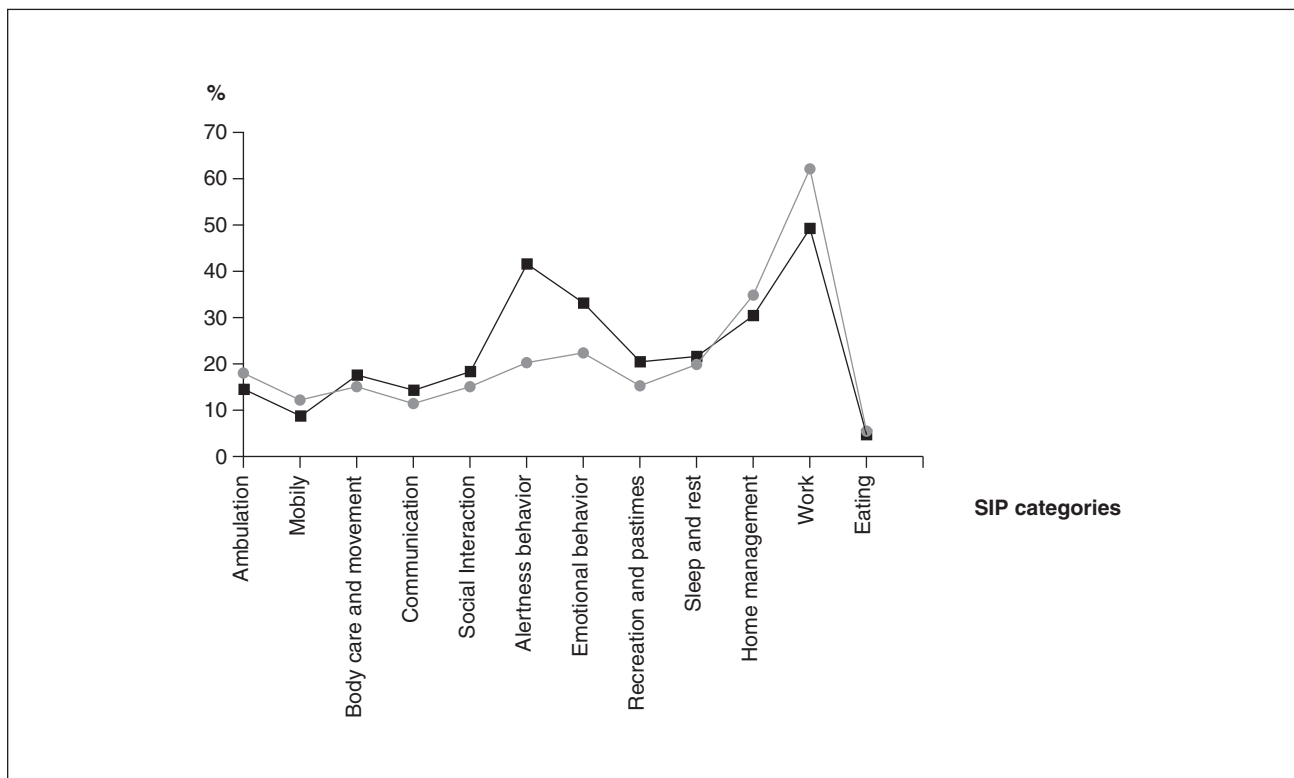


Figura 2. Calidad de vida en pacientes con fibromialgia (FBM) comparada con pacientes con artritis reumatoidea (AR)¹⁸.

IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA

La fibromialgia adquiere un verdadero perfil multi-dimensional en su desarrollo y también en su impacto. Más de un tercio de los pacientes con esta

enfermedad desarrolla un síndrome de dolor crónico incapacitante y otro porcentaje no despreciable sale y entra en el tiempo de esta situación. La calidad de vida de los pacientes con fibromialgia afecta especialmente a la esfera emocional y a la capacidad funcional y el trabajo, como se observa en la figura 2.

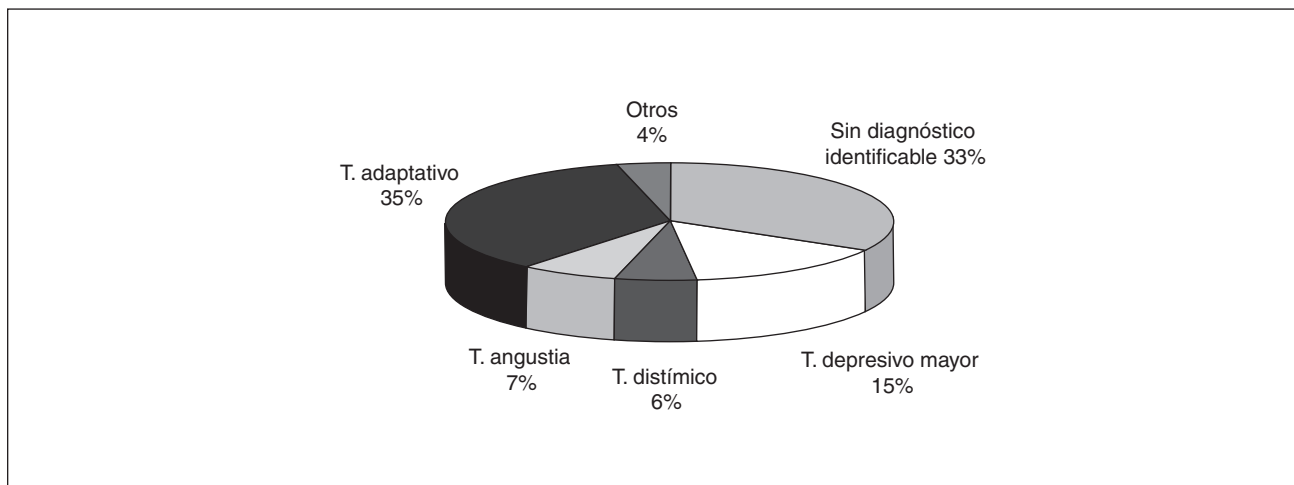


Figura 3. Diagnósticos psiquiátricos detectados en una serie de 355 pacientes con fibromialgia con afectación grave (datos no publicados Unidad de Fibromialgia Hospital Clínic de Barcelona).

También en nuestro último estudio sobre 355 pacientes con fibromialgia y grave afectación de su capacidad funcional, evaluados en nuestra Unidad de forma multidisciplinar, pudimos observar que la afectación del estado emocional se demostraba en un gran porcentaje de pacientes a través de los siguientes diagnósticos psiquiátricos (Fig. 3).

Es evidente, por tanto, que el tratamiento de esta enfermedad en sus formas graves, con sufrimiento y discapacidad significativa, es de abordaje multidisciplinar. Si bien se ha demostrado el beneficio de algunos fármacos¹⁸, la terapia cognitivo-conductual¹⁹ y el ejercicio físico²⁰ en los pacientes con fibromialgia, no hay todavía suficientes datos publicados en la literatura que determinen la eficacia de los programas multidisciplinarios específicamente en estos pacientes²¹, como se ha demostrado ya en los pacientes con dolor crónico incapacitante²²⁻²⁴, aunque nada nos hace suponer que la situación sea diferente en este grupo²⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for Classification of Fibromyalgia: Report of Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
2. Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nation-wide study. *Ann Rheum Dis* 2001; 60(11):1040-5.
3. Chesterton L, Barlas P, Foster N, Baxter GD, Wright C. Gender differences in pressure pain threshold in healthy humans. *Pain* 2003; 259-66.
4. Ge HY, Madeleine P, Arendt Nielsen L. Gender differences in pain modulation evoked by repeated injections of glutamate into human trapezius muscle. *Pain* 2005;113:134-40.
5. Arnold LM, Hudson JI, Hess EV, et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2004;50:944-52.
6. Wolfe F, Cathey MA, Kleinheksel SM. Fibrositis (fibromyalgia) in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1984;11:814-8.
7. Middleton GD, McFarlin JE, Lipsky PE. The prevalence and clinical impact of fibromyalgia in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1994;37:1181-8.
8. Bonafede RP, Downey DC, Bennett RM. An association of fibromyalgia with primary Sjögren's syndrome: a prospective study of 72 patients. *J Rheumatol* 1995;22:133-6.
9. Al Allaf, Dunbar KL, Hallun NS, Nosratzadeh B, Templeton KD, Pullar T. A case-control study examining the role of physical trauma in the onset of Fibromyalgia syndrome. *Rheumatology* 2000;41:450-5.
10. Buskila D, Newmann L, Valsberg G, Alkalay D, Wolfe F. Increased rates of fibromyalgia following cervical injury. *Arthritis Rheum* 1997;40:456-2.
11. Kersh B, Bradley L, Alarcon G, Alberts K. Psychosocial and health status variables independently predict health care seeking in Fibromyalgia. *Arthritis Care & Research* 2001;45:362-71.
12. Petzke J, Clauwn D, Ambrose K, Khine A, Gracely R. Increased pain sensitivity in Fibromyalgia: effect of stimulus type and mode of presentation. *Pain* 2003;105:403-13.
13. Petzke J, Harris R, Williams DA, Clauwn D, Gracely R. Differences in unpleasantness induced by experimental pressure pain between patients with Fibromyalgia and healthy controls. *European J Pain* 2005;9:325-35.
14. Donald D. Price And Roland Staud. Neurobiology of Fibromyalgia Syndrome. *Journal of Rheumatology* 2005;32(Suppl 75):22-8.
15. Staud R, Vierck ChJ, Cannon R, Mauderli AP, Price DD. Abnormal sensitization and temporal summation of second pain (wind up) in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain* 2001;91:165-75.
16. Desmeules JA, Cedraschi C, Rapioti E, et al. Neurophysiologic evidence for a central sensitization in patients with Fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2003;48:1420-9.
17. Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Claw DJ. Functional Magnetic Resonance Imaging evidence of augmented pain processing in Fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2002;46:1333-43.
18. Collado A, Reyes R, Núñez M, et al. Health assessment in Rheumatoid arthritis versus Fibromyalgia: Evaluation of Spanish adapted Sickness Impact Profile. *British Society Rheumatology. 7th Annual General Meeting. Londres, 1990.*
19. Rao SG, Bennet RM. Pharmacological therapies un Fibromyalgia. *Best Pract Res Rheum* 2003;17(4):611-27.
20. Williams DA. Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:649-65.
21. Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library* 2003;1. Oxford: Update Software.
22. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, et al. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, 2003;4. Chichester, Reino Unido: John Wiley & Sons, Ltd.
23. Cutler RB, Fishbain DA, Rosomoff HL, et al. Does Non Surgical Pain Center Treatment of Chronic Pain Return Patients to Work? A review and meta-analysis of the literature. *Spine* 1994;19(6):643-52.
24. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers. A meta analytic review. *Pain* 1992;49:221-30.
25. Collado A, Torres X, Arias A, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Bar)* 2001;117:401-5.