

Fibromialgia (FM): manifestaciones clínicas y clasificación

C. VIDAL-COLL Y C. ALEGRE

RESUMEN

La fibromialgia es un síndrome que se caracteriza por dolor generalizado de más de 3 meses de duración, con exploración dolorosa en al menos 11 de los 18 puntos sensibles específicos.

El dolor vivo en estos puntos es expresión de la alodinia y la hiperalgesia características de la enfermedad.

La disfuncionalidad resultante de la clínica –fatiga, alteraciones del sueño, ansiedad y depresión, además del dolor– supone importantes costos humanos y económicos y, a menudo, conflictos familiares y bajas laborales largas y recurrentes.

Finalmente se comentan diferentes clasificaciones de la FM, concluyendo que, en la actualidad la clasificación de tipos de FM según su presentación, sus precipitantes o sus manifestaciones clínicas no nos es útil ni para enfocar el tratamiento ni para establecer un pronóstico.

Palabras clave: Fibromialgia. Manifestaciones clínicas. Clasificación.

ABSTRACT

Fibromyalgia is a syndrome that is characterised by generalised pain of more than 3 months' duration, with painful exploration in at least 11 of the 18 specific sensitive points.

The intense pain at these points is the expression of the allodynia and the hyperalgesia characteristic of the illness.

The dysfunctionality resulting from the symptoms and course – tiredness, sleep alterations, anxiety and depression – mean significant human and economic costs and, often, family disputes and long and recurring bouts of time off work.

Finally, different classifications of FM are commented on, concluding that today the classification of types of FM according to their presentation, their precipitants or their clinical manifestations is of no use to us either to focus the treatment or to establish a prognosis. (DOLOR 2007;22:137-41)

Key words: Fibromyalgia. Clinical manifestations. Classification.

Dirección para correspondencia:

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA FM

La fibromialgia es un síndrome que se caracteriza por dolor generalizado de más de 3 meses de duración, con exploración dolorosa en al menos 11 de los 18 puntos sensibles específicos¹. La OMS incluyó el diagnóstico de fibromialgia en la décima revisión de la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* (ICD-10) en 1993. Se estima que 2-5% de la población adulta, especialmente en los países industrializados, sufre de fibromialgia, siendo la mayoría mujeres de 30-50 años. La disfuncionalidad resultante de la clínica –fatiga, alteraciones del sueño, ansiedad y depresión, además del dolor– supone importantes costos humanos y económicos y, a menudo, conflictos familiares y bajas laborales largas y recurrentes (Tabla 1).

El dolor es de características no encuadrables, ni mecánico ni inflamatorio ni neuropático; es continuo, también nocturno; se agrava con el ejercicio; no es localizado en una o varias áreas; es generalizado, no sabiendo precisar dónde; abarca las extremidades y el tronco, principalmente en masas musculares y no articular; es profundo; aumenta con el roce o la presión; se acompaña de disestesias: parestesias, distermia, sudoración.

Es dolorosa la palpación de masas musculares, detectándose múltiples puntos exquisitamente álgidos; estos puntos están localizados en la banda de transformación del músculo en tendón, llamado *taut-band*; la presión en estos puntos hace que el

enfermo brinque de dolor, retirándose (*jump sign*). La Academia Americana de Reumatología escogió 18 puntos como estándar y demostró una alta sensibilidad (88,4%) y especificidad (81,1%) para la clasificación del enfermo si mostraba más de 11 junto con las otras dos características de generalizado y crónico².

El dolor vivo en estos puntos es expresión de la alodinia y la hiperalgesia características de la enfermedad.

El dolor es continuo, se agrava con el frío, con la tensión física o psíquica (estrés), con los trabajos repetitivos, se acompaña de rigidez matutina, parestesias en manos y pies, cansancio excesivo para la actividad realizada, alteración del ritmo del sueño con despertares frecuentes y sensación de no haber descansado, y multitud de otros síntomas: acúfenos, sensación de pérdida de memoria o incapacidad para concentrarse, distensión abdominal, mioclonías, dismenorrea, etc., un conjunto de síndromes médicamente inexplicables.

Además del dolor, los otros dos síntomas que configuran el síndrome son el cansancio y la alteración del sueño. La sensación de cansancio está casi siempre presente, en un 70%³, se manifiesta en forma de crisis de agotamiento de 1-2 días de duración o de forma continuada, mejorando algo con el reposo. Algunos pacientes presentan una fatiga profunda que no mejora en ningún momento y predomina por encima del dolor, siendo imposible de distinguir de un síndrome de fatiga crónica⁴.

La alteración del sueño es el tercer síntoma principal, que en muchas ocasiones puede preceder al

Tabla 1. Proceso diagnóstico

- Anamnesis de toda la sintomatología del enfermo, la interferencia con su vida, trabajo y demandas
- Anamnesis de los factores psicológicos y psiquiátricos
- Valorar la evidencia y coherencia de los síntomas
- Identificar los agravantes y los síntomas concomitantes
- Cuantificar (mediante cuestionarios adecuados) los síntomas más importantes y el impacto en su vida
- Examen físico: general, musculoesquelético, neurológico, cardiorrespiratorio, autonómico y endocrino
- Laboratorio: no hay ningún test específico para la FM, sin embargo es importante estudiar la existencia de otros cuadros clínicos que pueden dar sintomatología similar o complicar su evolución, recomendándose: hemograma, VSG, CPK, PCR, TSH y proteinograma. El resto de exámenes deben ser considerados por el médico explorador analizando detenidamente su coste/beneficio
- En caso de alteraciones en las pruebas recomendadas, se sugiere seguir a los enfermos durante unos meses a fin de consolidar los síntomas y poder valorar la existencia de otra entidad clínica
- Pruebas de imagen: no hay ninguna que ayude al diagnóstico. A fin de descartar enfermedades asociadas se debe valorar la Rx de manos, la Rx de sacroilíacas y de raquis cervical y lumbar
- Tabla vascular: en caso de sospecha de hipotensión neurovegetativa
- Estudio del sueño: en caso de sospechar alteraciones tratables
- EMG en caso de sospecha de enfermedad neurológica

inicio del dolor; el patrón más frecuente es la afectación de la conciliación y el mantenimiento del sueño, con despertares frecuentes, teniendo cierta correlación con la gravedad de los síntomas.

Dos o más de los siguientes síntomas acostumbra a estar presentes en los enfermos, siendo raro que presenten «todos» los síntomas y signos asociados⁵:

- Manifestaciones neurológicas: hipertonía/hipotonía muscular, disfunción asimétrica musculoesquelética; parestesias y temblores atípicos; contracturas; debilidad muscular; fasciculaciones; cefaleas; disfunción de la ATM; debilidad generalizada; alteraciones de la percepción; inestabilidad; hipersensibilidad sensorial.
- Manifestaciones neurocognitivas: disminución de la concentración; déficit de memoria reciente; pérdida de habilidad; incapacidad para multiactividad; distracción fácil.
- Cansancio: persistente; disminución de la resistencia física y mental; interfiere con la actividad físico del enfermo.
- Alteración del sueño: sueño no reparador; insomnio; despertares frecuentes; mioclonías; síndrome de piernas inquietas.
- Manifestaciones del sistema neurovegetativo o endocrinas: arritmias; hipotensión vagal; vértigo; inestabilidad vasomotora; síndrome seco; distermia; intolerancia al frío o al calor; alteraciones ventilatorias; alteraciones de la motilidad intestinal o vesical; dismenorrea; intolerancia o inadaptable al estrés; inestabilidad emocional; depresión reactiva.
- Rigidez: generalizada o localizada y preferentemente al levantarse.

Además, se pueden asociar algunos síntomas de otros síndromes como la cefalea crónica (migraña, cefalea de tensión o mixta), síndrome del colon irritable, disfunción temporomandibular, urgencia miccional, dismenorrea, síndrome de piernas inquietas, etc.

A pesar de tratarse de una enfermedad con cierta base orgánica, es conocida la elevada comorbilidad con síntomas psicológicos, por lo que es indispensable considerar otros aspectos: comprender la naturaleza del dolor crónico implica estudiarlo en cuanto experiencia multidimensional subjetiva en la que interaccionan factores diversos, sensoriales, motivacionales, afectivos, cognitivos y de afrontamiento, implicados en el desencadenamiento, exacerbación,

perpetuación y gravedad^{6,7}. Avances recientes en neurofisiología muestran que el sistema nervioso central puede «recordar» dolores cuya causa ha desaparecido y cuyo efecto puede extenderse a otras partes del cuerpo desde el punto inicialmente afectado. Ciertos estímulos «lejanos» –lesión física, factores emocionales y cognitivos–, además, podrían provocar una amplificación de la experiencia dolorosa: al aparecer, una combinación de procesos nociceptivos centrales y psicológicos disminuyen el umbral de percepción y la tolerancia al dolor^{8,9}. Aunque no pueda hablarse de un patrón de personalidad característico de estos pacientes, es reconocida la importancia de los factores psicológicos, incluida la personalidad, a la hora de comprender la manifestación de la enfermedad, así como la reacción y los síntomas que la acompañan^{10,11}. Comparativamente con otras enfermedades reumatológicas, los pacientes de FM presentan mayores índices de depresión, conductas de enfermedad más desadaptativas y peor calidad de vida: recurren con mucha frecuencia a los servicios de salud^{12,13} y, por mucha atención que se les preste, se sienten, en general, poco comprendidos, no sólo por el servicio sanitario, sino también por el entorno laboral y familiar, lo que contribuye al empeoramiento del cuadro sintomático. Una de las hipótesis más recientes aboga por explicar las manifestaciones clínicas de la FM como una variante del trastorno de estrés postraumático, especialmente del llamado complejo, o del subclínico crónico.

La exploración física es anodina con excepción de los puntos sensibles descritos anteriormente. La exploración está dirigida a descartar otras enfermedades y evaluar la fuerza muscular, el estado articular, ausencia de artritis, deformaciones o pérdida de función.

Asimismo, tampoco existe ninguna prueba de laboratorio ni de imagen que confirme el diagnóstico y sólo se solicitarán para el diagnóstico diferencial que pudiera darnos una sintomatología similar.

Por lo tanto, las pruebas complementarias variarán según el sujeto que tratemos, la sintomatología que manifieste o las comorbilidades.

Sí es importante realizar una serie de evaluaciones con el fin de poder valorar la evolución del proceso y la eficacia de la medicación o tratamientos sugeridos.

La Sociedad Española de Reumatología aconseja en su documento de consenso sobre este síndrome las evaluaciones que figuran la tabla 2.

Existen numerosos cuadros clínicos que pueden manifestarse con dolor generalizado, parestesias, rigidez y cansancio:

Tabla 2. Evaluaciones a realizar en el paciente con fibromialgia

Evaluación	Test recomendado	Test alternativo
Dolor	EVA	McGill
Salud	FIQSF36	
Hiperestesia	Puntos dolorosos	Dolorímetro
Capacidad funcional	HAQ	F-HAQ
Alteraciones psicológicas	BDI	HAD y GHQ28
Funciones físicas	6 min de marcha	

- Enfermedades autoinmunes: AR, LES, artropatía psoriásica, EA, polimiositis, Horton/PMR.
- Enfermedades malignas: mieloma múltiple, metástasis óseas.
- Enfermedades neuromusculares: esclerosis múltiple, miastenia, polineuropatías, enfermedades musculares mitocondriales.
- Alteraciones endocrinas: hiperparatiroidismo primario o secundario, osteodistrofia renal, osteomalacia, hipotiroidismo, hipoadrenalismo.

Cualquiera de estas enfermedades no descartan la existencia de una FM, siendo importante distinguir entre la sintomatología de ellas y de la FM a fin de evitar el exceso de medicalización.

CLASIFICACIÓN DE LA FM COMO ENTIDAD DIAGNÓSTICA

Yunus¹⁴ catalogó la FM entre las entidades clínicas dentro del síndrome disfuncional, junto con el síndrome de fatiga crónica (SFC), el síndrome del colon irritable (SBI), ciertas cefaleas y otras entidades sin aparentes lesiones orgánicas pero con alteraciones funcionales.

Posteriormente se han realizado diversas subagrupaciones del síndrome: fibromialgia primaria, refiriéndose a la que no está asociada a ninguna otra enfermedad; fibromialgia secundaria cuando existe otra enfermedad previa que hubiese podido desencadenar la sintomatología de dolor generalizado, por ejemplo un hipotiroidismo; fibromialgia asociada cuando se presenta con cualquier comorbilidad, siendo la más frecuente el síndrome ansioso-depresivo; fibromialgia postraumática si hay un antecedente traumático, principalmente un latigazo, que se asocia directamente con el desarrollo del cuadro clínico.

Todas estas clasificaciones no han tenido éxito, incluso se recomienda no utilizarlas, ya que pueden inducir a una relación causa-efecto que pudiera tener consecuencias legales, sin que tengamos una evidencia de esa relación.

El documento de consenso de Cataluña clasifica la FM en tres categorías: leve, moderada y grave, según el resultado de los diversos tests de salud aplicados. Esta clasificación, aunque práctica, no está suficientemente avalada por ensayos clínicos ni es de uso común¹⁵.

Se considera una situación leve si las escalas de afectación vital son inferiores a un 50% y no hay interferencia de la función o el trabajo; moderado si las escalas de valoración clínica están entre un 50-75% y hay pérdidas parciales de la actividad, y consideraremos una afectación vital grave si las escalas están por encima del 75% y hay una marcada interferencia con las actividades o el trabajo¹⁶.

Un subconjunto de los pacientes de FM muestran alteraciones de personalidad según el MMPI¹⁷; los pacientes de FM en su conjunto presentan síntomas de estrés más elevados que los de AR o que los controles normales, medidos por el *Inventory of Life Events* de Holmes-Rahe. Dado que la ansiedad y el estrés crónico pueden causar contractura muscular, ello podría ser un factor, junto a otros¹⁸, para subclasificar a las FM en FM con presencia de factores psicológicos (P) predominantes o físicos (F) predominantes¹⁹.

Entre el grupo P se podrían a su vez hacer subgrupos:

- Los P más endógenos, asociados a factores de personalidad.
- Los P asociados a estados o rasgos de ansiedad, a trastorno de ansiedad o a estilos de afrontamiento^{11,20}.
- Los P asociados a trastornos psiquiátricos del espectro afectivo, somatoformes, depresivos o bipolares.

- Los P más reactivos a estados de estrés, reacciones adaptativas^{10,21,22} o de estrés agudo o postraumático²³.

En particular, este último subgrupo, el de la FM asociada al TEPT, debería considerarse separadamente, puesto que sus características clínicas, tratamiento y pronóstico evolutivo son también diferenciados del resto de los subgrupos²⁴. Asimismo, el factor traumático puede ser reciente, o antiguo²⁵, y en este caso puede pasar desapercibido si no se evalúa su posibilidad, y ello podría explicar muchos fracasos terapéuticos con estos pacientes²⁶. Se ha sugerido que, en este subgrupo de pacientes de FM asociada a TEPT, el mecanismo patogénico del dolor se produciría a través de la vía del peroxinitrito²⁷, lo cual aún daría más relevancia a esta subgrupación.

En conclusión, diríamos que, en la actualidad, la clasificación de tipos de FM según su presentación, sus precipitantes o sus manifestaciones clínicas no nos es útil ni para enfocar el tratamiento ni para establecer un pronóstico.

Es evidente que los polimorfismos de algunos genes implicados en la bioquímica de los neurotransmisores y sus receptores pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo o mantenimiento de la FM; es posible que en un futuro próximo la proteómica será imprescindible para determinar las influencias del entorno en la expresión de los genes y su correlación con la presentación clínica de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolfe F, Smythe HA, Bennett RM, et al. The American College of Rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
2. Wolfe F. The American College of Rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
3. Wolfe F, Hawley DJ, Wilson K. The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *J Rheumatol* 1996;23:1407-17.
4. Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A, for the Chronic Fatigue Syndrome group. Chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Int Med* 1994;121:953-9.
5. Jain AK, Carruthers BM, Van de Sande MI, et al. Fibromyalgia syndrome: Canadian clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. A consensus document. *J Musculoskeletal Pain* 2003;11:1-111.
6. King S. The classification and assessment of pain. *International Review of Psychiatry* 2000;12:86-90.
7. Nicholson K, Martelli MF. The problem of pain. *J Head Trauma Rehabil* 2004;19(1):2-9.
8. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine* 2002;64:773-86.
9. Imbierowicz K, Egle UT. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatiform pain disorder. *Eur J Pain* 2003;7:113-9.
10. Monsen K, Havik OE. Psychological functioning and bodily conditions in patients with pain disorder associated with psychological factors. *Br J Med Psychol* 2001;74:183-95.
11. Ramírez-Maestre C, Esteve RZ, López AEM. Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología* 2001;17(1):129-37.
12. Severeijns R, Vlaeyen JWS, Van den Hout MA, Picaret HS. Pain catastrophizing is associated with health indices in musculoskeletal pain: a cross-sectional study in the Dutch community. *Health Psychology* 2004;23:49-57.
13. Cronan TA, Bigatti SM. Chronic illness: psychological and physical characteristics of women with osteoarthritis and fibromyalgia. *Psychology Science* 2003;45:63-74.
14. Yunus MB. Fibromyalgia syndrome: a need for uniform classification. *J Rheumatol* 1983;10(6):841-4.
15. Collado A, Alijotas J, Benito P, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia en Cataluña. *Med Clin* 2002;118:745-9.
16. McCain GA. A cost effective approach to the diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22:323-49.
17. Ahles TA, Yunus MB, Riley SD, Bradley JM, Masi AT. Psychological factors associated with primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1984;27(10):1101-6.
18. Yunus MB. Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillieres Clin Rheumatol* 1994;8(4):811-37.
19. Giesecke T, Williams DA, Harris RE, et al. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis & Rheumatism* 2003;48:2916-2922.
20. Jensen MP, Turner JA, Romano JM. Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(4):655-62.
21. Viane I, Crombez G, Eccleston C, et al. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. *Pain* 2003;106:65-72.
22. Eccleston C. Role of psychology in pain management. *Br J Anaesth* 2003;87(1):144-52.
23. Van Houdenhove B, Lysens R, Van Houdenhove L, Westhovens R. Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care: a controlled study on prevalence and characteristics. *Psychosomatics* 2001;42(1):21-8.
24. Amir M, Kaplan Z, Neumann L, Sharabani R, Shani N, Buskila D. Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. *J Psychosom Res* 1997;42(6):607-13.
25. Bell IR, Baldwin CM, Russek LG, Schwartz GE, Hardin EE. Early life stress, negative paternal relationships, and chemical intolerance in middle-aged women: support for a neural sensitization model. *J Womens Health* 1998;7(9):1135-47.
26. Sherman JJ, Turk DC, Okifuji A. Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain* 2000;16(2):127-34.
27. Pall ML. Common etiology of posttraumatic stress disorder, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and multiple chemical sensitivity via elevated nitric oxide/peroxynitrite. *Med Hypotheses* 2001; 57(2):139-45.