

Nuevos criterios de clasificación y diagnóstico de la fibromialgia

C. RIUS LLORENS

RESUMEN

Los criterios diagnósticos elaborados en 1990 por el *American College of Rheumatology* (ACR) requerían dolor a la presión (aproximadamente de 4 kg) en al menos 11 de los 18 puntos sensibles y la presencia de dolor generalizado de más de 3 meses de duración, descartando la presencia de otras patologías. En 2010, Wolfe, et al. realizaron un estudio multicéntrico de pacientes diagnosticados de fibromialgia (FM) y un grupo control de pacientes con enfermedades reumáticas con patologías no inflamatorias, cuyo objetivo era desarrollar criterios simples y prácticos para el diagnóstico clínico de la FM, aptos para su uso en la atención primaria y en la especializada, que no requieren un examen de puntos sensibles, y que proporcionan una escala de gravedad para los síntomas característicos de la FM. Para desarrollar los nuevos criterios de diagnóstico, identificaron dos variables que mejor definen la FM y su espectro de síntomas: el índice de dolor generalizado (WPI) (n.º de zonas dolorosas) que correlaciona fuertemente con el recuento de los puntos sensibles y la escala de gravedad de los síntomas (escala SS), integrada por problemas cognitivos, sueño no reparador, fatiga y síntomas somáticos que cuentan para medir la gravedad de los síntomas de la FM, siendo necesario para su diagnóstico presentar conjuntamente un WPI igual o superior a 7 y SS igual o superior a 5 o WPI 3-6 y SS igual o superior a 9. Si comparamos los nuevos criterios con los antiguos para el diagnóstico de la FM, parece ser que, al no dar tanto peso al número de zonas dolorosas WPI y más a la escala SS, podría aumentar el número de pacientes diagnosticados de FM.

ABSTRACT

The diagnostic criteria developed in 1990 by the American College of Rheumatology required pressure pain (approx. 4 kg) in at least 11 of 18 tender points and the presence of widespread pain for more than 3 months duration, discarding the presence of other pathologies. In 2010, Wolfe, et al. conducted a multicenter study of patients diagnosed with fibromyalgia and a control group of patients with rheumatic diseases with non-inflammatory diseases, which aimed to develop simple and practical criteria for clinical diagnosis of fibromyalgia, suitable for use in primary care and the specialized, not requiring an examination of tender points, and provide a severity scale for characteristic symptoms of fibromyalgia. To develop new diagnostic criteria identified two variables that best define fibromyalgia and its spectrum of symptoms: the WPI or widespread pain index (number of painful areas) that correlates strongly with the count of tender points and the SS scale or scale of severity of symptoms, composed of cognitive problems, sleep unrefreshed, fatigue and somatic symptoms that have to measure the severity of the symptoms of fibromyalgia, being necessary for the diagnosis of fibromyalgia jointly submit one WPI ≥ 7 and SS ≥ 5 or WPI 3-6 and SS ≥ 9 . If we compare the new with the old criteria for the diagnosis of fibromyalgia, it seems that by not giving much weight to the number of painful areas to WPI and SS scale could increase the number of patients diagnosed with FM. So, if a patient has a WPI of 3 and a 9-SS, it could be fibromyalgia sufferer presents three areas alone painful? Also, both fatigue and restless sleep, and cognitive and somatic symptoms, present in most patients with FM varying in intensity (scale SS), we could not find in other

Unidad de Reumatología
Servicio de Medicina Interna
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona

Dirección para correspondencia:
Carmen Rius Llorens
E-mail: crius@santpau.cat

Así pues, si un paciente presenta un WPI de 3 y un SS de 9, ¿podría considerarse que sufre FM si solo presenta tres zonas dolorosas? Asimismo, tanto la fatiga como el sueño no reparador, como los síntomas cognitivos y somáticos, presentes en la mayoría de pacientes con FM variando en su intensidad (escala SS), ¿no los podríamos encontrar también en otras patologías, sea con dolor o no, que cursen con evolución crónica? ¿No podría ser que, al igual que otros procesos crónicos, la sintomatología apareciera a consecuencia de la relación de varios factores que interactúan entre sí, como en pacientes con una predisposición genética, ante situaciones, sean del ambiente o del propio cuerpo, que el paciente perciba como «estresantes», y que, de una forma mantenida y duradera, sean capaces de alterar la respuesta del organismo, es decir, la del eje hipotálamo-hipófisis-adrenérgico, provocando un desequilibrio del sistema nervioso autónomo? El intento reiterado de adaptación de los pacientes con FM y su consiguiente fracaso, ¿no podría generar en estos pacientes una carga estresante, y favorecer, por tanto, un aumento de su ansiedad y, por consiguiente, incrementar toda la sintomatología inherente al cuadro del síndrome de FM? Sería necesario, por tanto, partir de un punto de vista biopsicosocial y no solo biomédico para entender la FM y los síntomas relacionados para poder aplicar un tratamiento adecuado, siendo para ello imprescindible un equipo multidisciplinario.

Palabras clave: Nuevos criterios diagnóstico fibromialgia. Índice WPI. Escala SS. Estrés.

La FM es una enfermedad reumática crónica, no articular, de etiología desconocida, y cuyo síntoma principal es la presencia de dolor musculoesquelético generalizado y generalmente se acompaña de fatiga moderada o intensa y de un amplio espectro de síntomas de intensidad variable y oscilante. Afecta aproximadamente al 2-4% de la población general, en particular al sexo femenino (9:1).

El ACR elaboró en 1990 unas directrices para el diagnóstico de la FM. Los criterios requerían para el diagnóstico dolor a la presión (aproximadamente de 4 kg) en al menos 11 de los 18 sitios especificados (puntos sensibles) y la presencia de dolor generalizado de más de 3 meses de duración, descartando la presencia de otras patologías.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud reconoció la FM como enfermedad y le asignó el código

pathologies is in pain or not, enrolled with chronic evolution? Might not like other chronic conditions, symptoms appear as a result of the relationship of various factors that interact with each other, as in patients with a genetic predisposition, are environmental situations or the patient's own body perceives as "stressful" and that a sustained and lasting way, are able to alter the body's response, ie, the hypothalamic-pituitary-adrenergic, causing an imbalance of the autonomic nervous system? The repeated attempts of adaptation of patients with fibromyalgia and subsequent failure, these patients could result in stressful burden, and thereby promoting an increase in anxiety and consequently increase the whole box inherent symptoms of fibromyalgia syndrome? It would be necessary therefore from a biopsychosocial perspective to understand not only the FM biomedical and related symptoms in order to apply appropriate treatment, it must be for a multidisciplinary team. (DOLOR. 2012;27:128-32)

Corresponding author: Carmen Rius Llorens, crius@santpau.cat

Key words: The new diagnostic criteria fibromyalgia. Index WPI. Scale SS. Stress.

M79,9 de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

Desde entonces multitud de estudios han ido confirmando la presencia de síntomas que acompañan a la FM y que no habían sido considerados por el Comité Multicéntrico de los Criterios del ACR, siendo estas características claves de la FM: fatiga, síntomas cognitivos y la extensión de los síntomas somáticos (4,7).

Poco a poco se fue considerando la FM como un trastorno de amplio espectro, habiendo poca variación sintomática entre los pacientes con FM. Era necesario crear una escala de gravedad más amplia que pudiera diferenciar entre los pacientes según el nivel de los síntomas de la FM.

Por todo ello, Wolfe, et al. realizaron un estudio multicéntrico de pacientes diagnosticados de FM y un grupo control de pacientes con enfermedades reumáticas con

patologías no inflamatorias, cuyo objetivo era desarrollar criterios simples y prácticos para el diagnóstico clínico de la FM, aptos para su uso en la atención primaria y en la especializada, que no requieren un examen de puntos sensibles, y que proporcionan una escala de gravedad para los síntomas característicos de la FM.

Para conseguir estos objetivos, emplearon un diseño de dos fases: en la primera fase reunieron un extenso grupo de pacientes y de variables médicas que consistía de 514 pacientes y controles e incluía un índice del nivel del dolor (índice de dolor generalizado WPI) y síntomas característicos de la FM. De los datos resultantes se desarrollaron modelos para los nuevos criterios de clasificación, criterios diagnósticos y una escala de gravedad; en la segunda fase los médicos valoraron a 315 pacientes adicionales y controles con un juego de variables más reducido, en formato de cuestionario realizado por un médico, que se pudo reducir a una sola página, apta para su uso en atención primaria.

Para desarrollar los nuevos criterios de diagnóstico, identificaron dos variables que mejor definen la FM y su espectro de síntomas: el WPI y la escala compuesta de la SS.

El WPI, que correlaciona fuertemente con el recuento de los puntos sensibles, y la escala de la SS identificaron mejor a los pacientes diagnosticados con los criterios de clasificación del ACR. Seleccionaron también la escala SS, una variable compuesta integrada por problemas cognitivos valorados, el sueño no reparador, la fatiga y los síntomas somáticos que cuentan para medir la gravedad de los síntomas de la FM.

Así pues, utilizaron el WPI y la escala SS juntos (Tabla 1) para definir los criterios diagnósticos de la FM ($WPI \geq 7$ y $SS \geq 5$, o WPI 3-6 y $SS \geq 9$). También utilizaron la escala SS sola para proporcionar una medición de la gravedad de los síntomas de la FM. Según ellos, estos criterios son similares en concepto a los propuestos por Yunus, et al., en 1981, que permitían menos puntos sensibles en presencia de muchos síntomas, y destacaron la importancia de los síntomas.

La calificación de la escala SS es la suma de la gravedad de los tres síntomas (fatiga, despertar no refrescado, síntomas cognitivos), así como la extensión (intensidad) de los síntomas somáticos en general.

La puntuación final se encuentra entre 0-12.

Según los nuevos criterios de diagnóstico de la FM, el índice WPI correspondería al número de puntos sensibles anteriormente valorados mediante la presión de 4 kg en dichos puntos, pero, sabiendo que la percepción del dolor es subjetiva, ¿no sería más conveniente,

en lugar de valorarlo de una manera categórica, sí o no, se pudiera valorar a partir de un límite de la escala visual analógica en la zona corporal correspondiente?

En cuanto a la escala SS, aunque es necesaria para distinguir el nivel de gravedad de los síntomas entre los pacientes de FM, como criterio diagnóstico nos hace pensar que probablemente aumentará el número de pacientes fibromiálgicos, ya que, según este criterio, después de 3 meses de evolución del dolor generalizado y sin otra enfermedad que lo explique, solo con la presencia de tres áreas dolorosas durante la última semana acompañada de un nivel de gravedad de los síntomas (SS) de 9, podría considerarse que el paciente sufre FM.

Siguiendo estos criterios, tanto la fatiga como el sueño no reparador, como los síntomas cognitivos y somáticos, presentes en la mayoría de pacientes con FM variando en su intensidad, ¿no los podríamos encontrar también en otras patologías, sea con dolor o no, que cursen con evolución crónica?

Si analizamos los síntomas somáticos descritos en la escala SS, y nos basamos en el número de síntomas de la lista, es decir, en la cantidad, para evaluar la gravedad de la FM y, en consecuencia, para diagnosticarla, podemos apreciar cierta redundancia, es decir, que algunos de los síntomas se repiten, y, si nos basamos en la calidad de los síntomas, podemos ver que el conjunto de ellos responde a un cuadro psicoimmunoendocrino, y no tanto a síntomas específicos de la FM.

Si consideramos la FM como una enfermedad funcional en la que no se detectan alteraciones objetivables específicas, ¿no podría ser que, al igual que otros procesos crónicos, la sintomatología apareciera a consecuencia de la relación de varios factores que interactúan entre sí, como en pacientes con una predisposición genética, ante situaciones, sean del ambiente o del propio cuerpo, que el paciente perciba como «estresantes», y que, de una forma mantenida y duradera, sean capaces de alterar la respuesta del organismo, es decir, la del eje hipotálamo-hipófisis-adrenérgico, provocando un desequilibrio del sistema nervioso autónomo?

Sería interesante estudiar la etiocronicidad de los síntomas que constituyen la escala SS, cuáles aparecieron en primer lugar y cuál ha sido su evolución, y cómo han interferido unos con otros. Un paciente con una predisposición genética, y ante una situación ambiental estresante y mantenida, ¿podría sobrepasar sus capacidades adaptativas y, como consecuencia, no podría generar un trastorno del sueño por ansiedad, que, si no se trata y se mantiene en el tiempo, podría dar lugar a fatiga y a trastornos cognitivos y desencadenar

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de la FM

Un paciente satisface los criterios diagnósticos de la FM si cumple las tres condiciones siguientes:

- WPI y escala SS:
 - WPI ≥ 7 y puntuación de escala SS ≥ 5 o
 - WPI 3-6 y puntuación de escala SS ≥ 9
- Los síntomas han estado presentes a un nivel similar durante al menos 3 meses
- El paciente no tiene una patología que pueda explicar el dolor

Criterios diagnósticos de la fibromialgia

Índice de dolor generalizado

¿En cuántas áreas el paciente ha tenido dolor durante la última semana? (la puntuación será entre 0-19):

Cintura escapular (I)	Pierna inferior (I)
Cintura escapular (D)	Pierna inferior (D)
Brazo superior (I)	Mandíbula (I)
Brazo superior (D)	Mandíbula (D)
Brazo inferior (I)	Espalda superior (I)
Brazo inferior (D)	Espalda superior (D)
Cadera (I)	Espalda inferior (I)
Cadera (D)	Espalda inferior (D)
Pierna superior (I)	
Pierna superior (D)	

Escala de gravedad de los síntomas

Nivel de gravedad durante la semana pasada

- Fatiga
 - 0 = sin problema.
 - 1 = con problemas leves o intermitentes.
 - 2 = problemas moderados, presentes a menudo.
 - 3 = problemas graves, penetrantes, continuos que alteran la vida.

- Sueño no reparador
 - 0 = sin problema.
 - 1 = problemas leves o intermitentes.
 - 2 = problemas moderados y presentes a menudo.
 - 3 = problemas graves y continuos.

- Síntomas cognitivos
 - 0 = sin problema.
 - 1 = problemas leves o intermitentes.
 - 2 = problemas moderados y presentes a menudo.
 - 3 = problemas graves y continuos.

- Síntomas somáticos

Dolor muscular.	Sibilancias.
Síntoma de intestino irritable.	Fenómeno de Reynaud.
Fatiga/cansancio.	Urticaria/ronchas.
Problemas para pensar o recordar.	Zumbidos en oídos.
Debilidad muscular.	Vómitos.
Dolor de cabeza.	Acidez estomacal.
Dolor/calambres en abdomen.	Úlceras orales.
Entumecimiento u hormigueo.	Pérdida de/cambio en el sabor.
Mareos.	Convulsiones.
Insomnio.	Sequedad de ojos.
Depresión.	Dificultad para respirar.
Estreñimiento.	Pérdida del apetito.
Dolor en abdomen superior.	Erupción cutánea.
Náuseas.	Sensibilidad al sol.
Nerviosismo.	Dificultades para oír.
Dolor de pecho.	Fácil aparición de moratones.
Visión borrosa.	Pérdida de cabello.
Fiebre.	Frecuente orinar.
Diarrea.	Dolor al orinar.
Sequedad de boca.	Espasmos de vejiga.
Prurito.	

Puntuación de los síntomas somáticos

- 0 = sin síntomas.
- 1 = pocos síntomas (de 1-10).
- 2 = un número moderado de síntomas (de 11-24).
- 3 = gran cantidad de síntomas (25 o más).

un desequilibrio en el sistema neurovegetativo con la sintomatología correspondiente, y a su vez empeorar, como consecuencia, el sueño y otros síntomas de la FM?

Cuando nos encontramos con pacientes que, en principio, sufren un tipo de dolor orgánico localizado como la artritis reumatoide, y en el transcurso del tiempo evolucionan con dolor generalizado con síntomas de fatiga, trastornos del sueño y cognitivos, aunque sabemos que después de una situación de dolor mantenida puede aparecer hiperalgesia, sensibilización periférica y central y disminución de los inhibidores del dolor por agotamiento (FM secundaria), ¿qué peso tendría aquí el «estrés»?

¿Cuáles serían los desencadenantes que, aunque no causen la FM, sean capaces de despertar alguna anomalía fisiopatológica latente que ya estaba presente en estos pacientes?

Aunque no se detecten alteraciones objetivas específicas parece ser que la etiopatogenia en la FM es multifactorial y que está influida en su origen y evolución por factores psicosociales.

Es importante valorar la vivencia que tiene el paciente de su dolor, tanto en su origen como en su evolución, y qué significado le ha dado a partir de las experiencias emocionales vividas posteriormente.

En general, los aspectos psicológicos en los pacientes con FM, ya sean conductas, pensamientos, estilos de afrontamiento..., o bien conflictos, emociones, afectos, incluyendo relaciones interpersonales, habilidades de comunicación, capacidad para resolver las dificultades, mecanismos de adaptación..., suelen estar alterados en algunos pacientes con FM, pudiendo generar en estos pacientes una carga estresante en su intento reiterado de adaptación y su consiguiente fracaso, favoreciendo, por tanto, un aumento de su ansiedad y, por consiguiente, incrementar toda la sintomatología inherente al cuadro del síndrome de FM.

Por otro lado, si hacemos referencia a la discapacidad que produce la FM, suele ser variable; algunos pacientes hacen vida normal con alguna baja laboral esporádica, en cambio otros no son capaces de conciliar vida personal y laboral, y otros necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria. Algunos estudios señalan que la incapacidad en la FM está basada en la motivación del paciente, y otros que la incapacidad y la enfermedad en la FM tienen menos relación con la intensidad de los síntomas que con la disponibilidad de la persona a la compensación.

Aunque en algunos casos, indudablemente, las bajas prolongadas o la invalidez están justificadas, en otros

podría constituir un refuerzo de la dependencia y, por tanto, de las quejas y el dolor.

Creemos que, además de valorar el dolor y los síntomas fibromiálgicos, es necesario valorar la motivación manifiesta del paciente para salir de su situación de dolor crónico. A veces, el rol de paciente crónico puede ser un intento de evitación de las realidades psicológicas o sociales más psicológicamente dolorosas; asimismo, el dolor puede tener una función de identidad.

El paciente con FM, fijando el rol de enfermo, puede lograr con facilidad y sin riesgo de rechazo atenciones o afectos de los demás, evitar esfuerzos o tensiones, alejarse del conjunto de obligaciones, controlar la conducta de los demás; puede también usar el dolor como expresión no culpable de agresión, siendo de esta manera más socialmente aceptable.

Así pues, algunos pacientes con FM podrían facilitar la estructuración de formas adaptativas de relación que responden a problemáticas emocionales del paciente y no solo de las conductas derivadas del propio dolor. Por ello, se tenderá, para mantener tal equilibrio, a mantener y perpetuar, o al menos no facilitar, la disminución de la sintomatología del dolor. Es decir, que para el paciente sería su forma de equilibrio y de compensación-regulación de su forma especial de relación con el mundo.

Es necesario, por tanto, partir de un punto de vista biopsicosocial y no solo biomédico para entender la FM y los síntomas relacionados para poder aplicar un tratamiento adecuado, siendo para ello imprescindible un equipo multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

- Aarón LA, Alancor GS. Perceived physical and emotional trauma and precipitating events in fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1997;40:453-60.
- Bennett RM. Fibromyalgia and the disability dilemma. *Arthritis Rheum.* 1996;39:1627-34.
- De Felipe García-Bardón V, Castel-Bernal B, Vidal Fuentes J. Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatol Clin.* 2006;2 Suppl 1:38-43.
- Ford CV. Somatization and fashionable diagnosis. Illness as a way of life. *Scand J Work Environ Health.* 1997;23 Suppl 3:7-16.
- Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome a decade later: what have we learned? *Arch Intern Med.* 1999;159:777-85.
- Mease P, Arnold LM, Bennett R, et al. Fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol.* 2007;34:1415-25.
- Mease P, Arnold LM, Choy EH, et al., for the OMERACT Fibromyalgia Working Group. Fibromyalgia syndrome module at OMERACT 9; domain construct. *J Rheumatol.* 2009;36:2318-29.
- Moreno Gallego I, Montaña Alonso A. Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol.* 2000;27:436-41.
- Sedó Fortuny R, Ancochea Millet J. A reflection on fibromyalgia. *Aten Primaria.* 2002;29:562-4.
- Wolfe F, Claw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity. *Arthritis Care & Research.* 2010; 62(5):600-10. DOI 10.1002/acr.20140-2010, American College of Rheumatology.