

### Fibromialgia: ¿Una Enfermedad Reumatológica?

Juan J. Canoso  
Hospital ABC, México, DF

La fibromialgia, un cuadro de dolor crónico generalizado con múltiples puntos hipersensibles en el examen físico, es una realidad clínica incontrovertible. Tan válido es el concepto de fibromialgia como el de insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión portal, síndrome nefrótico o cualquier otro síndrome en medicina. Estudios en fibromialgia han avanzado el conocimiento en temas tan importantes como dolor crónico, sistema nervioso simpático y dolor, interacción neuroendócrina, y síndromes funcionales. Por último, las variables que inciden sobre la fibromialgia, sensibilizaron al reumatólogo acerca de la influencia del sueño y del estado anímico sobre la percepción de dolor. Pero tan absurdo como diagnosticar insuficiencia cardíaca, proporcionar oxígeno, y no investigar mecanismos causales y su posible corrección sería diagnosticar fibromialgia por sus atributos clínicos, prescribir analgésicos, e ignorar su fisiopatología.

Mi propuesta es que el concepto reumatológico de fibromialgia ha llevado a una enorme masa de pacientes funcionales<sup>1,2</sup> a un terreno equivocado, la reumatología. Me baso en dos razones: Primero, la mayoría de los reumatólogos no tenemos ni el entrenamiento ni los conocimientos requeridos para tratar enfermedades psicosomáticas. Segundo, el rótulo fibromialgia ofrece a las pacientes una alternativa socialmente aceptable, aunque fútil, para una afección que claramente pertenece al campo de la psicología y en algunos casos, la psiquiatría. Dicho de otra manera, es más fácil tener fibromialgia enfermedad que fibromialgia síntoma de un estado de ansiedad crónica o depresión.

El concepto moderno de fibromialgia nació en los setenta y adquirió mayoría de edad en 1990 con los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR).<sup>3</sup> De acuerdo a estos criterios la fibromialgia es un proceso doloroso crónico (más de tres meses de duración), generalizado (afecta los 4 cuadrantes del cuerpo), con hipersensibilidad a la presión en por lo menos 11 de 18 puntos anatómicos predeterminados. Casos con menor número de puntos hipersensibles se clasifican como dolor crónico generalizado. Contrario a la experiencia de cualquier clínico los criterios de fibromialgia no mencionan la plétora de molestias funcionales que las pacientes presentan; la fragmentación del sueño —uno de los rasgos más notables del síndrome— la extrema fatigabilidad; el frecuente antecedente de trauma físico o emocional,<sup>4,5</sup> estrés crónico y/o depresión; y la estrecha relación que las aparentemente variaciones caprichosas del proceso guardan con el grado de malestar

psicológico<sup>6</sup> y alteración del sueño.<sup>7</sup> Aún los puntos hipersensibles, importantes para el diagnóstico, en realidad se comportan como un termómetro del malestar psicológico<sup>6,8</sup> explicando la frecuente variación en el número de puntos dolorosos de una visita a otra. Los investigadores que en 1990 propusieron el modelo reumatológico de fibromialgia tomaron de una realidad muy compleja, lo que sabían y podían detectar y cuantificar: el dolor. Mientras tanto, el abrumador entorno del dolor permaneció ignorado.

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es considerado por muchos como el reverso de la fibromialgia y no ha faltado el clínico que comentara "El SFC es una fibromialgia no examinada". De acuerdo a Fukuda y col<sup>9</sup> un paciente padece de SFC si cumple tres criterios: (a) fatiga sin causa reconocible de por lo menos seis meses de duración, (b) fatiga que por su intensidad afecta negativamente las actividades laborales, sociales, o personales del paciente, y (c) presencia de por lo menos 4 de 8 manifestaciones: trastorno de memoria o concentración, sueño no reparador, dolor de garganta, adenomegalias dolorosas cervicales o axilares, dolor muscular, dolor poliarticular, cefaleas, y malestar post-ejercicio. Nótese que las primeras dos manifestaciones pueden indicar depresión y que las últimas seis sugieren fibromialgia. Es fácil imaginar que si se exploraran los "puntos fibromiálgicos" en pacientes con SFC la mayoría, como encontraría Don Goldenberg—pionero en fibromialgia— en los pacientes de Anthony Komaroff—pionero en SFC—<sup>10</sup> cumplirían criterios de fibromialgia. Extendamos el razonamiento a otros dos síndromes funcionales: colon irritable<sup>11</sup> y vejiga irritable o cistitis intersticial.<sup>12</sup> Frecuentes asociaciones del primero incluyen fatiga crónica, dolor generalizado, polaquiuria, depresión, y trastorno del sueño. En el segundo a la irritabilidad vesical se agregan fatiga crónica, alternancia de estreñimiento y diarrea, dolor generalizado, depresión, y trastorno del sueño. Salta a la vista que existen manifestaciones comunes a los cuatro síndromes:<sup>13</sup> estrés crónico, antecedente o presencia de depresión, fragmentación del sueño, fatiga, y dolor generalizado. El predominio de una u otra manifestación funcional dirigirá la paciente hacia una u otra especialidad médica o quirúrgica. Sin embargo, como lo sugieren estudios de pacientes con una de estas afecciones a quienes se les interrogó con respecto a las restantes, es más probable que los diferentes síndromes funcionales ejemplifiquen la parábola de los ciegos describiendo al elefante: Reumatólogos, expertos en dolor musculoesquelético, interrogarán acerca de dolor y oprimirán puntos "fibromiálgicos", diagnosticando fibromialgia. Internistas, interesados en fatiga, examinarán faringe, palparán ganglios, y concluirán que

se trata de un SFC. Urólogos, señalando la polaquiuria, diagnosticarán cistitis intersticial. Y gastroenterólogos, enfocados en el ritmo defecatorio, diagnosticarán colon irritable.<sup>14</sup>

No habría mayor problema si los reumatólogos contáramos con un tratamiento eficaz para la fibromialgia. Sin embargo, AINEs y corticosteroides no calman el dolor;<sup>15</sup> entrenamiento aeróbico mejora algo la fatigabilidad;<sup>16,17</sup> amitriptilina y otros agentes tricíclicos mejoran el dolor en aproximadamente el 30% de pacientes;<sup>18</sup> y en centros de fibromialgia con enfoque multidisciplinario sólo un 60% de pacientes mejoran. En suma, con el tratamiento reumatológico habitual sólo una minoría de pacientes fibromiálgicos mejoran. Ante éste estado de cosas se hace imperativo saber cómo les va a otros profesionales que tratan pacientes funcionales. En SFC, por ejemplo, con terapias cognitivo-conductuales se han obtenido excelentes resultados en por lo menos el 70% de pacientes.<sup>19-23</sup> En estas terapias se analiza el significado de los síntomas para el paciente, se enfatiza el impacto del estrés, y se enfoca en el proceso de somatización, agregándose medicación antidepresiva tanta como se requiera. Después de un tímido comienzo<sup>24,25</sup> se percibe un renovado interés en el uso de terapias cognitivo-conductuales en fibromialgia. En un área afín, estudios preliminares con hipnosis médica han mostrado resultados interesantes.<sup>26,27</sup> Pensándolo bien, parece lógico que terapias psicológicas se adecúen mejor a las enfermedades funcionales que las terapias farmacológicas convencionales.

Dicho lo anterior, ¿cómo trato yo, reumatólogo, a la paciente con fibromialgia? Primero, le explico que puede optar entre declararse enferma de fibromialgia, una dolencia misteriosa que potencialmente invalida al 20%, o considerar la posibilidad de que tanto fatiga como dolor sean meros síntomas de estrés crónico, depresión, o abuso físico o emocional. Si la paciente elige tener fibromialgia enfermedad, es probable que se integre a grupos de autoayuda donde el término fibromialgia y los síntomas de la afección: fatiga, dolor, resequedad de mucosas, colon irritable, disuria, y dolor menstrual se enfatizan y por tanto refuerzan. Estos grupos buscan la asesoría de expertos en fibromialgia y simultáneamente o poco después (vista la escasa eficacia de los tratamientos recibidos), la de autoproclamados expertos—frecuentemente vía internet— cuya verdadera especialización consiste en lucrar con pacientes desesperados. En algunos países, como Estados Unidos y Canadá, la situación se complica aún más por abogados que promueven juicios de incapacitación. La adjudicación de discapacidad cierra el ciclo y fija, para siempre, el desafortunado destino de estos pacientes.

Sí, por el contrario, la paciente acepta considerar la posibilidad de fibromialgia como síntoma utilizado, para explicar el proceso y enfocar su tratamiento, una cadena fisiopatológica de cuatro eslabones que aunque incompleta es coherente y se basa en hechos demostrados:

- 1) Fatiga y dolor resultan de una falla del control cerebral<sup>28,29</sup> sobre esas y otras sensaciones corporales incluyendo síntomas visuales (molestias por la luz), auditivas (hiperacusia dolorosa), y viscerales (colon irritable, vejiga irritable, dolor menstrual).
- 2) La falla de control cerebral resulta de una falta de alternancia de los sistemas simpático y parasimpático, siendo la incesante actividad simpática la causa del sueño superficial, fragmentado y no reparador.<sup>30,31</sup>
- 3) El predominio simpático, a su vez, resulta del estrés crónico en que la mayoría de las pacientes viven.
- 4) Como un mecanismo adicional la atención, enfocada en sensaciones corporales normales, como una lupa las aumenta llegando a interpretar como síntomas de enfermedad sensaciones banales que de otra manera pasarían desapercibidas.

Expuestos estos datos ofrezco el siguiente tratamiento:

- a) Para lograr un sueño reparador en casos leves indico amitriptilina en dosis progresivas iniciando con 6.25 mg al acostarse y aumentando 6.25 mg cada semana hasta alcanzar 25 mg. En casos severos simultáneamente inicio fluoxetina 20 mg. Si los efectos anticolinérgicos de la amitriptilina resultan intolerables reemplazo ambos medicamentos con bupropion 150 o 300 mg al día.
- b) Para controlar el estrés crónico, motor principal de la cadena fisiopatológica, sugiero la conveniencia de agregar terapias psicológicas para lo cual refiero las pacientes a una psicóloga especializada en retroalimentación y otras técnicas cognitivo-conductuales. En mi experiencia las pacientes fibromiálgicas se avienen mejor a tratamiento por psicólogos que por psiquiatras. Más aún, referidas a psiquiatra la mayoría de pacientes pronto regresan al reumatólogo. Por supuesto, en casos con evidente psicopatología la participación del psiquiatra es fundamental.
- c) En todos los casos recomiendo un ejercicio aeróbico como marcha rápida, bicicleta o natación.

En conclusión, considero que el concepto reumatológico de fibromialgia ha sido más detrimento que beneficioso porque ha equivocado tanto la interpretación como el tratamiento de la enfermedad funcional por excelencia. Como reumatólogos nos caben varias responsabilidades: diagnosticar el proceso, excluir afecciones que pudieran ser confundidas con fibromialgia, desmontar el concepto fibromialgia enfermedad al que las pacientes están frecuentemente fijadas, recomendar ejercicio, iniciar tratamiento farmacológico, y lo que es más importante, referir las pacientes a profesionales especializados en el tratamiento de afecciones funcionales, generalmente psicólogos cognitivo-conductuales.

## Referencias

1. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999;130:910-921.
2. Sharpe M, Carson A. "Unexplained" somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: do we need a paradigm shift? *Ann Intern Med* 2001;134:926-930.
3. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-172.
4. Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1995;38:229-234.
5. Boisset-Pioro MH, Esdaile JM, Fitzcharles MA. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1995;38:235-241.
6. McBeth J, Macfarlane GJ, Benjamin S, Morris S, Silman AJ. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis Rheum* 1999;42:1397-1404.
7. Affleck G, Urrows S, Tennen H, Higgins P, Abeles M. Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain* 1996; 68:363-368.
8. Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: Evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Ann Rheum Dis* 1997;56:268-271.
9. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994;121:953-959.
10. Goldenberg DL, Simms RW, Geiger A, Komaroff AL. High frequency of fibromyalgia in patients with chronic fatigue seen in a primary care practice. *Arthritis Rheum* 1990; 33:381-387.
11. Veale D, Kavanagh G, Fielding JF, Fitzgerald O. Primary fibromyalgia and the irritable bowel syndrome: Different expressions of a common pathogenic process. *Brit J Rheumatol* 1991;30:220-222.

12. Wallace D. Genitourinary manifestations of fibrositis: An increased association with the female urethral syndrome. *J Rheumatol* 1990;17:238-239.
13. Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med* 2001;134:868-881.
14. Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessley S, Hotopf M. How many functional somatic syndromes? *J Psychosom Res* 2001;51:494-457.
15. Clark S, Tindall E, Bennett RM. A double blind crossover trial of prednisone versus placebo in the treatment of fibrositis. *J Rheumatol* 1985;12:980-983.
16. McCain GA, Bell DA, Mai FM, Halliday PD. A controlled study of the effects of a supervised cardiovascular fitness training program on the manifestations of primary fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1988;31:1135-1141.
17. Jentoft ES, Kvalvik AG, Mengshoel AM. Effects of pool-based and land-based aerobic exercise on women with fibromyalgia/chronic widespread muscle pain. *Arthritis Rheum* 2001;45:42-47.
18. Carette S, McCain D, Bell DA, Fam AG. Evaluation of amitriptyline in primary fibrositis. *Arthritis Rheum* 1986;29:655-659.
19. Sharpe M, Peveler R, Mayou R. The psychological treatment of patients with functional somatic complaints: a practical guide. *J Psychosom Res* 1992;36:515-529.
20. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jaulhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *The Cochrane Library*, Volume 4, 2001.
21. Price JR, Couper J. Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *The Cochrane Library*, Volume 3, 2001.
22. Whiting P, Bagnall A-M, Sowden AJ, Cornell JE, Mulrow CD, Ramírez G. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. *JAMA* 2001;286:1360-1368.
23. Sharpe M, Hawton K, Simkin S, Surawy C, Hackmann A, Klimes I, Peto T, Warrell D, Seagroatt V. Cognitive behavior therapy for the chronic fatigue syndrome: A randomised controlled trial. *BMJ* 1996;312:22-26.
24. Nielson WR, Walker C, McCain GA. Cognitive behavioral treatment of fibromyalgia syndrome: Preliminary findings. *J Rheumatol* 1992;19:98-103.
25. Walko GA, Ilowite NT. Cognitive-behavioral intervention for juvenile primary fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol* 1992;19:1617-1619.
26. Haanen HCM, Hoenderdos HTW, van Romunde LKJ, Hop WCJ, Mallee C, Terwiel JP, Hekster GB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol* 1991;18:72-75.
27. Álvarez Nemegeyi J, Negreros Castillo A, Álvarez Berzunza J, Alcocer Martínez L. Ensayo clínico controlado sobre la eficacia de la hipnosis ericksoniana en síndrome primario de fibromialgia. *Rev Mex Reumatol* 2002;17:18 (Resumen P-6).
28. Kosek E, Ekholm J, Hansson P. Sensory dysfunction in fibromyalgia patients with implications for pathogenic mechanisms. *Pain* 1996;68:375-383.
29. McDermid AJ, Rollman GB, McCain GA. Generalized hypervigilance in fibromyalgia: evidence of perceptual amplification. *Pain* 1996;66:133-144.
30. Martínez Lavín M, González Hermsillo A, Rosas M, Soto ME. Circadian studies of autonomic nervous balance in patients with fibromyalgia. A heart rate variability study. *Arthritis Rheum* 1998;41:1966-1971.
31. Martínez Lavín M, Hermsillo AG. Autonomic nervous system dysfunction may explain the multisystem features of fibromyalgia. *Sem Arthritis Rheum* 2000;29:1-4.