

Fibromialgia

Jordi Carbonell-Abelló

Servicio de Reumatología. IMAS. Hospital del Mar i l'Esperança. Barcelona. España.



La fibromialgia (FM) es un estado de dolor crónico generalizado, con hipersensibilidad al dolor demostrable en la exploración física, en ausencia de anomalías que lo justifiquen en las pruebas biológicas o de imagen. En esta situación se halla el 2,8% de la población adulta española, y la enfermedad afecta de forma casi exclusiva a mujeres¹. Los pacientes afectados experimentan muchos otros síntomas dolorosos, como dismenorrea, cefalea, digestiones difíciles, trastornos vasomotores, trastornos de concentración y memoria, cansancio, sequedad, disestesias, entre otros. En casi todos los pacientes encontramos además grados variables de ansiedad y/o depresión.

Los afectados por este estado clínico presentan un deterioro variable de la calidad de vida y, en algunos casos, discapacidad asociada, que puede ocasionalmente llegar a ser extrema. Cuando hemos analizado qué pacientes son los que tienen una mayor merma en su calidad de vida y más discapacidad, observamos que el marcador que mejor lo predice es la gravedad de la depresión asociada².

Aunque es posible encontrar pacientes afectados de todas las edades, la mayoría de los casos se halla entre los 40 y los 60 años, mientras que la enfermedad es excepcional antes y después de estas edades. Por tanto, la FM afecta fundamentalmente, aunque no en exclusiva a mujeres en la perimenopausia. Esta situación de dolor generalizado, cansancio, ansiedad y/o depresión suele ser crónica y de intensidad oscilante en relación con factores que a menudo desconocemos, si bien en otras ocasiones parecen influir cambios estacionales, climáticos o el estrés.

Los pacientes con FM son un colectivo amplio y activo que percibe rechazo laboral, familiar y sanitario. A pesar de que la FM es un diagnóstico aceptado por la Organización Mundial de la Salud y que posee un código diagnóstico específico en la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades-Modificación Clínica, las opiniones médicas sobre este problema de salud no son unánimes. Así, las posiciones de los profesionales varían entre la aceptación de la enfermedad hasta su consideración como síndrome o su banalización como somatización, simulación o expresión física de la distimia. Los pacientes afectados experimentan empeoramientos que obligan a bajas laborales o a disminuir su rendimiento laboral y familiar y, en casos de mayor intensidad, a litigios para obtener la incapacidad. Como tratamiento suelen recibir combinaciones de analgésicos, anti-depresivos, ansiolíticos y fármacos de todo tipo en un intento de mejorar sus síntomas. Su respuesta a los tratamientos farmacológicos² es escasa y los síntomas persisten, al tiempo que la frecuencia de efectos adversos o la intolerancia a los fármacos prescritos constituye una importante preocupación para los profesionales que los asisten y hace que aumente la decepción de unos y otros ante la situación. Hoy sabemos que en una proporción muy alta de estos pacientes es demostrable la existencia de estresores que han actuado crónicamente y en otros casos de forma muy aguda e intensa. Interpretamos que estos estresores provocan una disfunción central que altera la percepción de las sensaciones, con lo que aparece el grupo de síntomas que los afectan.

Empezamos pues a entender con mayor precisión el problema de salud de este amplio colectivo de ciudadanas y a invertir recursos y conocimiento en precisar las dimensiones del problema, conocer los mecanismos fisiopatológicos de los síntomas^{3,4}, analizar con rigor cuáles deben ser las medidas terapéuticas a aplicar y cómo debemos organizarnos para dar respuesta a este problema de salud, dada su magnitud y repercusiones.

El diagnóstico de la enfermedad no es difícil ni requiere estudios excesivos. Es un diagnóstico clínico que debe sospecharse ante un perfil de paciente como el que hemos descrito; las exploraciones sólo deben ser exhaustivas en pacientes que no encajen con claridad en él. La detección de casos iniciales, junto a una información de calidad, es esencial para evitar la progresión del problema y la excesiva medicalización del caso. La información que ha de aportarse a estos pacientes iniciales debe centrarse en no magnificar el problema y en responsabilizarlos de su curación, dado que las medidas terapéuticas que han demostrado ser eficaces son el ejercicio físico de tipo aeróbico o cardiovascular⁵ y la psicoterapia cognitivo-conductual para modificar las actitudes ante el dolor y el estrés⁶. Son útiles la amitriptilina y la fluoxetina a dosis bajas, y se debe saber que la respuesta del dolor a los analgésicos es escasa y errática, con grados bajos de evidencia respecto a los antiinflamatorios no esteroideos e incluso al tramadol. No está justificado el uso de opiodes, dado que no han demostrado con claridad su eficacia y añaden confusión ante el análisis de muchos de los síntomas que van apareciendo, tales como inestabilidad, dificultad de concentración y trastornos de memoria⁷⁻¹².

Los pacientes, ante la ineficacia del sistema sanitario en su atención, utilizan a gran escala métodos terapéuticos no convencionales y/o de la medicina natural o complementaria¹³. El grado de evidencia de estos tratamientos es muy escaso y llama poderosamente la atención que no haya ningún estudio sobre métodos muy utilizados y de coste considerable como la ozonoterapia. Se ha intentado evaluar la utilidad de otros tratamientos (acupuntura, homeopatía, quiropraxia, masajes, dietas, suplementos dietéticos), aunque los estudios son escasos, sus métodos muy variables y es muy difícil obtener conclusiones de ellos, si bien alguno aporta evidencias de algún grado de acción a corto plazo¹⁴⁻¹⁷.

Correspondencia: Dr. J. Carbonell-Abelló.
Servicio de Reumatología. Hospital del Mar i l'Esperança.
Pg. Marítim, 23-29. 08003 Barcelona. España.
Correo electrónico: jcarbonell@imas.imim.es

Recibido el 24-8-2005; aceptado para su publicación el 19-9-2005.

En la FM debemos reconocer lo mucho que aún desconocemos, aceptar la importancia del problema de salud en términos de calidad de vida de los ciudadanos afectados y de costes generales para la sociedad. Si lo esencial es siempre no incrementar el daño en el paciente que nos consulta, debemos aplicar con rigor aquello que sabemos es útil: información, formación, responsabilizar al paciente de su mejoría y facilitar instrumentos de ayuda que estén contrastados evitando efectos adversos graves, confusión y costes innecesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valverde M, Juan A, Rivas B, Carmona L. Fibromialgia. En: Sociedad Española de Reumatología: EPISER. Grupo Epidor. Madrid: MSD-SER; 2001. p. 77-91.
2. Carbonell J, Tornero J, Gabriel R, Monfort J. Subestudio de fibromialgia. En: SER-F Grunenthal: EPIDOR. SER- F Grunenthal, Madrid: Edipharma; 2003. p. 101-17.
3. Kwiatek R, Barnden L, Tedman R, Jarrett R, Chew J, Rowe C, et al. Regional cerebral blood flow in fibromyalgia: single-photon-emission computed tomography evidence of reduction in the pontine tegmentum and thalami. *Arthritis Rheum*. 2000;43:2823-33.
4. Russel LJ. Is fibromyalgia a distinct clinical entity? The clinical investigator's evidence. *Baill Clin Rheumatol*. 1999;13:445-54.
5. Busch A, Schachter CL, Peloso PM, Bombardier C. Exercise for treating fibromyalgia syndrome (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2004.
6. Hadhazy VA, Ezzo J, Creamer P, Berman BM. Mind-body therapies for the treatment of fibromyalgia. A systematic review. *J Rheumatol*. 2000;27:2911-8.
7. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*. 2004;292:2388-95.
8. Rossy LA, Buckelew SP, Dorr N, Hagglund KJ, Thayer JF, McIntosh MJ, et al. A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Ann Behav Med*. 1999;21:180-191.
9. Arnold LM, Keck PE Jr, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics*. 2000;41:104-13.
10. O'Malley PG, Balden E, Tomkins G, Santoro J, Kroenke K, Jackson JL. Treatment of fibromyalgia with antidepressants: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2000;15:659-66.
11. Bennett RM, Kamin M, Karim R, Rosenthal N. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Med*. 2003;114:537-45.
12. Biasi G, Manca S, Manganelli S, Marcolongo R. Tramadol in the fibromyalgia syndrome: a controlled clinical trial versus placebo. *Int J Clin Pharmacol Res*. 1998;18:13-9.
13. Holdcraft LC, Assefi N, Buchwald D. Complementary and alternative medicine in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003;17:667-83.
14. Berman BM, Ezzo J, Hadhazy V, Swyers JP. Is acupuncture effective in the treatment of fibromyalgia? *J Fam Pract*. 1999;48:213.
15. Deluze C, Bosia L, Zirbs A, Chantraine A, Vischer TL. Electroacupuncture in fibromyalgia: results of a controlled trial. *BMJ*. 1992;305:1249.
16. Bell IR, Lewis DA II, Brooks AJ, Schwartz GE, Lewis SE, Walsh BT, et al. Improved clinical status in fibromyalgia patients treated with individualized homeopathic remedies versus placebo. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:577-82.
17. Fisher P, Greenwood A, Huskisson EC, Turner P, Belon P. Effect of homeopathic treatment on fibrositis (primary fibromyalgia). *BMJ*. 1989;299:365-6.