

Fibromialgia y trastorno somatoforme: ¿existe un límite definido?

W. Blanco López y M. Seguí Díaz

Médicos de Familia. UBS Es Castell. Centro de Salud de Dalt Sant Joan. Mahón. Menorca. Baleares.

La fibromialgia es un trastorno caracterizado por un cuadro de dolor músculo-esquelético difuso crónico y otros síntomas diversos asociados. En el estado español se cifran en 800.000 las personas afectas de este proceso, con una prevalencia en la consulta de Atención Primaria del 5% al 7%. Predomina en el sexo femenino –casi el 75%–, y la edad de presentación varía desde los 12 a los 45 años, con el pico de prevalencia entre los 35 y 55 años^{1,2}.

Aunque se han propuesto múltiples teorías sobre la etiología de esta entidad nosológica ninguna ha podido ser demostrada totalmente. El término fibromialgia fue sugerido por primera vez por Hench en 1976 sustituyendo al antiguo de fibrositis, así mismo la presencia de trastornos médicos que pudiesen causar o influir en los síntomas de la fibromialgia introdujo el término ampliamente usado, aunque no totalmente reconocido, de fibromialgia secundaria o concomitante^{1,2}.

Los primeros criterios para clasificar o diagnosticar un paciente como afecto de fibromialgia fueron propuestos por Smythe y Moldofsky, a partir de estos surgieron dos grandes direcciones: Wolfe et al proponían que la presencia de abundantes puntos sensibles (“tender points”) era suficiente para diagnosticar el síndrome. Mientras, Yunus y colaboradores se decantaban por la combinación de síntomas característicos y puntos sensibles, aunque sólo requerían la presencia de dos de estos últimos^{1,2}.

Finalmente, el *American College of Rheumatology*³, a través de un comité multicéntrico que estudió 558 pacientes (293 afectados de fibromialgia y 265 controles), desarrolló en 1990 los criterios que se utilizan actualmente para su diagnóstico y que se incluyen como tales en la ICD-10. Dichos criterios son:

–Dolor difuso presente como mínimo tres meses. Se considera dolor difuso cuando afecta ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y al esqueleto axial.

–Palpación dolorosa en 11 de los 18 puntos sensibles posibles. Palpación que se debe hacer con un dedo y una presión aproximada de 4 kg. El paciente debe referir dolor cla-

ramente, no molestias ni otras sensaciones a la palpación. En la figura 1 se muestra cómo localizar los puntos sensibles.

La combinación de ambos criterios ofrece una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81,1%.

La fibromialgia se presenta además con una serie de síntomas asociados⁴⁻⁶, de amplio y difuso espectro, que van desde la fatiga y el insomnio hasta parestesias pasando por disfagia o palpitaciones (tabla 1).

Al menos dos tercios de los pacientes afectados de fibromialgia presentan también problemas psicológicos asociados⁷⁻¹⁰. Aunque no se ha establecido un perfil psicológico específico, diversos investigadores han concluido que un 36% de los pacientes con fibromialgia presentan un perfil psicológico normal, el 33% tiene un perfil similar a pacientes que sufren un dolor crónico y el 31% tiene problemas psicológicos graves. Estos últimos suelen sufrir alteraciones del estado de ánimo como ansiedad o depresión, irritabilidad, pánico o cambios de humor bruscos. También pueden presentar alteraciones cognitivas como dificultades de concentración o de memoria.

En relación con estas alteraciones psicológicas asociadas a la fibromialgia presentamos el caso de dos pacientes, madre e hijo. Este último diagnosticado de fibromialgia por un especialista de Rehabilitación. Los dos pacientes fueron sometidos a los criterios diagnósticos de fibromialgia, así como a las escalas de Hamilton para la ansiedad y la depresión.

PRIMER CASO

Paciente de 48 años con antecedentes personales de traumatismo craneoencefálico con fractura de cráneo en 1977 que permaneció 20 días en coma. Relata un cuadro de cefaleas y polimioartralgias dispersas y diversas. Visitado por diversos especialistas, desde psiquiatras y traumatólogos a rehabilitadores, se apuntan diagnósticos diversos: desde uncariosis a hipertonia cervico-dorsal, desde trastorno de la personalidad con reacción grave al estrés a cuadro ansioso-depresivo con actitud hipocondríaca. Llegando finalmente al diagnóstico de fibromialgia reumática y síndrome depresivo.

Sometimos el paciente a los criterios diagnósticos de fibromialgia, y mientras que el criterio de dolor difuso presente durante al menos tres meses se cumplía sobradamente, sólo existía dolor a la palpación en 9 de los 18 puntos

Correspondencia:
Mateu Seguí Díaz.
Noria den Riera 3.
Es Castell 07720.
Menorca, Baleares.
Correo electrónico: mseguid@meditex.es

Recibido el 23-5-2001; aceptado para su publicación el 7-2-2002.

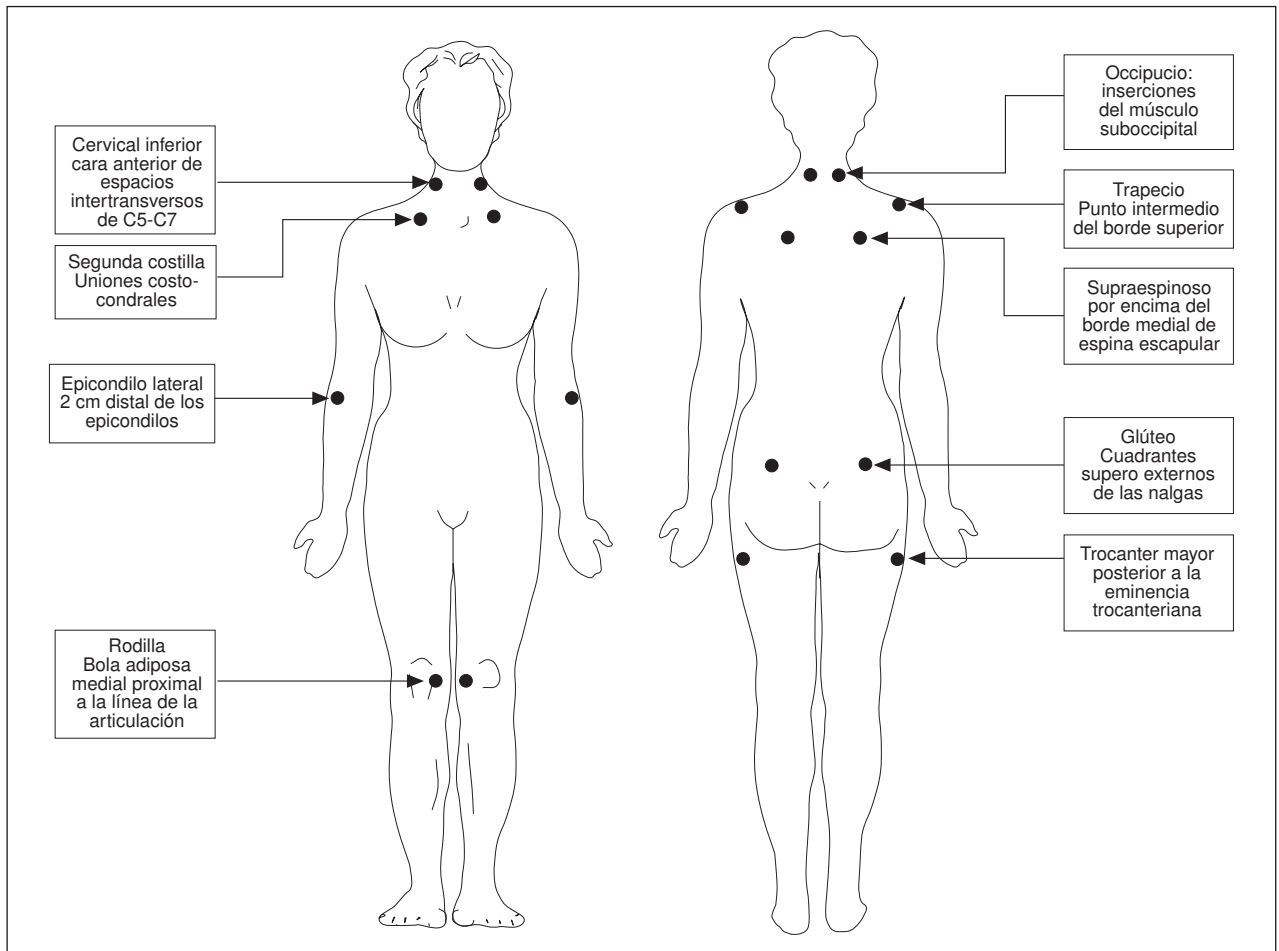


Figura 1. Puntos sensibles en la paciente fibromiálgica.

Tabla 1. Sintomatología de la fibromialgia

Síntomas	Pacientes fibromiálgicos afectados
Dolor muscular	100%
Fatiga	96%
Insomnio	86%
Dolores articulares	72%
Cefaleas	60%
Piernas cansadas	56%
Entumecimiento/hormigueo	52%
Dificultades de memoria	46%
Calambres en las piernas	42%
Dificultades de concentración	41%
Nerviosismo	32%
Depresión	20%

Adaptada de Wolfe F, et al³.

sensibles posibles, concentrándose éstos en el área cervical. Al someter al paciente a la escala de Hamilton para la ansiedad se obtenía un grado de ansiedad grave en casi todos los ítems, exceptuando los miedos. Cuando se le sometió también a la escala de Hamilton para la depresión sus puntuaciones fueron altas en los ítems de somatización, ansiedad, agitación, insomnio y desesperación, así como en síntomas paranoides y obsesivo-compulsivos. Para los ítems de senti-

mientos de culpa o indefensión, de pérdida de autoestima, inhibición, introspección o despersonalización/desrealización las puntuaciones fueron mínimas.

SEGUNDO CASO

Paciente de 72 años con antecedentes de múltiples quejas somáticas que la han llevado a someterse a multitud de pruebas, incluyendo una ergometría clínicamente positiva y una coronariografía posterior que no mostró lesión significativa alguna. La clínica de la paciente es de predominio digestivo (pirosis, estreñimiento...).

Al ser sometida a los criterios diagnósticos de la fibromialgia cumplía el criterio del dolor difuso crónico, pero no así en lo referente a los puntos sensibles; apenas cuatro de ellos fueron positivos. En la escala de Hamilton para la ansiedad el grado de ésta era muy elevado en todos los ítems, exceptuando los miedos. La única diferencia con respecto al primer caso consistía en el predominio de los síntomas gastrointestinales. En la escala de la depresión las puntuaciones también fueron casi superponibles a las del primer caso excepto la ausencia de insomnio medio, la intensidad de los síntomas somáticos gastrointestinales y la ausencia de síntomas genitales y paranoides.

DISCUSIÓN

Estos resultados, aunque coinciden con los mostrados en diversos estudios que señalan la presencia de trastornos psiquiátricos en pacientes diagnosticados de fibromialgia, sobre todo depresión y trastornos por ansiedad, la existencia de una personalidad premórbida hace cuestionarnos la validez de los diagnósticos orgánicos a los que se pueda llegar.

Sin dudar de la existencia de la fibromialgia como entidad nosológica ni de sus criterios diagnósticos, nos preguntamos si la existencia de una personalidad ansiosa con tendencia clara y franca al trastorno hipocondríaco o somatoforme no nos debería conducir más bien a un diagnóstico dentro de la esfera psiquiátrica (trastorno por somatización). En aquellos pacientes con quejas somáticas reumatológicas sugerimos el diagnóstico de reumatismo psicógeno o sencillamente fibromialgia secundaria, si se cumplen todos sus criterios diagnósticos. Pues, aun en el caso de que ambos pacientes hubiesen podido ser diagnosticados de fibromialgia de una forma fehaciente, seguiría siendo su peculiar perfil psicológico la causa más probable de dicho trastorno. Así como, por otra parte, no se podría demostrar relación orgánica entre ese diagnóstico y el hecho de su parentesco. En este aspecto, aunque algunos autores han propuesto un factor hereditario, tal es el caso del estudio de Waylonis¹¹ sobre 554 pacientes, en el que el 25% de los padres y el 12% de los hijos presentaban sintomatología de fibromialgia, serían precisos más estudios para demostrar que estos datos no se deben a un modelo de conducta aprendida. Podríamos estar en este caso ante una de las denominadas por Stoudemire¹² "familias psicósomáticas", en las que parecen existir deficiencias en la capacidad de los miembros para expresar abiertamente el afecto, incapacidad para resolver los conflictos verbalmente y negación de problemas psicológicos en general. Son familias en las que se dan fenómenos de aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación del conflicto. No es raro en estas familias que un miembro parezca sufrir los males de otro.

Otro proceso que podría explicar los casos mencionados sería el trastorno por somatización¹³. Éste consiste en la presencia de múltiples molestias físicas que no son explicables por una enfermedad física o psíquica o por efecto de una sustancia. El paciente nunca acepta otra explicación a sus problemas que no sea una alteración orgánica, y otras causas como acontecimientos vitales estresantes, conflictos o alteraciones psicológicas son sistemáticamente descartados. Este trastorno produce un importante deterioro socio-laboral y en otras áreas de la vida del individuo. Aunque no es fácil establecer una prevalencia, diversos estudios la sitúan entre un 0,2% y un 2% para mujeres y menos de 0,2% en hombres. Hasta un 10% de las consultas de medicina general pueden atribuirse a este trastorno.

El trastorno por somatización es más frecuente en pacientes de nivel socioeconómico bajo y antes de los 30 años, incluso en la adolescencia.

Actualmente el DSM-IV¹⁴ requiere para este diagnóstico una historia de múltiples síntomas físicos que se inicien an-

tes de los 30 años y que requieran atención médica por significativo deterioro del paciente en áreas como la social o la laboral. Se precisan además cuatro síntomas dolorosos, dos síntomas gastrointestinales, un síntoma sexual y un síntoma pseudoneurológico. También es preciso que, o bien ninguna enfermedad física o sustancia pueda explicar estos síntomas, que existiendo una enfermedad, los síntomas y el deterioro sean excesivos en comparación de lo que cabría esperar.

Como los dos casos que nos ocupan cumplen los criterios diagnósticos arriba mencionados, podemos sugerir la hipótesis de que los problemas de salud de madre e hijo se deben a un trastorno somatoforme. No es extraño, sin embargo, que muchos de nosotros prefiramos establecer diagnósticos orgánicos antes que psicológicos ya que estamos más familiarizados con los primeros. En cierto modo pueden resultar tranquilizadores para nosotros, ya que le podemos aplicar al paciente el modelo orgánico, y para el paciente, ya que sus molestias no son producto de los "nervios" sino que tienen una causa física. Este último concepto se adapta además perfectamente al perfil del enfermo somatoforme que nunca acepta los motivos psicológicos como causa de sus padecimientos. Aun con esto, no debemos permitir que consideraciones ajenas a la actividad médica como tal interfieran en nuestro juicio diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IL, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19-28.
2. Soriano E, Gelado MJ, Girona MR Fibromialgia: un diagnóstico reciente. *Atención Primaria* 2000; 26:415-8.
3. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism* 1990;33(2):160-72.
4. Collège des Médecins du Québec. Fibromyalgia. Junio 1996. Montreal.
5. Leventhal LJ. Management of fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine* 1999;131(11):850-8.
6. Wolfe F. Fibromyalgia: the clinical syndrome. *Rheumatology Diseases Clin North America* 1989;15:1-12.
7. Epstein SA, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. *Psychosomatics* 1999;40(1):57-63.
8. Yunus MB, Ahles TA, Aldag JC, Masi AT. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism* 1991;34(1):15-21.
9. Keel P. Psychological and psychiatric aspects of fibromyalgia syndrome. *Z Rheumatol* 1998;57Suppl 2:97-100.
10. Offenbaecher M, Glaetzer K, Ackhenheil M. Self-reported depression, familiar history of depression and fibromyalgia, and psychological distress in patients with fibromyalgia. *Z-Rheumatol* 1998;57Suppl 2:94-6.
11. Waylonis GW, Heck W. Fibromyalgia syndrome. New associations. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 1992;71(6):343-8.
12. Costa Molinari JM, Ros Montalban S. Módulo transtornos somatoformes, alimentarios y del sueño. En: Costa Molinari J M, editor. *Curso de Actualización en Psiquiatría para Medicina Primaria* 1998-1999. Universitat Autònoma de Barcelona.
13. Guggenheim FG, Smith GR. Trastornos Somatoformes. En: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica; 1995.
14. Martin RL, Kutzky SH. Trastornos somatomorfos. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editores. *DSM-IV Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson; 2000.