



## EDITORIAL

### Fibroescepticismo: el debate continúa

### Fybromyalgia scepticism: the debate continues

Fernando Martínez Pintor

Director, Instituto Universitario de Reumatología Barcelona, Barcelona, España. Profesor, Departamento de Neurociencias y Psicopatología, Universidad Internacional de Catalunya, Barcelona, España

El reciente artículo del *American College of Rheumatology* (ACR)<sup>1</sup> identificando nuevos criterios diagnósticos para la fibromialgia ha venido a confirmar lo que muchos médicos, reumatólogos o no, veníamos pensando desde hace varios años<sup>2</sup>, que los pacientes con fibromialgia presentan un dolor generalizado de mayor o menor intensidad con una serie de comorbilidades importantes y que intentar realizar el diagnóstico en función de focalizar el dolor<sup>3</sup> en determinados puntos, resultaba cuando menos tener una visión reduccionista de la enfermedad.

Es preciso constatar que en el mencionado artículo, los autores denominan ahora síntomas «clave» a algunas manifestaciones somáticas que en los anteriores criterios ni siquiera habían sido consideradas. Sin embargo, han escogido «no incluir el estado de ánimo, por su difícil evaluación y por no poder determinar si era un síntoma resultante o un síntoma primario de la fibromialgia», duda que nos parece extremadamente razonable y que sorprende el que no sea analizada con mayor profundidad, como han hecho otros autores<sup>4</sup>.

Los autores realizan diferentes justificaciones para la redacción de los nuevos criterios. Concretamente se dice de manera insistente que en atención primaria no se ha explorado correctamente al enfermo o que los puntos de Yunus no han sido suficientemente conocidos. Cabe decir que también en las consultas especializadas se ha constatado la poca fiabilidad y especificidad de estos puntos como lo demuestra el trabajo de Letchumann<sup>5</sup> donde diferentes especialistas de la Clínica Mayo, reumatólogos, internistas, rehabilitadores,

no pudieron diferenciar en los pacientes con dolor músculo esquelético, los *tender points* de los *trigger points*.

El concepto de dolor generalizado musculoesquelético se mantiene para referirse al dolor que afecta a la región axial, a ambos lados del cuerpo y al segmento superior e inferior. Resulta difícil, desde el punto de vista clínico, diferenciar este concepto de la alodinia e hiperalgesia generalizada, propias del síndrome de sensibilización central<sup>6</sup>, caracterizado por una hiperexcitabilidad de las neuronas del asta dorsal, provocada por la llegada de estímulos de fibras de pequeño y de gran calibre, que desencadenan fenómenos de hiperalgesia y de alodinia, asociada a la alteración, bien por causa infecciosa, metabólica u hormonal, del haz descendente bulbo-espinal (centro inhibitorio difuso nociceptivo) de efecto analgésico.

Diferentes trabajos han confirmado que en muchos síndromes dolorosos crónicos musculoesqueléticos existe un síndrome de susceptibilidad central, entre ellos la fibromialgia. Pero también en otros cuadros dolorosos del aparato locomotor más localizados, como los síndromes miofasciales cervicales, está constatada su presencia, e incluso, algunos de los síntomas considerados hoy «característicos» de la fibromialgia en los nuevos criterios diagnósticos, como las migrañas, el síndrome de intestino irritable, las cistitis intersticiales u otros, son considerados dentro de los síndromes de susceptibilidad central<sup>7</sup>.

La presencia del estrés emocional, del sufrimiento, con la consiguiente liberación de las hormonas del estrés, está constatado en la mayoría de síndromes dolorosos crónicos<sup>8</sup>, y bien podría ser la causa tanto de los cuadros dolorosos descritos, con susceptibilidad central, como de la afectación del estado de ánimo del paciente, e incluso de

Correo electrónico: fmpintor@iurb.com

algunos de los trastornos cognitivos que frecuentemente se asocian en estas situaciones<sup>9</sup>, reversibles en la mayoría de los casos.

De hecho, los autores reconocen que «la definición de la fibromialgia ha cambiado desde el reconocimiento de los problemas cognitivos y la presencia de síntomas somáticos, factores que no se tenían en cuenta en 1990, con los criterios de clasificación de ACR». La fatiga, o mejor la sensación de fatiga, es considerada ahora dentro de los síntomas «clave». La experiencia clínica indica que la sensación de fatiga, lejos de ser un síntoma más o menos «característico» de la fibromialgia, puede ser considerada dentro de un continuum con la fibromialgia, donde ciertos días el paciente percibe como síntoma predominante el dolor y otros el síntoma más importante es la fatiga. Berrios et al<sup>10</sup> incluso consideran la fatiga una forma de dolor leve, mediada por unos neurotransmisores todavía no reconocidos o identificados, cosa que en absoluto resultaría sorprendente.

Otro de los síntomas considerados clave para el diagnóstico de fibromialgia es la presencia de «sueño no reparador» sin mayor especificación. Esta falta de sueño reparador, con independencia del tipo de insomnio que el paciente con fibromialgia presente, se asociará inevitablemente con la sensación de fatiga o con la fatiga propiamente dicha, así como con las alteraciones del estado de ánimo<sup>11</sup>, temas ambos difícilmente separables y no valorados en los nuevos criterios con la profundidad que merecen.

El diagnóstico de fibromialgia ha sido siempre muy controvertido, por no existir una prueba diagnóstica específica que facilite el mismo y estar basado siempre en una serie de datos subjetivos, bien del paciente, bien del propio médico. Los criterios, tanto los anteriores como los actuales, son de difícil aplicación en la consulta diaria del médico de familia y del especialista en reumatología, y en consecuencia poco prácticos. La solución a este problema diagnóstico no es ir añadiendo comorbilidades al dolor crónico generalizado, sino preguntarse qué tienen en común, cuál es la etiopatogenia compartida, de síntomas tan diferentes como presenta el paciente con fibromialgia.

Por todas estas razones, consideramos que el nuevo trabajo de Wolfe y colaboradores mejora los publicados en

1990, pero lamentablemente no da los datos objetivos y precisos que permitan considerar la fibromialgia como una entidad nosológica nueva, por lo que es muy probable que el número de fibroescépticos<sup>12</sup> siga aumentando en los próximos años.

## Bibliografía

1. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American college rheumatologie preliminary diagnostic criteria for Fibromyalgia and Measurement of symptom severity. *Arthr Care Res.* 2010;62: 600–10.
2. Hadler NM. Fibromyalgia and medicalisation of Misery. *J Rheumatol.* 2003;30:1668–70.
3. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology. Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160–72.
4. Alonso-Fernández F. *Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo.* Madrid: Instituto de España; 2009.
5. Letchumann R, Gay R, Shelerud R, VanOstrand L. Are tender points associated with cervical radiculopathy? *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86:1333–7.
6. Woolf C. Wind up and central sensitization are not equivalent. *Pain.* 1996;66:105–8.
7. Vierck CJ. Mechanisms underlying development of spatially distributed chronic pain (fibromyalgia). *Pain.* 2006;124: 242–6.
8. Allaz F, Cedraschi C. *Reconstruction narrative et attributions traumatiques. En: Emotions et mémoire.* Paris: Mason; 2004. p. 98–103.
9. Maclean SA, Williams DA, Harris RE, Kop WJ, Groner KH, Ambrose K, et al. Momentary relationship cortisol secretion and symptoms in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2006;54:2345–6.
10. Berrios GE, Hernández Vidal P. Concepto y evaluación de la sensación de fatiga. *Medición clínica psiquiátrica y psicológica.* Barcelona: Bulbena Vilarrasa; 2003. p. 124–35.
11. Alonso-Fernández F. Cuadros depresivos somatomorfos. *Psicopatología.* 2002;22:23–43.
12. Blotman F, Branco J. *Fibromyalgia daily aches and pain.* Paris: Editions Privat; 2007.