

ANALES  
DE LA  
**REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA**

---

AÑO 2007 - TOMO CXXIV  
CUADERNO TERCERO  
SESIONES CIENTÍFICAS  
SESIÓN NECROLÓGICA



## **TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS Y FIBROMIALGIA**

### ***FUNCTIONAL DIGESTIVE DISORDERS AND FIBROMYALGIA***

Por el Excmo. Sr. D. MANUEL DÍAZ-RUBIO GARCÍA

Académico de Número

#### **Resumen**

La fibromialgia es un síndrome que se manifiesta por dolor crónico generalizado, con afectación fundamentalmente muscular, presentando una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos, sin alteraciones orgánicas demostrables. Se asocia frecuentemente a diversos trastornos de otras esferas convergiendo siempre su carácter funcional. Aunque está demostrada una alta asociación con el síndrome de intestino irritable, no ha sido estudiada la incidencia de otros síndromes digestivos de distintos tramos del tubo digestivo.

Aportamos los resultados preliminares de un estudio referido a la totalidad de los trastornos funcionales según Roma II, concluyendo que la existencia de estos trastornos es muy prevalente en la fibromialgia, y no solamente el síndrome de intestino irritable, sino todos a aquellos referidos a otras áreas de tracto digestivo. Además hemos comprobado estos trastornos están relacionados con algunas alteraciones psicológicas, y que la conjunción de algunos de ellos hace que estos pacientes tengan una mala calidad de vida.

#### **Abstract**

Fibromyalgia is a syndrome characterized by generalized chronic pain, with mainly musculoskeletal and excess tenderness in certain areas of the body of unknown origin. Patients with fibromyalgia are often affected by additional pain symptoms, mostly functional disorders. People with fibromyalgia experience migraines as well as symptoms of irritable bowel syndrome (IBS). Other digestive functional disorders have not been yet associated with fibromyalgia.

We enclosed preliminary results of a study including all functional disorders according to Rome II criteria. We conclude that these disorders are more prevalent in patients with fibromyalgia and not only the IBS. These functional disorders are also associated with some emotional factors. All these factors make that quality of life in those patients were not good.

La prevalencia del dolor crónico en el ser humano es extremadamente alta afectando profundamente su calidad de vida. Esta prevalencia ha sido estudiada en multitud de países, conviniendo que es algo que se muestra con una gran similitud en todos ellos. Un estudio epidemiológico publicado en el año 2006 y realizado en 15 Estados europeos, sobre un total de 46.394 sujetos, ha demostrado como hasta el 19,5 % de ellos ha sufrido dolor en los seis últimos meses referidos al momento de la encuesta. Pero con independencia de ello se concluye que el 10,43 % presenta dolor crónico, del cual un 66 % de los pacientes lo refiere como moderado y un 34 % como severo.

Las causas de dolor crónico son muy variadas, destacando entre otras la fibromialgia, la cual según los diferentes estudios en España y en otros países se presentan en un alto sector de la población, oscilando entre el 2,8 % y el 4,9 % según los diferentes estudios epidemiológicos.

La fibromialgia es una vieja enfermedad que es conocida con este nombre desde no hace más de 20 años. En la figura 1 se muestra los diferentes nombres o aportaciones puntuales que a lo largo del último siglo se han realizado sobre esta enfermedad.

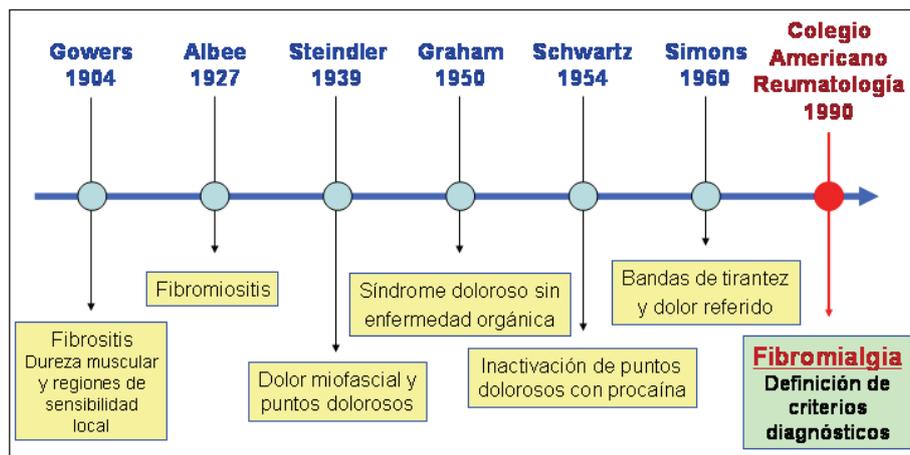


FIGURA 1: Evolución histórica del concepto de fibromialgia.

La fibromialgia es definida como un síndrome que se manifiesta por un estado doloroso crónico generalizado no articular, con afectación ante todo de los músculos, y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos, sin alteraciones orgánicas demostrables. Los criterios para establecer el diagnóstico de fibromialgia fueron establecidos en 1990 por un comité creado por el *American College of Rheumatology* (fig. 2), criterios que siguen estando vigentes en la actualidad. Estos criterios establecen que los pacientes deben presentar una historia clínica en la que se recoja la existencia de dolor difuso crónico de más de tres meses de duración, que no exista ninguna enfermedad orgánica localizada o sistémica ni alteraciones analíticas ni radiológicas, que la exploración física sea normal, y por último que existan al menos once de 18 puntos característicos que se dan es esta enfermedad.

La fibromialgia es una enfermedad que origina una enorme cantidad de problemas algunos de ellos de gran magnitud. Se trata de una enfermedad de gran prevalencia, que afecta fundamentalmente a personas mayores de 50 años, aumentando su frecuencia con la edad. Afecta de forma casi exclusiva a mujeres en una proporción de 9:1 (figura 3), dándose por igual en la mayoría de los países y grupos étnicos. La fibromialgia origina por otra parte una mala calidad de

- **Historia de dolor difuso crónico de más de 3 meses de duración.**
- **Dolor a la presión en al menos 11 de los 18 puntos característicos.**
- **Resto de la exploración física normal**
- **Ausencia de cualquier otra enfermedad sistémica**
- **Ausencia de alteraciones radiológicas y analíticas.**

FIGURA 2: Criterios diagnósticos de fibromialgia.  
(*American College of Rheumatology, 1990*).

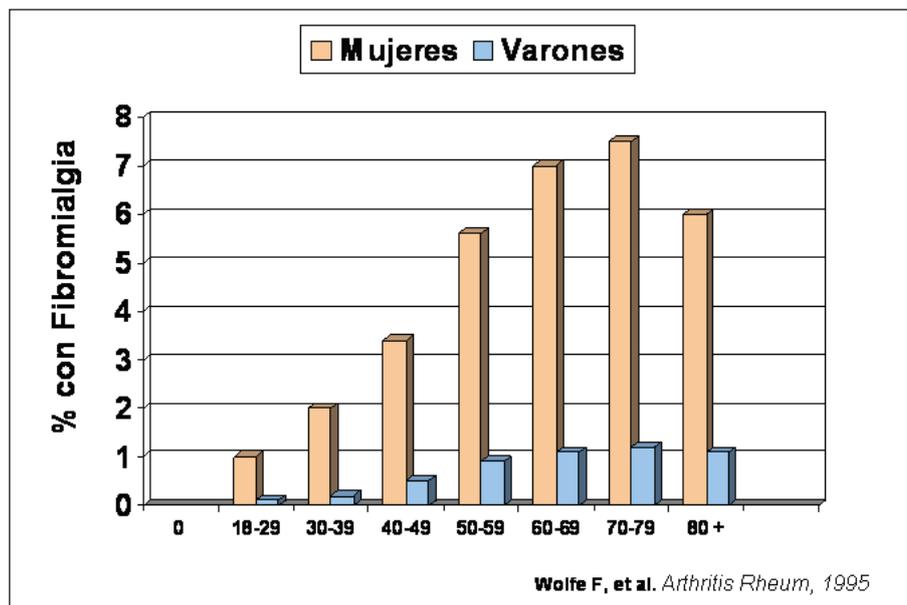


FIGURA 3: Prevalencia de la fibromialgia por edad y sexo.

vida que los pacientes refieren de forma muy detallada y prioritaria entre sus manifestaciones. Uno de los mayores problemas que presentan estos pacientes, es la sensación que ellos perciben de un rechazo tanto social, como laboral y familiar. En ello, sin duda, tienen una parte importante de responsabilidad los médicos y el entorno del paciente, al detectar que se trata de una enfermedad en la que no existe una base orgánica. En cuanto a las enfermedades funcionales está muy arraigado todavía en muchos profesionales el criterio de que se trata de algo banal en la que el propio enfermo magnifica sus síntomas y puede sacar alguna rentabilidad por ello. Esto no es así, como insistimos constantemente cuando nos referimos a las enfermedades funcionales. El conocimiento profundo de la fibromialgia por los médicos ha hecho que ello no sea así en la actualidad, siendo la relación médico-paciente más intensa, de lo que se desprende un mayor beneficio para el paciente. En cualquier caso hay que evitar banalizar la enfermedad para obtener una mayor confianza del paciente.

No se conoce la causa que provoca esta enfermedad aunque existen multitud de agentes a los que se ha inculcado su producción. Sin embargo, si están bastante bien sistematizados los diferentes poten-

ciales mecanismos fisiopatológicos. Entre ellos cabe destacar: 1) Alteraciones de la sensibilización central, 2) Disfunción de centros cerebrales, 3) Anormalidades de los neurotransmisores, 4) Disfunción del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y 5) Alteraciones psiquiátricas. Todos ellos han sido estudiados y en todos los casos de fibromialgia pueden encontrarse alteraciones relacionadas con cada uno de ellos. Parece que existe un elemento común muy importante y es que una hiperalgesia primaria ocasionaría una disfunción central que a su vez produciría una hiperalgesia secundaria. En todo ello intervendría determinados factores estresante, tanto de carácter agudo como crónico, que a través de la disfunción central originaría una alteración de la percepción de la sensaciones.

Una alteración de la sensibilización central existiría en otros procesos además de la fibromialgia lo que daría a entender que se trataría de un síndrome mucho mas amplio con manifestaciones clínicas muy diversas. Cuadros de sensibilización central reconocidos son, además de la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, el síndrome del intestino irritable, la disfunción témporo-maxilar, la jaqueca por estrés, la dismenorrea primaria, los trastornos del movimiento periódico de las extremidades, el síndrome de las piernas inquietas o el síndrome del dolor miofascial. En muchos pacientes estos cuadros se imbrican entre sí, dando lugar a enfermos complejos que deben recibir una evaluación y en su caso un tratamiento multidisciplinario.

Para tratar de entender la fibromialgia se han estudiado un conjunto de variables que según diversos estudios pueden tener una relación con la enfermedad. Entre otras destacan: 1) *Variables biológicas*. Entre ellas se observa un trastorno del sueño reparador, comprobándose que la fase 4 del sueño normal está interrumpida por numerosos intervalos de ondas alfas. Además de lo anterior se han observado casos en los que se ponía de manifiesto una disminución de los niveles de serotonina en líquido cefalorraquídeo, bajos niveles de hormona de crecimiento, elevación de la sustancia P en líquido cefalorraquídeo y cifras bajas de cortisol en la orina. 2) *Variables cognitivas*.

Se ha constatado en pacientes con fibromialgia estados de hipervigilancia, creación de una cultura relacionada con el dolor, autoeficiencia percibida del control del dolor, estrategias de afrontamiento, depresión, ansiedad, estrés postraumático, alteraciones del comportamiento frente al dolor, así como rasgos alterados de la personalidad. 3) *Variables ambientales y socioculturales*. Demostración en muchos

casos de situaciones de abuso en la infancia y además de carácter continuado.

La clínica de la fibromialgia está caracterizada por una serie de manifestaciones que se repiten en todos los pacientes con gran monotonía. Tales son: dolor y rigidez articular generalizada, dolor y debilidad igualmente generalizada, astenia, falta de sueño reparador, carácter crónico de la sintomatología y mejoría en las estaciones cálidas. Junto a ello la exploración nos pone de manifiesto la existencia de puntos dolorosos (figura 4), 18 en total, de los cuales al menos 11 deben ser positivos para establecer el diagnóstico de fibromialgia. Además de lo anterior es frecuente encontrar en estos pacientes otras muchas manifestaciones clínicas. *Neurológicas* (parestias, cefalea tensional, migraña, dificultad de concentración y fallos de memoria

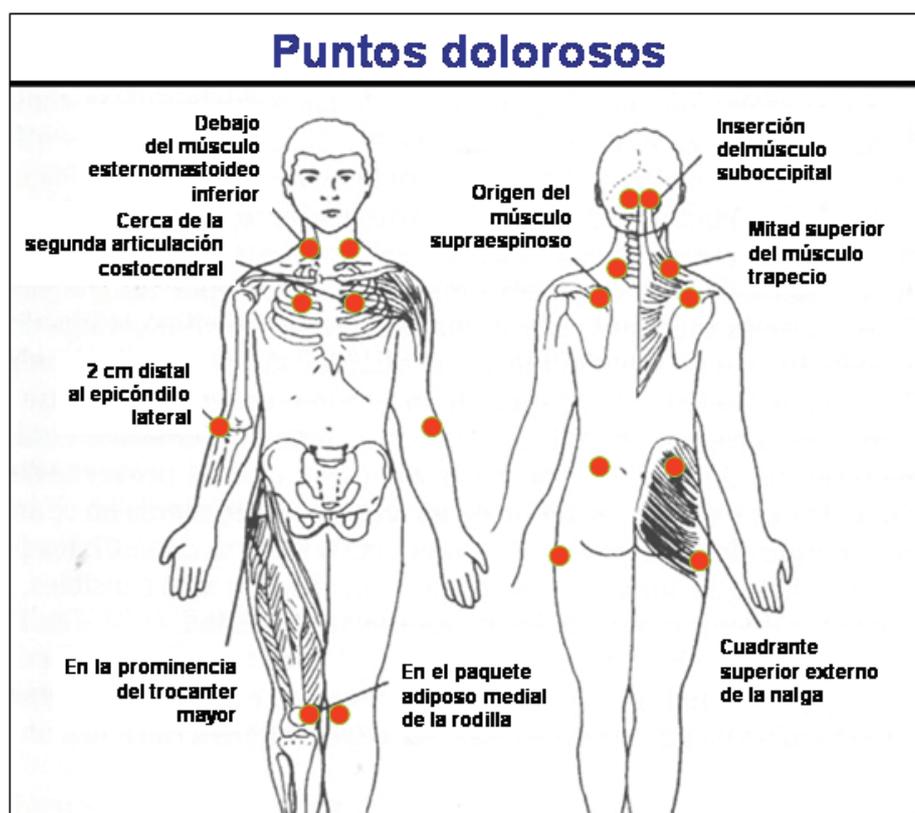


FIGURA 4: Puntos dolorosos en la fibromialgia.

reciente, mareo, intolerancia al ruido), *Torácicas* (palpitaciones, dolor torácico atípico), *Digestivas* (pirosis, síndrome de intestino irritable. *Genitourinarias* (menstruaciones dolorosas, polaquiuria, urgencia miccional) y *Osteomusculares* (dolor plantar, talalgia, dolor témporo-mandibular, fenómeno de Raynaud, sensación subjetiva de tumefacción).

Como en todas las enfermedades es preciso establecer el diagnóstico diferencial, descartando diversas enfermedades que pueden ser motivo de confusión. Entre ellas cabe destacar el *Síndrome de fatiga crónica*, las *Enfermedades dolorosas locales* (Síndrome de dolor miofascial, coexistencia de varias formas de reumatismo de partes blandas, síndrome de la articulación temporomandibular), *Enfermedades reumáticas*

(Conectivopatías y artropatías inflamatorias, poliomiositis-dermatomiositis, polimialgia reumática, osteoporosis, osteomalacia), *Enfermedades endocrinológicas* (Hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, insuficiencia suprarrenal, miopatías metabólicas), *Neuropatías*, *Enfermedades infecciosas* (Epstein-Barr, VIH, y enfermedad de Lyme), *Enfermedades psiquiátricas* (Depresión, trastornos primarios del sueño, neurosis, y reumatismo psicógeno), *Enfermedad tumoral metastásica y síndromes paraneoplásicos*. Finalmente en cuanto al tratamiento de la fibromialgia no existe un tratamiento efectivo, y es un problema no resuelto habiéndose empleado multitud de fármacos sin resultado uniforme y en general malos resultados. Entre las alternativas terapéuticas cabe destacar los *fármacos psicotropos*, tales como amitriptilina, ciclobenzaprina, alprazolán, tetrazepán, inhibidores de la recaptación de la serotonina, ondansetrón, capsaicina tópica, etc, la *terapia analgésica* mediante paracetamol, AINES, tramadol, etc., u *otras alternativas* que contemplan el ejercicio físico, la valoración psiquiátrica, EMG *biofeedback*, terapia cognitivo-conductual, acupuntura, o la infiltración en los puntos dolorosos.

## FIBROMIALGIA Y TRASTORNOS DIGESTIVOS

Como ha quedado comentado ha sido comunicada la existencia de algunos trastornos digestivos en la fibromialgia, concretamente el síndrome de intestino irritable. Diversos estudios han puesto de manifiesto como entre el 32 % y el 81 % de los pacientes con fibromialgia padecen síndrome de intestino irritable, y como a su vez entre el 28 % y el 65 % de los pacientes con síndrome de intestino irritable padecen fibromialgia. Sin embargo esto llama la atención como no

existen estudios dirigidos a conocer la incidencia de otros trastornos funcionales en los pacientes con fibromialgia.

En base a ello, hemos desarrollado un estudio dirigido a estudiar estos aspectos, basándonos en la hipótesis de que si es muy frecuente el síndrome de intestino irritable, la frecuencia de otros trastornos funcionales del tubo digestivo debería ser igualmente alta. La importancia de su conocimiento es grande pues la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia es mala y esta puede empeorar si existen otras causas que originen mala calidad de vida, y hoy sabemos que los trastornos funcionales digestivos origina mala calidad de vida en quien los padece. Por otra parte nos hemos propuesto conocer los grupos sintomáticos y concretamente ver si la clasificación de Roma II para los trastornos funcionales pudiera ser aplicable a aquello que pudiéramos observar en los pacientes con fibromialgia.

Por tanto el objetivo primario era estudiar la prevalencia de los diferentes trastornos funcionales digestivos en pacientes con fibromialgia respecto a la población general, y los objetivos secundarios, 1) estudiar la prevalencia de los diferentes síntomas digestivos en pacientes con fibromialgia respecto a la población general, 2) evaluar si existen agrupaciones de síntomas en pacientes con fibromialgia, diferentes a las establecidas por los criterios diagnósticos de Roma II, y 3) valorar el impacto de los factores psicológicos en la presentación de trastornos funcionales digestivos en los pacientes con fibromialgia

El diseño del estudio se ha basado en estudios de casos y controles. Se estudiaron 100 pacientes diagnosticados de fibromialgia según criterios de la *American College of Rheumatology* pertenecientes a la Asociación de Fibromialgia de Madrid, y elegidos aleatoriamente entre sus miembros, y los controles fueron 100 personas de la sin enfermedades crónicas, apareadas por sexo y edad, extraídas al azar de la población general de la Comunidad Autónoma de Madrid. Para el estudio de nuestros objetivos hemos recurrido a determinados cuestionarios tales como: 1) Cuestionario de síntomas gastrointestinales (*Cuestionario de Roma II*), 2) Cuestionario para valorar trastornos psicológicos asociados (*SCL-90R*), 3) Cuestionario de *screening* de dolor crónico generalizado (*Wolffe*), 4) Cuestionario de calidad de vida genérico (*SF-36*), 5) Cuestionario de calidad de vida específico (*FIQ*).

Los resultados, que serán expuestos con mayor detalle en una publicación aparte, nos pusieron de manifiesto, 1) que prevalencia de síntomas digestivos en el grupo control se es similar a los datos disponibles en población general española, 2) que todos los síntomas

digestivos (excepto los vómitos) son más prevalentes en el grupo de pacientes con fibromialgia, 3) que los pacientes con fibromialgia presentan un mayor número de síntomas digestivos que los controles, y 4) que los pacientes con fibromialgia muestran una agrupación de síntomas referidos a múltiples tramos digestivos con mayor frecuencia.

Sin embargo dos preguntas quedan en el aire tras observar estos resultados. Una ¿por qué tienen más síntomas los pacientes con FM y referidos a más tramos?, pregunta que nuestros datos no nos permiten responder a ella y otra si podemos aplicar los mismos criterios de Roma II a los pacientes con fibromialgia. Esta última se puede intentar responder mediante análisis factorial evaluando la agrupación de síntomas. En este sentido podemos decir que la agrupación de síntomas en los pacientes con fibromialgia mediante análisis factorial muestra una solución de 9 factores compatible con los síndromes clínicos definidos y que por lo tanto podemos aplicar los criterios de Roma II en los pacientes con fibromialgia. Por otra parte al estudiar su relación con los factores psicológicos hemos observado que determinados factores vinculados como, alteración del tránsito, dispepsia y estreñimiento, acumulan las principales relaciones con los factores psicológicos. Por último y en lo relativo a la calidad de vida, hemos visto que el factor vinculado a la diarrea (expresado por urgencia, deposiciones sueltas, más de tres deposiciones al día, más deposiciones con dolor, deposiciones más blandas con dolor e incontinencia anal), se correlacionan con un deterioro de calidad de vida, fundamentalmente por su efecto deletéreo sobre la función social y rol emocional.

Las conclusiones finales que sacamos de un primer análisis de nuestro estudio es que 1) prácticamente la totalidad de los pacientes con fibromialgia presentan trastornos motores digestivos, 2) que todos los tipos de trastornos motores digestivos, según los criterios de Roma II, y no solo el síndrome de intestino irritable, pueden darse en los pacientes con fibromialgia, 3) que llama especialmente la atención la frecuencia de diarrea e incontinencia rectal en estos pacientes, 4) que parte de la mala calidad de vida referida por estos pacientes es debida a la existencia de trastornos motores digestivos, y 5) que el correcto reconocimiento de estos trastorno y el tratamiento consiguiente, cuando proceda, pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de fibromialgia.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABELES, A. M.; PILLINGER M. H.; SOLITAR, B. M.; ABELES, M.: «Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia». *Ann Intern Med.* 2007;146:726-34.
- ARNOLD, L. M.; HUDSON, J. I.; KECK, P. E.; AUCHENBACH, M. B.; JAVARAS, K. N.; HESS, E. V.: «Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders». *J Clin Psychiatry.* 2006;67:1219-25.
- BREIVIK, H.; COLLETT, B.; VENTAFRIDA, V.; COHEN, R.; GALLACHER, D.: «Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment». *Eur J Pain.* 2006;10:287-333.
- BUSKILA, D.; SARZI-PUTTINI, P.; ABLIN, J. N.: «The genetics of fibromyalgia syndrome». *Pharmacogenomics.* 2007;8:67-74.
- BUSKILA, D.; NEUMANN, L.; VAISBERG, G.; ALKALAY, D.; WOLFE, F.: «Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury. A controlled study of 161 cases of traumatic injury». *Arthritis Rheum.* 1997;40:446-52.
- CARBONELL ABELLÓ, J.: «Fibromialgia». *Med Clin (Barc).* 2005;125:778-9.
- CARMONA, L.; BALLINA, J.; GABRIEL, R.; LAFFON, A.: «EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey». *Ann Rheum Dis.* 2001;60:1040-5.
- DESMEULES, J. A.; CEDRASCHI, C.; RAPITI, E.; BAUMGARTNER, E.; FINCKH, A.; COHEN, P.; DAYER, P.; VISCHER, T. L.: «Neurophysiologic evidence for a central sensitization in patients with fibromyalgia». *Arthritis Rheum.* 2003;48:1420-9.
- DIAZ-RUBIO, M.; MORENO-ELOLA-OLASO, C.; REY, E.; LOCKE, G. R.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F.: «Symptoms of gastro-oesophageal reflux: prevalence, severity, duration and associated factors in a Spanish population». *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;19:95-105.
- EPSTEIN, S. A.; KAY, G.; CLAUW, D.; HEATON, R.; KLEIN, D.; KRUPP, L.; KUCK, J.; LESLIE, V.; MASUR, D.; WAGNER, M.; WAID, R.; ZISOOK, S.: «Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation». *Psychosomatics.* 1999;40:57-63.
- GAMERO RUIZ, F.; GABRIEL SÁNCHEZ, R.; CARBONELL ABELLO, J.; TORNERO MOLINA, J.; SÁNCHEZ-MAGRO, I.: «Pain in Spanish rheumatology outpatient offices: EPIDOR epidemiological study». *Rev Clin Esp.* 2005;205:157-63. Errata en: *Rev Clin Esp.* 2005;205:600.
- GRAHAM, W.: «The fibrositis syndrome». *Treat Serv Bull.* 1953;8:400-4.
- KOZANOGLU, E.; CANATAROGLU, A.; ABAYLI, B.; COLAKOGLU, S.; GONCU, K.: «Fibromyalgia syndrome in patients with hepatitis C infection». *Rheumatol Int.* 2003;23:248-51.
- KWIATEK, R.; BARNDEN, L.; TEDMAN, R.; JARRETT, R.; CHEW, J.; ROWE, C.; PILE, K.: «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.
- KURLAND, J. E.; COYLE, W. J.; WINKLER, A.; ZABLE, E.: «Prevalence of irritable bowel syndrome and depression in fibromyalgia». *Dig Dis Sci.* 2006;51:454-60.
- MEARIN, F.; BADÍA, X.; BALBOA, A.; BARÓ, E.; CALDWELL, E.; CUCALA, M.; DÍAZ-RUBIO, M.; FUEYO, A.; PONCE, J.; ROSET, M.; TALLEY, N. J.: «Irritable bowel syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnostic criteria: comparison of Rome II versus previous criteria in a general population». *Scand J Gastroenterol.* 2001;36:1155-61.

- MEASE, P.; ARNOLD, L. M.; BENNETT, R.; BOONEN, A.; BUSKILA, D.; CARVILLE, S.; CHAPPELL, A.; CHOY, E.; CLAUW, D.; DADABHOY, D.; GENDREAU, M.; GOLDENBERG, D.; LITTLEJOHN, G.; MARTIN, S.; PERERA, P.; RUSSELL, I. J.; SIMON, L.; SPAETH, M.; WILLIAMS, D.; CROFFORD, L.: «Fibromyalgia syndrome». *J Rheumatol.* 2007;34:1415-25.
- REY, E.; ELOLA-OLASO, C. M.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F.; LOCKE, G. R.; DÍAZ-RUBIO, M.: «Prevalence of atypical symptoms and their association with typical symptoms of gastroesophageal reflux in Spain». *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2006; 18:969-75.
- SIMMS, R. W.; ZERBINI, C. A.; FERRANTE, N.; ANTHONY, J.; FELSON, D. T.; CRAVEN, D. E.: «Fibromyalgia syndrome in patients infected with human immunodeficiency virus. The Boston City Hospital Clinical AIDS Team». *Am J Med.* 1992; 92:368-74.
- SPERBER, A. D.; ATZMON, Y.; NEUMANN, L.; WEISBERG, I.; SHALIT, Y.; ABU-SHAKRAH, M.; FICH, A.; BUSKILA, D.: «Fibromyalgia in the irritable bowel syndrome: studies of prevalence and clinical implications». *Am J Gastroenterol.* 1999; 94:3541-6.
- SPERBER, A. D.; CARMEL, S.; ATZMON, Y.; WEISBERG, I.; SHALIT, Y.; NEUMANN, L.; FICH, A.; FRIGER, M.; BUSKILA, D.: «Use of the Functional Bowel Disorder Severity Index (FBDSI) in a study of patients with the irritable bowel syndrome and fibromyalgia». *Am J Gastroenterol.* 2000;95:995-8.
- TISHLER, M.; LEVY, O.; MASLAKOV, I.; BAR-CHAIM, S.; AMIT-VAZINA, M.: «Neck injury and fibromyalgia— are they really associated?» *J Rheumatol.* 2006; 33:1183-5.
- VALVERDE, M.; JUAN, A.; RIBAS, M.; CARMONA, L.: *Fibromyalgia*. En: Sociedad Española de Reumatología: EPISER. Grupo Epidor. Madrid, MSD-SER, 2001. pp. 77-91.
- VEALE, D.; KAVANAGH, G.; FIELDING, J. F.; FITZGERALD, O.: «Primary fibromyalgia and the irritable bowel syndrome: different expressions of a common pathogenetic process». *Br J Rheumatol.* 1991;30:220-2.
- WEIR, P. T.; HARLAN, G. A.; NKOY, F. L.; JONES, S. S.; HEGMANN, K. T.; GREN, L. H.; LYON, J. L.: «The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes». *J Clin Rheumatol.* 2006; 12:124-8.
- WEIR, P. T.; HARLAN, G. A.; NKOY, F. L.; JONES, S. S.; HEGMANN, K. T.; GREN, L. H.; LYON, J. L.: «The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes». *J Clin Rheumatol.* 2006; 12:124-8.
- WHITE, K. P.; SPEECHLEY, M.; HARTH, M.; OSTBYE, T.: «The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario». *J Rheumatol.* 1999;26:1570-6.
- WHITE, K. P.; HARTH, M.: «Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia». *Curr Pain Headache Rep.* 2001;5:320-9.
- WHITE, K. P.: «Fibromyalgia: the answer is blowin' in the wind». *J Rheumatol.* 2004;31:636-9.
- WOLFE, F.; ROSS, K.; ANDERSON, J.; RUSSELL, I. J.; HEBERT, L.: «The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population». *Arthritis Rheum.* 1995;38:19-28.

WOLFE, F.; SMYTHE, H. A.; YUNUS, M. B.; BENNETT, R. M.; BOMBARDIER, C.; GOLDENBERG, D. L.; TUGWELL, P.; CAMPBELL, S. M.; ABELES, M.; CLARK, P. et al.: «The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee». *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-72.

## INTERVENCIONES

### Prof. Alonso Fernández

Me complace muchísimo levantarme para felicitar en primer lugar al Prof. Díaz-Rubio por su convincente exposición sobre un tema muy resbaladizo, del que nos ha traído ideas nuevas e interesantes que van a facilitar en el futuro integrar estos conocimientos. Estos conocimientos están tan difuminados que tradicionalmente ha habido un profundo debate y un profundo disenso entre los reumatólogos y los psiquiatras. Parece como si hubiéramos visto dos variantes distintas de lo que es la fibromialgia.

La fibromialgia, descrita por los reumatólogos clásicamente, era una especie de reumatismo idiopático, es decir, un reumatismo sin una causa previsible. La fibromialgia descrita por los psiquiatras estaba muy integrada en cuadros de ansiedad, en cuadros depresivos e incluso en trastornos de la personalidad.

El Prof. Díaz-Rubio nos ha traído hoy una tercera variante asociada a trastornos digestivos y que nos permite contemplar este cuadro tan difuso, tan ambiguo y tan complicado de la fibromialgia con nuevo enfoque. Tenemos tres enfoques distintos y la contribución del Prof. Díaz-Rubio es muy integradora para los tres puntos de vista.

Limitándome a hablar desde el punto de vista clínico-psiquiátrico, el Prof. Díaz-Rubio nos ha presentado la asociación de dos trastornos básicos, el síndrome del intestino irritable y un cuadro poli-miálgico crónico que llamamos fibromialgia y que tiene distintas características para los reumatólogos que para los psiquiatras, como si estuviéramos viendo dos clases distintas de enfermos y es muy posible que sea así, que veamos dos variantes completamente distintas fibromialgias.

Desde el punto de vista de la clínica psiquiátrica la fibromialgia que se presenta en los enfermos que nos visitan en la consulta, que son frecuentísimos, tiene una relación muy profunda con los cuadros depresivos, y esto puede marcarse con un rigor diagnóstico; hay cri-

terios diagnósticos convergentes para apuntar que pertenecen a la depresión.

En esta Academia presenté una comunicación sobre la depresión larvada somatotropa, en donde ocupaban un lugar preminente la fibromialgia y el síndrome de intestino irritable. ¿Qué criterios diagnósticos son? En primer lugar, las características de los síndromes somáticos; en la fibromialgia los dolores originan una sobredependencia del enfermo, le llevan a una calidad de vida desastrosa, experimentan una discapacidad tremenda.

En la psiquiatría se obtienen unos resultados magníficos en el tratamiento de la fibromialgia con comprensión psicoterapéutica y con medicamentos antidepresivos muy bien seleccionados y a pequeñas dosis. Realmente la fibromialgia está emparentada con las enfermedades depresivas, depresiones por la situación socio-laboral del enfermo, y depresiones que arraigan en personalidades neuróticas y que aparecen como complicaciones de la ansiedad neurótica.

Desde el punto de vista de la tipología depresiva que yo manejo, los cuadros depresivos en los cuales se enmarca la fibromialgia, el síndrome del intestino irritable, el síndrome de la fatiga crónica son cuadros depresivos incipientes, en los cuales se detecta la sintomatología depresiva correspondiente al estado de ánimo, humor depresivo, a la falta de impulso, energía, y a los trastornos de los ritmos del sueño, insomnio. Lo que no tienen alterada es la capacidad de comunicación, se expresan muy bien, y esto representa una contradicción que muchas veces desorienta a los clínicos que no están muy familiarizados con los cuadros depresivos. La discomunicación que tiene el cuadro depresivo completo no aparece en los fibromiálgicos y esto puede ocasionar una desorientación en lo que se refiere al diagnóstico y a la comprensión terapéutica del enfermo.

### **Prof. Rodríguez Rodríguez**

La claridad iconográfica ha sido tan elegante como la claridad expositiva que nos ha hecho el Prof. Ríaz-Rubio. En rehabilitación vemos muchos pacientes que nos dicen que tienen fibromialgia y tras discurrir muchas etapas, empezamos a distinguir lo que es un síntoma de fatiga de un síndrome miofacial.

Fácilmente los médicos etiquetan a los pacientes de fibromialgia, muchos pacientes que llegan a nuestro servicio y que no tienen una fibromialgia, porque son mujeres de más de 50 años, o tienen artro-

sis, mujeres que han tenido un latigazo cervical; llevan un proceso muy malo porque tienen una desviación de columna vertebral, un desequilibrio escapulomerale, un desequilibrio de pelvis, y tienen unas contracturas anómalas que aparecen como una fibromialgia, pero que es una historia natural de una desviación de columna.

El gran problema de etiquetar mal a una paciente con una fibromialgia es que queda estigmatizada durante muchos años, que no encuentra solución y que tiene dolores. La punción de la aguja seca es un tratamiento que ha ido muy bien en el síndrome miofacial. En la fibromialgia la acupuntura parece que va bien en casos sin evidencia científica. Los únicos resultados que tenemos con evidencia científica con el ejercicio físico en la fibromialgia es que no hay una evidencia científica marcada porque no hay metanálisis. Ha aparecido recientemente un estudio en el que hay la misma correlación con el ejercicio en el agua o fuera del agua; no son ejercicios analíticos específicos, sino ejercicios aeróbicos que mejoran su proceso.

### **Prof. Lucas Tomás**

Al Prof. Díaz-Rubio le tengo que comentar, cuando hablamos de tubo digestivo, que en la parte proximal está la boca y nosotros tenemos descrito desde hace muchos años el síndrome de Costem, un dolor irradiado, difuso y especial que aparece en las articulaciones temporomandibulares, es bilateral e irregular.

Hoy nos ha hablado del síndrome del dolor miofacial, del síndrome temporomandibular, del dolor osteomuscular y el dolor disfunción temporomandibular. Nosotros también tenemos este síndrome, que se da fundamentalmente en mujeres, más de un 70 %; tienen una personalidad muy particular, son capaces de producir un dolor somatotrofo o somatotrofo, pero son enfermos con ciertos problemas. Este síndrome se da en nuestra especialidad en mujeres de 17 a 21 años, después hay un silencio y vuelve a aparecer a los 30-35 años para desaparecer finalmente.

La situación social emocional, problemas personal, situación laboral, encontrar un puesto de trabajo. No estamos hablando de artritis, ni de periartrosis, estamos hablando de problemas funcionales que duelen y que sin embargo no tienen lesión.

**Prof. Yuste Grijalba**

No voy a comentar el contenido porque es obvio que ha sido deslumbrante y exacto. Quiero subrayar la oportunidad de traer a la Academia algo que para muchos no existe. Incluso después de tener sus siglas en el Colegio de Reumatología, hay gente que no se cree que existe la fibromialgia.

A partir de ahora es posible que muchos evaluadores del sistema de protección social tengan que tener en cuenta que además de eso que es el dolor tan subjetivo, podemos presentar para defensa de las incapacidades elementos clínicos suficientes para que estas personas tengan una defensa que ahora no tienen, y en ese sentido, la oportunidad de la comunicación ha sido extraordinaria.

**Prof. Blázquez Fernández**

Me ha gustado mucho la exposición porque es un tema actual que en el siglo XXI se está afianzando. En la descripción que ha hecho el Prof. Díaz-Rubio he visto que la fibromialgia es muy difusa y afecta a muchos órganos y he observado que hay un paralelismo con aquellos lugares del sistema nervioso central y del sistema neurovegetativo, especialmente en el digestivo donde existen una serie de neurotransmisores, pero también neuropéptidos que están en el sistema nervioso central. De hecho, alguno de ellos se llamaron en su día hormonas intestinales, ahora son péptidos reguladores que están en el cerebro y en el tubo digesto.

Estos péptidos tienen todas esas alteraciones que pueden explicar por deficiencias en la liberación o en la actividad que realicen. Estos péptidos alteran la motilidad intestinal, alteran la conducta alimentaria, pueden disminuir la concentración en el cerebro de serotonina.

Mi pregunta es si realmente hay alguna relación de los síntomas y signos clínicos de esta enfermedad y una contribución del sistema neurovegetativo. Dentro de estos neuropéptidos están las alteraciones del estómago, la pesadez por una alteración en el vaciamiento gástrico.

**Dr. Martínez Fornés**

Felicitar al Prof. Díaz-Rubio por haber traído un tema tan académico como la fibromialgia que no se había tratado en extensión, y la

forma tan lúcida con la que ha expuesto este tema tan controvertido. Creo que debe la fibromialgia llamarse síndrome y no enfermedad. Es un proceso de etiología desconocida, con una etiopatogenia muy distinta donde avocan varias avenidas. Son personas que se han educado en lo que yo llamo la cultura de la quejumbre, desde jóvenes siempre se han estado quejado y tienen la neurosis de pensión, y cuando logran que la seguridad social les jubile prematuramente, con un poco de psicoterapia el cuadro casi desaparece. Tienen aspecto de victimismo, no tienen anatomía patológica, no tienen un tratamiento determinado. Mejor llamarle síndrome porque permite incluir las tres variantes, la indicada por el Prof. Díaz-Rubio y las dos del Prof. Alonso Fernández.

Creo que sería muy interesante que un servicio del prestigio del Prof. Díaz-Rubio de aparato circulatorio hiciese un trabajo similar para ver las alteraciones funcionales que tiene. Soy uno de los pocos médicos que ha estudiado la fibromialgia en un tratado de patología médica que firman los Prof. Díaz-Rubio y Espinós.

#### **Dr. Castillo Ojugas**

El Prof. Díaz-Rubio ha presentado una magnífica conferencia y ha puesto muy claramente lo que es una fibromialgia. Decían los clásicos franceses que cuando los enfermos reumáticos te daban la mano te entregaban la tarjeta de diagnóstico. Los reumatólogos cuando vemos a una señora con una bolsa llena de radiografías y análisis le damos el diagnóstico de fibromialgia. Para diagnosticar la fibromialgia está demasiado frivolidado, hay que eliminar cualquier enfermedad orgánica. Detrás de muchas fibromialgias hemos encontrado hepatitis C activas, síndrome de Segren inicial, etc.

En reumatología siempre hemos considerado la fibromialgia como reumatismo psicógeno; actualmente, en muchos servicios de reumatología hay unidades de fibromialgia, en las cuales está el reumatólogo, el rehabilitador, el psicólogo, el psiquiatra y el asistente laboral.