



Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica: conocimientos actuales

Javier Rivera
Unidad de Reumatología
Instituto Provincial de Rehabilitación
Hospital Universitario
Gregorio Marañón. Madrid

En el momento actual existe ya suficiente grado de evidencia científica como para considerar a la fibromialgia (FM) y al síndrome de fatiga crónica (SFC) como enfermedades reales, y no problemas imaginarios creados por el propio paciente, como se han tratado de considerar en algunos momentos.

Es importante aclarar que tanto la FM como el SFC no son enfermedades nuevas. Están suficientemente documentadas desde hace mucho tiempo, aunque con otros nombres distintos, y mezcladas en muchas ocasiones con otras enfermedades de las que entonces no existía la posibilidad de distinguir las fácilmente. Lo que conocemos desde hace más de 30 años con el nombre de FM se estableció siguiendo unos criterios de clasificación elaborados por la Academia Americana de Reumatología en 1990, se reconoció como enfermedad por la OMS en 1992, y sabemos por estudios epidemiológicos

realizados en la población general que afecta a entre un 2 y un 4 por ciento de la población adulta. El SFC es mucho menos frecuente en la población general, afectando a un 0,5-2 por mil de la población, siguiendo los criterios diagnósticos elaborados en 1994.

Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica: ¿Son dos enfermedades distintas?

A pesar de tener nombres distintos y de que el síntoma fundamental que lleva al paciente a consultar con el médico tampoco es el mismo en ambas enfermedades, el resto de las manifestaciones clínicas son sorprendentemente parecidas y las comparten unos porcentajes muy elevados de pacientes. La gran mayoría de pacientes con FM (30-40 veces más frecuente) frente al escaso número de ellos con SFC probablemente refleje sólo la exigencia de los

criterios de clasificación, que en el caso del SFC son tan estrictos que sólo algunos pacientes cumplen inicialmente con ellos y otros muchos, aún teniendo prácticamente el mismo cuadro clínico, no son diagnosticados al no reunir dichos criterios.

Por otra parte, es también sorprendente que hasta el 70 por ciento de los pacientes con FM cumplan también con los criterios de SFC, y que a un porcentaje ligeramente más bajo le ocurra lo contrario, indicando claramente que algunos mecanismos patogénicos deben compartir ambas enfermedades.

Por lo demás, los mismos agentes etiológicos y mecanismos patogénicos se han considerado y estudiado en ambos grupos de enfermos y las evidencias científicas disponibles en la actualidad son también bastante parecidas en ambas enfermedades.

¿Estamos, entonces, hablando de la misma enfermedad? Lo más probable es que sí, aunque vista en dos momentos evolutivos distintos. También es posible que la predisposición genética y la respuesta del paciente ante un mismo agente causal sean diferentes haciendo que en unos casos prevalearan unos síntomas frente a los otros. Esto, sin ir más lejos, es lo mismo que ocurre con la mayoría de las enfermedades.

En cualquier caso, no existe ninguna evidencia científica suficientemente sólida que permita asegurar que estas dos enfermedades sean distintas, estén producidas por agentes etiológicos distintos o que haya diferentes mecanismos patogénicos involucrados. Por el contrario, las evidencias científicas y terapéuticas de que disponemos en la actualidad son muy similares en ambas enfermedades sugiriendo que estamos hablando de una misma enfermedad.

A pesar de tener nombres distintos y de que el síntoma fundamental que lleva al paciente a consultar con el médico tampoco es el mismo, el resto de las manifestaciones clínicas son muy parecidas en ambas enfermedades

La FM es, por el momento, la mejor estudiada de ellas y en donde más datos y más ensayos clínicos terapéuticos existen.

Además de ser una enfermedad frecuente, presenta un curso crónico con escasas recuperaciones espontáneas. Se acompaña también de una gran morbilidad asociada, es decir, estos pacientes tienen un mayor número de otros problemas de salud, son sometidos a más intervenciones quirúrgicas, tienen más estancias hospitalarias, acuden con más frecuencia a los servicios de urgencias y consumen más medicamentos que la media de la población. La calidad de vida percibida por los pacientes con FM es una de las peores, incluso peor que la de pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas incapacitantes. Este panorama tan poco halagüeño repercute de una manera muy importante en la vida del paciente, afectando en grado variable a su esfera personal, familiar, social y laboral.

Evidencias científicas

¿Qué conocimiento tenemos actualmente de las causas y de los mecanismos involucrados en la FM?

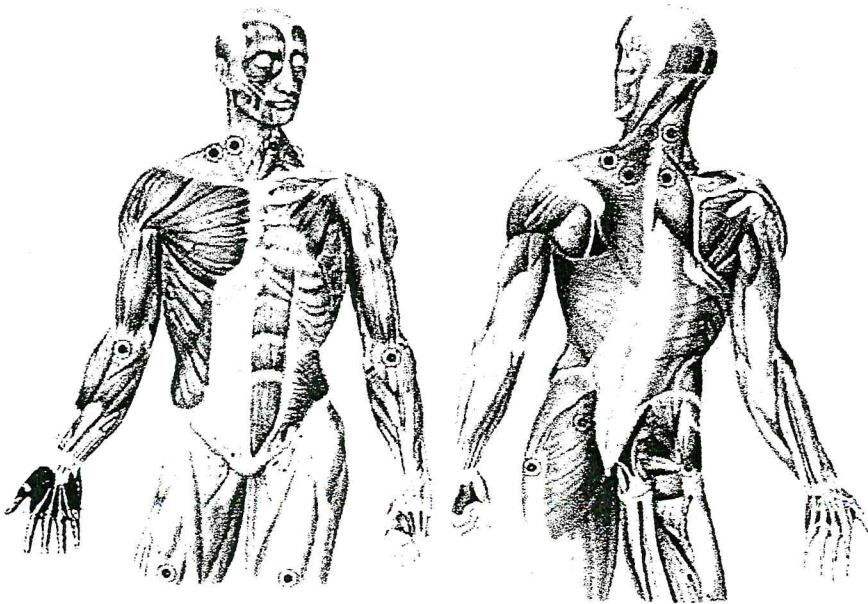
En primer lugar, existe una clara agrupación familiar, existiendo familias con varios miembros afectados en varias generacio-



Una alteración en los niveles de los neuromoduladores explicaría, además del dolor músculo esquelético generalizado, los síntomas depresivos, los altos niveles de ansiedad y las alteraciones del sueño tan frecuentes en estos pacientes

nes. Así, el 28 por ciento de los hijos de padres con FM también padecen la enfermedad, y el riesgo de padecerla entre los familiares de afectados se ha calculado en 8,5 veces mayor que el de la población general. Estos datos sugieren una predisposición genética y, en este sentido, se han encontrado varios genes que podrían predisponer al desarrollo de la enfermedad.

En los últimos años se han realizado varios estudios tratando de descubrir agentes infecciosos, enfermedada-



des musculares, enfermedades inflamatorias crónicas, enfermedades autoinmunes, traumatismos físicos o altos niveles de estrés psicológico que pudieran explicar el origen de la enfermedad. Pero, hasta el momento, los datos de que disponemos sugieren que estos agentes actúan como desencadenantes del un cuadro clínico en un sujeto predispuesto y no como verdaderos responsables directos del mismo.

Las investigaciones más recientes indican que en los pacientes con FM existe una alteración de algunos neuromoduladores (serotonina, noradrenalina, sustancia P, etc.) que hacen que estos pacientes tengan un umbral

disminuido para la percepción del dolor, sintiendo como dolorosas sensaciones que para otras personas no lo serían.

Esto es lo que se conoce como la teoría de la alteración del procesamiento del dolor, ya que estos neuromoduladores actúan en diferentes centros nerviosos, tanto centrales como periféricos, siendo los responsables del procesamiento correcto de los estímulos dolorosos. Dependiendo del tipo de neuromodulador alterado y del centro en donde este actúe, se producirán las múltiples y variadas manifestaciones clínicas de la enfermedad.

De esta manera, una alteración en los niveles de estos neuromoduladores explicaría, además del dolor músculo esquelético generalizado, los síntomas depresivos, los altos niveles de ansiedad y las alteraciones del sueño tan frecuentes en estos pacientes. Pero, además, este trastorno en los neuromoduladores del sistema nervioso podría afectar al eje hipotálamo hipófisis adrenal, siendo responsable de las numerosas alteraciones

neuroendocrinas descritas. Por último, la repercusión de este trastorno sobre el sistema nervioso autónomo explicaría satisfactoriamente algunas de las manifestaciones clínicas más frecuentes, como el síndrome del intestino irritable, los mareos, las cefaleas, las palpitaciones o el síndrome de la vejiga irritable, todos ellos muy frecuentes en los pacientes con FM.

Evidencias terapéuticas

No existe un tratamiento curativo que solucione definitivamente el problema de estos pacientes. Sin embargo, en la actualidad existen ya una serie de medidas terapéuticas que han demostrado una clara eficacia con notables mejorías en las manifestaciones clínicas y la calidad de vida.

Entre los medicamentos que han demostrado una mayor eficacia se encuentran los antidepresivos tricíclicos amitriptilina y nortriptilina, y el relajante muscular ciclobenzaprina. Estos fármacos, además de mejorar los síntomas depresivos y el estado de ánimo, mejoran también el dolor y otras manifestaciones clínicas de los pacientes.

El inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, fluoxetina, también ha demostrado su eficacia en estos pacientes, aunque con un grado menor de evidencia científica. Existen algunos indicios de que la combinación de amitriptilina y fluoxetina puede resultar superior a la utilización de cualquiera de ellos por separado.



Los analgésicos del tipo paracetamol y tramadol, solos o asociados, también han demostrado un buen grado de eficacia en el manejo del dolor. Sin embargo, los antiinflamatorios y los opioides mayores no han sido capaces de mostrar su eficacia en el manejo de este síntoma.

Algunos fármacos como la duloxetina, pregabalina, milnacipran, ritanserina o tropisetron han mostrado buenos resultados en los primeros ensayos clínicos realizados, pero los escasos datos disponibles no permiten todavía hacer recomendaciones sobre su uso.

Otros fármacos como las benzodiacepinas, s-adenosil metionina, corticoesteroides, melatonina o dehidroepiandrosterona, no han sido capaces de mostrar ninguna eficacia en estos pacientes.

La realización habitual de ejercicio físico aeróbico ha demostrado en numerosos ensayos clínicos su eficacia en el control de los síntomas de estos pacientes. Se ha probado que mejora, además de la capacidad para realizar esfuerzos físicos, varias manifestaciones clínicas como el dolor, la fatiga, la ansiedad, los síntomas depresivos, y mejora la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, la calidad de vida y el impacto que la FM produce en la vida del paciente. Ningún ejercicio aeróbico se ha mostrado superior a otro (natación, gim-

nasia, danza, ciclismo, etc.); pero sí se ha encontrado que los ejercicios aeróbicos son más beneficiosos que los ejercicios de flexibilización.

Las diversas modalidades de terapias psicológicas como la terapia cognitiva conductual, técnicas de relajación, biofeedback, educación, etc., han probado también su utilidad en el control de los síntomas de estos pacientes.

La evidencia más sólida sobre la eficacia de estas medidas terapéuticas se ha obtenido con el tratamiento multidisciplinar en el que una combinación de algunos de los fármacos anteriormente mencionados, la realización diaria de ejercicio físico y el empleo de algunas de las modalidades de terapia psicológica son capaces de mejorar la calidad de vida de los pacientes con FM.

Dentro de las diversas modalidades de medicinas alternativas y complementarias, solo el uso de campos electromagnéticos y algunas medidas de homeopatía han demostrado cierta utilidad, aunque con un grado de evidencia científica muy limitada. Otras modalidades terapéuticas como quiropraxia, osteopatía, acupuntura, ozonoterapia, dietas vegetarianas, suplementos vitamínicos y minerales, no han sido todavía capaces de demostrar su eficacia en el tratamiento de estos pacientes.

El salón de actos del Ministerio de Sanidad y Consumo acogió el pasado mes de noviembre el primer Congreso de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica España 2005, *Realidad y Soluciones*.

Durante su presentación, **Mar Arruti**, presidenta de la Coordinadora de Asociaciones de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica, incidió en la importancia de que el Ministerio de Sanidad promueva la creación de un Plan Integral de esta enfermedad, en cumplimiento de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Por otra parte, el doctor **Luis de Teresa**, jefe del Servicio de Medicina Interna y del Servicio del Caím del Hospital San Vicente Raspeig, señaló que "estos síndromes no reciben el mismo trato que otras patologías".

En el terreno sanitario, se alcanzaron las siguientes conclusiones:

Existe en la actualidad suficiente evidencia de la problemática que genera el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia con una gran repercusión tanto de los pacientes, como de los facultativos y del propio sistema sanitario.

Se ha elaborado por parte del Ministerio de Sanidad un documento de consenso en el que se pone de manifiesto las características de estas enfermedades, así como las posibles soluciones aplicables. Sin embargo, la aplicación concreta de las políticas sanitarias en FM-SFC depende de cada una de las comunidades autónomas. En estos momentos no existe el mismo grado de desarrollo asistencial en cada una de las comunidades autónomas, creando diferencias en la asistencia a estos pacientes.

El SFC-FM debe atenderse inicialmente en asistencia primaria, a la que hay que dotar de los recursos sanitarios adecuados para proporcionar la mejor asistencia posible. La asistencia especializada en FM-SFC debe reservarse a aquellos casos con mayor complejidad, con afectación más grave que requiera un abordaje multidisciplinar. Las unidades especializadas deben estar destinadas a coordinar guías de actuación, protocolos e investigación clínica. Es importante que exista una correcta coordinación entre profesionales, Administración y asociaciones de pacientes.

Para mejorar la atención a los pacientes con SFC-FM, debería realizarse una formación específica en estas enfermedades a nivel de atención primaria. En segundo lugar, debería agilizarse de forma coordinada la utilización de los recursos actualmente disponibles (psicólogos, fisioterapeutas, trabajadoras sociales, etc.) para que el tratamiento multidisciplinar sea lo más eficaz posible. Otros trabajadores sanitarios, como enfermeras y auxiliares sanitarios, deberían ser formados para contribuir a la atención de estos pacientes.

El papel fundamental de las asociaciones de pacientes radica en la información veraz y en la educación para mejorar la enfermedad.