

FIBROMIALGIA. SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.

Estela Martín del Castillo, Patricia Márquez Rodríguez

PALABRAS CLAVE:

Fibromialgia, Síndrome Fatiga Crónica, Dolor, Ejercicio, Terapia y ejercicio.

ABREVIATURAS:

FM: Fibromialgia; **SFC:** Síndrome de Fatiga Crónica.

1. INTRODUCCIÓN

El dolor de origen músculo-esquelético es uno de los síntomas más comunes referido por los pacientes en la consulta de rehabilitación. La Fibromialgia (FM) y el Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) son dos enfermedades diferentes con sintomatología similar, lo que en ocasiones dificulta su diagnóstico.

Ambas enfermedades se han convertido en un problema social en los países desarrollados en los últimos años, por ello es importante hacer hincapié en su correcto diagnóstico y su manejo terapéutico apropiado.

La FM, se describe como un estado doloroso crónico generalizado, sobre todo, en el aparato locomotor, que asocia una exagerada hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos (Tender Points) y sin alteraciones orgánicas demostrables. Se relaciona con gran cantidad de síntomas, entre los que cabe destacar la fatiga persistente, sueño no reparador, rigidez generalizada y síntomas ansioso-depresivos⁽¹⁾.

El SFC, por su parte, se caracteriza por una fatiga intensa, física y mental, que no remite completamente tras el reposo, persistiendo más de veinticuatro horas y empeorando con el incremento de la actividad tanto física como mental. La aparición de esta enfermedad obliga a adaptar la intensidad de las actividades de la vida diaria. Así mismo, se acompaña de síntomas inespecíficos entre los que se encuentran la debilidad en miembros inferiores, dolores osteoarticulares, déficit de memoria y/o concentración e insomnio.

Se trata de dos enfermedades descritas hace pocos años. La primera reseña histórica de la FM con terminología similar a la actual data del año

1972, cuando Hugh A Smythe describió un cuadro de dolor generalizado y puntos de sensibilidad específicos. No será hasta cuatro años más tarde cuando se introduce el término “fibromialgia” para nombrar el síndrome. El SFC fue descrito por primera vez por GP Holmes, que realizaron una clasificación inicial de la “fatiga o astenia crónica”. Esta clasificación no distinguía entre los tipos de cansancio indeterminado, por lo que en 1990 K Fukuda et al establecieron los criterios diagnósticos internacionalmente aceptados. En 2003 se realizó la propuesta de criterios diagnósticos canadienses, que son los más eficaces para su diagnóstico diferencial en la actualidad.

La etiología y patogenia continúan siendo desconocidas y controvertidas. Se considera que son de origen multifactorial, asociados a desencadenantes ambientales.

La sintomatología descrita por los pacientes es muy variable y subjetiva, lo que complica el diagnóstico diferencial entre la fibromialgia, los síndromes de fatiga crónica, e incluso, determinadas somatizaciones.

Para poder clasificar y abordar adecuadamente a los pacientes con estas dos enfermedades se recomienda una evaluación por un equipo multidisciplinar que debería incluir al Médico de Atención Primaria, Reumatólogo, Traumatólogo, Médico Rehabilitador y Psiquiatra.

2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA FM Y SFC

La incidencia de la FM en los países Europeos se estima entre el 2.73-4%, siendo más frecuente en mujeres (mujeres/hombres 8:1) de edad media

(entre 30 y 50 años). La prevalencia se encuentra aproximadamente en el 10.5% de la población. En España, según estudio EPISER 2000, la prevalencia se estima en el 2,37%, siendo del 4,2 % en mujeres frente al 0,2% en hombres; y un pico de edad entre los 40 y 49 años⁽²⁾.

En cambio, la incidencia del SFC es de 1 caso por cada 1000 habitantes, siendo más frecuente en mujeres (mujeres/ hombres 4:1) jóvenes (entre 20 y 40 años). La prevalencia es muy homogénea a nivel mundial, estimándose actualmente entre el 0.2 y el 0.5% de la población, afectando a todos los grupos raciales y ambos sexos. En España se admite que sufre la enfermedad entre un 0,2 y un 0,5% de la población general, siendo un caso por cada 1,000 habitantes.

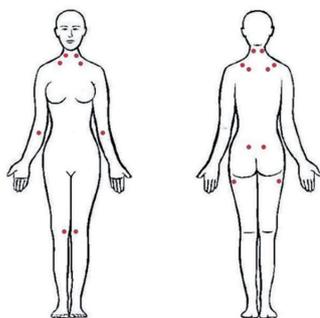
3. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA FM

La clasificación de la FM ha ido variando a lo largo de la historia, sin llegar a día de hoy a un consenso claro^(3,4).

La primera clasificación fue la de Rossenberg, del año 1959, aunque en esa fecha a la enfermedad aún se la conocía como “fibrositis”. Esta clasificación es similar a la de Vitoli de 1989, donde comienza a denominársela Síndrome de Fibromialgia Primaria.

En segundo lugar, cabe destacar la clasificación del Colegio Estadounidense de Reumatología de 1990. En este caso se introduce como criterio diagnóstico la presencia de dolor generalizado asociado a hiperalgesia en al menos 11 de los puntos de sensibilidad definidos.

Figura 1: Distribución de los puntos fibromiálgicos.



En tercer lugar, Turk Psiquiatra de la Universidad de Pittsburgh, añadió a los criterios establecidos previamente, la asociación de esta con perfiles psicossociales, quedando dividida en tres subgrupos:

- Disfuncional (Dysfunctional): presentan dolor de alta intensidad y asocian discapacidad.

- De angustia interpersonal (Interpersonally Distressed): presentan menos dolor que en el grupo anterior, pero existe poca aceptación de la enfermedad por parte de las personas cercanas al paciente.
- Sin problemas de adaptación (Adaptive Coping): escaso dolor y escasos problemas emocionales, sin interferencias en las actividades de la vida diaria.

En cuarto lugar, Hurting en el año 2001 los dividió según su sensibilidad a la temperatura, concepto que resulta de gran interés para la elección del tratamiento adecuado. Los dividió fundamentalmente en dos grupos:

- Grupo con sensibilidad térmica al frío y al calor.
- Grupo mínimamente sensible al calor.

En quinto lugar, Giesecke en el año 2003 realiza una clasificación de acuerdo a los perfiles psicopatológicos de los pacientes y a la respuesta de cada uno de ellos al dolor.

En Sexto lugar, Blasco en el año 2006 analiza el perfil psicopatológico de estos pacientes, aplicando una serie de cuestionarios entre los que se encuentran:

- State-Trait Anxiety Inventory Estado/Rasgo (STAI-E/R).
- Beck Depression Inventory (BDI).
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI).

La aplicación de estos test de lugar al “índice de perfil psicopatológico en FM, permitiendo dividir a los pacientes en 2 tipos de perfiles psicopatológicos, con el objetivo de conseguir un abordaje terapéutico más adecuado.

Por último, en el año 2007, Müller, basándose en su experiencia personal, realizó una clasificación en 4 grupos:

- Tipo I: aquella en la que los pacientes no tienen otros procesos asociados.
- Tipo II: pacientes que asocian enfermedades crónicas reumáticas o autoinmunes.
 - Subtipo IIa: asociada a enfermedades sistémicas.
 - Subtipo IIb: asociada a procesos locoregionales (síndrome doloroso regional).
- Tipo III: pacientes con enfermedades psiquiátricas severas.

- Tipo IV: pacientes que simulan los síntomas de la fibromialgia.

Esta última clasificación puede ser de utilidad en la práctica clínica diaria ya que permite la identificación de subgrupos de pacientes más homogéneos, permitiendo hacer unas pautas diagnósticas y terapéuticas de forma más sencilla.

4. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SFC

Los criterios diagnósticos de Fukuda de 1994 son los siguientes:

- Inicio de fatiga crónica con afectación física y mental grave, con un impacto en la actividad y capacidad habitual mayor del 50%, durante al menos seis meses, que no pueda ser atribuido a otra enfermedad.
- Padeecer al menos de cuatro de los siguientes síntomas de forma persistente o intermitente durante al menos seis meses: alteración de la memoria y/o concentración a corto plazo, faringoamigdalitis, ganglios linfáticos palpables y dolorosos a la palpación, polimialgias, artralgias sin signos inflamatorios, cefalea de características diferentes a las previas, alteración del descanso nocturno, febrícula o malestar tras esfuerzo que persiste más de veinticuatro horas.
- Criterios de exclusión: condición médica que pueda justificar la fatiga, trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar, esquizofrenia, demencia, anorexia, bulimia, enfermedades autoinmunes activas, SIDA, abuso de sustancias tóxicas, obesidad mórbida.

Posteriormente y según los Criterios Canadienses de 2003, una persona con SFC debe reunir los siguientes criterios diagnósticos:

- Cansancio o agotamiento extremo: inicio de cansancio físico y mental inexplicable, recurrente, que produzca alteración de la actividad diaria habitual.
- Malestar y/o cansancio tras esfuerzo: desaparición de la resistencia habitual a nivel físico y mental, con fatigabilidad, con un periodo de recuperación de más de veinticuatro horas.
- Alteración del descanso nocturno: el sueño se caracteriza por ser poco reparador, con alteraciones en el ritmo.
- Poliartralgias y/o polimialgias: suelen ser migratorios. Puede asociar cefalea de características diferentes a las padecidas previamente.
- Trastornos cognitivos, deben estar presentes al menos dos de los siguientes: desorientación,

confusión, déficit de atención y concentración, alteración de memoria a corto plazo, dificultad en el procesamiento del lenguaje (nominación), alteraciones sensoriales y perceptivas, ataxia, fotofobia y sonofobia.

- Al menos un síntoma de los siguientes:
 - Alteraciones Neurovegetativas: hipotensión ortostática, alteraciones intestinales, poliuria, palpitaciones, inestabilidad vasomotora y trastornos respiratorios.
 - Alteraciones Inmunológicas: signos inflamatorios en ganglios linfáticos, odinofagia, estado gripal recurrente, malestar general, cambios en las alergias preexistentes, hipersensibilidad medicamentosa.
 - Alteraciones Neuroendocrinas: alteraciones termoestáticas, intolerancia a las temperaturas extremas, cambios en el apetito, intolerancia al estrés, labilidad emocional.
- Persistencia de la sintomatología al menos seis meses.

Previamente al diagnóstico de SFC se debe excluir cualquier enfermedad que pueda causar la misma sintomatología, como es el caso de la Enfermedad de Addison, el Síndrome de Cushing, hipo o hipertiroidismo, Tiroiditis autoinmune, anemia, diabetes, cáncer, Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño, Trastornos infecciosos o inmunológicos, enfermedades neurológicas y reumatológicas, alteraciones psiquiátricas y abuso de sustancias tóxicas.

5. CLASIFICACIÓN SEGÚN CIE-10

La FM fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud en 1992 y fue tipificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0. EL SFC está clasificado en el CIE-10 con el código G93.3 bajo el título de "Síndrome de Fatiga Crónica Post-viral". Sin embargo, a día de hoy continúan generando situaciones clínicas conflictivas y polémicas científicas, sobre todo en relación con las incapacidades, dada la ausencia de afección orgánica específica demostrable, la ausencia de pruebas diagnósticas confirmatorias y la relación con problemas psicopatológicos.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de la FM y el SFC deberá hacerse con las siguientes entidades: Encefalomielitis Miálgica, Neurastenia, Sensibilidad

Ambiental Idiopática, Mononucleosis Crónica, Episodio Depresivo Mayor, Trastorno por Estrés Post-traumático, Obesidad Mórbida, Hipotiroidismo, Hemoglobinopatías, Cáncer, Hiponcondría, Trastorno de Conversión y Somatización.

7. ETIOPATOGENIA

Basándonos en esta clasificación, se pueden hacer aproximaciones en cuanto a la etiopatogenia de la FM y su relación con el tratamiento para apropiado para cada subtipo.

TIPO I

En el primer subgrupo se desconoce por completo la etiopatogenia del proceso. En el estudio de Muller et al encontraron concentraciones elevadas de Factor de Necrosis Tumoral alfa (TNF α), IL-1 e IL 10, lo que podría justificar alteraciones inmunitarias locales, por lo que este subgrupo requerirá un enfoque terapéutico diferente al resto. Se recomienda un uso de terapia farmacológica centrada en el síntoma principal, incluyendo fármacos anti-depresivos con propiedades analgésicas y/o analgésicos puros.

TIPO II

La hipótesis etiopatogénica más plausible en este grupo es una aparición de FM como consecuencia de sus enfermedades de base. En este sentido es importante determinar el momento del diagnóstico tanto de la enfermedad de base como de la FM.

Dentro de las causas de SFC se baraja el estrés, la exposición a agentes tóxicos químicos, infecciones víricas y enfermedades autoinmunes.

No se ha establecido ninguna relación clara entre SFC, estrés y/o causas infecciosas. La relación con los agentes tóxicos es una hipótesis que afirma que tanto estos como los virus pueden dar lugar a manifestaciones crónicas de citoquinas, y con ello, a la aparición de SFC.

Estudios recientes revelan que los pacientes con SFC tienen menos linfocitos Natural Killer y presentan un descenso en su actividad (CD16, CD 56 y CD 57). Además se ha descrito diferencias en los marcadores de activación de los linfocitos T, con subpoblaciones linfocitarias aumentadas para CD26 y CD38. Al incrementarse la producción de anticuerpos, se favorece la aparición de Inmocomplejos Circulantes.

8. TEST Y PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS

El S-FIQ es un test específico de valoración del impacto de la enfermedad en pacientes con FM, sus resultados se correlacionan con el SF-36, cuestionario general de salud. También son test de uso recomendado el WPI y el SS, útiles para evaluar el dolor y la severidad, respectivamente.

En el caso del SFC existen pruebas que contribuyen a la evaluación de aquellos pacientes en los que no queda claro el diagnóstico, se pueden realizar evaluaciones de la fatigabilidad de la capacidad cognitiva y su impacto, como el Test CogHealth.

9. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No existe ninguna prueba diagnóstica para ninguna de las dos enfermedades, pero en algunas ocasiones será necesario solicitar una batería de pruebas para poder realizar correctamente el diagnóstico diferencial. Dependiendo de la sospecha diagnóstica, se podrá solicitar:

- Hemograma y bioquímica, con glucemia, VSG, urea, creatinina, enzimas hepáticas, CPK, PCR, TSH, proteinograma, calcio, fósforo.
- Función inmunológica, con células NK-CD16, CD57, cociente CD4-CD8, IgG e IgM para familia Herpes, virus Epstein-Barr, Citomegalovirus y enterovirus.
- Sistemático de orina.
- Cortisol en orina de 24 horas.
- Radiografía de tórax.
- Radiografía simple lumbar, 2 proyecciones.
- Electrocardiograma.

10. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La mayor parte de los pacientes con FM presentan una evolución crónica de la enfermedad, pero esta evolución dependerá de que el enfoque terapéutico sea el correcto, de forma que alrededor del 50% pueden quedar sin sintomatología si siguen un tratamiento integral adecuado. En cuanto al curso de la enfermedad, existen varias formas de evolución. Pueden tener curso recurrente, con periodos de mejoría intercalados, más o menos duraderos, o incluso, periodos de remisión total de los síntomas.

Los pacientes con peor evolución de la FM son aquellos que toman más fármacos, sin realizar ejercicio aeróbico, con bajo estado de ánimo, con

actividades habituales desmotivantes y los que asocian trastornos psiquiátricos.

La evolución clínica del SFC es variable, con una recuperación total menor del 5%. Lo más frecuente es una clínica con afectación mínima de larga duración, con períodos de exacerbación y remisiones intercalados, manteniendo una afectación que debe ser superior al 50% del rendimiento habitual, tanto a nivel físico como intelectual.

En general, para monitorizar la evolución y gravedad del SFC se recomienda la realización de una prueba de esfuerzo estándar, que debe repetirse a las 24 horas, el Test CogHealth y una valoración neurocognitiva.

11. RELACIÓN ENTRE FM Y SFC

Cuando el SFC se instaura y lleva un tiempo de evolución, se puede asociar a otras enfermedades o síndromes. Entre los más frecuentes está la FM, colon irritable, disautonomía, dismenorrea, síndrome de sequedad ocular y bucal seronegativo, tiroiditis autoinmune, disfunción de la articulación temporomandibular y distimia. Todos ellos deben buscarse en estos pacientes, ya que su control estabiliza la situación clínica del paciente.

En lo que se refiere a la relación del SFC y la FM, durante su evolución los síntomas de ambas suelen superponerse, dificultando su diferenciación. La aparición de ambas simultáneamente en pacientes que llevan más de 5 años con SFC asciende al 50-70%. Como diferencia, cabe destacar que el patrón de dolor en estos casos es algo distinto al de la FM primaria, ya que afecta más a las extremidades inferiores y menos a la zona axial.

El caso contrario también está descrito en la bibliografía, esto es, la asociación de SFC en pacientes con FM evolucionada. Esta situación puede complicar la evolución del paciente, añadiendo un componente de invalidez funcional por fatiga a pequeños esfuerzos al dolor ya presente ⁽⁶⁾.

12. TRATAMIENTO

Dado que en la actualidad no existen tratamientos curativos, el tratamiento debe centrarse en mejorar la sintomatología.

En ambos grupos de pacientes es importante que se entienda el curso de su enfermedad para que el paciente pueda adaptar su vida a sus posibilidades reales.

12.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Como norma general, se debe recomendar evitar, en la medida de lo posible, situaciones de estrés, ya que las toleran peor que los pacientes sanos.

En pacientes con FM la realización regular de actividad física guiada (una sesión de una hora de duración) se ha mostrado eficaz para reducir el número de recaídas y su severidad, mejorando así su calidad de vida. Esta actividad física debe incluir un programa de ejercicios de baja intensidad, incremental (hasta llegar aproximadamente a 20-30 minutos de marcha diarios, con una frecuencia cardiaca comprendida entre el 60-80% de la máxima) y estiramientos poliarticulares submáximos (hasta llegar a 60 segundos en cada grupo muscular sin dolor) ⁽⁶⁾. Los ejercicios en el agua, han demostrado contribuir a mejorar la calidad del descanso nocturno, la ansiedad y el dolor ⁽⁷⁾. Para el alivio del dolor, se han mostrado efectivas distintas técnicas alternativas, como la acupuntura ⁽⁸⁾.

En el caso del SFC, el entrenamiento gradual está contraindicado. En estos pacientes es importante la realización de actividad física de forma regular, para evitar el fenómeno push-crash, relacionado con los sobreesfuerzos en los periodos de mejoría. De forma general, estos pacientes deberán realizar reposo cuando lo requieran, manteniendo cierto grado de actividad física para evitar la atrofia y ejercicios suaves para aumentar la flexibilidad. El esfuerzo realizado no deberá tomar más de unos 15 minutos de recuperación.

Para mejorar la memoria y concentración, se recomiendan técnicas de relajación, meditación y actividades estimulantes, como los juegos de cartas o rompecabezas. El uso de fármacos estimulantes es controvertido, ya que tiene riesgo de conllevar a un ciclo de sobreesfuerzos con recaídas.

12.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Estos pacientes son hipersensibles a los fármacos, especialmente a los de actuación a nivel central, por lo que su introducción debe ser a dosis bajas.

El tratamiento farmacológico de la FM dependerá de la sintomatología predominante ⁽⁹⁾. Recomendaciones:

- Para control del dolor:
 - Amitriptilina 10-75 mg/día.
 - Tramadol 50-400 mg/día.
 - Paracetamol 1gr/ 8 horas o Ibuprofeno 400 mg/8 horas (tiempo limitado).

- Para trastornos del sueño:
 - Ciclibenzaprina 10-30 mg/día.
 - Zolpidem 10 mg/día.
 - Zopiclona 7,5 mg/día.
- Para trastornos ansiosos o depresivos:
 - Fluoxetina o Paroxetina 20 mg/día.
 - Alprazolam 0,5-1,5 mg/día.

En cuanto al SFC habrá que añadir tratamiento antibiótico, antiviral o antifúngico en los casos que se asocien infecciones activas. Su elección se realizará de acuerdo a los resultados obtenidos en las analíticas de control correspondientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Podolecki T, Podolecki A, Hrycek A. Fibromyalgia: pathogenetic, diagnostic and therapeutic concerns. *Pol Arch Med Wewn.* 2009 Mar;119(3):157-61.
2. Collado A, Gómez E, Coscolla R, Sunyol R, Solé E, Rivera J, et al. Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: EPIFFAC study. *BMC Health Serv Res.* 2014 Nov 11;14:513.
3. Belenguier R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Classification of fibromyalgia. A systematic review of the literature. *Reumatol Clin.* 2009;5(2):55-62.
4. Müller W, Schneider EM, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int.* 2007;27:1005-10.
5. Fernández-Solá J. Síndrome de fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2004;31(10):535-7.
6. Martínez-Amat A, Hita-Contreras F, Latorre-Román PA, Gutiérrez-Lopez Mde L, García-Pinillos F, Martínez-López EJ. Association of the weekly practice of guided physical activity with the reduction of falls and symptoms of fibromyalgia in adult women. *J Strength Con Res.* 2014 Nov;28(11):3146-54.
7. López Rodríguez MM, Fernández-Martínez M, Matarán-Peñarocha GA, Rodríguez-Ferrer ME, Granados Gámez G, Aguilar Ferrándiz E. Effectiveness of aquatic biodance on sleep quality, anxiety and other symptoms in patients with fibromyalgia. *Med Clin.* 2013 Dec7;141(11):471-8.
8. Stival RS, Cavalheiro PR, Stasiak CE, Galdino DT, Hoekstra BR, Schafranski MD. Acupuncture in fibromyalgia: a randomized, controlled study addressing the immediate pain response. *Rev Bras Reumatol.* 2014 Nov-Dec;54(6):431-6.
9. Gonzalez Gonzalez J, del Teso Rubio Mdel M, Waliño Paniagua CN, Criado-Alvarez JJ, Sanchez Holgado J. Symptomatic pain and fibromyalgia treatment through multidisciplinary approach for primary care. *Reumatol Clin* 2015 Jan-Feb;11(1):22-6.