

ARTÍCULO ORIGINAL

FIBROMIALGIA: DEFINICIÓN, ASPECTOS CLÍNICOS, PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS Y TERAPÉUTICOS

E. Martínez*, O. González** y J. M. Crespo*

*Servei de Psiquiatria. **Medicina Familiar i Comunitària. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge

AGENDA

EN BREVE...

ARTÍCULO ORIGINAL

Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos

INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos asistido al incremento de patologías con importante trascendencia social, pero sin un claro trasfondo etiológico y con gran repercusión psicopatológica.

Entre ellas destaca la fibromialgia, no sólo por su importancia asistencial, sino también por la repercusión funcional en los sujetos afectados de la misma.

(Continúa pág. 2) ▶▶▶

EN BREVE...

EL RIESGO DE SUFRIR DEPRESIÓN ES MAYOR PARA LA MUJER QUE PARA EL HOMBRE

El número de mujeres que sufren de depresión grave y distimia es el doble que el de los hombres. Esta proporción no depende de factores raciales o culturales ni de la situación económica.

Se sospecha que una variedad de factores únicos en la vida de la mujer juegan un papel muy importante en la depresión. La investigación hoy en día se concentra en entender estos factores, que incluyen: factores reproductivos, hormonales, genéticos o biológicos; el maltrato y la opresión; factores interpersonales; y ciertas características psicológicas y de personalidad. Aun así, las causas específicas de la depresión en la mujer no

son claras, ya que muchas mujeres que han sido expuestas a estos factores no sufren esta enfermedad.

(Más breves en pág. 8) ▶▶▶



Salud Global®-Salud Mental es un producto de

Salud Global®



C. I. Venecia-2, Edificio Alfa III - Planta 5ª Oficina 160
Isabel Colbrand, 10. 28050 Madrid - Tel.: 91 358 86 57 - Fax: 91 358 90 67

www.grupoaulamedica.com

Con la colaboración de



Almirall Prodesfarma
S.V.P.: 269-R-CM

Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos

E. MARTÍNEZ*, O. GONZÁLEZ** y J. M. CRESPO*
 *Servei de Psiquiatria. **Medicina Familiar i Comunitària.
 Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge

La fibromialgia (FM) es una entidad de etiología idiopática-desconocida, que se estima afecta al 2-4% de la población. Se trata de un trastorno relativamente reciente, aunque a finales de los años treinta aparecieron dos conceptos relacionados con la fibromialgia: el *síndrome doloroso miofascial* y el *reumatismo psicógeno*. El primer término acuñado por Travell y Simons se caracteriza por la presencia de dolor en uno o más grupos musculares, definiendo los trigger point o puntos gatillo como aquella zona del músculo cuya presión desencadena dolor en el mismo sitio o a distancia. Boland introduce el concepto reumatismo psicógeno o tensional, basado en la ausencia de hallazgos demostrables que justifiquen la sintomatología, por lo que se atribuyó a una psiconeurosis. Todo ello ha estimulado la especulación sobre su patogenia, persistiendo aún en nuestros días.

La presencia de hallazgos radiológicos, analíticos y anatomopatológicos que resultan poco esclarecedores en el diagnóstico de la FM y su implicación en la esfera afectiva, hacen de ella una entidad compleja en cuanto a su clasificación, por ejemplo, dentro de los denominados síndromes somáticos funcionales ya que estos, en ocasiones, se superponen a los trastornos somatomorfos.

La alta incidencia de síntomas psiquiátricos, especialmente afectivos, y la posible utilidad de los antidepressivos en su manejo terapéutico, hace considerar en estos pacientes un papel relevante, ya sea primario o secundario a los factores psicopatológicos.

Por la estrecha separación que existe entre la FM y la comorbilidad psiquiátrica muchos son los estudios que han analizado esta relación y que intentaremos reflejar a lo largo de las siguientes páginas.

FIBROMIALGIA : CONCEPTO, CLASIFICACIÓN Y ENCUADRE EN LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

En el siglo XVII se estableció la distinción entre reumatismo articular y reumatismo muscular o de partes blandas, definiendo éste último por la presencia de áreas de dolor y rigidez en músculos y tejidos blandos. Como ya comentamos anteriormente, a finales de los años treinta aparecen dos conceptos relacionados con la fibromialgia (FM): *Sd. miofascial* y *reumatismo psicógeno*, a partir de los cuales se define el trigger point —punto gatillo— como hallazgo característico.

Fue en 1975 cuando Hench utilizó por primera vez el término *fibromialgia* para resaltar la existencia de fenómenos dolorosos musculares y la ausencia de signos inflamatorios. Ya en esta época se postula la relación entre el dolor muscular y su repercusión en la calidad del sueño, como se verá más adelante.

Yunus sugirió en 1984 que la FM, junto con otras entidades, se podía englobar dentro del *síndrome disfuncional* (Sd. del intestino irritable, Sd. de fatiga crónica, Sd. de piernas inquietas, cefalea tensional etc.). Se basó en el hallazgo de unos datos comunes en todos ellos: a) hallazgos clínicos comunes como fatiga, sueño no reparador, predominio en mujeres; b) ausencia de lesiones macro o microscópicas, y c) respuesta a agentes de acción central tipo serotoninérgicos o noradrenérgicos. En este sentido, surgió la hipótesis de que en estos procesos había una disfunción neuroendocrina-inmune (alteraciones de neurotransmisores y hormonas) que hacía de factor de puente entre estas afecciones.

Todo ello nos permite hacer la equivalencia actual con los *síndromes somáticos funcionales* (SSF) como un conjunto de entidades cuya característica común es la presencia de más sínto-

mas, discapacidad y sufrimiento que anomalías demostrables en la función o estructura orgánica.

Tal como expone Simon Wessely y cols. (1999), la similitud clínica y terapéutica entre estos síndromes permite clasificarlos dentro del término genérico SSF. Su hipótesis se fundamenta en el hecho de que pacientes diagnosticados de un síndrome de los mencionados presentaba criterios de inclusión en otro. Asimismo mencionan la existencia de una fuerte asociación entre los síntomas somáticos y el distrés emocional. Afirma que la frecuencia de pacientes con SSF alcanza el 20% en atención primaria. Otros estudios sugieren una elevada prevalencia de pacientes con síndromes médicamente inexplicables. En este sentido aparecen las dificultades a la hora de clasificar a dichos pacientes dentro de las especialidades médicas y la confusión que ello genera.

Los elementos comunes a todos los síndromes somáticos funcionales son:

- * *Heterogenicidad clínica*, con síntomas también frecuentes en la población sana.
- * Alto grado de *solapamiento* de síntomas entre ellos, incluso en un mismo individuo. Los estudios han mostrado la existencia de una asociación entre:
 - a) Fibromialgia, fatiga crónica e intestino irritable.
 - b) Hipersensibilidad química múltiple y Sd. por estrés de repetición.
 - c) Hipersensibilidad química múltiple, intestino irritable y Sd. de la guerra del Golfo.
- * Mayor prevalencia de *trastornos psiquiátricos* que las poblaciones generales.
- * Síntomas *refractarios* al tratamiento médico y a las medidas paliativas.

La fibromialgia (FM) es una entidad de etiología idiopática-desconocida, que se estima afecta al 2-4% de la población

- * Suelen presentarse como *pequeños brotes* esporádicos en grupos pequeños que conviven en estrecho contacto y se difunden a otros grupos con un perfil de riesgo similar previa alarma y atención por los medios de comunicación.
- * Existen *mecanismos similares* en la génesis y el mantenimiento de todos ellos.
- * Fisiopatología próxima al *espectro afectivo y/o disregulación de respuestas* al estrés del sistema nervioso central.
- * Mecanismos similares en la génesis y mantenimiento.

Incluso otros autores como Barsky y Borus (1999) han señalado factores psicosociales que caracterizarían dichos SSF: a) convicción de enfermedad seria y expectativas de empeoramiento; b) papel de enfermo litigante; c) alarma catastrófica y sensacionalista; d) duda en la capacidad de los expertos; e) movilización social, y f) énfasis etiológico exclusivamente biomédico.

Dentro de los síndromes somáticos funcionales se incluyen tres de fisiopatología oscura bastante estudiados:

1. Síndrome de fatiga crónica (SFC).
2. Síndrome del intestino irritable.
3. Fibromialgia.

Nos centraremos en la fibromialgia, como la segunda enfermedad reumatológica más prevalente en la consulta (Nicassio, 2002) y para muchos autores el prototipo de enfermedad por somatización.

La FM fue definida como un estado doloroso no articular que afecta principalmente a los músculos, expresándose como dolor musculoesquelético generalizado y múltiples puntos sensibles —*tender points*— en ausencia de otra afección que permita explicar sus síntomas.

Mientras no se conoce la causa fisiopatológica de la FM, se han encontrado diferencias fisiológicas entre pacientes con FM y controles sanos (Bennett y cols., 1997). Incluyen:

- Bajos niveles de serotonina en plaquetas.
- Aumento de los niveles de sustancia P en LCR.
- Disfunción del SN Autónomo.

La ACR (American College of Rheumatology) en 1990 realizó un estudio multicéntrico para unificar los criterios diagnósticos de la FM:

1. Dolor generalizado presente durante al menos 3 meses (afectando el lado izquierdo y derecho del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, además del esqueleto axial).
2. Dolor a la presión de al menos 11 de los 18 puntos elegidos —denominados *puntos gatillo o tender points* (fig. 1).

El signo más característico es la presencia de múltiples puntos de dolor con aumento de la sensibilidad a la palpación digital. La validación de estos puntos se basa en el hecho de que son significativamente más frecuentes

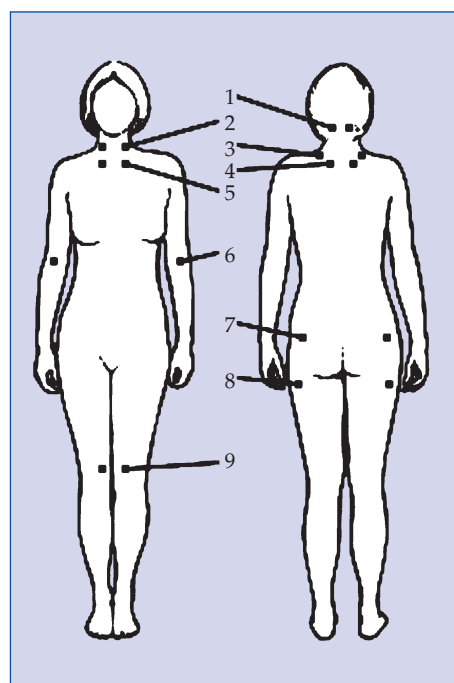


Fig. 1.

en estos pacientes que en los controles sanos y que en otros pacientes con enfermedades reumáticas causantes de dolor crónico. Los *tender points*, además de una alta sensibilidad y especificidad para detectar la FM, presentan una gran reproductibilidad y concordancia inter e intraobservador.

Otros signos que se encuentran en la exploración son los siguientes:

Hiperemia cutánea.

Livedo reticularis en las extremidades.

Hiperlaxitud articular.

ASPECTOS CLÍNICOS

En la tabla 1 se recogen los síntomas fundamentales de la fibromialgia. El *dolor* generalizado, en el raquis y las extremidades predomina en la mayoría de pacientes y puede afectar a cualquier zona musculoesquelética. El dolor es más frecuente en la FM que en la artritis reumatoide (AR) y la percepción del mismo es vivido con la misma o con más intensidad que en la AR. El dolor tiene un componente afectivo irreductible y existen importantes relaciones entre factores psicosociales y dolor en pacientes con FM. Éste se agrava con el estrés, la afectividad negativa —depresión y ansiedad—, los trastornos del sueño y las estrategias de afrontamiento maladaptativas. Se ha recogido una correlación entre dolor y sintomatología depresiva en la FM (Nicassio y cols., 1995; Wolfe y cols., 1996). El dolor crónico de la FM podría inducir la depresión de forma directa o bien los efectos del dolor podrían influir en una percepción errónea de enfermedad como mayor incapacidad de la existente (Nicassio y cols., 2002).

Podemos afirmar que los pacientes con FM tienden a experimentar altos niveles de dolor y tensión emocional y

TABLA 1
Síntomas clínicos fundamentales de la fibromialgia

1. Dolor (100%).
2. Rigidez (76-84%) matutina o postreposito.
3. Alteraciones del sueño (56-72%).
4. Fatiga (57-92%).
5. Parestesias (puede ser el inicio).

desarrollan comportamientos ante el dolor que realmente no responden al tratamiento físico o farmacológico.

En el apartado correspondiente quedarán recogidos algunos de los muchos estudios que han intentado establecer la direccionalidad de la relación entre dolor y afectividad negativa y su implicación en el tratamiento en los pacientes con FM.

La *rigidez*, matutina o postreposa, se considera parte del cuadro de sueño no reparador sin que parezca influir sobre otros síntomas de la FM, como el dolor y su intensidad, el número de puntos dolorosos, etc.

La *calidad del sueño* se encuentra alterada en pacientes con FM, pudiendo estar fragmentado, ser no profundo, y siendo referido como sueño poco reparador. Además se considera un factor predictor de la fatiga en la FM, junto con la presencia de dolor. En un estudio prospectivo realizado a 50 pacientes con FM, Affleck y cols. (1996), encontraron una relación recurrente entre el dolor y las alteraciones en el sueño, en el cual el sueño poco reparador contribuía a padecer más dolor durante el día y un sueño pobre esa misma noche.

La *fatiga* constituye uno de los síntomas más comunes y problemáticos en los pacientes con FM. Se ha demostrado, en algunos estudios, que estaba presente entre el 78 y 94% de los pa-

cientes (Wolfe y cols., 1990) y que es un síntoma más prevalente en la FM que en otras entidades reumatológicas. Se ha constatado que la depresión mayor y la baja calidad del sueño son factores predictores de fatiga en pacientes fibromiálgicos. A la par, tanto la fatiga como el insomnio son síntomas propios de la depresión, síndrome presente en dichos pacientes, tal como se apreciará en el siguiente apartado. Nicassio y cols., 2002 evidencian la contribución del dolor, el carácter depresivo y la calidad del sueño en la fatiga en la FM.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DE LA FIBROMIALGIA

La fibromialgia, como otras enfermedades crónicas, se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociológicos. Existen evidencias que apoyan la presencia de un componente psiquiátrico en la FM, a pesar de que esta apreciación es rechazada por los afectados, que consideran que el malestar psíquico es secundario a sus dolencias físicas. Las características psicológicas y de conducta de los pacientes pueden influir en la impresión global, de forma que aumente el riesgo de errores diagnósticos.

Algunos autores (Ford y cols.) incluyen la FM dentro de las «enfermedades

de moda», pudiendo ser utilizada como mecanismo de racionalización para problemas psicosociales o como mecanismo de afrontamiento o incluso como forma de vida.

En los últimos años se ha tratado de esclarecer cuál es el papel que juega la depresión y la ansiedad en la FM, así como la importancia de los antidepresivos y de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento multimodal de esta patología. De todas formas, hay que considerar que muchos de los estudios realizados han usado instrumentos que no controlan todas las variables (por ej. el dolor), y por dicho motivo deben ser interpretados con cautela.

Pese a las controversias que existen en torno a su etiología, hoy día no hay duda de que se trata de un trastorno de base músculo-esquelética, en el que existen aspectos psicológicos y psiquiátricos implicados en su inicio o evolución.

Aspectos psicológicos

Se ha intentado establecer un tipo de personalidad característica de la FM, así como establecer el grado de afectación del paciente por variables internas (emociones, percepción de acontecimientos externos y mecanismos de afrontamiento y adaptación).

En muchos de los estudios realizados se han encontrado evidencias de alteraciones psicológicas en dichos pacientes. Aplicando el MMPI («Minnesota Multiphasic Personality Inventory») y otras escalas similares, se observó que el perfil psicológico de estos pacientes presentaba una puntuación elevada para depresión, hipocondriasis e histeria. Como decíamos, estos resultados son difíciles de interpretar en pacientes con dolor crónico o enfermedades médicas, por dicho motivo es conveniente realizar en estos casos entrevistas psiquiátricas estructuradas.

Los pacientes fibromiálgicos se han descrito como exigentes, cuidadosos, ordenados, honestos, responsables, morales y meticulosos. Para Hernández (1997), estos pacientes presentaban un índice neurótico significativo, autoimagen débil y índice de psicoticismo elevado. Para Hasset (2000), presentan una personalidad con mayor vulnerabilidad psicológica (mayores eventos traumáticos infantiles, pesimismo, desesperanza, dependencia



y pasividad, negación de problemas y atribución de la disfunción psicosocial a los problemas físicos). Encontró un elevado catastrofismo (o creencias pesimistas) en estos pacientes, y concluyó que estas creencias jugarían un papel importante en el dolor y la depresión (siendo este papel mayor en la FM que en la artritis reumatoide). Presentaban sentimientos de inutilidad, fracaso, aversión y ideación de muerte (esta última en el 13%). La importancia de esta idea, radica en sus implicaciones terapéuticas, con la intervención de la psicoterapia en el procesamiento de las emociones.

Boissevain y MacCain concluyen que no se puede confirmar la existencia de una personalidad fibromiálgica. Ercolani y cols., confirmaron la presencia de un ánimo depresivo y la correlación negativa de los conflictos con la presencia de depresión (cuanto mayor es la depresión, menor es la tendencia a negar sus problemas emocionales).

Para Birnie y cols., la mayoría de manifestaciones psicológicas pueden ser consideradas aspectos del dolor crónico. Los pacientes con dolor crónico presentan alteraciones del funcionamiento psicosocial relacionados con el abuso de fármacos, funcionamiento físico bajo, dependencia de la psicoterapia pasiva, aumento del desamparo y desesperanza, elevada resistencia al tratamiento, conflicto emocional con personas del entorno, abandono de actividades psicosociales y cambios emocionales y afectivos negativos.

Aspectos psiquiátricos

Algunos estudios indican que estos pacientes presentan problemas psicosociales y trastornos psiquiátricos, que incluyen depresión, ansiedad, somatizaciones, fobias y trastornos de pánico. De hecho, para algunos autores, las quejas múltiples que presentan serían atribuibles a una alteración por somatización. Según Kirmayer y cols. (1988), presentan más síntomas somáticos de origen oscuro, múltiples intervenciones quirúrgicas y búsqueda de ayuda. La ansiedad puede presentarse como modelo de sobrerrespuesta disfórica, proporcionando una mala impresión o interpretación del dolor generalizado. Para Malmo (1965) y Svebak (1982), la ansiedad incrementaría la tensión muscular.

Existe una gran evidencia de que la depresión se asocia con la FM, pero

TABLA 2

Hipótesis	En contra
FM como manifestación de depresión	Depresión actual en una minoría (18-36%). Respuesta antidepressivos escasa y/o secundaria a mejoría del sueño o otros.
Depresión causada por FM	Normalmente precede a los síntomas de la FM (antecedentes de depresión en 50-70%).

(Hudson y Pope, 1992).

hay que tener en cuenta, que algunos síntomas característicos de la FM, como la astenia, trastornos del sueño, trastornos cognitivos y quejas somáticas, están presentes también en la depresión.

Para algunos autores, la FM podría estar incluida en las enfermedades del espectro afectivo. Hudson y Pope (1992) sugirieron 3 hipótesis: a) FM como manifestación de la depresión; b) depresión causada por la FM, y c) existencia de anormalidades fisiopatológicas comunes (tabla 2). Goldenberg y cols. (1986) encontró una asociación psicobiológica más que una relación causal, ya que en la mayoría de los casos, la depresión precedía a la FM, así como concluyó que la depresión era más común en los familiares de los pacientes fibromiálgicos.

Identificar a los pacientes con depresión es importante, no sólo porque la depresión es una patología tratable, sino también porque puede tener efectos nocivos en la capacidad del paciente para hacer frente a los síntomas de la FM. Epstein y cols. (1999) realizaron un

estudio multicéntrico para determinar si la existencia de comorbilidad psiquiátrica servía para predecir un empeoramiento funcional adicional, encontrando que dicho empeoramiento, en estos pacientes era grave (tabla 3).

Ahles y cols. (1991), no observaron diferencias, en cuanto antecedentes de enfermedad psiquiátrica, entre pacientes con FM, artritis reumatoide y sujetos sin dolor. Para Aaron y cols. (1996), la prevalencia de enfermedades psiquiátricas sería mayor en los pacientes asistidos en centros de tercer nivel, frente a los que no buscan asistencia médica.

A parte de la elevada incidencia de síntomas psicopatológicos en pacientes fibromiálgicos, se han constatado evidencias que sugieren un peor pronóstico global en estos sujetos. Así, Celiket y cols., evaluaron el papel de la ansiedad y la depresión en la FM, determinando que los trastornos psicológicos se pueden correlacionar con la duración de la enfermedad y la intensidad del dolor (puntuación de rasgos de ansiedad). Kurtze y cols. (1998), han estudiado el

TABLA 3
Comorbilidad psiquiátrica en la FM

Depresión	68% antecedentes 22% en el momento actual
Distimia	10%
Trastorno de pánico	16% antecedentes 7% en el momento actual
Fobia simple	16% antecedentes 12% en el momento actual

(Epstein y cols., 1999).

papel de la depresión y la ansiedad en los dos principales síntomas de la FM, el dolor y la fatiga, encontrando efectos aditivos e independientes de la ansiedad y depresión sobre los niveles de ambos síntomas. Sin embargo, la interacción con depresión y ansiedad no explica significativamente la diferencia de síntomas entre los participantes del estudio, generando 2 hipótesis: a) ansiedad y depresión están independientemente asociadas con la intensidad del dolor, y b) la ansiedad elevada y la depresión leve, comportarían el diagnóstico de FM sin estar presente todos los criterios.

Se han estudiado otros factores psicosociales que pudiesen influir en la FM, como los abusos sexuales. No parece que el antecedente de dichos abusos sea un factor específico para la etiología de la FM, pero sí que existe una mayor prevalencia de abusos en estas pacientes y dicha existencia se ha correlacionado con el número e intensidad de síntomas asociados (sin embargo, algunos estudios refieren fallos metodológicos y por ello hay que ser cauto en su interpretación).

Según Panerai y cols. (2002), los niveles de β endorfina, en células mononucleares de la sangre periférica, estarían relacionados (en caso de confirmarse) con la fisiopatología de la FM y podría servir como herramienta diagnóstica y de diagnóstico diferencial con la depresión. Se ha postulado que la FM representaría una activación del sistema inmunológico (encontrándose niveles disminuidos de endorfina en la FM y otras, como el síndrome de la fatiga crónica) y la depresión, como una supresión de dicho sistema (niveles elevados de endorfina en la depresión).

A pesar de que los resultados obtenidos en los distintos estudios no son homogéneos, queda clara la implicación de los trastornos psiquiátricos y psicológicos en el inicio y/o evolución de la FM. Sin embargo, falta determinar con mayor precisión el papel específico de los aspectos psicopatológicos en la etiopatogenia y curso de la fibromialgia.

La FM representaría una activación del sistema inmunológico y la depresión, como una supresión de dicho sistema

ASPECTOS TERAPÉUTICOS

El tratamiento integral de la FM supone un verdadero reto para el médico de atención primaria, debido a la eficacia limitada de los fármacos y la complejidad de estos pacientes. Actualmente, el tratamiento incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas, como técnicas de relajación, ejercicios aeróbicos, terapia cognitivo-conductual y otras que se citarán posteriormente.

Aunque se han realizado múltiples estudios, la interrelación de los mismos es difícil, debido a la diversidad de los criterios de respuesta e instrumentos utilizados y a las múltiples variables que aparecen (duración del tratamiento, tamaño de la muestra, abandonos por efectos adversos o empeoramiento sintomático). Pese a estas dificultades metodológicas, los antidepresivos tricíclicos constituyen uno de los grupos farmacológicos con más evidencias para su uso.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos más estudiados son los antidepresivos, concretamente los tricíclicos (ADT) y los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS). Se ha sugerido que ciertos síntomas de la FM responderían mejor a los fármacos que intervienen en la regulación del sistema serotoninérgico.

Goldenberg realizó un estudio (1996) para evaluar la eficacia de un ADT como la amitriptilina (AM) y de un ISRS como la fluoxetina (FL), en monoterapia y en combinación, en el tratamiento de la FM. Las dosis usadas son consideradas bajas para el tratamiento de la depresión mayor (20 mg/d de FL y 25 mg/d de AM). Ambos fármacos presentaban una mejoría significativa para el dolor, el sueño y la valoración global del paciente. Este efecto beneficioso se duplicaba al combinar ambos fármacos. La eficacia de dicha combinación podría relacionarse con el balance de la recaptación serotonina/norepinefrina/dopamina.

En otros estudios realizados, la FL mejoraba el sueño, pero no el dolor. En cambio, en otros, mejoraba la fatiga, los síntomas depresivos y el dolor.

Otro trabajo comparativo entre paroxetina y AM, constató una buena respuesta en los puntos dolorosos, la escala de depresión de Hamilton, el dolor, el sueño y la valoración global (encontrando un efecto algo superior con la paroxetina, y con menos efectos adversos).

Anderberg y cols. (2000) han realizado un ensayo clínico aleatorizado, doble

ciego y controlado con placebo en 40 pacientes mujeres afectas de fibromialgia. Utilizaron dosis de 20-40 mg y la duración del estudio fue de cuatro meses. Estos autores no observaron ningún cambio entre el grupo tratado con citalopran y el que recibió placebo, en lo referente al dolor o el bienestar tanto en el análisis e intención de tratar (IT) como en el análisis de los que finalizaron el estudio. Sin embargo en estos últimos se observó una tendencia a la mejoría, en cuanto al bienestar, en un número mayor de pacientes del grupo de citalopran (52,9%) que en el grupo placebo (22,2%). Los resultados también indicaron que tras dos meses de tratamiento disminuía la percepción del dolor. Este trabajo también constató una mejoría evidente de los síntomas depresivos.

La venlafaxina, un antidepresivo con un mecanismo dual de acción, se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la fibromialgia en estudios abiertos no aleatorizados. Dwight y cols. (1998) han constatado la eficacia de la venlafaxina en estos pacientes. Incluso estos autores han demostrado que la existencia de antecedentes afectivos (tanto trastornos de ansiedad como trastornos depresivos) predicen una buena respuesta al fármaco. Este trabajo destaca uno de los aspectos más controvertidos en el manejo de la fibromialgia con antidepresivos, concretamente la posible eficacia de los mismos en los pacientes con síntomas depresivos. Sin embargo existen autores y trabajos ya mencionados que constatan buenos resultados con antidepresivos en pacientes sin la coexistencia de trastornos depresivos. Este aspecto constituye uno de los retos actuales de la investigación en este campo.

Otros fármacos estudiados han sido la nortriptilina y los IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa). Estos últimos presentaban una mejoría respecto al placebo (Gimsberg, 1998), pero presentaban efectos adversos.

La moclobemida (IMAO-A) fue útil, al compararla con el placebo, para aliviar la mayoría de los síntomas (cansancio, calidad de sueño y valoración global). Fue estudiada también en pacientes con FM sin enfermedad psiquiátrica, sugiriendo que no era útil en el tratamiento de este subgrupo de pacientes.

Olin y cols. (1998) estudiaron el efecto de la ritanserina (bloqueo receptor 5-HT₂) en estos pacientes, presentando una mejoría significativa de la sensación de descanso por la mañana y de la cefalea. Por lo tanto, existen escasos trabajos con ADT, pero sugieren su efi-

ca, sobre todo cuando se actúa sobre los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico y noradrenérgico.

Otros fármacos estudiados son los AINEs y las benzodiacepinas (algunas de ellas usadas como relajantes musculares), pero la mejoría clínica es escasa. El tramadol ofrece alivio significativo del dolor, pero sin modificar los puntos dolorosos.

Otros tratamientos se han basado en el hallazgo de una tercera parte de los pacientes con FM presentan niveles bajos de somatomedina C (marcador indirecto de secreción baja de GH). Los niveles bajos de GH comportarían disminución de la energía, disforia, malestar general, disminución de la capacidad de ejercicio, debilidad muscular e intolerancia al frío. Aprovechando esta circunstancia, Bennet y cols. (1998) estudiaron el efecto de la GH como tratamiento, presentando una mejoría significativa a los 9 meses (inicio de la mejoría a partir de los 6 meses de tratamiento), pero éstos empeoraban 1-3 meses después de finalizarlo. De todas formas, el uso terapéutico de esta sustancia no está aceptado debido al elevado coste (relación coste económico/beneficio).

Terapias alternativas

El hecho de que el tratamiento farmacológico no sea plenamente eficaz implica una elevada utilización, por parte de estos pacientes, de otro tipo de estrategias alternativas como: psicoterapia, fisioterapia, quiromasajes, acupuntura y ejercicio aeróbico.

Existen estudios que confirman la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, ya que enseña a reconocer y rehacer los pensamientos disfuncionales como los pesimistas e integrar mecanismos de afrontamiento eficaces en la vida diaria (en cuanto al dolor y el control de la enfermedad).

La acupuntura se ha mostrado eficaz, en 7 ensayos clínicos, para el tratamiento del dolor, el uso de fármacos, la calidad del sueño, la rigidez matutina y la valoración global. El ejercicio aeróbico supone una mejoría en el estado físico, pero no en el dolor ni en los puntos dolorosos.

El tratamiento quiropráctico supone una mejoría de la movilidad en la columna cervical y lumbar. El masaje supone un cambio en la intensidad del dolor, la depresión y la calidad de vida (manteniendo su efecto a los 6 meses).

Existen otras estrategias como: biofeedback electromiográfico, alivio mio-

fascial, terapia craneosacral, osteopatía, ejercicios de estiramiento, entrenamiento postural, terapia ocupacional, terapia de relajación y dieta saludable. Pero estas técnicas requieren ensayos clínicos bien diseñados y controlados, que permitan delimitar su verdadera eficacia. Un aspecto no estudiado y que puede estar relacionado con este aspecto, lo constituye la respuesta al placebo, circunstancia que se observa en algunos pacientes, aunque de forma parcial y temporal.

Tratamiento multimodal

Esta modalidad terapéutica consiste en combinar fármacos (sobre todo la combinación fluoxetina-amitriptilina), con tratamientos alternativos: conferencias, terapia conductual, técnicas para reducir el estrés, ejercicios aeróbicos y sesiones de apoyo para familiares; visitando de forma regular e individual al paciente, con una duración de 3 semanas a 6 meses.

Se han realizado diversos estudios para valorar el impacto de dicho tratamiento (Bennett y cols., 1996, Turk y cols., 1998, Mason y cols., 1998), apreciándose un beneficio significativo, pero con gran variabilidad de respuesta y con la dificultad del elevado coste que supone.

Sin embargo, hoy en día, puede que los abordajes terapéuticos integrales y multimodales constituyan la opción más válida en el manejo de la fibromialgia.

CONCLUSIONES

A pesar de las evidencias que existen, se desconoce si los síntomas psiquiátricos preceden, son consecuencia o coinciden con la FM, siendo para ello necesario la elaboración de más estudios, con mayor homogenización de los instrumentos y de las poblaciones usadas, así como de los diseños fenomenológicos.

El tratamiento de la FM, como se aprecia en la revisión anterior, es difícil para el médico y para el propio paciente, recomendándose el uso de fármacos combinados con intervenciones no farmacológicas, sobre todo ejercicio y terapia cognitivo-conductual, es decir, tratamiento multimodal dirigido al dolor, capacidad funcional, distrés psicológico y otros síntomas, siendo necesarios más estudios. Especial atención ha de merecer el tratamiento de los síntomas psiquiátricos que coexisten con las manifestaciones musculoesqueléticas. En dichos síntomas parecen útiles los ADT, especialmente los que interfieren

en la regulación de las vías serotoninérgicas y noradrenérgicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderberg UM, Marteinsdottir I, von Knorring. Citalopram in patients with fibromyalgia - a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur J Pain* 2000;4(1):27-35.
- Beth, JMc y cols. Does chronic pain predict future psychological distress? *Pain* 2002;96:239-245.
- Caballero L. Somatizaciones: ¿trastornos específicos o inespecíficos? *Update de Psiquiatría* 2002.
- Denis C, Park JM, Glass M, Minear LJ, Crofford. Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis and Rheumatism* 2001;44:2125-2133.
- Dwight M, Arnold L, O'Brien H y cols. An open clinical trial of venlafaxine treatment of fibromyalgia. *Psychosomatics* 1998;Jan-Feb 39(1): 14-7.
- Epstein SA y cols. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *Psychosomatics* 40:1, January-February, 1999.
- Fernández RMA. Tratamiento de la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:10.
- Goldenberg D, Mayskiy M, Mossey C, Ruthazer R, Schmid C. A randomized, double-blind crossover trial of fluoxetine and amitriptyline in the treatment of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism* 1996;39:11.
- Guitart J, Giménez J. Puntos dolorosos de la fibromialgia, tensión muscular subjetiva y tensión muscular valorada de forma semiobjetiva. Estudio de correlación de una población reumatológica. *Rheuma* 2001; 3:33-38.
- Hasset AL, Cone JD, Patella SJ, Sigal LH. The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism* 2000; 43:11.
- Hernández M. Estudio de la personalidad psicológica de los pacientes con fibromialgia. *Rheuma* 1997.
- Kurtze N, Terje Gundersen K, Svebak S. The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Medical Psychology* 1998;71:185-194.
- Landro NI, Stiles C, Sletvold H. Memory functioning in patients with primary fibromyalgia and major depression and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research* 1997;42:3.
- Martín MJ, Luque M, Solé P, Mengual A, Granados J. Aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 2000;27:12-18.
- Milella PJ, Holloway RL. Treating fibromyalgia. *Am Fam Phy* 2000.
- Moreno I, Montaña A. Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:10.
- Nicassio y cols. The contribution of pain, reported sleep quality, and depressive symptoms to fatigue in fibromyalgia. *Pain* 2002;100:271-279.
- Panerai AE y cols. Peripheral blood mononuclear cell β -endorphin concentration is decreased in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia but not in depression: preliminary report. *The Clinical Journal of Pain* 2002;18:270-273.
- Pfeiffer A y cols. Effects of a 1.5-day multidisciplinary outpatient treatment program for fibromyalgia. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 2003.
- Quijada J, Valenzuela A, García A. Características clínicas y criterios diagnósticos de la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2000; 27:10.
- Uceda J, González A, Fernández C, Hernández R. Fibromialgia: aspectos históricos, definición y clasificación. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:10.

En breve...

Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, de tres a cuatro millones de hombres en los Estados Unidos son afectados. Tiende a ser más reacio para admitir que tienen depresión, por lo tanto, el diagnóstico de la enfermedad es más complicado. La tasa de suicidio en varones es cuatro veces más alta que en la mujer aunque los intentos de suicidio son más comunes en la mujer. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

Fuente: National Institute of Mental Health (NIMH).

UN 3% DE LOS MAYORES DE 65 AÑOS TIENE «RIESGO DE DIÓGENES» EN NUESTRO PAÍS

En España un 3% de las personas mayores de 65 años tienen riesgo de Diógenes. Este síndrome consiste en un extremo abandono del autocuidado (tanto la higiene como la alimentación y la salud) en personas que se aíslan de su medio, no salen de su domicilio y rechazan cualquier tipo de ayuda externa. La nueva patología, provocada en gran parte por el aumento de la esperanza de vida, puede llevar a la muerte de muchos ancianos por desnutrición y acumulación de basuras en sus hogares, entre otros factores.

Según estimaciones un 1,7% de los ingresos en hospitales en España de mayores de 65 años son por síndrome de Diógenes, lo que supone unos 1.200 nuevos ingresos al año. Entre ellos, más de la mitad padecen un trastorno mental, sobre todo demencias, esquizofrenia,

En cuanto al tratamiento, si el enfermo es una persona sin familia, debe ser ingresado en un hospital. Hay que descartar la existencia de otras patologías psiquiátricas y, si existen, tratarlas adecuadamente (depresión, delirios crónicos, etc.). Si no es posible ubicar al paciente en una institución social, es preciso hacer un seguimiento crónico, visitas domiciliarias y trabajo coordinado de los servicios sanitarios y sociales.

Fuente: ISEP.

Agenda

■ XXII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría - Profesionales de Salud Mental

Oviedo, 11-14 de junio de 2003
Sede: Auditorio Príncipe Felipe de Oviedo (Asturias)
Organiza: Asociación Española de Neuropsiquiatría

■ IV Congreso de la Medicina General Mediterránea

Crucero por el Mediterráneo, 29 de septiembre al 5 de octubre 2003
Organiza:
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA GENERAL
Paseo Imperial, 10-12 - 1.ª planta. 28005 Madrid
Tfn: 913 644 120. Fax: 913 644 121
E-mail: semg@semg.es

■ XXV Congreso Nacional de la SEMERGEN

Santander, 1-4 de octubre de 2003
SEDE
Palacio Municipal de Ferias y Exposiciones de Santander
Avda. del Racing, s/n. 39005 Santander
SECRETARÍA CIENTÍFICA Y TÉCNICA
Fundación Semergen. Antonio López, 249, 4ª planta. 28041 Madrid.

■ Manejo de situaciones conflictivas con adolescentes y jóvenes

San Sebastián, 17 y 18 de octubre de 2003
ORGANIZA: PSI-Donostia
SEDE: Kirol-Etxea, sala Atano III —Anoeta—
TELÉFONO DE INFORMACIÓN: 943 320297
E-MAIL: psidonostia@wanadoo.es

■ VII Congreso Nacional de Psiquiatría

Palma de Mallorca, 21 - 25 de octubre de 2003
ORGANIZA: Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica
SEDES:
AUDITÓRIUM PALACIO DE CONGRESOS
Paseo Marítimo, 18
07014 Palma de Mallorca
HOTEL PALAS ATENEA
Paseo Marítimo, 29
07014 Palma de Mallorca

SECRETARÍA CIENTÍFICA:
Unitat de Psiquiatria i Psicologia Clínica Universitat de les Illes Balears
Carretera de Valldemossa km 7,5
07071 Palma de Mallorca
Teléfono: 971 173000, Fax: 971 173190
E-mail: palma2003@uib.es
Web: <http://infopsiquiatria.com/palma2003>