

CLASIFICACIÓN DE LA FIBROMIALGIA: ¿EXISTEN DISTINTOS TIPOS DE PACIENTES?

Rafael Elenguer, Antonil Siso, Manuel Ramos-Casals

RESUMEN

La fibromialgia (FM) es una de las enfermedades que con más frecuencia provoca dolor crónico en la población general. Debido a la gran heterogeneidad en su expresión clínica y a la falta de instrumentos estandarizados para ordenar y clasificar los distintos síntomas y presentaciones clínicas, el disponer de una clasificación de los pacientes con FM nos permitirá identificar grupos de pacientes más homogéneos, candidatos por tanto a recibir unas pautas diagnósticas y terapéuticas más individualizadas. Para poder clasificar correctamente a un paciente con FM, recomendamos una evaluación diagnóstica individualizada por parte de un equipo multidisciplinario, compuesto por el médico de familia, el reumatólogo/especialista en enfermedades autoinmunes, el traumatólogo y el psicólogo/psiquiatra. El diagnóstico de cada uno de estos especialistas, así como el análisis en la relación temporal de la aparición de los distintos síntomas o procesos, resulta imprescindible para evaluar el subgrupo de FM al que pertenece el paciente.

ABSTRACT

Fibromialgia (FM) is one of the most frequent diseases causing chronic pain. Due to the heterogeneity of its clinical expression and the lack of standardized instruments to classify the signs and symptoms, the availability of a classification system would allow more homogeneous groups of patients to be identified and would permit individualizing diagnostic and therapeutic management. Correct classification of patients with FM requires individual diagnostic evaluation by a multidisciplinary team comprising the family doctor, a specialist in rheumatology or autoimmune diseases, a trauma doctor and a psychologist/psychiatrist. The diagnostic contribution of each specialist together with analysis of the timeline of appearance of signs and symptoms is essential in order to decide to which FM subgroup the patient belongs.

KEY WORDS. Fibromialgia, clasificación, dolor crónico

1Unidad de Fibromialgia, Hospital 9 d'Octubre, Valencia

2CAP Les Corts, GESCLINIC, Hospital Clínic, Barcelona

3Servicio de Enfermedades Autoinmunes, IDIBAPS, Hospital Clínic, Barcelona

Correspondencia

Dr. Rafael Belenguer Prieto

Unidad de Reumatología

Hospital 9 d'Octubre, Valencia

e-mail: rbelenguer@gmail.com

Trabajo realizado con el apoyo de la Fundació La Marató de TV3 (proyecto 071810)

Enviado: 19/10/2009

Aceptado: 02/12/2009

1. INTRODUCCIÓN

La fibromialgia (FM) es una de las enfermedades que con más frecuencia provoca dolor crónico en la población. Se caracteriza por un estado doloroso crónico, generalizado, no articular, con afectación predominante de los músculos y raquis, y que presenta una exagerada hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos ("tender points"), sin alteraciones orgánicas demostrables (1). Típicamente se asocia a una gran variedad de síntomas entre los que destacan la fatiga persistente, el sueño no reparador, la rigidez generalizada y los síntomas ansioso-depresivos.

La FM fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992, y tipificada en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0 (2). También ha sido reconocida en 1994 por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y clasificada con el código X33.X8a (3). No obstante, dada la ausencia de patología orgánica específica demostrable, la carencia de una prueba diagnóstica confirmatoria objetiva, la frecuente asociación con problemas psicopatológicos y el gran impacto sobre los recursos sanitarios, la FM suele generar con facilidad situaciones clínicas conflictivas y discusiones científicas polémicas. La gran heterogeneidad en la expresión clínica de la FM, junto con la falta de instrumentos estandarizados para ordenar y clasificar los distintos síntomas y presentaciones clínicas, contribuyen aún más al desasosiego y en ocasiones impotencia que surge al atender a los pacientes. Es innecesario resaltar la importancia de disponer de una clasificación de la FM capaz de identificar grupos de pacientes más homogéneos, candidatos por tanto a recibir unas pautas diagnósticas y terapéuticas más individualizadas.

2. EPIDEMIOLOGÍA

La FM es un enorme problema de salud dada su elevada prevalencia y morbilidad, que produce un elevado consumo de recursos sanitarios (4). Es una enfermedad que altera la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes que la sufren, especialmente en las áreas de función física, actividad intelectual, estado emocional y calidad del sueño, influyendo de forma determinante sobre la capacidad para el trabajo, así como en la vida familiar y social (5). Afecta principalmente a las mujeres (80-90%), considerándose que es el diagnóstico más frecuente en las mujeres de 20 a 55 años de edad que refieren dolor musculoesquelético (6). Según los diferentes estudios, la prevalencia de la FM se ha estimado entre un 2 y un 3 % de la población general (7,8). La edad media al diagnóstico depende de la población estudiada, siendo con mayor frecuencia entre los 30 y 60 años (7,8). Wolfe et al observaron que el porcentaje de pacientes con dolor musculoesquelético difuso crónico aumentaba progresivamente con la edad, con un 23% de incidencia en el séptimo decenio (7), para después disminuir, pero aún llegando a afectar a un 8%, a mujeres entre los 70 y 79 años. No se conoce la causa de esta menor prevalencia de la FM en varones respecto a la de las mujeres, ni tampoco qué factores pueden explicar dicha diferencia (9). Otro estudio muestra que la FM está presente en el 2-5% de la población general y el 5-20% de los pacientes que solicitan atención médica (10). En la población general española se ha observado una prevalencia de la enfermedad del 2,73%, siendo de un 4,2% para el sexo femenino y de 0,2% para el masculino (11). Por tanto, se podría estimar una cifra de 1200000-1900000 mujeres afectadas a nivel nacional.

3. DIAGNÓSTICO

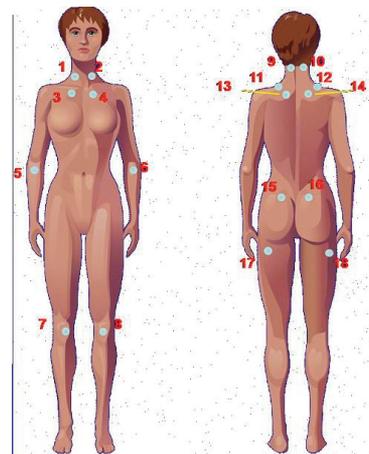
Para diferenciar la FM de otros síndromes con sintomatología parecida, el "American College of Rheumatology" (ACR) auspició en 1990 un estudio multicéntrico para lograr unificar y homogeneizar unos criterios clasificatorios, que en la práctica clínica se han aceptado internacionalmente como criterios diagnósticos (12). Con estos criterios, el diagnóstico de FM es válido con independencia de otros diagnósticos asociados (12).

Los criterios permiten la identificación de la FM con una sensibilidad del 88% y una especificidad del 81%:

- Historia de dolor difuso, generalizado, crónico, presente durante más de tres meses de duración. Se considera dolor generalizado cuando está presente en los cuatro cuadrantes del cuerpo, ambos lados del cuerpo y por encima y debajo de la cintura. Además, debe existir dolor en el esqueleto axial (columna cervical y pared torácica anterior, columna dorsal y columna lumbar).
- Dolor a la presión en al menos 11 de los 18 puntos dolorosos (9 pares). Estos puntos corresponden a las áreas más sensibles del organismo para estímulos mecánicos o de umbral más bajo. Los puntos dolorosos se exploran presionando con el pulpejo del dedo pulgar o de los dedos segundo y tercero con una fuerza aproximada de 4 kg/1,54 cm² en el lugar anatómico correspondiente (10). Esta presión se corresponde de forma aproximada, con el cambio de coloración subungueal del dedo del explorador que se produce al presionar. Para que un punto se considere positivo, el sujeto explorado tiene que afirmar que la palpación es dolorosa, no considerándose positiva la palpación sensible, o bien la realización por parte del paciente de algún acto reflejo como muecas o un movimiento consistente en retirar el cuerpo hacia

atrás o hacia el lado contrario del explorador, reacción que se conoce con el nombre de "reflejo de retirada" o "signo del salto". Se recomienda no ir a explorar directamente los puntos, sino ir acercándose de forma progresiva a los mismos. Aunque han sido propuestos varios mapas con puntos dolorosos (13-15), los pares de puntos recomendados y que deben valorarse son los siguientes (Figura 1):

- Occipucio: en las inserciones de los músculos suboccipitales (entre apófisis mastoide y protuberancia occipital externa).
- Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos, a la altura de C5-C7.
- Trapecio: en el punto medio del borde posterior.
- Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca del borde medial.
- Segunda costilla: en la unión osteocondral.
- Epicóndilo: a 2 centímetros, distal al epicóndilo.
- Glúteo: en el cuadrante superoexterno de la nalga.
- Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea.
- Rodillas: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.



4. CLASIFICACIÓN DE LA FIBROMIALGIA

La gran heterogeneidad en la expresión clínica de la FM suele provocar, en la práctica diaria, una importante sensación de impotencia debido a la falta de indicaciones clínicas y terapéuticas claras a seguir ante cada paciente. Cada vez son más los autores que consideran la FM como un síndrome somático funcional (16) junto a otros procesos similares como el síndrome de fatiga crónica o el del intestino irritable (con los que, por cierto, comparten una gran cantidad de manifestaciones y alteraciones psicopatológicas).

Los estudios respecto a la definición de subgrupos de pacientes con FM con un determinado perfil son muy limitados (17,18), y no suelen venir acompañados de pautas distintas de actuación en función del subgrupo.

La clasificación que proponemos incluye los principales procesos y situaciones clínicas que puede presentar el paciente con FM recogidos en varios estudios anteriores (19-22) (Tabla 1).

4.1. Fibromialgia idiopática (Tipo I)

Este subgrupo, denominado por Müller et al (20) como "FM con sensibilidad extrema al dolor no asociada a procesos psiquiátricos", fue identificado por Giesecke et al (19) en 2003 gracias a un exhaustivo análisis psicopatológico realizado en 97 pacientes con FM centrado en la evalu-

ación de tres aspectos: estado de ánimo (evaluado con los cuestionarios CES-D y STPI), área cognitiva (evaluado con algunas de las subescalas del cuestionario CSQ) e hiperalgesia (analizado mediante dolorímetro y metodología MRS). Los autores identificaron un pequeño grupo de pacientes (un 16%, todas mujeres) que presentaban un perfil psicopatológico diferencial, caracterizado por valores normales de estado de ánimo, valores muy bajos de catastrofización y un elevado nivel de control percibido sobre el dolor en el cuestionario CSQ, a pesar de lo que mostraban una extrema hiperalgesia en las pruebas de dolor provocado.

En este subgrupo de pacientes no se identifican procesos sistémicos o locales asociados, ni enfermedades psiquiátricas, y por tanto se desconoce por completo la etiopatogenia del proceso. Muller et al (20) compararon el perfil de citocinas circulantes de 25 pacientes tipo I con 13 pacientes con FM tipo II, encontrando niveles significativamente elevados de TNF α , IL-1 α e IL-10 en el tipo I. Estos datos sugerirían la posible existencia de alteraciones inmunológicas locales, quizá relacionadas con las terminaciones nerviosas, entrando en el campo de la neuroinmunología. Las hipótesis más recientes sobre la etiopatogenia del dolor crónico sugieren un papel clave de la inmunidad innata del sistema

Tabla 1: Clasificación de la fibromialgia

	<i>Subgrupos clasificatorios</i>	<i>Enfermedad primaria</i>	<i>Enfermedad autoinmune/reumatológica</i>	<i>Perfil psicopatológico</i>
Tipo I	FM idiopática	Ninguna	Ninguna	Normal
Tipo II	FM asociada a enfermedad crónica	Enfermedad crónica *sistémica (IIa) *Io-coregional (IIb)	Cumplimiento de los criterios clasificatorios	Perfil A (ansioso-depresivo)
Tipo III	FM secundaria a enfermedad psiquiátrica	Patología psiquiátrica	Alteraciones autoinmunes y/o reumatológicas aisladas	Perfil B (somatización)
Tipo IV	FM simulada	Ninguna	Ninguna	Demandante

nervioso central en la fase de inducción consciente de la hipersensibilidad, con la implicación entre otros de los receptores tipo Toll de la microgía (23).

4.2. Fibromialgia asociada a enfermedades crónicas (Tipo II)

A pesar de que se han descrito casos de FM en pacientes con enfermedades crónicas de casi cualquier etiología (degenerativa, autoinmune, endocrinológica, infecciosa o neoplásica), no cabe duda que la gran mayoría de casos se diagnostican en pacientes con enfermedades crónicas que cursan con disfunción y sobre todo con dolor diario (en mayor o menor grado). La mayoría de estas enfermedades pueden encuadrarse dentro del ámbito reumatológico y autoinmune.

4.2.1. Fibromialgia asociada a enfermedades sistémicas (Tipo IIa)

No cabe duda de que el primer criterio clasificatorio de FM propuesto por el ACR (historia de dolor difuso, generalizado, crónico, presente du-

rante más de tres meses de duración) lo cumple un porcentaje notable de los pacientes con las enfermedades reumatológicas y autoinmunes sistémicas más frecuentes, desde la AR y las espondiloartropatías inflamatorias hasta las autoinmunes sistémicas como el LES, las miopatías inflamatorias y, especialmente, el SS. La presencia de FM en pacientes diagnosticados de estas enfermedades es variable (Tabla 2).

tabla2: Prevalencia FM en pacientes con enf. crónicas
Es importante destacar el perfil epidemiológico de estos pacientes, ya que las mayores frecuencias de FM asociada se observan en aquellas enfermedades con un perfil epidemiológico idéntico al de la FM, como son la AR y el SS (mujeres de mediana edad).

Para una adecuada clasificación de estos pacientes, el primer paso es asegurar por parte del especialista correspondiente el cumplimiento riguroso de los criterios clasificatorios vigentes para las respectivas enfermedades reumatológicas y autoinmunes, con el fin de poder diferenciarlos con claridad de los pacientes con FM tipo III que pueden presentar, dentro del espectro clínico de la enfermedad, manifestaciones reumatológicas o autoinmunes aisladas.

En este subgrupo de pacientes, la principal hipótesis etiopatogénica sería la aparición de la FM como consecuencia del carácter crónico de sus enfermedades de base, para lo que resulta especialmente importante definir con la mayor exactitud posible el momento temporal de diagnóstico de la enfermedad de base y la fecha en la que se diagnosticó la FM. En ocasiones no es fácil, e incluso podrían incluirse en este grupo pacientes con aparición simultánea de ambos procesos, pero siempre debe intentarse separar en el tiempo la aparición de la enfermedad de base respecto a la FM.

El segundo paso importante en la clasificación de estos pacientes es una adecuada evaluación

	Pacientes con FM/ pacientes totales	%	Referencias
Síndrome de Sjögren	115/371	31%	27-31
Artritis reumatoide	40/150	27%	32,33
Espondilitis anquilopoiética	sep-36	25%	34
Artrosis	28/130	22%	32,35
Dolor lumbar/cervical crónico	16/100	16%	32
Infección VIH	30/191	16%	33,36
Enfermedad de Behçet	44/268	16%	37-39
Artritis psoriásica	28/185	15%	33,4
Infección VHC	42/320	13%	41-44
Lupus eritematoso sistémico	133/1166	11%	45-51
Esclerodermia	ene-50	2%	50

psicopatológica. Un excelente estudio de Blasco et al (21) ha permitido definir dos perfiles psicopatológicos perfectamente diferenciados en el paciente con FM mediante el uso del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI), uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación psicológica del dolor crónico. Los perfiles que se obtienen mediante este cuestionario permiten, por ejemplo, discriminar entre casos de dolor orgánico y dolor psicógeno, evaluar el nivel de incapacidad en estos sujetos o predecir resultados en los tratamientos.

Blasco et al (19) definen un primer perfil psicopatológico (perfil A) como el asociado a la existencia de enfermedades crónicas, en el que predomina la sintomatología ansioso-depresiva con una importante influencia mutua entre ambos procesos (perfil psicopatológico en el MMPI-2 tipo DC). Son pacientes que muestran preocupación por los síntomas somáticos y por los problemas de salud, ante los que muestran una ansiedad leve. Por ello son propensas a desarrollar síntomas físicos bajo estrés como temblores, mareos y fatiga. Socialmente son competentes, mostrándose expresivas, pero también inhibidas. Tratan de normalizar su vida sobreponiéndose a sus síntomas, mirando las cosas por el lado positivo y evitando lo que pudiera ser desagradable o perturbador de la enfermedad, pero evitan sutilmente la responsabilidad. No están incapacitadas para la vida diaria, pero son ineficaces y se cansan con facilidad. La identificación de este tipo de perfil psicopatológico por parte del especialista (Tabla 3) supone una gran ayuda para poder clasificar correctamente a este subgrupo de pacientes.

4.2.2. Fibromialgia asociada a enfermedades crónicas locorreionales (Tipo IIb)

Se ha descrito la existencia de FM en pacientes con procesos locorreionales de evolución

crónica, de los que destacan las alteraciones estructurales mecánicas o degenerativas extensas del raquis (lumbalgia crónica) y las enfermedades metabólicas óseas, como la osteoporosis y la osteomalacia.

En estos pacientes pueden aplicarse las mismas recomendaciones que en el grupo anterior, centrando todos los esfuerzos en controlar los principales síntomas de su enfermedad de base.

TABLA 3. Principales rasgos psicopatológicos de los pacientes con FM (clasificación de Blasco et al, 21)

1. Perfil psicopatológico A

- Preocupación por síntomas somáticos
- Ansiedad leve frente a los problemas de salud,
- Propensión a desarrollar síntomas físicos bajo estrés
- Competencia social (personas expresivas)
- Desean ser consideradas como confiadas en sí mismas, alegres, amistosas, cariñosas, y responsables
- Intención de normalizar su vida y sobreponerse a sus síntomas
- Conductas de evitación sobre lo que puede ser desagradable o perturbador
- Evitación sutil de la responsabilidad
- Consideradas dependientes más por los otros que por ellas mismas.

2. Perfil psicopatológico B

- Recursos limitados para afrontar el estrés
- Demandantes de ayuda ante la percepción de dificultades
- Mayor énfasis en los síntomas cognitivos, sensoriales, musculoesqueléticos y neurológicos.
- Síntomas de confusión, miedo y malestar
- Personalidad reservada, no comprometida, con tendencia a la ensoñación y la fantasía
- Alto nivel de ansiedad, tensión y disforia.
- Nivel de dependencia elevado
- Miedo a los conflictos, inhibición de la ira y tolerancia al dominio.
- Introversión, falta de confianza en sí
- Extrema vulnerabilidad a perturbarse por decepciones o dificultades; tendencia a abandonar ante la menor ansiedad.
- Refieren rumiaciones, disforia, cambios de humor, aprensión, preocupaciones, fatiga, pesimismo, falta de interés, autocrítica e irritabilidad.
- Baja autoestima y bajo umbral para la autocensura y autocrítica
- Frecuencia elevada de trastornos de personalidad (clúster C, clúster A, clúster B)

4.3. Fibromialgia en pacientes con enfermedades psicopatológicas (Tipo III)

La existencia de pacientes con FM con una grave alteración en la esfera psicopatológica fue sugerida por Giesecke et al (19) en su estudio de 2003, al identificar un subgrupo de pacientes con valores muy alterados en el estudio del dominio psicosocial (índices muy elevados en el análisis de síntomas depresivos mediante el cuestionario CES-D y de ansiedad mediante el cuestionario STPI) y una disociación significativa en el estudio del dominio cognitivo mediante el cuestionario CSQ (altos valores en la subescala de catastrofización y valores muy bajos en la escala sobre autocontrol del dolor).

El aspecto clave en la clasificación de estos pacientes es intentar llegar a un diagnóstico de alteración psicopatológica previa al diagnóstico de la FM. En este subgrupo de pacientes resulta crucial la contribución del psiquiatra, que debe evaluar con detalle los aspectos psicopatológicos y sociales que influyen en el estado de salud del paciente, por medio de cuestionarios autoaplicados como el "Symptom Checklist" (SCL-90R), el "Illness Behavior Questionnaire" (IQB), el "Chronic Illness Problem Inventory" (CIPI), el "Minnesota Multiphasic Personality Inventory" (MMPI) o el "Beck Depresión Inventory" (BDI) (24-26).

La FM en estos pacientes se considera una manifestación somática de un proceso psicopatológico subyacente tanto de tipo afectivo como de personalidad (21), en la que el dolor sería el medio a través del cual los pacientes canalizarían todo su malestar psicológico subyacente. Según Blasco et al (21), son los pacientes con FM que presentan mayores desajustes a nivel psicológico, un perfil al que denominaron perfil psicopatológico B (perfil DP según el MMPI-2). Son pacientes con recursos limitados para afrontar el estrés y demandar

ayuda ante la percepción de dificultades, confusión y malestar. Se caracterizan por ser pacientes reservadas, poco comprometidas y con tendencia a la ensoñación y la fantasía. Manifiestan características de dependencia más graves que el grupo A con miedo a los conflictos, inhibición de la ira y tolerancia al dominio, con un mayor nivel de ansiedad, tensión y disforia. Son introvertidas, carecen de seguridad en sí mismas, son muy controladas y sumisas y manifiestan una baja autoestima, con sentimientos de sentirse maltratadas. Sensibles e hiperreactivas a las críticas, se ofenden con facilidad ante las demandas, con un sentimiento de gran estrés y de extrema vulnerabilidad a perturbarse por decepciones o dificultades y una tendencia a abandonar ante la menor ansiedad. Manifiestan además temor a que un repentino acontecimiento inesperado produzca una pérdida de control. Admiten con facilidad defectos personales e interpersonales, con un bajo umbral para la autocensura y autocrítica (Tabla 3).

En cuanto a la presencia de rasgos de trastornos de la personalidad en estos pacientes, cabe decir que las pacientes que configuran este tipo de perfil presentan rasgos más elevados de trastorno de personalidad evitativo, dependiente, obsesivo (clúster C), paranoide, esquizoide, esquizotípico (clúster A) y límite (clúster B). Son menos histriónicas y narcisistas que la población normal, un dato que según Blasco et al (21) contrasta con la visión que se suele tener de ellas por el colectivo médico en general. Respecto a los rasgos de trastorno de personalidad antisocial, son similares a los que presenta la población normal.

En conclusión, las pacientes que se engloban dentro de este grupo se caracterizan por poseer un mayor desajuste general, sentimientos de inmadurez personal y estrés subjetivo que el grupo A, por lo que se aconseja que su patología sea

abordada principalmente desde el ámbito de la salud mental (21).

Los síntomas asociados a la FM, dada su variabilidad, nos pueden llevar a considerar en este subgrupo de pacientes la existencia de enfermedades reumáticas o autoinmunes. Así, la presencia de artralgias (muy raramente, artritis), mialgias, fatiga, fiebre, edema de partes blandas, cefalea, alteraciones digestivas y sequedad de mucosas, puede fácilmente llevar al clínico a añadir a la FM el diagnóstico de una enfermedad sistémica, especialmente si se añaden algunas alteraciones analíticas (citopenias) o inmunológicas. El perfil clínico e inmunológico del paciente con FM debe ser analizado con detalle por un especialista en enfermedades reumáticas/autoinmunes sistémicas. Así, deben diferenciarse las alteraciones inmunológicas que con cierta frecuencia puede presentar el paciente con FM (anticuerpos antitissulares como los antinucleares y antimúsculo liso, o factor reumatoide a títulos bajos) de los marcadores inmunológicos más específicos de las enfermedades reumatológicas y autoinmunes sistémicas (antiDNA a títulos elevados, hipocomplementemia marcada, anticuerpos antiENA o anticitrulinados) (Tabla 4).

TABLA 4. Alteraciones inmunológicas que obligan a realizar un estudio específico de coexistencia con una enfermedad autoinmune sistémica o reumatológica definida.

- Anticuerpos antinucleares a títulos elevados (> 1/320)
- Factor reumatoide a títulos elevados (>200)
- Crioglobulinemia >1%
- Hipocomplementemia (descenso de C3 y/o C4)
- Anticuerpos anti-Ro/La
- Anticuerpos anti-Sm
- Anticuerpos anti-Scl70/anti-topoisomerasa I
- Anticuerpos anti-DNA a títulos elevados (>50)
- Anticuerpos anti-CCP

4.4. Fibromialgia simulada (Tipo IV)

El enorme impacto mediático y social de la FM ha originado un aumento exponencial de las consultas que reciben especialmente los médicos de atención primaria y los reumatólogos por parte de pacientes que presentan un cuadro clínico que sindrómicamente sugiere una FM. Una parte de estos pacientes (en nuestra experiencia de una Unidad especializada en FM, el porcentaje es del 10%) (Tabla 5) simulan el padecimiento de una enfermedad cuyas características son fácilmente conocidas a través de Internet y que no posee una prueba o grupo de pruebas objetivo que permitan un diagnóstico de certeza.

TABLA 5. Porcentaje de los distintos subgrupos clasificatorios en la Unidad de Fibromialgia del Hospital 9 d'Octubre de Valencia (n=218)

Subgrupos clasificatorios	N	%
FM tipo I	21	10%
FM tipo II	142	65%
FM tipo III	31	14%
FM tipo IV	24	11%

El objetivo principal de este subgrupo de pacientes suele ser la obtención de una baja laboral permanente, y suele ser casi patognomónico que, una vez conseguida, dejen de acudir a las visitas.

No existe ninguna pauta protocolizada para identificar estos pacientes. El protocolo de estudio de nuestra Unidad de FM que solemos aplicar en ámbitos periciales incluye cuatro pruebas objetivas de evaluación (Tabla 6), de las que se disponen mediciones objetivas esperables tanto en la población general como en pacientes con FM. La obtención de valores extremos en cada una de estas pruebas identifica con facilidad al paciente "simulador".

TABLA 6. Protocolo de estudio ante el paciente con FM y sospecha de simulación.

1. Evaluación de los criterios de FM (cuantificación de los puntos dolorosos)
2. Evaluación de los puntos dolorosos "control"
3. Cuestionario FIQ
4. Evaluación de la alodinia inducida por esfigmomanómetro
5. Prueba de la marcha (6 minutos)

5. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS SUBGRUPOS CLASIFICATORIOS

5.1. FM tipo I

Este subgrupo de pacientes requiere un enfoque terapéutico distinto al de la gran mayoría de pacientes con FM. Algunos autores (19,20) sugieren para este subgrupo un mayor beneficio de la terapia farmacológica centrada en el síntoma principal, especialmente fármacos antidepresivos con propiedades analgésicas, o incluso analgésicos puros (simples o en combinación). La coordinación asistencial por medio de protocolos diagnósticos y especialmente terapéuticos entre los médicos de familia y las unidades especializadas en el manejo del dolor crónico (allí donde existan) es un elemento fundamental para el control de síntomas en estos pacientes. La falta de patología psiquiátrica elimina per se la utilidad de terapias psicológicas o el uso de psicofármacos.

5.2. FM tipo II

Desde un punto de vista de actuación terapéutica, el principal esfuerzo debe estar encaminado en controlar los principales síntomas de la enfermedad de base, que puede ser la inflamación articular en los pacientes con AR, espondilitis y LES, la inflamación muscular (miopatías) u otros síntomas tanto generales como locales (como la sequedad en el SS). En todos estos pacientes

suele ser muy común el cansancio crónico y los dolores generalizados articulares y musculares, manifestaciones que suelen responder de forma positiva al uso de antipalúdicos como la hidroxicloroquina. En los brotes agudos de estas enfermedades resulta inevitable para su control el uso de corticoides y en los casos más graves, inmunodepresores e incluso terapias biológicas. El objetivo siempre debe ser tener controlada al máximo la enfermedad reumatológica o autoinmune de base, un hecho que nos ayudará en gran medida a separar los síntomas de su enfermedad de base de aquellos derivados del problema psicopatológico secundario.

Por supuesto siempre debe tenerse en cuenta la aparición casi invariable de alteraciones psicopatológicas en todo paciente con una enfermedad incurable de evolución crónica. Una adecuada valoración psicopatológica deberá confirmar en estos pacientes que los síntomas son reactivos a la existencia del proceso de base, y que la sintomatología psiquiátrica que presentan se considera como reactiva o adaptativa a las dificultades que supone padecer de forma diaria los síntomas de su enfermedad de base. El enfoque psicopatológico debe ser diferente respecto a los otros subgrupos, y Giesecke et al (19) sugiere que el uso de técnicas cognitivas conductuales en estos pacientes tendría una menor posibilidad de ser eficaz.

Debido a su personalidad conversiva, son pacientes que pueden ser resistentes a la comprensión de su problema y a la intervención psicológica (21). Al no ser introspectivas, prefieren las explicaciones médicas a hablar de los problemas emocionales y toleran bien la ayuda.

5.3. FM tipo III

En este subgrupo de pacientes predomina el carácter primario (inherente a la enfermedad) de la sintomatología psicológica. El papel predom-

inante de la alteración psicopatológica, con elevados niveles de distress psicopatológico, hace aconsejable la atención compartida entre médico de familia y psicólogos y psiquiatras, por medio de la utilización de técnicas conductuales y del uso de fármacos como antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y otros psicofármacos. El tratamiento exclusivamente psicoterapéutico de este subgrupo de pacientes no debe nunca estar sólo centrado en los síntomas físicos (principalmente el dolor), sino sobre todo en tratar la enfermedad psiquiátrica subyacente.

Blasco et al (21) han propuesto una fórmula denominada "índice de perfil psicopatológico en fibromialgia" (Ippc), derivada del MMPI-2, capaz de discriminar entre los dos tipos de perfiles psicopatológicos en el paciente con FM (perfiles A y B), y que desde un punto de vista terapéutico puede utilizarse como un indicador de gravedad psicopatológica. La utilidad de este índice de cribado de pacientes con FM, según el grado de psicopatología subyacente, sería importante a la hora de decidir el tipo de intervención psicoterapéutica adecuado para cada paciente.

CONCLUSIONES

Una aproximación diagnóstica y terapéutica óptima en el paciente con FM debe incluir el máximo nivel de individualización de acuerdo a las características específicas de cada paciente. En la práctica diaria suele aplicarse todo lo contrario, indicando los mismos tratamientos o abordajes a todo paciente con FM. La clasificación de los pacientes con FM en subgrupos más homogéneos permite una mayor individualización del tratamiento, lo que augura un mayor éxito terapéutico.

Para poder clasificar correctamente a un paciente con FM, recomendamos una evaluación

diagnóstica individualizada por parte de diversos especialistas (aproximación diagnóstica multidisciplinaria). En primer lugar debe confirmarse el diagnóstico de la FM (médico de familia y/o reumatólogo), para a continuación evaluar la existencia de posibles enfermedades sistémicas asociadas (médico de familia / reumatólogo / especialista en enfermedades sistémicas) o de procesos crónicos locales (médico de familia / reumatólogo / traumatólogo), y finalmente realizar un diagnóstico preciso sobre los procesos/enfermedades de base psicopatológica (psicólogo/psiquiatra)

La obtención de un diagnóstico claro en cada una de estas cuatro áreas, así como el análisis en la relación temporal de la aparición de los distintos síntomas o procesos, permitirá la inclusión de cada paciente en cada uno de los distintos subgrupos clasificatorios.

REFERENCIAS

1. Consensus Document on Fibromyalgia: The Copenhagen Declaration. Journal Musculoskeletal Pain. Vol 1. New York: The Haworth Press Inc., 1993.
2. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Problems. ICD-10. Geneva: WHO, 1992.
3. Merskey H, Bogduck N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms. 2th ed. Seattle: International Association for Study of Pain (IASP Press), 1994.
4. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennet RN, Caso XJ, Goldenberg DL, et al. A prospective longitudinal multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. Arthritis Rheum 1997; 40: 1560-1570.
5. Buckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. Fibromyalgia and quality of live: a comparative analysis. J Rheumatol 1993; 21: 714-720.
6. Goldenberg DL. Fibromyalgia syndrome: a

decade later: what have we learned? *Arch Intern Med* 1999; 8: 777-785.

7. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19-28.

8. White KP, Speechley M, Harth M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: the prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol* 1999; 26: 1570-1576.

9. Buchwald D. Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. Similarities and differences. *Rheum Dis Clin North Am* 1996; 22: 219-243.

10. Wolfe F. The epidemiology of fibromyalgia. *J Musculoskeletal Pain* 1994; 1: 137-148.

11. 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 Nov;60(11):1040-5

12. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for de Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-172.

13. Smythe HA. Non-articular rheumatism and psychogenic musculoskeletal syndromes. En Hollander JL, McCarty DL Jr (eds). *Arthritis and Allied Conditions*. 8th ed. Philadelphia. Lea & Febiger. 1972; 874-884.

14. Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ, et al. Primary Fibromyalgia (Fibrositis). Clinical study of 50 patients with matched normal controls. *Semin Arthritis Rheum* 1981; 11: 151-152.

15. Bennett RM. Fibrositis: misnomer for a common disorder. *West J Med* 1981; 134: 405-413.

16. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007;369:946-55.

17. Yunus MB. Diagnosis, etiology, and management of fibromyalgia syndrome: an update. *Compr*

Ther 1988; 14: 8-20.

18. Yunus MB, Masi AT. "Fibromyalgia, Restless Legs Syndrome, Periodic Limb Movement Disorder, and Psychogenic Pain". En: D.J. McCarty, W. J. Koopman. *Arthritis and Allied Conditions*. Philadelphia: Lea Febirger 1993; 12Ed.: 1383-1405.

19. Giesecke T, Williams DA, Harris RE, Cupps TR, Tian X, Tian TX, Gracely RH, Clauw DJ. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum*. 2003;48:2916-22.

20. Müller W, Schneider EM, Stratz T. The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int*. 2007;27:1005-10.

21. Blasco Claros L, Mallo Caño M, Mencía Presa A, Franch Barceló J, Casaus Satamán P, Peña Roca J, Labad Alquezar A, Gutiérrez-Zotes JA, Jarrod Pàmias M. Clinical profiles in fibromyalgia patients of the community mental health center: a predictive index of psychopathological severity. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34:112-22.

22. Belenguer R. La calidad de vida del paciente con síndrome de Sjögren primario. Influencia del perfil clínico-inmunológico, factores psicosociales y de la coexistencia de fibromialgia. Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca, 2004.

23. McCleskey EW. Neurobiology: new player in pain. *Nature*. 2003;424:729-30.

24. Hudson JT, Hudson MS, Pliner LF, Goldenberg DL, Pope HG Jr. Fibromyalgia and major affective disorders: A controlled phenomenology and family history study. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 441-446.

25. Fink P. Physical complaints and symptoms of somatizing patients. *J Pshochosom Res* 1992; 36: 125-136.

26. Celiker R, Borman P, Ökaten F, Gökçe-Kutsal Y, Basgöze O. Psychological disturbance in Fibromyalgia: relation to pain severity. *Clin Rheumatol* 1997; 16: 179-184.

27. Giles I, Isenberg D. Fatigue in primary Sjögren's syndrome: Is there a link with the fibromialgia

syndrome? *Ann Rheum Dis* 2000. 59:875-878.

28. Ostuni P, Botsios C, Sfriso P, Punzi L, Chieco-Bianchi F, Semerano L, Grava C, Todesco S. Fibromyalgia in Italian patients with primary Sjogren's syndrome. *Joint Bone Spine*. 2002;69:51-57.
29. Dohrenbusch R, Gruterich M, Genth E. [Fibromyalgia and Sjogren syndrome--clinical and methodological aspects] *Z Rheumatol*. 1996;55:19-27.
30. Tishler M, Barak Y, Paran D, Yaron M. Sleep disturbances, fibromyalgia and primary Sjogren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 1997;15:71-74.
31. Belenguer R, Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, del Pino J, Sentís J, Aguiló S, Font J. Influence of clinical and immunological parameters on the health-related quality of life of patients with primary Sjögren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23:351-6.
32. Wolfe F, Cathey MA. Prevalence of primary and secondary fibrositis. *J Rheumatol*. 1983;10:965-8.
33. Buskila D, Gladman DD, Langevitz P, Urowitz S, Smythe HA. Fibromyalgia in human immunodeficiency virus infection. *J Rheumatol*. 1990;17:1202-6.
34. Aloush V, Ablin JN, Reitblat T, Caspi D, Elkayam O. Fibromyalgia in women with ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int*. 2007;27:865-8.
35. Vitali C, Tavoni A, Neri R, Castrogiovanni P, Pasero G, Bombardieri S. Fibromyalgia features in patients with primary Sjögren's syndrome. Evidence of a relationship with psychological depression. *Scand J Rheumatol*. 1989;18:21-7.
36. Simms RW, Zerbini CA, Ferrante N, Anthony J, Felson DT, Craven DE. Fibromyalgia syndrome in patients infected with human immunodeficiency virus. The Boston City Hospital Clinical AIDS Team. *Am J Med*. 1992;92:368-74.
37. Lee SS, Yoon HJ, Chang HK, Park KS. Fibromyalgia in Behçet's disease is associated with anxiety and depression, and not with disease activity. *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23:S15-9.
38. Al-Izzi MK, Jabber AS. Fibromyalgia in Iraqi patients with Behcet's disease. *J Med Liban*. 2004;52:86-90.
39. Yavuz S, Fresko I, Hamuryudan V, Yurdakul S, Yazici H. Fibromyalgia in Behçet's syndrome. *J Rheumatol*. 1998;25:2219-20.
40. Chandran V, Bhella S, Schentag C, Gladman DD. Functional assessment of chronic illness therapy-fatigue scale is valid in patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:936-9.
41. Kozanoglu E, Canataroglu A, Abayli B, Colakoglu S, Goncu K. Fibromyalgia syndrome in patients with hepatitis C infection. *Rheumatol Int*. 2003;23:248-51.
42. Goulding C, O'Connell P, Murray FE. Prevalence of fibromyalgia, anxiety and depression in chronic hepatitis C virus infection: relationship to RT-PCR status and mode of acquisition. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2001;13:507-11.
43. Rivera J, de Diego A, Trinchet M, García Monforte A. Fibromyalgia-associated hepatitis C virus infection. *Br J Rheumatol*. 1997;36:981-5.
44. Buskila D, Shnaider A, Neumann L, Zilberman D, Hilzenrat N, Sikuler E. Fibromyalgia in hepatitis C virus infection. Another infectious disease relationship. *Arch Intern Med*. 1997;157:2497-500.
45. Kuriya B, Gladman DD, Ibañez D, Urowitz MB. Quality of life over time in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2008;59:181-5.
46. Da Costa D, Dritsa M, Bernatsky S, Pineau C, Ménard HA, Dasgupta K, Keschani A, Rippen N, Clarke AE. Dimensions of fatigue in systemic lupus erythematosus: relationship to disease status and behavioral and psychosocial factors. *J Rheumatol*. 2006;33:1282-8.
47. Akkasilpa S, Goldman D, Magder LS, Petri M. Number of fibromyalgia tender points is associated with health status in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2005;32:48-50.
48. Valencia-Flores M, Cardiel MH, Santiago V, Resendiz M, Castaño VA, Negrete O, Rosenberg C, García-Ramos G, Alcocer J, Alarcón-Segovia D. Prevalence and factors associated with fibromyalgia in Mexican patients with systemic lupus erythematosus.

Lupus. 2004;13:4-10.

49. Friedman AW, Tewi MB, Ahn C, McGwin G Jr, Fessler BJ, Bastian HM, Baethge A, Reveille JD, Alarcón GS; LUMINA Study Group. Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups: XV. Prevalence and correlates of fibromyalgia. *Lupus*. 2003;12:274-9.

50. Ostuni P, Botsios C, Sfriso P, Bertagnin A, Cozzi F, Doria A, Todesco S. [Prevalence and clinical

features of fibromyalgia in systemic lupus erythematosus, systemic sclerosis and Sjögren's syndrome] *Minerva Med*. 2002;93:203-9.

51. Taylor J, Skan J, Erb N, Carruthers D, Bowman S, Gordon C, Isenberg D. Lupus patients with fatigue-is there a link with fibromyalgia syndrome? *Rheumatology (Oxford)*. 2000;39:620-3.