

SÍNTOMAS FRECUENTES

Los síntomas más recurrentes son: migraña, cefalea, aftas, dolor en músculos, huesos, ligamentos, articulaciones y visceral; baja tolerancia al ejercicio físico; disfunción de la articulación temporomandibular; síndrome de piernas inquietas; sensación de hinchazón; rigidez articular; sensación de tumefacción en manos; parestesias; alteraciones del sueño; cansancio; fatiga intensa; agotamiento; fofobia y otras alteraciones visuales; fonofobia; vértigo; mareos; inestabilidad; taquicardias; sacudidas; mioclono nocturno; fenómeno de Raynaud; síndrome seco; cistitis; colon irritable; síndrome premenstrual; dismenorrea; ansiedad; depresión; crisis de angustia y dificultades de concentración y/o memoria, problemas emocionales, etc.

¿CÓMO Y DÓNDE SE ADQUIERE?

Hay una serie de **factores** cuya coincidencia conjunta ha sido señalada como posibles desencadenantes de FM:

La existencia de ciertas mutaciones genéticas que predisponen a la FM: se han identificado genes como el receptor de 5HT_{2A} (serotonina), transportador de serotonina, receptor D₄ de dopamina y COMT (catecolamin ometil transferasa) o transportador de catecolaminas, que apoyan la teoría de la existencia de una deficiencia de serotonina predisponente a contraer la enfermedad. Los estudios genéticos han demostrado lo que se llama agregación familiar, se trata de que en una persona con un familiar de primer grado afectado presenta hasta 8,5 veces mayor riesgo de padecerla (Gursoy S, Erdal E, Herken H, Madenci E, Alasehirli B, Erdal N., 2003).

Una gran variedad de estresores medio ambientales pueden ser factores precipitantes. Se ha señalado que en muchos casos ha habido situaciones previas que generan mucho estrés, como un accidente, un problema grave, etc. A nivel psicológico uno de cada cinco pacientes con FM presenta depresión, uno de cada diez distimia y el 7% crisis de angustia aguda (Epstein S.A, Kay G, Clauw D, Heaton R, Klein D, Krupp L, et al., 1999).

El factor hormonal también se ha usado en la explicación de la FM. Las alteraciones neuroendocrinas se presentan como disfunción del eje hipotálamo, hipofisaria y adrenal. Se comprueba que los pacientes tienen cortisol plasmático elevado y alteraciones en hormonas tiroideas y hormona del crecimiento. Este factor explicaría la mayor prevalencia femenina en el desarrollo de la FM. Un exceso de glutamato, circunstancia que presentan los pacientes con fibromialgia, la inhibición del dolor por GABA podría suprimirse en las mujeres a través de la regulación específica de E2.

Se ha comprobado una respuesta potencial anormal del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) frente a determinados estímulos. Los neurotransmisores de pacientes con FM presentan alteraciones en la medición y la transmisión del dolor, aumentando los neurotransmisores excitatorios y disminuyendo los inhibitorios.

DIAGNÓSTICO

No se ha establecido una prueba diagnóstica específica para determinar la Fibromialgia. A menudo se realizan otras pruebas (estudios electroneuromiográficos, hemograma, velocidad de sedimentación globular [VSG], proteína C reactiva, bioquímica habitual, creatinina [CK], hormonas tiroideas y hormona estimuladora de la secreción de tiroxina [TSH], estudios inmunológicos y serológicos, estudios radiológicos), para excluir que se trate de una dolencia diferente.

En el diagnóstico deben coincidir un conjunto de síntomas: paciente con dolor crónico y difuso, sin evidencias inflamatorias, referido principalmente a estructuras del aparato locomotor, con trastorno del sueño, fatiga y en el que se comprueba dolor ante la presión de al menos 11 de los puntos gatillo. En el establecimiento del mismo se explora el cuerpo entero haciendo presión en dieciocho puntos y si al menos once de ellos son dolorosos el resultado de la prueba es afirmativo. Los pares de puntos usados son los siguientes: 1. Occipucio: en las inserciones suboccipitales de los músculos; 2. Cervical bajo: en la cara anterior de los espacios intertransversos a la altura de C5-C7; 3.

Trapezio: en el punto medio del borde superior; 4. Supraespinoso: en sus orígenes, por encima de la espina de la escápula, cerca del borde medial; 5. Segunda costilla: en la unión osteocondral; 6. Epicóndilo: a 2 cm distales del epicóndilo; 7. Glúteo: en el cuadrante superoexterno de la nalga; 8. Trocánter mayor: en la parte posterior de la prominencia trocantérea; 9. Rodillas: en la almohadilla grasa medial próxima a la línea articular.

BIOMARCADORES PARA FM

En la búsqueda de hallazgos definitorios que pudiesen constituir biomarcadores se encontraron diferencias entre el metabolismo de los neurotransmisores en pacientes enfermos respecto de los individuos de control. Se evidencia un *aumento significativo en los niveles séricos de glutamato en los pacientes enfermos.*

Los pacientes aquejados de fibromialgia presentan además reducción de bacterias de los géneros *Bifidobacterium* y *Lactobacillus* (transformadoras del glutamato en GABA, repercutiendo así en unos niveles sistémicos elevados de glutamato que afecta en el desarrollo del dolor, a través de sinapsis glutamatérgicas. Directamente relacionada con la disminución de la diversidad bacteriana, el glutamato *“podría ingresar al torrente sanguíneo del huésped después de la ruptura de la barrera intestinal por la inflamación causada por la disbiosis”*. Igualmente, los niveles de glutamato aumentan en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los pacientes de lo que se deriva el papel importante de este neurotransmisor en esta enfermedad.

Se ha demostrado ampliamente que *“una disregulación del sistema inmunológico intestinal causada por alteraciones del microbioma puede conducir a la enfermedad, como lo demuestran los pacientes que presentan respuestas de células T contra bacterias comensales. Específicamente, una reducción en la abundancia de bacterias del filo Firmicutes (observada en pacientes con fibromialgia) se ha asociado de forma recurrente con la patogénesis y progresión”* de la misma.

La barrera hematoencefálica aumenta su permeabilidad después de una disminución en el número de bacterias

productoras de SCFA. Igualmente las citocinas también pueden interferir en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica.

Los estudios realizados hasta ahora evidencian datos contundentes como las alteraciones en los niveles de varias moléculas en los pacientes con fibromialgia, que podrían ser útiles como biomarcadores de diagnóstico, resultando que las vías metabólicas más alteradas estaban relacionadas con neurotransmisores, como el glutamato y el óxido nítrico. Se establece la sospecha de las interacciones entre el microbioma intestinal y el metaboloma sérico; y se demuestra que los análisis combinados de microbioma y metaboloma sérico podrían discriminar entre los pacientes con fibromialgia y los individuos de control.

PREVALENCIA

No hay acuerdo entre los investigadores acerca de su prevalencia (**afecta a entre un 2% y un 7% de la población general**). La Sociedad Española de Reumatología establece en 700 000 los diagnosticados, mientras que distintos equipos de investigación elevan el número hasta 3000 000.

Afecta a ambos sexos, con un porcentaje de 9 mujeres por cada hombre. Se desarrolla generalmente entre los 20 y los 50 años.

ACTUALIDAD DE LA FM

En España a día de hoy está considerada una enfermedad reumatológica, sin embargo, todo parece indicar que su origen es neurológico. En su “*perpetuación subyacen alteraciones del sistema nociceptivo que condicionan un síndrome neuroendocrino de estrés crónico*”.

FM Y OTRAS ENFERMEDADES

¹ ARIAS, M.: ¿Es la fibromialgia una enfermedad neurológica?. Servicio de Neurología Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela (A Coruña) en https://sid.usal.es/idos/F8/ART12992/es_la_fibromialgia.pdf.

La fibromialgia a menudo cursa con otras enfermedades como la SQM, la EHS, la EM/SFC, el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide, miopatías, esclerosis múltiple, síndrome miofascial con dolor regional, etc.

Todas ellas presentan similar afectación sistémica, definidas con criterios diferentes pero con síntomas y signos comunes. Cursan con incremento y prolongación de la excitabilidad neuronal del Sistema Nervioso Central, con mecanismos neuroquímicos comunes y de alteración de neurotransmisores, sin alteraciones estructurales o causas que los expliquen.

TRATAMIENTO

En la actualidad no existe tratamiento curativo, solo es posible paliar los síntomas que no desaparecen. Resta mucho camino por investigar, habría también que estudiar cómo los fármacos empleados influyen en esa microbiota modificada y sugieren el uso de probióticos en el tratamiento de la fibromialgia.

BIBLIOGRAFÍA

-AAPT *Diagnostic Criteria for Fibromyalgia* Lesley M. Arnold,*Robert M. Bennett,yLeslie J. Crofford,zLinda E. Dean,xDaniel J. Clauw,{Don L. Goldenberg,jjMary-Ann Fitzcharles,**Eduardo S. Paiva,yyRoland Staud,zzPiercarlo Sarzi-Puttini,xxDan Buskila,{and Gary J. Macfarlanex en *The Journal of Pain*, Vol 20, No 6 (June), 2019: pp 611–628Available online atwww.jpain.organdwww.sciencedirect.com

-Clos-Garcia, Marc; Andrés-Marin, Naiara; Fernández-Eulate, Gorka; Abecia, Leticia; Lavín, José L.; Liempd, Sebastian van; Cabrera, Diana; Royo, Felix; Valero, Alejandro; Errazquin, Nerea; Gómez Vega, María Cristina, et al., “Gut microbiome and serum metabolome analyses identify molecular biomarkers and altered glutamate metabolism in fibromyalgia”: *EBioMedicine*, vol. 46, August 2019. En <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396419304736>

FIBROMIALGIA



asociacionsqm.ehs@gmail.com

<https://asociacionsqm.blogspot.com>

Difunde

SQM-EHS Galicia, Asociación de Sensibilidade Química Múltiple, Electrohipersensibilidade e outras enfermidades ambientais

¿QUÉ ES?

La Fibromialgia es una enfermedad cuyos dos síntomas más reconocidos son el dolor generalizado del sistema músculo-esquelético de carácter crónico y un cansancio persistente. A menudo se confunden la Fibromialgia con la Encefalomielitis miálgica/ Síndrome de Fatiga Crónica. Son dos entidades nosológicas diferentes. La FM fue reconocida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como enfermedad en el 1992, está recogida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) con el código 729.1, sin ser código específico, y en la CIE-10: M79. 7. En el CIE 11 que entra en vigor el 1 de enero del 2022 cambia por la categoría MG40 que engloba al dolor crónico generalizado.

En el año 1990 el American College of Rheumatology definió la Fibromialgia como un padecimiento crónico de más de 3 meses de desarrollo, cuyo rasgo más evidente es el dolor difuso centrado principalmente en el aparato locomotor. Identificó como prueba diagnóstica necesaria el dolor en 11 de los 18 puntos gatillo al ejercer 4 kg/cm², a través de la presión de la mano.