



Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



CrossMark

Editorial

Fibromialgia, una llamada al manejo multidisciplinario

Fibromyalgia, a call for multidisciplinary management

La consulta de reumatología, a diferencia de lo que sucede con otras especialidades médicas, tiene al dolor como principal motivo de consulta. Artritis reumatoide, gota, espondiloartritis y artrosis, son entidades nosológicas en las que el dolor es el eje central de los síntomas referidos por el paciente, con características individuales que permiten al reumatólogo realizar el ejercicio de diagnóstico diferencial, pero entre todas las entidades que causan dolor osteomuscular, la fibromialgia se destaca por ser una de las más complejas en su abordaje diagnóstico. La fibromialgia es una enfermedad crónica caracterizada por la presencia de dolor musculoesquelético generalizado y persistente, asociado a una variada gama de síntomas, que pueden, en conjunto con el dolor, alterar la calidad de vida de los pacientes que padecen este trastorno¹. Se estima que la fibromialgia afecta del 0,5 al 5% de la población general, con un claro predominio de compromiso en el sexo femenino (relación mujer: hombre de 11: 1), pudiendo aparecer en cualquier grupo etario, con una prevalencia mayor entre los 40 a 49 años². Se estima que los pacientes con fibromialgia constituyen entre el 10 al 25% de la consulta reumatológica y entre 2 a 6% de la consulta de medicina general³. El diagnóstico implica el descartar, en primera instancia, otras entidades que causan dolor osteomuscular, representando un reto para el clínico, dado que estos pacientes han consultado usualmente en promedio a 5 médicos diferentes antes de llegar al reumatólogo⁴, con un cuadro clínico que va más allá del dolor osteomuscular difuso de alta intensidad y se acompaña además de una amplia gama de síntomas que incluyen trastornos de sueño, alteraciones cognitivas, síntomas neurovegetativos, ansiedad, entre otros, y puede asociarse en algunos casos a otras entidades como síndrome de intestino irritable, depresión y migraña⁵. La complejidad de la fibromialgia es fácil de comprender al evaluar la evolución que tuvieron sus criterios de clasificación a lo largo de 20 años, pasando de unos criterios iniciales en 1990, que incluían la presencia de dolor generalizado durante al menos tres meses asociado a dolor a la presión de al menos 11 de 18 puntos gatillo⁶, llegando en el 2010 a unos criterios de clasificación mucho más complejos,

que buscan integrar los síntomas asociados al dolor, usando una escala de dolor regional y desarrollar además una escala de gravedad que permita evaluar la evolución del paciente y su respuesta al tratamiento, mediante el índice de gravedad de síntomas parte uno y parte dos⁷.

En este número de la Revista Colombiana de Reumatología se presenta un interesante trabajo de investigación llevado a cabo en el Principado de Asturias, España, en el cual se evidencia que los pacientes con fibromialgia muestran un grado de ansiedad y catastrofización ante el dolor moderado, llegando a ser grave en algunos de los casos; ambos niveles están fuertemente asociados entre sí y generan un aumento en el consumo de fármacos. Los resultados mostrados por los investigadores son concordantes con lo que se encuentra en la práctica clínica diaria y nos hacen retomar un aspecto clave en el tratamiento de la fibromialgia: el enfoque multidisciplinario. Al tratarse de una patología que se caracteriza por presentar una amplia gama de síntomas, no solo al inicio de la enfermedad sino también durante la evolución de la misma, es necesario tener claro que el reumatólogo es solo una parte dentro del esquema integral de atención del paciente con fibromialgia. El reumatólogo es pieza clave al inicio del proceso, estableciendo un juicio diagnóstico diferencial, pues la fibromialgia es un diagnóstico de descarte, más aun teniendo en cuenta el frecuente compromiso de mujeres jóvenes, al igual que sucede con enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico. Una vez se han descartado otras entidades y se ha diagnosticado fibromialgia, el médico fisiatra entra a jugar un rol muy importante pues, como lo manifestaron la mayoría de los médicos que participaron en un estudio adelantado por nuestro grupo de investigación, en la Pontificia Universidad Javeriana, presentado en el último Congreso Colombiano de Reumatología y que será publicado pronto en las páginas de esta revista⁸, los especialistas en Colombia consideran que la especialidad médica que debe dirigir al grupo multidisciplinario en fibromialgia debe ser medicina física y rehabilitación, especialidad que no solo puede brindar tratamiento no farmacológico, sino que además puede formular

medicamentos para el tratamiento de la enfermedad. En este orden de ideas, es el médico fisiatra el llamado a liderar el grupo multidisciplinario que brinda tratamiento al paciente con fibromialgia, con el apoyo de otras especialidades, como reumatología, neurología, psiquiatría, gastroenterología, entre otras, de acuerdo a los síntomas predominantes en cada caso particular, pero siempre bajo los lineamientos de un tratamiento integral que, finalmente, beneficie al paciente y se vea reflejado en un mejor control de la enfermedad y mejoría en aspectos clave para el paciente como lo son su bienestar, funcionalidad y calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Ávila DG, Arbeláez AM, Mercado B, Valle O. Fibromialgia. En: Daza JS, Iglesias A, editores. *Dolor músculoesquelético*. 1.^a ed. Bogotá: Editoria Guadalupe SA; 2010. p. 185-98.
2. White KP, Harth KM. Classification, epidemiology and natural history of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*. 2001;5:320-9.
3. White KP, Speechley M, Harth M, Nielson W, Speechley M, Teasell R, et al. Fibromyalgia in rheumatology practice: a survey of Canadian rheumatologists. *J Rheumatol*. 1995;22:722-6.
4. Ubago MC, Ruíz I, Bermejo MJ, Olry de Labry A, Plazaola J. Clinical and psychosocial characteristics of subjects with fibromyalgia. Impact of the diagnosis on patients' activities. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79(6):683-95.
5. Rahman A, Underwood M, Carnes D. Fibromyalgia. *BMJ*. 2014;348:g1224.
6. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33:160-72.
7. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*. 2010;62:600-10.
8. Fernández-Ávila DG, Ronderos DM, Ruíz AJ, Gómez C, Gutiérrez JM, Díaz MC. Conceptos y percepciones acerca del diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia entre un grupo de médicos especialistas colombianos. *Rev Colomb Reumatol*. 2015;22:31.

Daniel G. Fernández Ávila ^{a,b,c}

^a Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^b Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Grupo de Investigación en Enfermedades Crónicas del Adulto, Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Correo electrónico: daniel.fernandez@javeriana.edu.co
0121-8123/© 2016 Asociación Colombiana de Reumatología.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2016.01.002>