

FIBROMIALGIA Y ENFERMEDADES DIGESTIVAS

C. Castro-Márquez, V. Méndez-Rufián, P. Cordero-Ruiz, J. Rebollo-Bernárdez, P. Hergueta-Delgado, J.M. Herrerías-Gutiérrez

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Introducción: La fibromialgia (FM) es un trastorno caracterizado por dolor músculo-esquelético difuso y a la exploración de los puntos gatillo. Numerosos estudios muestran una mayor prevalencia en mujeres. Trastornos psicopatológicos, como la depresión y ansiedad, parecen ser mayores en esta enfermedad, así como ciertos trastornos digestivos.

Objetivos: Evaluar qué enfermedades digestivas se asocian con mayor frecuencia a FM, así como tipos de síntomas digestivos más frecuentes de consulta, grupo de edad y sexo.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo donde se incluyen 123 pacientes desde Enero hasta Diciembre de 2008. De estos, cincuenta (40.65%) tenían dos o más diagnósticos de enfermedad digestiva. El tiempo medio de seguimiento fue de 19.39 ± 23.47 meses.

Resultados: Los trastornos digestivos que se asociaron con más frecuencia a FM fueron la dispepsia funcional en 69 pacientes (56.09%), el síndrome de intestino irritable en 52 (42.28%) y la enfermedad por reflujo gastroesofágico en 20 (16.26%). Se diagnosticaron otros trastornos en 28 pacientes (22.76%), tales como enfermedad celíaca, diverticulosis y poliposis intestinal. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor abdominal en 90/123 pacientes (73.17%), seguido de estreñimiento en 63/123 (51.22%), pirosis en 45/123

(36.59%) y náuseas en 45/123 (36.59%). Tras el tratamiento, 72/123 pacientes (58.54%) mejoran, 24/123 (19.51%) permanecen igual y 27/123 (21.95%) empeoran.

Conclusión: En nuestra serie, el trastorno digestivo que se asoció con más frecuencia con fibromialgia fue la dispepsia funcional, siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal. Estos datos son concordantes con la elevada prevalencia de trastornos digestivos funcionales asociados a fibromialgia.

Introducción

La fibromialgia es un trastorno crónico doloroso de etiología desconocida y de fisiopatología incierta. Es una de las enfermedades que con más frecuencia produce dolor crónico en la población y se caracteriza por la existencia de un estado doloroso crónico, generalizado, localizado sobre todo en el aparato locomotor, y por la hipersensibilidad en 11 de los 18 puntos predefinidos (tender points), sin encontrar alteraciones orgánicas demostrables, hallazgo que da el diagnóstico. Durante la mayor parte del siglo XX se pensó que la FM era una enfermedad muscular, sin embargo, varios estudios controlados no encontraron evidencia de anomalías musculares. La mayoría de los autores creen que la patología muscular es secundaria al dolor y la inactividad más que una causa primaria. Así, la FM fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992¹. Los principales síntomas que aparecen asociados a esta entidad son la fatiga persistente, el sueño no reparador, la rigidez generalizada y los síntomas ansiosos-depresivos. No obstante, la FM se ha descrito asociada a una gran variedad de trastornos entre los que se encuentran los digestivos, lo cual hace que muchos pacientes consulten al especialista.

CORRESPONDENCIA

Cristina Castro Márquez
Servicio de Aparato Digestivo (8º Planta, entre alas A y B)
Hospital Universitario Virgen Macarena
Avda. Dr. Fedriani s/n. 41071 Sevilla.
Tlf: 955 008801. Fax: 955 008805.
ccmsanz@hotmail.com

El objetivo del presente estudio ha sido evaluar qué enfermedades digestivas de entre las que se atienden en consultas externas se asocian con mayor frecuencia a FM, así como los síntomas digestivos más frecuentemente relacionados, grupo de edad más prevalente y sexo.

Material y método

Realizamos un estudio retrospectivo, donde incluimos 123 pacientes de un total de 5197 que fueron atendidos en consultas externas del Servicio de Gastroenterología del Centro de Especialidades San Jerónimo (Área hospitalaria Virgen Macarena) desde Enero a Diciembre de 2008. Los criterios de inclusión utilizados fueron la presencia de fibromialgia diagnosticada por un especialista en reumatología, según los criterios establecidos por el American Collage of Rheumatology (ACR)² y la presencia de, al menos, un síntoma relacionado con el aparato digestivo. El tiempo de evolución de la fibromialgia en todos ellos era, como mínimo, de un año. Los pacientes incluidos tenían una edad comprendida entre 31 y 72 años (media de 53 ± 9.38 años) en el momento de la consulta. De ellos, 121 (98.37%) eran mujeres y 2 (1.62%) eran varones.

El diagnóstico de las enfermedades digestivas en consulta se realizó mediante una historia clínica detallada, exploración física, análisis sanguíneo (hemograma, glucemia, urea y creatinina plasmáticas, Na, K, transaminasas y enzimas de colestasis, serología de virus B y C de la hepatitis y anticuerpos IgG para *Helicobacter Pylori*, anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa y autoanticuerpos antinucleares, antimúsculo liso y antimitocondriales). A todos los pacientes se les realizó una ecografía abdominal y un tránsito gastrointestinal baritado. Además, se realizó un estudio endoscópico o una TAC abdominal cuando los síntomas lo requerían y/o a juicio del clínico encargado del paciente. Se utilizaron los criterios diagnósticos establecidos, de Roma III para la dispepsia funcional y de Roma II para el síndrome de intestino irritable^{3, 4}. Una vez completado este proceso, se instauró un tratamiento adecuado a la patología digestiva que presentaba cada paciente de forma individual. Los pacientes fueron seguidos durante una media de 19.39 ± 23.47 meses, con un mínimo de dos meses desde el diagnóstico.

Resultados

Se calculó la prevalencia de pacientes con fibromialgia que consultaron por molestias gastrointestinales con respecto al total de pacientes atendidos en las consultas externas, obteniéndose un resultado del 0,0237.

Teniendo en cuenta los datos extraídos de la historia clínica, al inicio del seguimiento 50/123 (40.65%) pacientes presentaban ya dos o más enfermedades digestivas previas, 58/123 (47.15%) realizaban tratamiento para un síndrome ansioso-depresivo, pautado por el psiquiatra o por el médico de atención primaria y 33/123 (26.83%) tenían

otras enfermedades reumatológicas asociadas. Del total de pacientes sólo 18 (1,46%) tenían niveles de autoanticuerpos (ANA, ASMA y AMA) positivos. De la misma forma, sólo el 1,06% presentaban un perfil celiaco (antigliadina y antitransglutaminasa) positivo. Entre las patologías digestivas que figuraban en los antecedentes personales destacaban 28/50 (56%) casos de hernia de hiato, 21/50 (42%) colecistectomías, 6/50 (12%) gastritis (confirmadas histológicamente por biopsia tomada en endoscopia previa), 5/50 (10%) hemorroides, 4/50 (8%) síndrome de intestino irritable y otras de menor frecuencia como estreñimiento, colelitiasis, hepatitis tóxica, intolerancia al gluten, fisura anal o diverticulosis sigmoidea. Los antecedentes reumatológicos de los pacientes reflejaban diversas patologías como la artrosis en 33/33 (100%) pacientes, artritis reumatoide en 4/33 (12,12%), lupus eritematoso sistémico en 1/33 (3,03%), enfermedad de Raynaud en 2/33 (6,06%) y síndrome de Sjögren en 2/33 (6,06%). Del total de pacientes incluidos en el seguimiento, 36 (29,27%) de ellos reconocían tomar AINES de forma habitual, siendo también frecuentes otros fármacos analgésicos, sedantes y antidepresivos.

Los diagnósticos más frecuentes en la consulta de gastroenterología y que por tanto se asociaron con más frecuencia a FM fueron la dispepsia funcional (DF) en 69 pacientes (56.09%), el síndrome de intestino irritable (SII) en 52 pacientes (42.28%) y enfermedad por reflujo gastroesofágico en 20 (16.26%). Se diagnosticaron otros trastornos en 28 pacientes (22.76%) que incluían enfermedad celíaca, diverticulosis y poliposis intestinal. Los síntomas de consulta más prevalentes fueron dolor abdominal en 90/123 pacientes (73.17%), estreñimiento en 63/123 (51.22%), pirosis en 45/123 (36.59%) y náuseas en 45/123 (36.59%). No se encontró una mayor incidencia de síntomas y/o enfermedades del tracto digestivo en los pacientes que presentaban niveles de autoanticuerpos positivos. Tras el diagnóstico definitivo, se pautó tratamiento individualizado, de forma que 54/123 (43,90%) pacientes recibieron IBP, 79/123 (64,22%) fueron tratados con espasmolíticos y 47/123 (38,21%) tomaron fibra, entre otros fármacos minoritarios y medidas higiénico-dietéticas. Al finalizar el tratamiento pautado en consulta y revisado de forma individualizada, al término del periodo de seguimiento, 72/123 pacientes (58.54%) mejoran de su dolencia, 24/123 (19.51%) permanecen sin cambios y 27/123 (21.95%) empeoran.

Discusión

Uno de los objetivos iniciales de este estudio es conocer la patología digestiva diagnosticada con mayor frecuencia en los pacientes que padecen FM. Según los resultados obtenidos tras realizar las diversas pruebas complementarias ya citadas, la dispepsia funcional fue el hallazgo más frecuente, seguida del síndrome de intestino irritable. Esto contrasta con la mayor parte de los estudios sobre este tema, en los cuales el SII es el más común^{5, 6}. No obstante, podría interpretarse que la patología funcional es la más frecuente en los pacientes afectos de FM, incluyendo en este

grupo tanto a la DF como al SII. Chang L. evaluó la asociación de trastornos funcionales gastrointestinales y FM sugiriendo una etiología común en base a ciertas características clínicas como la relación del estrés y la iniciación o exacerbación de los síntomas, alteraciones del sueño, fatiga y eficacia de psicoterapia y/o bajas dosis de antidepressivos tricíclicos en el tratamiento de los síntomas⁵. En nuestro caso, de la muestra de pacientes que evaluamos, el 47,15% presentaba ya al inicio un síndrome ansioso-depresivo, lo que puede indicar una relación del estrés y otros factores psicológicos con las enfermedades digestivas estudiadas, tanto en el inicio como en la evolución de las mismas. En otro estudio reciente, se evaluó la prevalencia de trastornos funcionales gastrointestinales (FGID) en los pacientes con FM y la influencia de los factores psicológicos en esta relación comparada con un grupo control. Los resultados obtenidos fueron una alta prevalencia de FGID en pacientes con FM (similar a los resultados obtenidos en nuestra serie) y más amplia distribución de tales síntomas a lo largo del tracto gastrointestinal con respecto a los controles, con menor influencia de factores psicológicos en estos últimos⁶. Una limitación de nuestro estudio es que no conocemos si la patología digestiva diagnosticada en los pacientes no afectados de FM es similar a los pacientes con FM, como punto de referencia.

Los FGID representan un grupo heterogéneo de enfermedades gastrointestinales caracterizadas por ausencia de alteraciones estructurales o bioquímicas que puedan explicar los síntomas. Este hecho es común con la FM y en ambos casos parece que pueden influir en la etiología factores genéticos, biológicos y psicosociales⁷⁻⁸. Algunos autores como Chang et al sugieren que uno de los mecanismos subyacentes de esta comorbilidad es un aumento de la activación de regiones cerebrales donde se procesa y modula la información aferente de origen visceral y somático, sobre todo en regiones de la corteza anterior del cíngulo. Este área responde a la estimulación sensorial tanto en pacientes con FM+SII como en aquellos con SII, provocando un aumento de la sensibilidad somática en los primeros y visceral en los segundos, relacionada con los síntomas clínicos digestivos y extradigestivos⁹. Sería necesario estudiar las distintas vías de sensibilidad y su respuesta a estímulos, tales como la distensión rectal para la sensibilidad visceral o en las distintas capas corporales (piel, tejido celular subcutáneo y músculo) para la sensibilidad somática⁷ en nuestro grupo de pacientes, a fin de poder establecer una correlación entre las diversas patologías y su etiología. La presencia de sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SIBO) parece ser un hallazgo común en los sujetos con FM y SII. Pimentel et al han sugerido una posible asociación causal entre SIBO y FM¹⁰⁻¹², de forma que la prueba de aliento con lactulosa presenta una mayor producción de hidrógeno en sujetos con FM, lo cual parece tener relación con la percepción del dolor de origen somático en el contexto de liberación de endotoxinas y citoquinas bacterianas que provocan hiperalgesia global. Sería necesario determinar si el tratamiento con antibióticos y la normalización del test de hidrógeno pueden producir una mejoría de la FM y los síntomas intestinales¹¹.

En el caso de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la fibromialgia ha sido descrita por algunos autores como una de las complicaciones reumatológicas que pueden asociarse a esta entidad. Buskila D. et al determinaron la prevalencia de FM y evaluaron los puntos dolorosos en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU), concluyendo que era una patología frecuente en la EII, sobre todo en la EC en la que los síntomas parecen ser más severos¹³. Esta afirmación se contradice con otros estudios que relacionan ambas patologías sin encontrar mayor prevalencia de FM en los pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn con respecto a la población general¹⁴. De la misma forma, la FM también se ha incluido como una de las manifestaciones reumatológicas que pueden aparecer en los pacientes con infección crónica por VHC¹⁵⁻¹⁸, no obstante las artralgias siguen siendo el síntoma extrahepático más frecuentemente relacionado con el tratamiento con interferón o con la aparición de crioglobulinemia. De todos los pacientes incluidos en nuestro estudio, ninguno de ellos estaba diagnosticado de enfermedad inflamatoria intestinal ni hepatitis C, pero sí aparecían otras patologías de las que las más prevalentes eran el reflujo gastroesofágico (RGE), enfermedad celíaca, diverticulosis colónica y poliposis intestinal. Otros hallazgos menos frecuentes fueron la colelitiasis, colecistectomía, hernia de hiato, estreñimiento, gastritis y úlcus duodenal. No conocemos la posible asociación de todos ellos con la FM y según lo publicado hasta ahora en la literatura, no existe un acuerdo general sobre la patogénesis de la FM. La mayoría de las hipótesis sugieren que en individuos genéticamente predispuestos, la existencia de factores estresantes induce un aumento de la sensibilidad al dolor e hipersensibilidad a numerosos estímulos.

En el presente estudio, un 98.37% de los pacientes eran mujeres, por lo que parece que la coexistencia de FM y manifestaciones propias del aparato digestivo es más frecuente en el sexo femenino, siendo este dato concordante con los conocidos hasta ahora en diversas publicaciones¹⁹⁻²⁰. Parece que las hormonas gonadales influyen en los mecanismos motores y sensoriales intestinales. El grupo de edad más frecuente fue en torno a los 53 años.

En el ámbito del tratamiento médico, se usaron varias medidas utilizando en la mayoría de los casos inhibidores de la bomba de protones (IBP), espasmolíticos, fibra y medidas higiénico-dietéticas, tales como evitar el decúbito tras la ingesta, la dieta rica en grasas o especias, comidas copiosas, bebidas gaseosas o el tabaco. Además, en aquellos pacientes con *helicobacter pylori* positivo, se realizó tratamiento erradicador con triple terapia. En aquellos pacientes con dispepsia tipo ulcerooso o relacionada con RGE, los IBPs obtuvieron una buena respuesta. En aquellos pacientes afectados de dispepsia tipo dismotilidad (junto con el grupo de RGE) se administraron IBPs más procinéticos. En nuestro grupo de estudio se alcanza una resolución de los síntomas en la mitad de los pacientes tras realizar una estrategia terapéutica individualizada (58.54%), por lo que parece posible obtener resultados satisfactorios con las medidas clásicas de tratamiento. Sin embargo, serían necesarios ensayos con nuevas armas terapéuticas que permitan aumentar la tasa de mejoría de estas enfermedades,

relacionadas o no con los mecanismos patogénicos de la FM, con vistas a mejorar la calidad de vida de los pacientes que acuden con este tipo de problemas²¹.

Conclusiones

En resumen, el trastorno digestivo que se asocia con más frecuencia con fibromialgia fue la dispepsia funcional, seguido del síndrome de intestino irritable, siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal. La edad más frecuente de aparición tanto de los trastornos funcionales digestivos como de la fibromialgia es en torno a los 53 años, siendo más frecuente en el sexo femenino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A y Rivera J. Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatol Clin*. 2009; 5(2):55-62.
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American Collage of Rheumatology 1990 Criteria for Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*. 1990; 33:160-72.
3. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE (Eds). Rome II: The functional gastrointestinal disorders. Degnon Associates, Mc Lean, USA, 2000:681-683.
4. Tack J., Talley NJ, Camilleri M, Holtman G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterol* 2006; 130:1466-79.
5. Chang L. The association of functional gastrointestinal disorders and fibromyalgia. *Eur J Surg Suppl*. 1998 ;(583):32-6.
6. Almansa C., et al. Prevalence of Funtional Gastrointestinal Disorders in Patients With Fibromialgia and the Role of Psychologic Distress. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2009;Vol 7, n° 4.
7. Maria P. Caldarella, M.D., Maria A. Giamberardino, M.D., Flora Sacco, M.D., Giannapia Affaitati, M.D., Angelo Milano, M.D., Rosanna Lerza, M.D., Crysanthi Balatsinou, M.D., Francesco Laterza, M.D., Sante D. Pierdomenico, M.D., Franco Cuccurullo, M.D., and Matteo Neri, M.D. Sensitivity Disturbances in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Fibromyalgia. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:2782-2789.
8. Kenji Kato, PhD; Patrick F. Sullivan, MD, FRANZCP; Birgitta Evengård, MD, PhD; Nancy L. Pedersen, PhD. Chronic Widespread Pain and Its Comorbidities. *Arch Intern Med*. 2006; 166:1649-1654.
9. Lin Chang, M.D., Steve Berman, Ph.D., Emeran A. Mayer, M.D., Brandall Suyenobu, Ph.D., Stuart Derbyshire, Ph.D., Bruce Naliboff, Ph.D., Brent Vogt, Ph.D., Leah FitzGerald, R.N., and Mark A. Mandelkern, M.D., Ph.D. Brain Responses to Visceral and Somatic Stimuli in Patients With Irritable Bowel Syndrome With and Without Fibromyalgia. *Am J of Gastroenterol* 2003; 98:1354-13611.
10. Pimentel M, Chow EJ, Hallegua D, Wallace D, Lin HC. Small intestinal bacterial overgrowth: a possible association with fibromyalgia. *J Musculoskeletal Pain* 2001; 9:107-13.
11. Pimentel M, Wallace D, Hallegua D, Chow E, Kong Y, Park S, Lin HC. A link between irritable bowel syndrome and fibromyalgia may be related to findings on lactulose breath testing. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:450-452.
12. Mohamed Othmana, Roberto Aguero and Henry C. Lina. Alterations in intestinal microbial flora and human disease. *Current Opinion in Gastroenterology* 2008, 24:11-16.
13. Buskila D, Odes LR, Neumann L, Odes HS. Fibromyalgia in inflammatory bowel disease. *J Rheumatol*. 1999 May; 26(5):1167-71.
14. Palm O, Moum B, Jahnsen J, Gran JT. Fibromyalgia and chronic widespread pain in patients with inflammatory bowel disease: a cross sectional population survey. *J Rheumatol*. 2001 Mar; 28(3):590-4.
15. Lormeau C, Falgarone G, Roulot D, Boissier MC. Rheumatologic manifestations of chronic hepatitis C infection. *Joint Bone Spine*. 2006 Dec; 73(6):633-8.
16. Kozanoglu E, Canataroglu A, Abayli B, Colakoglu S, Goncu K. Fibromyalgia syndrome in patients with hepatitis C infection. *Rheumatol Int*. 2003 Sep; 23(5):248-51.
17. Vassilopoulos D, Calabrese LH. Rheumatic manifestations of hepatitis C infection. *Curr Rheumatol Rep*. 2003 Jun; 5(3):200-4.
18. 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 Nov 24; 157(21):2497-500.
19. Akkuş S, Senol A, Ayvacioglu NB, Tunc E, Eren I, Isler M. Is female predominance in irritable bowel syndrome related to fibromyalgia? *Rheumatol Int*. 2004 Mar; 24(2):106-9.
20. Ann Ouyang, M.B.B.S., and Helena F. Wrzos, M.D., Ph.D. Contribution of Gender to Pathophysiology and Clinical Presentation of IBS: Should Management Be Different in Women?. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:S602-S609.
21. Anil Minocha, MD, William D. Johnson, PhD, Thomas L. Abell, MD and William Chad Wigington, DO. Prevalence, Sociodemography, and Quality of Life of Older Versus Younger Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Population-Based Study. *Digestive Diseases and Sciences*, Vol. 51, No. 3 (March 2006), pp. 446-453.