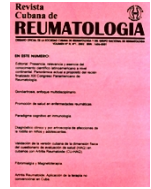


Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVI Número 1, 2014 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Afecciones digestivas asociadas a la fibromialgia

Digestive affections associated to the fibromyalgia

Mavié Castellanos Gutiérrez^I, Urbano Solís Cartas^{II}, Zulima Socias Barrientos^{III}

^I Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Servicio de Gastroenterología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

^{II} MSc. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Reumatología. Centro de reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Gastroenterología. Servicio de Gastroenterología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la fibromialgia es un desorden no articular caracterizado por la presencia de dolor crónico generalizado fácilmente comprobable por la presencia de puntos dolorosos y que se acompaña de fatiga, trastornos del sueño y trastornos digestivos.

Objetivo: evaluar la asociación de afecciones digestivas a la fibromialgia, así como identificar los síntomas digestivos más frecuentes en los pacientes que sufren esta enfermedad.

Metodología: estudio descriptivo. Para el diagnóstico positivo de fibromialgia se tuvo en cuenta los criterios diagnósticos de la Colegio Americano de Reumatología, además para el diagnóstico de las afecciones digestivas se realizó minucioso examen físico, estudios complementarios y criterios de Roma III para diagnóstico de dispepsia funcional y para el síndrome de intestino irritable. Se describió las variables sociodemográficas.

Resultados: la edad promedio fue de 43.35 años. El 100 % de los pacientes incluidos en el estudio fueron del sexo femenino. Las enfermedades digestivas que se asociaron con más frecuencia a fibromialgia fueron la dispepsia funcional (58.66 %), el síndrome de

intestino irritable (52 %) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (38.66 %). Los síntomas más prevalentes fueron el dolor abdominal en (82.66 %), estreñimiento en (78.66 %) y pirosis en (49.33 %).

Conclusiones: variados son las afecciones digestivas que se asocian a la fibromialgia, las cuales se expresan mediante una amplia gama de síntomas clínicos.

Palabras clave: fibromialgia, trastornos digestivos, afecciones digestivas.

ABSTRACT

Introduction: the fibromyalgia is a disorder not to articulate characterized by the presence of easily verifiable widespread chronic pain by the presence of painful points and that he/she accompanies of fatigue, dysfunctions of the dream and digestive dysfunctions.

Objective: to evaluate the association of digestive affections to the fibromyalgia, as well as to identify the most frequent digestive symptoms in the patients that suffer this illness.

Methodology: i study descriptive. For the positive diagnosis of fibromyalgia one kept in mind the diagnostic approaches of the American College Rheumatology, also for the diagnosis of the digestive affections one carries out meticulous physical exam, complementary studies and approaches of Rome III for diagnostic of functional dyspepsia and for the syndrome of irritable intestine. The variable sociodemographic was described.

Results: the age average was 43.35 years. 100 % of the patients included in the study were of the feminine sex. The digestive illnesses that associated with more frequency to fibromyalgia were the functional dyspepsia (58.66 %), the syndrome of irritable intestine (52 %) and illness for gastroesophageal reflux (38.66 %). The symptoms more prevalent were the abdominal pain in (82.66 %), constipation in (78.66 %) and pyrosis in (49.33 %).

Conclusions: varied they are the digestive affections that associate to the fibromyalgia, which are expressed by means of a wide range of clinical symptoms.

Keywords: fibromyalgia, digestive dysfunctions, digestive diseases.

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es un desorden reumático no articular caracterizado por dolor músculo-esquelético generalizado y presencia de puntas anatómicas sensibles de localización característica. El diagnóstico de esta enfermedad es puramente clínico y para ellos se han establecido criterios diagnósticos.¹

Epidemiológicamente se plantea que representa el 20 % del total de consultas de los reumatólogos y que afecta principalmente al sexo femenino con una relación de 10:1 con respecto al sexo masculino, la edad de comienzo es variable pero se considera su mayor incidencia a entre los 35 y 50 años aunque se puede observar en niños y ancianos, se clasifica en primaria o secundaria según la presencia o no de otras afecciones.^{1,2}

Las manifestaciones clínicas incluyen: dolores generalizados, fatiga – cansancio, rigidez, ansiedad, trastornos del sueño, cefalea, diarrea, estreñimiento, edema subjetivo, entumecimiento y una amplia gama de síntomas del aparato digestivo. El estado general del paciente se conserva normal, pero en el examen físico se encuentra puntos localizados de dolor exquisito a la digitopresión denominados puntos gatillo o tenders point.³

El tratamiento de la fibromialgia es complejo y los mayores resultados se obtienen con la utilización combinada de agentes farmacológicos y no farmacológicos; ello es posible con el concurso de varios profesionales de diferentes áreas de la salud (reumatólogos, fisiatra, terapeuta físico y psicólogo) quienes deben actuar en forma coordinada.

Los medicamentos que han demostrado mayor efectividad son los antidepresivos tricíclicos, dado que aumentan la serotonina a nivel cerebral, tienen efecto sobre opioides endógenos y sobre la fase IV del sueño y algunos como la ciclobenzaprina disminuyen el espasmo muscular. Los tricíclicos más utilizados son la amitriptilina (10-25 mg) y la ciclopropazina (10-20 mg). El tratamiento no farmacológico incluye la terapia física no solamente con programa de ejercicios, sino también la corrección de vicios posturales y ocupacionales. Es importante además la relajación física y mental.²⁻⁴ La enfermedad evoluciona generalmente a la mejoría de los síntomas con el tratamiento en el curso de meses o incluso años, pero la posibilidad de presentar recaídas siempre está presente, por lo que se considera una enfermedad de curso crónico.^{3,5}

Las afecciones digestivas se asocian frecuentemente a la fibromialgia empeorando aún más el cuadro del paciente y provocando peor percepción de calidad de vida por parte de los mismos⁵, es por esto que consideramos necesario profundizar en el conocimiento de las afecciones y síntomas digestivos que con mayor frecuencia se asocian o presentan a la Fibromialgia, por lo tanto decidimos realizar este trabajo en coordinación entre las especialidades de Reumatología y Gastroenterología pertenecientes al Centro de Reumatología y departamento de Gastroenterología ubicados en el HDCQ 10 de octubre en el periodo 2012-2013.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en 75 pacientes, con criterios de fibromialgia primaria del 2010 según el Colegio Americano de Reumatología (ACR)⁴, que acudieron a consulta externa en el período de enero 2012 a diciembre 2013 refiriendo manifestaciones digestivas o con diagnóstico anterior de una enfermedad digestiva y que expresaron su consentimiento a participar en el estudio.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos de Fibromialgia según ACR.

Criterios para realizar el diagnóstico de Osteoartritis según ACR	
Obligados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor generalizado o rigidez en al menos 3 localizaciones anatómicas durante 3 meses. 2. Exclusión de otros procesos que pueden justificar la presencia del dolor
Mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de 11 puntos dolorosos de los 18 puntos establecidos (tenders point)
Menores	<ul style="list-style-type: none"> • Modulación de los síntomas por la actividad física • Modulación de los síntomas por factores atmosféricos • Agravación de los síntomas por stress o ansiedad • Trastornos del sueño (sueño no reparador, insomnio, sueño en hipervigilia) • Fatiga • Cefalea crónica • Sensación de edema • Entumecimiento y otros trastornos neuropáticos • Manifestaciones digestivas (colon irritable)
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios obligados, más criterio mayor, más la presencia de 3 o 4 criterios menores <p>Si solo existen 3 o 4 tenders point positivos entonces tendrá que existir la presencia de 6 criterios menores</p>

El diagnóstico de las enfermedades digestivas se realizó mediante una historia clínica detallada, examen físico,

complementarios como hemograma, glicemia, urea y creatinina séricas, enzimas hepáticas de citolisis y colestasis, serología para virus de la hepatitis B y C, anticuerpos anti gliadina, anti transglutaminasa, estudios Imagenológicos (ecografía abdominal, tránsito gastrointestinal baritado, colon por enema) y una endoscopia digestiva superior para el diagnóstico de Helicobacter Pylori con test de ureasa. Además, se realizó TAC abdominal en los casos en que se consideró necesario. Se utilizaron los criterios diagnósticos establecidos, de Roma III para la dispepsia funcional y para el síndrome de intestino irritable.⁵

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 por consulta desde el diagnóstico. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS 11.0.

RESULTADOS

Tabla 2. Análisis de variables sociodemográficas. Centro Reumatología. 2012-2013

Características	Muestra Total: 75 pacientes con Criterios diagnósticos de Fibromialgia
Edad media (años)	43,35 ± 18,37
Grupos de edad (años)	
20-29	6 (8.0 %)
30-39	14 (18.67 %)
40-49	38 (50.66 %)
50-59	16 (21.34 %)
Mayor 60	1 (1.33 %)
Sexo	
Masculino	0 (0.0 %)
Femenino	75 (100.00 %)
Presencia de afecciones digestivas previa	
Presencia	31 (41.33 %)
Ausencia	44 (58.66 %)
Uso de AINES, Analgésicos y otros medicamentos	
Uso habitual	36 (48.00 %)
Uso esporádico	39 (52.00 %)

El promedio de edad de 43,35 años, destacando el grupo de edades entre 40 y 49 años con un 50.66 % del total de la muestra.

La totalidad de los pacientes estudiados fueron del sexo femenino, el 41.33 % presentaron antecedentes de patología digestiva asociada y el 48 % tomaba habitualmente AINES, analgésicos, sedantes y/o antidepressivos tricíclicos.

Tabla 3. Distribución de pacientes según antecedentes de patología digestiva asociada. Centro Reumatología. 2012-2013.

Enfermedades digestivas asociadas*	No.	%
Gastritis agudas/crónicas	14	45.16
Hernia Hiatal	13	41.93
Síndrome del intestino irritable	7	22.58
Otros trastornos	3	9.67

*Existen pacientes con más de una enfermedad digestiva asociada

De forma general predominó la presencia de antecedentes de gastritis la cual se presentó en el 45.16 % de los pacientes, el 41.93 % refirieron antecedentes de hernia hiatal y el 22.58 % presentaron antecedentes de síndrome de intestino irritable, el 9.67 % de los pacientes refirieron otros trastornos, hay que destacar que hubo pacientes que refirieron más de una patología digestiva asociada como antecedente patológico personal.

Tabla 4. Distribución de pacientes según enfermedades digestivas asociadas diagnosticadas en la consulta de gastroenterología. Centro Reumatología. 2012-2013.

Enfermedades digestivas asociadas	No.	%
Dispepsia Funcional	44	58.66
Síndrome del intestino irritable	39	52.00
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	29	38.66
Litiasis Vesicular	15	9.67
Diverticulosis del Colon	5	6.66
Enfermedad Celiaca	2	2.66

La dispepsia funcional se diagnosticó en el 58.66 % de los pacientes, seguido del síndrome del intestino irritable y la enfermedad por reflujo gastroesofágico que se presentaron en el 52.00 % y 38.66 % respectivamente. Otras enfermedades diagnosticadas que se presentaron con menor frecuencia fueron la litiasis vesicular, la diverticulosis del colon y la

enfermedad celiaca en un 9.67 %, 6.66 % y 2.66 % respectivamente.

Tabla 5. Distribución de pacientes según tipo de síntomas digestivos. Centro Reumatología. 2012-2013.

Síntomas digestivos asociados	No.	%
Dolor abdominal	62	82.66
Estreñimiento	59	78.66
Pirosis	37	49.33
Nauseas	19	25.33
Diarreas	11	14.66
Vómitos	4	5.33

Destaca la presencia de dolor abdominal presente en el 82.66 % de los pacientes, el 78.66 % refirió estreñimiento y el 49.33% presentó pirosis.

DISCUSIÓN

La fibromialgia es una afección reumática que se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino y en edad fértil, en nuestro trabajo se comportó de igual forma, algunas hipótesis que pretenden explicar esta situación se refieren a la acción de hormonas femeninas y que encuentran un pico máximo en edad fértil.⁶

Según los resultados obtenidos el 41.33 % de las pacientes evaluada presentó al menos una patología digestiva asociada a la fibromialgia corroborando que son sin duda las afecciones digestivas uno de las que con mayor frecuencia podemos encontrar en los pacientes con esta enfermedad.

Dentro de estas la dispepsia funcional (DF) fue las más frecuente seguidas del síndrome del intestino irritable (SII) y la enfermedad por reflujo gastroesofágico, estudios internacionales destacan que podría interpretarse que la patología funcional es la más frecuente en los pacientes afectados de fibromialgia, incluyendo en este grupo tanto a la DF como al SII, 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 bajas dosis de antidepressivos tricíclicos en el tratamiento de los síntomas; elementos que coinciden con estudios similares.^{7,8}

Algunas hipótesis han sugerido 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.

Esta área responde a la estimulación sensorial tanto en pacientes con fibromialgia y SII como en aquellos con SII solamente, provocando un aumento de la sensibilidad somática en los primeros y visceral en los segundos, relacionada con los síntomas clínicos digestivos y extradigestivos.^{8,9}

En relación con los síntomas digestivos asociados destaca el dolor abdominal que se presentó en el 82.66 % de los pacientes, seguido del estreñimiento y la pirosis que se presentaron en el 78,66 % y 49.33 % respectivamente los cuales guardan una estrecha relación con las enfermedades asociadas, hay que destacar que la fibromialgia también se ha incluido como una de las manifestaciones reumática que pueden aparecer en los pacientes con infección crónica por VHC.^{10,11}

De todos los pacientes incluidos en nuestro estudio, ninguno de ellos estaba diagnosticado de enfermedad inflamatoria intestinal ni hepatitis C, pero sí aparecían otras enfermedades entre las más prevalentes estaban el reflujo gastroesofágico (RGE), litiasis vesicular, diverticulosis colónica.

No conocemos la posible asociación de todos ellos con la fibromialgia y según lo publicado hasta ahora en la literatura, no existe un acuerdo general sobre la patogénesis de la fibromialgia.

La mayoría de los estudios sugieren que en individuos genéticamente predispuestos, la existencia de factores estresantes induce un aumento de la sensibilidad al dolor e hipersensibilidad a numerosos estímulos.^{12,13}

CONCLUSIONES

- Predominaron los pacientes con edades entre 40 y 49 años y del sexo femenino.
- Las afecciones digestivas que se asociaron con mayor frecuencia a la fibromialgia fueron la dispepsia funcional el síndrome de colon irritable y la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- El dolor abdominal fue el síntoma que con mayor frecuencia se presentó en nuestro estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prada-Hernández D, Molinero-Rodríguez C, Gómez-Morejón J, Marín-Toledo R. Fibromialgia. Una reflexión necesaria. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2013 [citado 17 octubre 2013];13(18):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/48>
2. Suárez-Rodríguez B, Muñoz-Casas I. Mesoterapia en pacientes con Fibromialgia. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2013 [citado 23 octubre 2013]; 14(20):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/5>
3. Friól-González J, Candebat-Morén A, Rodríguez-Boza E. Estudio clínico epidemiológico de la Fibromialgia. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2003 [citado 17 octubre 2013];2(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/194>
4. 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.
5. Zolezzi Francis A. Las Enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III. *Rev. Gastroenterol. Perú [revista en Internet]*. 2007 Dic [citado 17 octubre 2013];27:177-84. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292007000200007&lng=es&nrm=iso
6. Vidal-Neira L, Reyes-Llerena G. Fibromialgia: una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2006 [citado 17 octubre 2013];8(9-10):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/89>
7. Castro-Márquez C, Méndez-Rufián V, Cordero-Ruiz P, Rebollo-Bernárdez J, Hergueta-Delgado P, Herrerías-Gutiérrez JM. Fibromialgia y enfermedades digestivas. *Rev. Sociedad Andaluza de Patología Digestiva. [revista en Internet]*. 2011 [citado 17 octubre 2013];34(1):19-22. Disponible en: http://www.sapd.es/revista/article.php?file=vol34_n1/02
8. Chang L. The association of functional gastrointestinal disorders and fibromyalgia. *Eur J Surg Suppl. [revista en Internet]*. 1998 [citado 23 octubre 2013];suppl 583:32-6.

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10027670>

9. Hierro-González A, López-Mantecón A, Guibert-Toledano M, Zayas-Hernández D. *Enfermedades hepáticas y manifestaciones osteomioarticulares*. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2004 [citado 23 octubre 2013];6(5-6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/120>
10. Almansa C, Rey E, Sánchez RG, Sánchez AA, Díaz-Rubio M. *Prevalence of functional gastrointestinal disorders in patients with fibromyalgia and the role of psychologic distress*. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. [revista en Internet]. 2009 abril [citado 23 octubre 2013];7(4):16-21. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12818281>
11. Reyes-Llerena G, González-Nuñez I, Guibert-Toledano M, Díaz-Yidy M, Millán-Marcelo J, Pérez-Avila J, Hernández-Martínez A. *Epidemiología y manifestaciones reumáticas en población pediátrica cubana*. *VIH/SIDA. Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2003 [citado 23 octubre 2013];2(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/168>
12. Chang L, Berman S, Mayer EA, Suyenobu B, Derbyshire S, Naliboff B, Vogt B, FitzGerald L, Mandelkern MA. *Brain responses to visceral and somatic stimuli in patients with irritable bowel syndrome with and without fibromyalgia*. *Am J of Gastroenterol*. [revista en Internet]. 2003 [citado 23 octubre 2013];98(6):1354-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12818281>
13. Hierro-González A, Villa-Jiménez O, Hano-García O, López-Mantecón A. *Manifestaciones reumáticas en el curso del Síndrome de Malabsorción Intestinal*. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2013 [citado 17 octubre 2013];14(19):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/25>

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 25 de noviembre de 2013

Aprobado: 30 de diciembre de 2013

Contacto para correspondencia. Dra. Mavié Castellanos Gutiérrez. E-mail: maviecastellano@infomed.sld.cu.

Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de octubre. Calzada de 10 de octubre No 122, esquina Agua Dulce. Cerro. La Habana, Cuba.