

1

HISTORIA DE LA FIBROMIALGIA

V. MARTÍN SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia o síndrome de la fibromialgia es una entidad clínica caracterizada por un cuadro de dolor músculo-esquelético crónico y generalizado de origen desconocido y para el que no existen otras enfermedades o alteraciones que lo expliquen. La propia definición de la enfermedad, los criterios diagnósticos y sus posibles causas son todavía objeto de debate. A lo largo de este capítulo se tratará de establecer el recorrido histórico de las diversas denominaciones, criterios diagnósticos y posibles patogenias de esta enfermedad, con la esperanza de que este ejercicio pueda aportar una perspectiva para comprender mejor el presente y el futuro de este trastorno.

HISTORIA DE LA DENOMINACIÓN DEL SÍNDROME DE LA FIBROMIALGIA

Son muchos los autores que han visto referencias a lo que hoy se conoce como fibromialgia en textos y documentos médicos de la antigüedad, incluso en los textos sagrados (Libro de Job). En el siglo XVI Guillermo de Baillou empleó el término reumatismo para describir las enfermedades que afectaban a músculos y articulaciones. Anteriormente, Hipócrates y Galeno consideraron que el reuma y reumatismo hacían referencia (respectivamente) al dolor y a la enfermedad producidos por el «fluir» (*rheo*) de un exceso de sangre. En el siglo XVII, Sydenham describió muchos de los síntomas de lo que hoy se cono-

ce como fibromialgia cuando habla de las enfermedades histéricas. Es en el siglo XVIII cuando se comenzó a distinguir entre las enfermedades reumáticas que deforman las articulaciones y las que no las deforman, hablándose en este último caso de reumatismo muscular. A lo largo del siglo XIX se fueron definiendo diversas formas de reumatismo muscular y en concreto aquéllas que se caracterizan por dolor a la presión en determinadas localizaciones anatómicas y a las que Vallaix denominó neuralgia. Froriep acuñó el término callosidades musculares al observar que algunos de estos pacientes presentaban durezas musculares a la palpación. En 1880, Beard empleó el término neurastenia para referirse a la enfermedad caracterizada por dolor generalizado con fatiga y problemas de índole psicológica, que él achacaba al «estrés propio del estilo de vida moderno».

A principios del siglo XX, Gowers introdujo el término fibrositis (inflamación del tejido fibroso de los músculos) para referirse al reumatismo muscular. Esta enfermedad presentaba muchos de los síntomas de lo que hoy se conoce como fibromialgia (fatiga, trastornos del sueño, agravamiento de los síntomas por el frío y el calor, la no respuesta a los salicilatos, etc.). A mediados del siglo XX son varios los autores que diferencian la fibrositis regional, posteriormente denominada síndrome de dolor miofascial, de la fibrositis generalizada. Esta última coincide en muchas características con la fibromialgia. Sin embar-

go, después de la Segunda Guerra Mundial, otros autores recuperan el término reumatismo psicógeno (acuñado por Hallyday en 1937) debido a la agudización de la incidencia y a la prevalencia de la fibrositis. Justifican este término por la ausencia de hallazgos de inflamación o degeneración muscular y por la presencia de depresión y estrés en muchos de los afectados por fibrositis generalizada.

El término fibrositis fue el que más se empleó para referirse a la fibromialgia hasta que, en 1975, Hensch utilizó por primera vez el término fibromialgia para designar la presencia de dolor muscular en ausencia de signos propios

ASPECTOS CLAVE

- El cortejo sintomático de tipo funcional que acompaña a la fibromialgia ha dado lugar a muy diversas nomenclaturas.
- En 1975, Hensch acuña el término fibromialgia para destacar el dolor muscular sin inflamación.
- Este término reemplazó al de fibrositis una vez que se objetivó que no habían signos de inflamación.
- En 1990, el Colegio Americano de Reumatología (CAR) establece los criterios para la clasificación de la fibromialgia.
- En 1993, la OMS reconoce a la fibromialgia como una enfermedad y la tipifica con el código M79.7 en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).
- En 1994, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) la reconoce y clasifica con el código X33.X8a.

de inflamación, y propuso abandonar el incorrecto término de fibrositis.

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología (CAR) establece los criterios para la clasificación de la fibromialgia. En 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS), recogiendo la declaración de Copenhague, reconoce la fibromialgia como una enfermedad y la tipifica con el código M79.7 en el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En 1994, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) la reconoce y clasifica con el código X33.X8a.

HISTORIA DE LA PATOGENIA DE LA FIBROMIALGIA

En las sociedades prehistóricas y hasta que se asienta el pensamiento natural, la explicación de las enfermedades obedecía a causas sobrenaturales. Los dioses castigaban al hombre por sus pecados y le ponían a prueba (como al Santo Job) o sencillamente utilizaban a los humanos para dirimir sus rencillas y problemas. La solución, por tanto, estaba dentro del campo de lo sobrenatural, de lo teúrgico (sacrificios, plegarias, rituales, etc.).

Con el advenimiento y desarrollo del pensamiento natural, de las ideas hipocráticas y galénicas, la causa de las enfermedades pasa a ser la pérdida de la necesaria homeostasis, del equilibrio y la justa proporción de los diferentes humores. Bajo este punto de vista, el reu-

ma estaría causado por un exceso de sangre (humor sanguíneo), que al fluir (*rheo*) por músculos y articulaciones facilitaría el depósito de toxinas en ellos. Por tanto, las sangrías eran el tratamiento de elección en estos casos.

Hasta el siglo XIX no se comenzaron a plantear otras causas de los reumatismos musculares. Así, Balfour y posteriormente Scudamore, ambos médicos ingleses, sugieren que la inflamación en el tejido conectivo del músculo es la causa del dolor y los síntomas de los reumatismos musculares. Balfour es el primero en describir la existencia de dolor localizado, lo que Vallaix unos años más tarde acuñaría como puntos dolorosos o puntos gatillo (*tender/trigger points*). Según Vallaix, estos puntos dolorosos, localizados en diferentes partes del cuerpo, eran capaces de generar un dolor referido tras palpación. Vallaix creía que esos puntos dolorosos seguían el recorrido de diversos nervios, por lo que estimaba que los síntomas y signos estaban causados por una neuralgia. Esto último fue descartado por Inman, quien no observó relación entre los puntos dolorosos y las rutas nerviosas, y propuso como causa del dolor muscular la hipertonia o espasmo muscular, visible y palpable en los denominados nudos o nódulos musculares.

Durante todo el siglo XIX son diversas las teorías que intentan explicar el dolor muscular: desde la exudación de los músculos, la atrofia y la sustitución de la fibra muscular por tejido conjuntivo, hasta el estrés diario de la vida mo-

derna (Beard, 1880), de donde surge el término de neurastenia. No obstante, la idea más arraigada era la de la inflamación del tejido fibroso muscular. Por este motivo triunfó el término fibrositis acuñado por Gowers. Y todo ello a pesar de no observarse los signos anatómo-patológicos propios de la inflamación en estos pacientes. Esta situación llevó a intentar explicar la enfermedad por medio de mecanismos psicológicos que explicaran los signos y síntomas presentes en ausencia de lesiones conocidas. Ellman recoge de nuevo la teoría del reumatismo psicógeno para explicar esta enfermedad.

Graham en el capítulo sobre la fibrositis en la biblia de la reumatología, *Arthritis and Allied conditions* (en 1949 y las posteriores reediciones), hace referencia a las múltiples teorías etiológicas existentes: infecciosa, factores climáticos, traumática/ocupacional y problemas psicológicos.

En 1968, Traust vuelve a remarcar que en estos pacientes coinciden la sintomatología «funcional» y los cuadros de índole neuropsiquiátrico, e intenta explicar la enfermedad por un desajuste entre lo físico y lo psíquico, el cuerpo y la mente.

En los años 70 del siglo pasado siglo, Smythe explica (en *Arthritis and Allied conditions*) que la hiperalgesia refleja de la fibrositis se produce por el estrés mecánico de estructuras profundas de la columna cervical y lumbo-sacra. De modo que el sueño no reparador, los traumas físicos y/o psíquicos y el estrés

emocional son la base del estrés mecánico y éste de la sintomatología. No obstante, el dolor, el sueño no reparador, la fatiga, los puntos dolorosos, etc. son síntomas frecuentes que muchas personas pueden padecer en algún momento de su vida sin que por ello padezcan fibromialgia. Por esta razón, en la década de los 80, Yunus llevó a cabo un estudio, publicado como: *Primary Fibromyalgia (fibrositis): clinical study of 50 patients with matched normal controls*, en el que observó que en los pacientes con fibromialgia coincidían otras enfermedades o procesos considerados funcionales (colon irritable, cefalea tensional, dismenorrea primaria, etc.). Estas enfermedades, agrupadas bajo el término de síndromes o enfermedades funcionales, suponían una ausencia de hallazgos objetivos que explicaran los síntomas y la implicación de alteraciones psicológicas/psiquiátricas. Según este autor lo que estas entidades tenían en común era el espasmo muscular.

En 1989, Hudson y Pope sugieren que esos síndromes funcionales y algunas enfermedades psiquiátricas (depresión, neurosis de pánico, bulimia, neurosis obsesivo-compulsiva) están interrelacionados a través de un mecanismo (el desorden del espectro afectivo). Yunus explica que el solapamiento entre los síndromes funcionales, la fibromialgia, algunas enfermedades psiquiátricas (como la depresión) y el síndrome de fatiga crónica tienen un origen común: un mecanismo neural de sensibilización del sistema nervioso central. Estudios posteriores

han ido añadiendo entidades como el síndrome del dolor miofascial o el desorden temporomandibular, que pueden ser explicados por el mecanismo de sensibilización central.

La fibromialgia consiste en una afectación del Sistema Nervioso Central (SNC), aunque otros mecanismos periféricos pueden iniciar o perpetuar el cuadro. Esta alteración del SNC puede obedecer a uno o varios factores de índole psicológico, hormonal, autonómico, traumático, inmune o, incluso, a una predisposición genética. Efectivamente no todas las personas sometidas a los factores desencadenantes de la fibromialgia (infecciones, traumatismos, problemas familiares y sociales, estrés, etc.) desarrollan la enfermedad. Por tanto, es muy probable que deban darse toda una serie de condiciones, entre las que también se encuentra la predisposición familiar. Se cree que el resultado de esa afección es una disfunción de los siste-

mas serotoninérgicos y norepinefrínico, que da lugar a la sintomatología de la fibromialgia. De hecho, los principales tratamientos utilizados son aquéllos que actúan sobre esos sistemas.

HISTORIA DEL DIAGNÓSTICO DE LA FIBROMIALGIA

Como ya se ha comentado con anterioridad, el dolor muscular ha sido reconocido desde la antigüedad. Sin embargo, no se distinguía de otros dolores reumáticos (de los que afectaban o no a las articulaciones, etc.). Hasta el siglo XVI no se acuña el término reumatismo. La definición que se hizo en ese momento era muy general y englobaba a las enfermedades que afectaban a los huesos, músculos y articulaciones. En el siglo XVII, Sydenham distingue entre las enfermedades reumáticas que deforman las articulaciones y las que no lo hacen. A lo largo de la historia de la reumatología se puede observar la definición de cuadros clínicos que encajarían a la perfección en lo que hoy se denomina fibromialgia, aunque también se podrían incluir en otros síndromes o cuadros más generales, incluyendo los puntos gatillo o *tender points*. Las diversas definiciones de la fibrositis se van aproximando cada vez más a los síntomas y criterios de lo que hoy se considera fibromialgia. En 1968 Traust define la fibrositis de manera muy similar a como hoy se define la fibromialgia: afecta casi exclusivamente a mujeres, produce un do-

ASPECTOS CLAVE

- Hasta bien entrado el siglo XX la principal explicación a la etiología de la fibromialgia era la inflamatoria, a pesar de no evidenciarse signos de inflamación.
- Son muchas las posibles etiologías barajadas (infecciosa, traumática, hormonal, neurotransmisores, etc.). Sin embargo, no existe un acuerdo unánime sobre la misma.
- Los tratamientos más aceptados incluyen aquéllos que actúan sobre los sistemas serotoninérgico y norepinefrínico.

lor y rigidez generalizados, fatiga, dolor de cabeza, colitis, sueño pobre y puntos dolorosos en la exploración física. Representa gráficamente los puntos dolorosos más comunes. Este autor también considera que la interacción entre lo psíquico y lo físico (el cuerpo y la mente) es muy importante en esta enfermedad. Asimismo, diferencia la presentación clínica en hombres y en mujeres; los hombres presentan un dolor más localizado y menos puntos dolorosos que las mujeres.

Smythe es el primer gran referente en la historia reciente de la fibromialgia. Efectivamente, en 1972, en el ya citado libro de texto de reumatología, *Arthritis and Allied conditions*, publica un capítulo titulado: Reumatismo no articular y síndromes músculo-esqueléticos psicógenos. En estas páginas, Smythe recoge el saber actualizado sobre la fibrositis y será de gran influencia en los investigadores de la fibromialgia de los años 70 y 80 del siglo pasado. Smythe define la fibrositis generalizada como un cuadro de dolor generalizado, acompañado de fatiga, sueño no reparador, rigidez matutina, factores agravantes y aliviadores, estrés emocional y múltiples puntos dolorosos. Especifica la localización de muchos de los puntos dolorosos que posteriormente el Colegio Americano de Reumatología recogerá en la definición y el diagnóstico de la fibromialgia. También es la primera vez que se recoge la importancia del papel del sueño en la enfermedad y la alteración en el electroencefalograma durante el mismo, con ausencia de la fase 4

y la casi ausencia de la fase 3, según documentó su colega el Dr. Moldofsky. Las alteraciones del sueño halladas por Moldofsky y citadas por Smythe fueron posteriormente ratificadas por otros estudios y por el propio Moldofsky en un estudio posterior.

En 1978, Smythe y Moldofsky publican un artículo en el que recogen los criterios para el diagnóstico del síndrome de fibrositis. En él se establecen los síntomas ya descritos anteriormente y la presencia de 12 de 14 puntos dolorosos. Según estos autores: «la existencia de una exagerada sensibilidad en localizaciones anatómicas reproducibles es central para reconocer este síndrome». En 1981, Yunus realiza un estudio en el que pone de manifiesto que el dolor, la fatiga, el sueño no reparador y los puntos dolorosos eran más frecuentes en los pacientes con fibromialgia que en los controles apareados por edad y sexo. Además, también presentaban con mayor frecuencia otra serie de eventos como: tumefacción de tejidos, parestesias, colon irritable, cefaleas tensionales y migrañas. Estos hallazgos se confirmaron en diversos estudios de casos y controles posteriores y fue el criterio seguido para establecer el diagnóstico del síndrome de fibromialgia hasta 1990, año en el que el Colegio Americano de Reumatología estableció los criterios diagnósticos utilizados hasta la actualidad.

En 1990, el Colegio Americano de Reumatología establece los criterios para la clasificación de la fibromialgia. Éstos pueden ser utilizados como criterios

diagnósticos; 293 pacientes diagnosticados de fibromialgia fueron comparados, de manera ciega, con 265 pacientes afectados de otras enfermedades reumáticas o dolor crónico. El criterio de dolor generalizado con una evolución de más de tres meses y con sensibilidad al dolor aumentada a la palpación digital en al menos 11 de 18 localizaciones anatómicas propuestas se mostró como una herramienta de clasificación útil que uniformaba los criterios para investigadores y clínicos.

En 1991, Burckhardt desarrolla un cuestionario para valorar la funcionalidad física y psíquica de los pacientes afectados de fibromialgia. Dicho cuestionario (Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia –FIQ–) ha sido validado a muchos idiomas y utilizado por los investigadores para valorar el efecto de las diversas terapias en la enfermedad.

En 1992, tiene lugar la Declaración de Copenhague, en la que se recogen los criterios de clasificación del CAR. No obstante, se manifiesta que el número de puntos dolorosos debe ser valorado con flexibilidad, ya que existe un número considerable de enfermos de fibromialgia con un número de puntos dolorosos inferior a 11. Asimismo, se considera que la fibromialgia es una parte de un síndrome más amplio que abarca dolores de cabeza, vejiga irritable, dismenorrea, sensibilidad al frío, fenómeno de Reynaud, piernas inquietas, formas atípicas de entumecimiento y hormigueo, intolerancia del ejercicio, y sensación de fatiga y/o debilidad.

ASPECTOS CLAVE

- A lo largo de la historia las características principales de la fibromialgia han sido el dolor generalizado, el cortejo de signos y síntomas funcionales y la ausencia de otras explicaciones.
- La existencia de los puntos dolorosos y su localización han sido también referidos por diversos autores a lo largo de la historia.
- Desde el año 1990 se cuenta con el criterio del Colegio Americano de Reumatología, especialmente para fines de investigación. Sin embargo, éste es un criterio restrictivo y susceptible de mejora.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA FIBROMIALGIA

El hecho de no contar con un criterio universalmente aceptado ha dificultado conocer la prevalencia de la fibromialgia en las poblaciones y establecer los factores de riesgo y las diferencias entre diversos grupos de población. Desde la instauración de los criterios del CAR se ha facilitado el desarrollo y conocimiento de la epidemiología de la fibromialgia. No obstante, es importante tener en cuenta que al tratarse de un criterio restrictivo, es probable que se esté infraestimando la prevalencia real de esta enfermedad.

La fibromialgia está universalmente distribuida y afecta a todos los países y colectivos humanos. Afecta más a las mujeres (entre el 70 y el 95% de los casos

se producen en este sexo) y el pico de inicio de la enfermedad es en torno a los 40 años. La prevalencia observada en estudios poblacionales internacionales oscila entre el 0,7 y el 10% de la población, siendo más común entre el 2 y el 4% de la población general adulta. Un estudio poblacional llevado a cabo en España en sujetos mayores de 20 años mostró una prevalencia de fibromialgia del 2,4 al 4,2% en mujeres y del 0,2% en hombres. El pico más alto de edad se producía entre los 40 y 49 años (4,9%). Otro estudio poblacional observó una prevalencia en mujeres navarras de 30 a 60 años del 1,5%.

Por todo ello existe un acuerdo general que establece que el síndrome de la fibromialgia es la principal causa de dolor músculo-esquelético generalizado crónico. Si se analizan las prevalencias con relación a la prevalencia en la población consultante de servicios sanitarios, como es lógico, ésta se incrementa

ASPECTOS CLAVE

- El síndrome de la fibromialgia está muy extendido y afecta aproximadamente a un 4% de la población adulta.
- Es más frecuente en las mujeres que se encuentran en las edades medias de la vida.
- La prevalencia observada en estudios poblacionales internacionales oscila entre el 0,7 y el 10% de la población, siendo lo más común entre el 2 y el 4% de la población general adulta.
- Existe un acuerdo general en que se establece que el síndrome de la fibromialgia es la principal causa de dolor músculo-esquelético generalizado crónico.

sustancialmente. La prevalencia estimada en la población consultante en atención primaria (en estudios anglosajones) oscila entre el 5 y el 7% y supone el 10-20% en las consultas de reumatología de nuestro ámbito.

RESUMEN CONCEPTUAL

La fibromialgia se caracteriza fundamentalmente por producir dolor músculo-esquelético sin inflamación y sin otros procesos que la expliquen. A lo largo de la historia de la medicina son muchos los procesos, denominados de muy distintas maneras, que coinciden en gran medida con lo que hoy se conoce como fibromialgia. Tal vez el término más usado y más parecido sea el acuñado por Gowers: fibrositis.

Los signos y síntomas que acompañan a la fibromialgia y la ausencia de explicación a los mismos ha dado lugar también a términos tales como: neurastenia, reumatismo psicógeno, etc. Hasta bien entrado el siglo XIX, se pensaba que la causa de los reumatismos era el exceso de humor sanguíneo, el exceso de sangre.

El dolor y los puntos dolorosos presentes en la fibromialgia se han in-

tentado explicar por la inflamación. Sin embargo, hasta la fecha este hecho nunca se ha observado. La coexistencia con otras patologías funcionales ha sustentado otras teorías de índole psicológica para explicar los signos y síntomas de la enfermedad.

Actualmente todavía no existe una explicación unánimemente aceptada sobre la etiopatogenia de la enfermedad. Si bien, la alteración de los sistemas serotoninérgicos y norepinefrínicos parece estar suficientemente documentada.

El diagnóstico de la fibromialgia no se establece hasta finales del siglo XX; éste se basa en el dolor, los puntos dolorosos y el cortejo sintomático y semiótico que acompaña a la enfermedad.

La fibromialgia es una enfermedad muy prevalente, aunque los problemas de clasificación y lo restrictivo de los criterios del Colegio Americano de Reumatología infravaloran su prevalencia real. Ésta se establece en torno al 4% de la población adulta, sobre todo en mujeres de mediana edad.

BIBLIOGRAFÍA

Casanueva B. Tratado de Fibromialgia. Cantabria Imagen, 2007.

Consensus Document on Fibromyalgia. The Copenhagen Declaration. Journal of Musculoskeletal Pain. Vol. 1. New York: Haworth Press; 1993.

García A. Fibromialgia. Revista Española de Reumatología 2000;27:447-9.

Inanici F, Yunus MB. History of fibromyalgia: past to present. Curr Pain Headache Rep 2004;8:369-78.

Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures and treatment. J Rheumatol, Suppl 2005;32:2063.

Neumann L, Buskila D. Epidemiology of fibromyalgia. Curr Pain Headache Rep 2003;7:362-8.

Rivera J, González T. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: a validated Spanish version to assess the health status in women with fi-

bromyalgia. Clin Exp Rheumatol 2004;22:554-60.

Smythe HA, Moldofsky H. Two contributions to understanding of the «fibrositis» syndrome. Bull Rheum Dis 1977-1978;28(1):928-31.

Valverde M, Juan A, Rivas B, Carmona L. Fibromialgia. En: Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: MSD y Sociedad Española de Reumatología; 2001. p. 77-91.

White KP, Harth M. Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. Curr Pain Headache Rep 2001;5:320-9.

Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ. Aspects of fibromyalgia in the general population: sex, pain threshold, and fibromyalgia symptoms. J Rheumatol 1995;22:151-6.

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Arthritis Rheum 1990;33:160-72.