



# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



REVISIÓN MBE

## Depresión, ansiedad y fibromialgia

E. Revuelta Evrard<sup>a,\*</sup>, E. Segura Escobar<sup>b</sup> y J. Paulino Tevar<sup>c</sup>

<sup>a</sup>FEA Reumatología, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

<sup>b</sup>FEA Psiquiatría, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

<sup>c</sup>Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Recibido el 8 de marzo de 2010; aceptado el 19 de julio de 2010

Disponible en Internet el 8 de octubre de 2010

### PALABRAS CLAVE

Depresión;  
Ansiedad;  
Fibromialgia

### KEYWORDS

Depression;  
Anxiety;  
Fibromyalgia

### Resumen

**Objetivo:** El objetivo del presente artículo es reflejar la asociación existente entre la fibromialgia y los trastornos psicológicos y psiquiátricos. La fibromialgia es una enfermedad que cursa con dolor crónico, de difícil tratamiento, que está estrechamente relacionada con trastornos psicológicos y psiquiátricos, siendo los más frecuentes la ansiedad y la depresión. Los mecanismos fisiopatogénicos de dicha asociación no son bien conocidos, pero se han realizado numerosos estudios en los que se intenta explicar dicha asociación. **Material, métodos y resultados:** Se realiza una revisión bibliográfica de los estudios realizados que intentan explicar dicha asociación, así como una revisión de los mecanismos etiopatogénicos comunes a dichas patologías.

**Conclusiones:** La fibromialgia es una patología que cursa con dolor crónico y que está asociada a patología psiquiátrica. Dicha asociación puede ser causal, comorbilidad o secundaria a dicho proceso. Asimismo, influye negativamente en el proceso retrasando la mejoría del paciente.

© 2010 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Depression, anxiety and fibromyalgia

### Abstract

**Objective:** The aim of the present article is to examine the existing relationship between fibromyalgia and psychological and psychiatric disorders. Fibromyalgia is a disease that involves difficult to treat chronic pain that is closely related to psychological and psychiatric disorders, of which anxiety and depression are the most common. The pathophysiological mechanisms of this relationship are not well known, but a number of studies have been conducted in an attempt to explain this relationship.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vaevrard@yahoo.es (E. Revuelta Evrard).

*Material, methods and results:* A literature review has been made on all the studies carried out that attempt to explain this relationship, as well as a review of the aetio-pathogenic mechanisms common to these pathologies.

*Conclusions:* Fibromyalgia is a disease that involves chronic pain and is associated with psychiatric illness. This association may be causal, a comorbidity or secondary to this condition. It also has a negative influence on the disease, delaying the improvement of the patient.

© 2010 Sociedad Española del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La fibromialgia es una enfermedad estrechamente relacionada con trastornos psicológicos y psiquiátricos, siendo los más frecuentes la ansiedad y la depresión, patologías que, al asociarse con esta enfermedad, la agravan y cronifican su curso de una forma irremediable. La ansiedad es una respuesta patológica del ser humano ante ciertas situaciones de la vida cotidiana en forma de estrés, conllevando una sensación de malestar e inquietud que se generaliza a su actividad diaria y que empeora la condición dolorosa. La depresión es un estado de ánimo negativo, que hace que el paciente pierda la capacidad y el deseo de enfrentarse ante cualquier situación y ante la vida cotidiana, por lo que empeora de una forma intensa su condición dolorosa. Dichas patologías se asocian en gran medida con la fibromialgia.

## Etiología, clasificación y clínica de la fibromialgia

La fibromialgia es un síndrome altamente complejo que cursa con dolor de forma crónica y generalizada, junto a una amplia variedad de otros síntomas y signos, como la fatiga, la depresión, el colon irritable o el síndrome seco<sup>1</sup>. Dentro de algunos de estos síntomas, se ha descrito una asociación con diversos problemas anímicos, con una prevalencia significativamente mayor que en el resto de la población, como es la depresión (un 68% de los pacientes diagnosticados de fibromialgia; 30% de los pacientes fibromiálgicos padecen depresión en algún momento de su evolución y antecedentes de depresión en un 22%), la ansiedad, la distimia (10%), el trastorno por estrés postraumático, la crisis de pánico (antecedentes en un 7% y presente en algún momento en un 16%), fobia simple (antecedente en un 12% y en algún momento de la evolución 16%), trastornos del sueño<sup>1-3</sup>.

Fue reconocida como enfermedad por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992, tipificándose en el Manual de Clasificación de Enfermedades (CIE-10) con el código M79.0<sup>4</sup>. Sin embargo, no existen pruebas diagnósticas analíticas ni de imagen definitorias para establecer la enfermedad, siendo por ello un diagnóstico de exclusión y siguiendo los criterios clínicos de la *American College of Rheumatology* en el año 1990<sup>5,6</sup>:

- Dolor generalizado presente durante al menos 3 meses en los 4 cuadrantes del cuerpo (lados derecho e izquierdo del cuerpo, y por arriba y por debajo de la cintura), además de dolor en el esqueleto axial (columna cervical o tórax anterior o columna dorsal o lumbar).

- Dolor a la presión digital de al menos 11 de los 18 puntos sensibles que corresponden a las áreas más sensibles del organismo para estímulos mecánicos o de umbral más bajo. La exploración debe realizarse con una fuerza de aproximadamente 4kg, y para que la palpación se considere positiva el/la paciente tiene que manifestar dolor inequívoco a la presión.

Existe una propuesta de clasificación de dicha enfermedad que incluye el perfil psicopatológico, la coexistencia de los distintos procesos y las situaciones clínicas que el paciente puede presentar<sup>4</sup>:

- Fibromialgia idiopática (tipo I). Este grupo fue denominado por Müller et al como «Fibromialgia con sensibilidad extrema al dolor no asociada a procesos psiquiátricos».
- Fibromialgia relacionada con enfermedades crónicas (tipo II). Son aquellos pacientes que padecen un dolor crónico o una patología crónica ya sea autoinmune, infecciosa, degenerativa, neoplásica, etc., que desarrollan un cuadro de fibromialgia. Pueden ser sistémicas (IIa) o localregionales (IIb). Dentro de este grupo se describen las enfermedades reumatológicas, los cuadros migrañosos, la cefalea crónica diaria, etc.
- Fibromialgia en pacientes con enfermedades psicopatológicas (tipo III). Como se describirá más adelante, numerosos autores describieron la asociación de la fibromialgia con esta enfermedad.
- Fibromialgia simulada (tipo IV). Son pacientes que simulan la sintomatología, información fácilmente obtenible gracias a los medios de comunicación y a internet, y tienen un objetivo concreto (baja laboral, atención familiar, neurosis de renta, incapacidad laboral, etc.).

## Trastornos psiquiátricos asociados a la fibromialgia

La depresión y la ansiedad son patologías con una alta prevalencia en la actualidad, en cuya etiología influyen tanto factores endógenos como exógenos, entre los que cabe destacar una sociedad cada vez más exigente en el terreno personal, la actividad laboral estresante, la situación económica, etc. En la población normal existe una alta prevalencia de estas patologías, pero se ha descrito una mayor asociación con la fibromialgia.

El mecanismo etiopatogénico de dicha asociación no está bien demostrado, pero se han barajado numerosas causas<sup>2</sup>, entre las que destacan el mecanismo de estrés crónico, el dolor crónico, la frustración personal tanto dependiente como independiente de la enfermedad, la automedicación,

el retraso diagnóstico, la falta de eficacia de los tratamientos, etc. Asimismo, los problemas laborales y del entorno sociofamiliar influyen negativamente en el estado anímico del paciente, pudiendo verse abocado a la automedicación, ya sea para paliar el dolor que sufre, para tratar otros síntomas asociados (como los trastornos del sueño), o para intentar sobrellevar esos sentimientos de desesperanza, culpabilidad y desesperación. Ford et al describen la fibromialgia (fibromialgia) como una patología que se utiliza como mecanismo de racionalización para problemas psicosociales, como mecanismo de afrontamiento o incluso como una forma de vida<sup>1</sup>. Existen varios estudios en los que afirman que la fibromialgia es consecuencia de los trastornos afectivos, ya que éstos preceden a dicho cuadro<sup>3</sup>. En uno de ellos, de Goldenberg et al<sup>7</sup>, la describen como consecuencia de la depresión en un estudio realizado en 1986, donde la depresión precede en la mayoría de los casos a la fibromialgia e incluso aparecen antecedentes familiares de depresión. Otros autores afirman que se trata más bien de una cuestión de comorbilidad, o bien que el estado de ánimo deprimido es una consecuencia de la fibromialgia, debido a la dificultad que entraña el dolor para realizar las actividades cotidianas, así como la anticipación al mismo en forma de inhibición de ciertas actitudes que pudieran desencadenar dolor. Por ello, el paciente se sume en un estado de ánimo deprimido, al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas incapacitantes. Un estudio realizado en 1992 por Hudson y Pope<sup>7</sup> establece tres hipótesis diferentes en las que describen a la fibromialgia como una manifestación de la depresión, la depresión como una consecuencia de la fibromialgia y la existencia de anomalías fisiopatológicas comunes a ambas patologías. Otra hipótesis sugerida determina que el trastorno psiquiátrico se debe al modelo de indefensión aprendida, secundaria al desconocimiento de la etiología del estado doloroso, por lo que el paciente se encuentra desconcertado ante el futuro de su enfermedad, lo que le provoca un estado de ansiedad<sup>7</sup>.

Otros estudios son los de Kurtze, en 1998, que formula dos hipótesis en las que comenta que la depresión y la ansiedad están independientemente relacionadas con la intensidad del dolor, y que la ansiedad elevada y la depresión leve pueden asegurar el diagnóstico de fibromialgia sin que se presenten todos los criterios diagnósticos; el de Epstein en 1999, un estudio multicéntrico donde describe que la existencia de comorbilidad psiquiátrica en la fibromialgia supone un empeoramiento funcional grave para los pacientes; y en 2002, Panerai<sup>8</sup>, que postula que la fibromialgia consiste en una activación del sistema inmunológico, mientras que la depresión supondría una supresión del mismo, describiendo por lo tanto un criterio de diagnóstico diferencial de ambas patologías. Un estudio centrado únicamente en ansiedad recogió el nivel de ésta en pacientes con dolor crónico, pacientes con fibromialgia, y un grupo de control sin patología, observándose ansiedad en todos los grupos con dolor crónico, pero mayor en los fibromiálgicos. Dicha relación se ve fuertemente beneficiada de los programas de reducción de ansiedad en pacientes fibromiálgicos (círculo dolor-ansiedad-tensión-dolor), ya que los pacientes presentan una mejoría en el estado emocional, así como una reducción del dolor<sup>1</sup>.

Estas alteraciones psicopsiquiátricas provocan un estado de desánimo en el que el paciente no es capaz de asumir y

plantarle cara a la enfermedad, aumentando su intensidad y creando un círculo vicioso en el que los síntomas de fibromialgia incrementan la sensación de desesperación, lo que deriva en un empeoramiento de las alteraciones psicopatológicas, e impide solucionar y sobrellevar la fibromialgia. También se ha descrito cierta asociación con alteraciones psicológicas que predisponen a la patología psiquiátrica descrita (hipocondría, trastorno de personalidad, alexitimia, etc.)<sup>1</sup>. Hay que destacar que los fibromiálgicos presentan una ansiedad elevada ante la evaluación y asunción de responsabilidades, algunos elementos fóbicos e, incluso, ante la vida cotidiana normal y corriente<sup>7</sup>. Lo que no se ha registrado es una diferencia significativa en las relaciones interpersonales de estos pacientes respecto a otros pacientes aquejados de dolor crónico, pero en la práctica clínica que conocen dichos problemas en las relaciones personales y familiares.

De todas formas, lo que sí hay que resaltar es que la depresión y la ansiedad son patologías muy fuertemente unidas a cualquier tipo de enfermedad crónica, apareciendo en un 30% de ellas; un 75% de los depresivos acude por síntomas somáticos; un 25% es diagnosticado de trastornos psiquiátricos definidos; casi un 70% de los que padecen dolor crónico presentan alteraciones psicológicas/psiquiátricas; y en los pacientes que describen dolor, aparte de otra sintomatología, al acudir a su médico (una frecuencia aproximada de un 20-80% de todas las consultas realizadas a éstos), refieren patología psiquiátrica en un 40%<sup>9</sup>.

### **Clínica de los trastornos psiquiátricos en la fibromialgia**

La depresión como síndrome comprende una serie de síntomas cardinales, que pueden variar en cuanto a presencia y a intensidad, en función del paciente. Los síntomas básicos son<sup>10,11</sup>:

1. Síntomas afectivos: el síntoma nuclear es la tristeza patológica o humor depresivo. Se caracteriza por un sentimiento negativo, desagradable, displacentero, que a veces resulta difícil de expresar, e incluso de percibir. En ocasiones esta tristeza puede quedar enmascarada por la sintomatología restante, como podría ser el caso de los pacientes afectados de fibromialgia, en los que es más frecuente la presencia de somatizaciones que un humor realmente deprimido. Otros síntomas afectivos que pueden presentarse son: disforia (ánimo depresivo con sensación de malestar general, mostrándose irritados, enfadados, pesimistas), anhedonia (disminución o incapacidad para obtener placer), ansiedad y angustia, irritabilidad, apatía.
2. Síntomas cognitivos: puede aparecer un enlentecimiento del curso del pensamiento (bradipsiquia). El contenido del pensamiento se caracteriza por ser negativista, pesimista, con excesivas preocupaciones y rumiaciones negativas y desagradables. Pueden aparecer sentimientos de desesperanza, inutilidad, baja autoestima, ruina, hipocondría, ideas de muerte y suicidio. Estas pueden ser ideas sobrevaloradas o ser realmente delirantes. Dentro de la esfera cognitiva, no es infrecuente la

aparición de clínica pseudodemencial, que suele remitir al mejorar el estado del ánimo.

3. Síntomas somáticos: en el caso de pacientes con enfermedades médicas, suelen ser los síntomas que con mayor frecuencia aparecen. Distinguiremos entre:

- Trastornos vegetativos: destaca la astenia y fatigabilidad, lo que produce una falta global de vitalidad, sobre todo en las primeras horas del día. Aparecen cefaleas atípicas, algias diversas, trastornos digestivos (pérdida de apetito o bulimia, sequedad de boca, dispepsias, alteraciones del ritmo intestinal), pérdida de la libido (pérdida de interés sexual, impotencia por falta de erección o frigidez), y trastornos del equilibrio (como vértigos).
- Trastornos de los ritmos vitales: alteración del ritmo circadiano actividad-descanso (se pueden presentar dos patrones, uno en el que el paciente se encuentra peor por la mañana, y se produce mejoría vespertina, o viceversa), ritmo del sueño (suele aparecer insomnio de mantenimiento, con lo que el paciente presenta somnolencia diurna y sueño no reparador), ritmo estacional (el patrón más frecuente es el empeoramiento o recaída en primavera y otoño, sobre todo en el cambio de estación).

Dentro de estos síntomas, sería difícil diferenciar si son realmente síntomas somáticos debidos a la alteración del humor o a la fibromialgia, ya que en estos pacientes pueden aparecer estas alteraciones sin necesidad de que exista depresión, como son las alteraciones del sueño o los dolores musculares y articulares. Para ello es necesario realizar una cuidadosa historia clínica psiquiátrica y anamnesis, prestando adecuada atención a los antecedentes psiquiátricos previos y a la evolución de la enfermedad. En estos casos sería de gran utilidad la información aportada por los familiares.

4. Síntomas conductuales: llanto frecuente e inmotivado, alteraciones de la actividad psicomotora, disminución del rendimiento en los diferentes aspectos de la vida, y tendencia al aislamiento. Las alteraciones más graves son el intento de suicidio y el suicidio consumado (poco frecuentes en fibromialgia).

En la fibromialgia la clínica depresiva suele derivar de diversos motivos, ya que estos pacientes tardan un período de tiempo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico, por lo que pasan por una fase de incompreensión, vacío, en el que ni profesionales ni familiares comprenden lo que les ocurre. A esto se le unen las dificultades en la vida diaria debidas a la propia clínica de la fibromialgia. Tampoco podemos descartar que sean dos procesos independientes que se solapan en el tiempo, por lo que como hemos citado anteriormente, es necesario realizar una correcta anamnesis.

En las alteraciones afectivas en general, existen diferentes síndromes o subtipos depresivos que sirven de partida para el estudio de esta patología psiquiátrica. En el caso de la fibromialgia, los cuadros más frecuentes que podemos encontrar son<sup>12</sup>:

- Trastornos adaptativos con humor depresivo, o ansioso-depresivo: son cuadros reactivos a la propia enfermedad,

no llegan a cumplir los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor ni de distimia, por la intensidad o duración de la sintomatología. Suelen remitir con el tratamiento adecuado. En los casos en los que existe también sintomatología ansiosa (que explicaremos más adelante), esta suele enmascarar la clínica depresiva.

- Distimia: es el término que se utiliza para la depresión crónica, tanto en el DSM-IV como en el CIE-10. Sería un cuadro depresivo<sup>12</sup> de más de dos años de duración y que no es continuación de un trastorno depresivo mayor, de comienzo insidioso y reactivo a diferentes situaciones, curso crónico persistente o con fluctuaciones. Permite un funcionamiento adecuado del sujeto, lo que no excluye la necesidad de tratamiento. Puede ser primaria o secundaria, en este último caso es frecuente que sea reactiva a enfermedades médicas crónicas, como es el caso de la fibromialgia.
- Trastorno depresivo mayor: en este caso se deben cumplir los criterios diagnósticos DSM-IV (tabla 1).

Existen otros tipos de trastornos depresivos, como es la depresión psicótica, que aparecería con la misma frecuencia que en la población general, y sería independiente de la fibromialgia.

### Trastornos neuróticos en la fibromialgia

Los trastornos neuróticos<sup>10,13</sup> incluyen una serie de trastornos psiquiátricos que se dan con cierta frecuencia (mayor a la población general) en la fibromialgia. Son los trastornos de ansiedad, tanto crisis de pánico como trastorno de ansiedad generalizada, y las fobias simples y sociales. El caso de los trastornos somatomorfos es controvertido, ya que muchos autores consideran a la fibromialgia y otras enfermedades reumatológicas, como el síndrome de fatiga crónica, como somatizaciones, creencia que en los últimos años, y después de estudios diversos, se está desestimando. Por esto no lo incluiremos dentro de las patologías psiquiátricas más frecuentes en la fibromialgia.

La ansiedad es una conducta compleja de activación y alerta urgentes que resulta de la integración de los distintos niveles de organización del ser humano: genético, fisiológico, emocional, comportamental y cognitivo. Su cometido es cumplir una función adaptativa, preparando al sujeto para afrontar situaciones de peligro. Es la señal de alarma del organismo ante acontecimientos adversos. Existe una ansiedad normal y una patológica, que es la que lleva a los diferentes trastornos de ansiedad.

Dentro de los trastornos de ansiedad, las crisis de angustia se dan con mayor frecuencia en la fibromialgia que en la población general. Se define como un episodio de angustia intolerable, de comienzo brusco, breve duración y carácter espontáneo. Se manifiesta con síntomas como aprensión, miedo o terror, junto con manifestaciones físicas, que van desde síntomas cardiovasculares y respiratorios hasta molestias abdominales, pasando por sensación de mareo, sudación, temblor, hormigueos y escalofríos. Suelen ser reactivas a situaciones ambientales, tales como la dificultad, frustración o sentimientos de incapacidad que puedan presentar.

**Tabla 1** Criterios para el episodio depresivo mayor

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
- estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable,
  - disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás),
  - pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables,
  - insomnio o hipersomnia casi cada día,
  - agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido),
  - fatiga o pérdida de energía casi cada día,
  - sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo),
  - disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena),
  - pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Es frecuente que se asocien a otras patologías psiquiátricas, siendo la comorbilidad con la depresión de un 49%<sup>14</sup>, con trastorno de angustia generalizada de un 51,9%<sup>15</sup>, con fobia social de 26,3%<sup>16</sup>, y con trastornos de personalidad del 36%<sup>17</sup>.

El trastorno de ansiedad generalizada se define (según criterios DSM-IV) como ansiedad y preocupación excesiva por diferentes sucesos o actividades durante la mayoría de los días, durante al menos un período de seis meses. La preocupación es difícil de controlar y está asociada a síntomas somáticos como tensión muscular, irritabilidad, dificultad para dormir e inquietud. Se requieren 3 de los 6 síntomas propuestos: a) inquietud o impaciencia; b) fatigabilidad; c) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco; d) irritabilidad; e) tensión muscular, y f) alteraciones del sueño. Hay que descartar que la ansiedad no se deba a consumo de sustancias, enfermedad médica y no se produzca durante otro trastorno psiquiátrico.

Es frecuente su solapamiento con el trastorno de angustia, incluso puede considerarse a éste como un *continuum* entre las dos patologías.

Las fobias se definen como la ansiedad o el malestar, ilógicos y desproporcionados, ante determinados estímulos, que se acompañan de la tendencia a la evitación. Es una de las patologías psiquiátricas menos conocidas, y sobre las que

menos se ha publicado. En el caso de la fibromialgia, el objeto fóbico suele centrarse en el miedo a las enfermedades (hipocondría), o a realizar determinados actos que el paciente llevaba a cabo sin problemas antes de enfermar, y que en ese momento le crean elevada ansiedad, por lo que intentaría evitar realizarlos. También pueden aparecer fobias sociales, caracterizándose por ser “un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o a actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas”, derivado del miedo que tienen estos pacientes a estar ante personas, e incluso familiares, por el hecho de padecer una enfermedad incapacitante y tener un aspecto de persona sana, unido también a la desconfianza y poca credibilidad que la fibromialgia crea en la sociedad, ya sean personas anónimas o propios profesionales de la salud.

### Mecanismos etiopatogénicos comunes

Se ha intentado establecer una etiología de esta enfermedad, desconocida aún, pero lo más probable es que se trate de un trastorno multifactorial<sup>8,18</sup>. Sin embargo, se ha definido una serie de factores predisponentes que resultan comunes para la patología psiquiátrica y la fibromialgia. Estos factores pueden ser de naturaleza periférica, como

describe Demitrack en 1998<sup>19</sup> destacando alteraciones en el sistema hipotálamo-pituitario adrenal en los pacientes fibromiálgicos; de naturaleza central, reflejado por varios autores como Aaron y Buchwald<sup>20</sup>, en 2001, Lowe<sup>21</sup> en 1997, Rusell et al<sup>22</sup> en 1994, quienes describen elevaciones de la sustancia P; o de la naturaleza emocional, como describen Masedo y Esteve<sup>23</sup> en 2002; Pastor et al<sup>24</sup> en 1995.

Analizando dichos factores, existe una coincidencia entre estos factores predisponentes a padecer dichas patologías, como son las propias alteraciones del sueño (como la aparición de ondas alfa en la fase no REM del sueño<sup>9</sup>), factores estresantes como los accidentes de tráfico o los abusos sexuales, enfermedades que limitan la capacidad de un paciente, o bien alteraciones neurohormonales. Estas causas se observan en pacientes con fibromialgia y en pacientes con patología psiquiátrica. También se ha visto una asociación de la depresión y la ansiedad con enfermedades crónicas, estableciéndose esta cronicidad como factor etiológico, tales como la artritis reumatoide o la lumbalgia crónica, ya que el paciente se desespera ante la limitación de su vida de forma crónica, la inseguridad que esto conlleva, así como las propias repercusiones físicas que se suelen acompañar. Incluso se han descrito casos tras el nacimiento de un hijo o tras un accidente de tráfico<sup>3</sup>.

Centrándonos en las alteraciones neurohormonales:

- Descenso en los niveles de serotonina, un neurotransmisor que, junto a la encefalina y la noradrenalina, inhibe las vías de transmisión del dolor en el asta posterior de la médula espinal, así como de su precursor, el triptófano<sup>9</sup>.
- Aumento de la sustancia P en el líquido cefalorraquídeo (sustancia descubierta por Von Euler en los años setenta<sup>9</sup> y descubierta su asociación con la fibromialgia por Russell, de la University of Texas Health Science Center en San Antonio, en 1994<sup>5</sup>), sustancia que está muy relacionada tanto con las vías del dolor como con las de la depresión debido a que disminuye los niveles de la hormona del crecimiento y del cortisol, hecho que está en relación con el déficit de serotonina por disminución de la absorción digestiva de triptófano, que es la precursora de la serotonina. Hay que destacar que uno de los antagonistas de la sustancia P que se investigó como tratamiento del dolor, el MK/869, no tuvo el éxito esperado en cuanto al dolor se refiere, pero se descubrió que tenía un excelente efecto antidepressivo.
- Alteraciones del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, que según algunos investigadores está relacionado con el síndrome relacionado con el estrés (descrito por Crofford, de la University of Michigan en Ann Arbor<sup>5</sup>), debido a que numerosos procesos se daban tras situaciones de estrés físico-emocional.
- Genotipo homocigoto Met/Met, más frecuente en enfermos con fibromialgia que en controles. El autor del estudio postula que el mecanismo de incremento de la percepción del dolor por la reducción de la actividad enzimática de la C-O-Metil transferasa podría actuar a través de la disminución de la producción de encefalinas en algunas regiones del cerebro, con disminución de la respuesta al estímulo directo de la sustancia P, y, en segundo lugar, mediante la estimulación de los

receptores  $\beta_2$ -adrenérgicos como resultado de valores elevados de catecolaminas en el sistema nervioso central<sup>18</sup>.

## Conclusiones

Los trastornos psiquiátricos, y más concretamente la depresión y la ansiedad, son patologías que se asocian con gran prevalencia en los pacientes fibromiálgicos, con mecanismos etiopatogénicos comunes y pudiendo ser causa, comorbilidad o consecuencia de la misma. Su aparición crónica y empeora el curso y la evolución de la enfermedad, y se han realizado estudios en los que se han utilizado tratamientos antidepressivos para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, como terapias psicológicas en los que la mejora de la ansiedad mejora la sintomatología dolorosa.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Moreno Gallego I, Montañó Alonso A. Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol*. 2000;27:436-41.
2. Gómez-Argüelles JM, Anciones B. Prevalencia de síntomas neurológicos asociados a la fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16:222-9.
3. Merayo Alonso LA, Cano García FJ, Rodríguez Franco L, Ariza Ariza R, Navarro Sarabia F. Un acercamiento bibliométrico a la investigación en fibromialgia. *Reumatol Clin*. 2007;3:55-62.
4. Belenguer R, Ramos-Casals M, Siso A, Rivera J. Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatol Clin*. 2009;5:55-62.
5. Fibromialgia: Síntomas, diagnóstico, tratamientos e investigación. National Fibromyalgia Partnership; 2001.
6. Ayats M, Martín MJ, Soler PA. Fibromialgia y estilo de funcionamiento. *Psiquiatr Biol*. 2006;13:193-7.
7. Pérez-Pareja J, Borrás C, Palmer A, Sesé A, Molina F, Gonzalvo J. Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*. 2004;16:415-20.
8. Rosas Morales MR. Fibromialgia: etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. *OFFARM*. 2006;25:94-100.
9. González F. ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? La fibromialgia. *Psiquiatría.com Revista electrónica de psiquiatría*. 1999;3.
10. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ars Medica; 2005.
11. Gilaberte I. Nuevas perspectivas en la depresión. *Aula Médica*. 2004.
12. Sáiz J, Ibáñez A. El diagnóstico de la depresión. En: Guía práctica de los trastornos depresivos en la asistencia primaria. Barcelona: JR Prous; 1993. p. 29-52.
13. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Trastornos neuróticos. Editorial Panamericana; 1999.
14. Roy-Byrne PP, Stang P, Wittchen HU, Ustun B, Walters EE, Kessler RC. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *Br J Psychiatry*. 2000;176:229-35.

15. Noyes R. The comorbidity and mortality of panic disorder. *Psychiatr Med.* 1990;18:41–66.
16. Starcevic V, Uhlenhuth EH, Kellner R, Pathak D. Patterns of comorbidity in panic disorder and agoraphobia. *Psychiatry Res.* 1992;42:171–83.
17. Rivera A. Trastorno por crisis de angustia sin simplificar y trastorno por crisis de angustia con agorafobia. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense; 1994.
18. García-Fructuoso FJ, Lao-Villadoniga JI, Beyer K, Santos C. Relación entre genotipos del gen catecol-o-metil transferasa y la gravedad de la fibromialgia. *Reumatol Clin.* 2006;2:168–72.
19. Demitrack MA, Crofford LJ. Evidence for and pathophysiologic implications of hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Ann N Y Acad Sci.* 1998;840:684–97.
20. Aaron LA, Buchwald D. A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med.* 2001;134:868–881.
21. Lowe JC. Thyroid status of 38 fibromyalgia patients: Implications for the etiology of fibromyalgia. *Clinical Bulletin of Myofascial Therapy.* 1997;2:36–41.
22. Rusell IJ, Orr MD, Littman B, Vipraio GA, Alboukrek D, Michalek JE. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 1994;37:1593–601.
23. Masedo AI, Esteve MR. La naturaleza afectiva del dolor crónico. *Psicothema.* 2002;14:511–5.
24. Pastor MA, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Juan V. Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema.* 1995;7:627–39.