



Original

## Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse?


 Sebastián Moyano<sup>a,\*</sup>, Jorge Guillermo Kilstein<sup>a</sup> y Cayetano Alegre de Miguel<sup>b</sup>
<sup>a</sup> Servicio de Clínica Médica, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Argentina

<sup>b</sup> Unidad de Reumatología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 4 de marzo de 2014

Aceptado el 31 de julio de 2014

On-line el 23 de octubre de 2014

#### Palabras clave:

Fibromialgia

Criterios

Diagnóstico

### R E S U M E N

**Objetivos:** Evaluar el grado de concordancia entre los criterios antiguos de fibromialgia (FM) y los criterios del American College of Rheumatology (ACR) 2010, valorar si hay correlación entre puntos y áreas dolorosas, así como los signos y los síntomas que permitan predecir un tipo específico de FM (depresivo, hiperalgésico o somatizador) e identificar aquellos que presenten mayor correlación con la afectación vital de la enfermedad.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal comparativo en el que se incluyó a 206 pacientes con diagnóstico clínico previo de FM. Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, años de evolución de la enfermedad, puntos dolorosos, puntos control, áreas dolorosas, presencia de fatiga, alteraciones del sueño y trastornos cognitivos, síntomas somáticos, tipo de FM, presencia de otras enfermedades reumatológicas y la puntuación promedio del cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ).

**Resultados:** Los nuevos criterios diagnósticos clasificaron correctamente el 87,03% de los casos que cumplían con la antigua definición. Ningún criterio fue superior al otro para valorar el impacto de la enfermedad. El 74,87% de los pacientes presentó una afectación vital severa. Se evidenció un predominio del tipo de FM somatizador. El tipo hiperalgésico presentó un promedio de FIQ más bajo que los tipos depresivo y somatizador.

**Conclusión:** Los criterios del ACR 2010 constituyen una manera simple de evaluar pacientes con FM y tienen en cuenta las manifestaciones subjetivas de la enfermedad. Los nuevos criterios deberían convivir con los criterios antiguos; aportan una mayor comprensión y facilitan el manejo de esta patología tan prevalente.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### New diagnostic criteria for fibromyalgia: Here to stay?

#### A B S T R A C T

**Objectives:** To assess the percentage of patients that fulfill the American College of Rheumatology (ACR) 1990 as well as the ACR 2010 classification criteria, to evaluate whether there is a correlation between tender points and the Widespread Pain Index (WPI) as well as signs and symptoms that predict a fibromyalgia (FM) subtype and to identify those which have greater impact on functioning.

**Materials and methods:** We performed a cross-sectional comparative study of 206 patients with previous clinical diagnosis of FM. The studied variables were age, sex, years of disease, tender points, control points, WPI, Symptom Severity Score, subtype of FM, presence of other rheumatic disorders and the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) score.

**Results:** The new diagnostic criteria of FM correctly classified 87,03% of patients who satisfied the ACR 1990 criteria. Both criteria were equally effective in assessing the impact of the disease. FM had a severe

#### Keywords:

Fibromyalgia

Criteria

Diagnosis

\* Autor para correspondenci.

 Correos electrónicos: [seba\\_moyano@hotmail.com](mailto:seba_moyano@hotmail.com), [sebamoyano@yahoo.com.ar](mailto:sebamoyano@yahoo.com.ar) (S. Moyano).

impact on the quality of life in 74,87% of patients. Somatoform disorder was the predominant subtype. Hyperalgesic FM had a significantly lower FIQ score than the somatoform disorder and depressive subtypes.

**Conclusion:** The ACR 2010 criteria are a simple evaluation tool to use in the primary care setting, that incorporate both peripheral pain and somatic symptoms. New and old criteria should coexist; they enable a major comprehension and ease the management of this prevalent disease.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La fibromialgia (FM) es un síndrome caracterizado por dolor músculo-esquelético difuso, crónico, de origen no articular, que se pone en evidencia con la palpación de puntos dolorosos en áreas anatómicas específicas y se acompaña, habitualmente, de sueño no reparador, cansancio, rigidez matutina y alteraciones cognitivas. La FM afecta aproximadamente al 0,5 -5% de la población y se caracteriza por la ambigüedad en el diagnóstico, la incertidumbre en la comprensión de su fisiopatología y las dificultades de los médicos para abordarla globalmente<sup>1</sup>.

En 1990, el American College of Rheumatology (ACR) publicó los criterios de clasificación, basados en un examen de puntos dolorosos, que requerían la evaluación por especialistas<sup>2</sup>. Se valoraba la presencia de dolor crónico (más de 3 meses de duración) y generalizado (en al menos 3 de los 4 cuadrantes corporales), junto con 11 o más de 18 puntos dolorosos específicos.

Erróneamente, se creó la impresión de que la FM era exclusivamente una enfermedad músculo-esquelética. Con el correr del tiempo, aparecieron una serie de objeciones (prácticas y filosóficas) a los criterios de clasificación del ACR 1990. En primer lugar, se hizo cada vez más evidente que el recuento de puntos dolorosos constituía una barrera y rara vez se realizaba en la atención primaria, donde se diagnosticaba el mayor número de casos de FM, y cuando así ocurría, estos eran frecuentemente valorados en forma incorrecta. Muchos médicos desconocían cómo realizar el examen de los puntos dolorosos o, simplemente, omitían el procedimiento. Entonces, en la práctica, el diagnóstico de FM ha sido fundamentalmente un diagnóstico basado en la sintomatología referida por los pacientes.

En segundo lugar, a pesar de que los síntomas de la FM (fatiga, sueño no reparador, trastornos cognitivos, etc.) no fueron considerados por el ACR 1990, últimamente se ha jerarquizado su importancia. La FM, entonces, ha dejado de considerarse una enfermedad periférica músculo-esquelética y ha habido un reconocimiento cada vez mayor de la sensibilización central del dolor como la base neurobiológica subyacente que explica la mayoría de los síntomas sistémicos.

Los nuevos criterios diagnósticos de FM propuestos en el año 2010 consisten en un Índice de dolor generalizado (*Widespread Pain Index* [WPI]) y una Escala de gravedad de síntomas (*Symptom Severity Score* [SS-Score]). Según la literatura, este nuevo método clasifica correctamente el 88,1% de los casos diagnosticados por los criterios del ACR 1990 y, dado que fundamentalmente se basan en la información aportada por los pacientes, no requiere del examen físico y no necesita un entrenamiento especializado del observador, se adapta muy bien al campo de la Atención Primaria de la salud<sup>3</sup>.

Por otro lado, la heterogeneidad del cuadro implica que no todas las pacientes con FM se presentan y evolucionen de la misma manera; por estos motivos, Giesecke et al. han emitido la recomendación de clasificar la FM en 3 grupos, según estén asociados a depresión, exista un importante trastorno funcional somatomorfo o no tengan alteraciones psicopatológicas. Esta clasificación permite homogeneizar grupos de enfermos con características similares y posibles enfoques terapéuticos comunes<sup>4,5</sup>.

El objetivo primario de este trabajo fue evaluar el grado de concordancia entre los criterios antiguos de FM y los criterios del ACR 2010.

Los objetivos secundarios fueron evaluar si hay correlación entre puntos y áreas dolorosas, signos y síntomas que permitan predecir un tipo específico de FM (depresivo, hiperalgénico o somatizador) y, por otro lado, identificar aquellos signos y síntomas que presenten mayor correlación con la afectación vital de la enfermedad, el impacto de la patología según los distintos tipos y según cada criterio.

## Materiales y métodos

Presentamos un estudio transversal, comparativo, aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Quirón Dexeus de Barcelona (España).

Se incluyó a pacientes con diagnóstico clínico establecido de FM, mayores de 18 años, que acudieron de forma sucesiva al consultorio externo de Reumatología del Hospital Vall d'Hebron y el Hospital Universitario Quirón Dexeus de Barcelona entre el 15 de agosto del 2012 y el 15 de noviembre del 2012, y que firmaron el consentimiento para la participación en el estudio. Los datos obtenidos fueron procesados mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.

Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, años de evolución de la enfermedad, puntos dolorosos, puntos control, áreas dolorosas, presencia de fatiga, alteraciones del sueño y trastornos cognitivos, síntomas somáticos, tipo de FM (hiperalgénico, depresivo o somatizador, de acuerdo con la clasificación de Giesecke et al.<sup>5,6</sup>), institución de referencia, presencia de otras enfermedades reumatológicas concomitantes y la puntuación promedio del Cuestionario de impacto de la fibromialgia (*Fibromyalgia Impact Questionnaire* [FIQ]<sup>7</sup>).

Al inicio de la visita, se realizó el interrogatorio<sup>4</sup> y después se completaron los formularios para evaluar los criterios nuevos de FM. Luego se procedió al examen físico de los puntos dolorosos y posteriormente se evaluaron 3 puntos de control (dorso del pulgar, tercio medio del antebrazo y frente)<sup>8,9</sup>. Por último, se les entregaron los cuestionarios para valorar el impacto de la enfermedad y las alteraciones psicológicas.

El WPI comprende 19 áreas del cuerpo y el paciente debe señalar dónde ha tenido dolor durante la última semana. Se calculó la puntuación de WPI sumando un punto por cada área dolorosa (puntuación de 0-19). La SS-Score se determinó teniendo en cuenta los siguientes síntomas: fatiga, sueño no reparador, manifestaciones cognitivas y síntomas somáticos. A cada uno de los síntomas se le asignó una puntuación de 0 a 3, de acuerdo con la gravedad (en el caso de los 3 primeros) o a la cantidad (en el caso de los síntomas somáticos).

Se consideró que un paciente satisfacía los criterios diagnósticos de FM si presentaba WPI  $\geq 7$  y SS-Score  $\geq 5$  o si WPI 3-6 y SS-Score  $\geq 9$ .

Para evaluar el tipo de FM se utilizó la escala visual analógica del dolor, el Cuestionario General de Salud de Goldberg de 28 ítems (*General Health Questionnaire* 28), la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), la escala de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3382811>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3382811>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)