

FIBROMIALGIA.
**¿QUE DEBEMOS SABER DE
ELLA LOS ESPECIALISTAS DE
DIGESTIVO?.**

Prof. Dr.Miguel Bixquert Jiménez.

**Servicio de Medicina Digestiva del H. Arnau de Vilanova.
Departamento de Medicina de la UVEG.
Area docente de Digestivo.**

Epidemiología TFD en España.

- **Dispepsia funcional** **10-15%**
- **Pirosis funcional** **8-10%**

- **Síndrome de Intestino Irritable** **12-18%**

- **Estreñimiento Funcional** **8-12%**
- **Incontinencia Fecal Funcional** **3-6%**
- **Dolor abdominal crónico funcional** **1-2%**

- **Combinaciones diversas** **30-50% casos.**

¿Qué son TFD?

- **Un conjunto de síndromes digestivos, no debidos a:**
 - infección ni parasitación.
 - lesiones o trastornos orgánicos benignos ni malignos.
 - tampoco son trastornos psicológicos ni psiquiátricos.
- **Categorizados por la agrupación sintomática → lo que sugiere la parte del tracto digestivo “disfuncional”.**
- **Caracterizados por alteración motora, perceptiva o sensitiva, periférica o central, o bien un trastorno del procesamiento de la información a nivel del SNC.**
- **Se supone que en algunos casos de SII hay un estado de microinflamación mucosa intestinal.**
- **Los TFD pueden combinarse entre ellos, por ejemplo: DF+SII; PF+SII, EF + DF..... en cerca de la mitad de los casos.**

Epidemiología del SII.

- **En población general 12-21%; extendida a todo el Mundo. Relación mujer : hombre = 2-3 : 1.**
- **No hay diferencias significativas por etnias.**
- **Es poco frecuente que comience por encima de los 65 a.**
- **No todos los que lo sufren, consultan (solo el 35-50%); las mujeres 2-3 veces más (excepto en Arabia y La India, 5-10 veces menos).**
- **En España:**
 - 14% población general.
 - 12% de todas las consultas al MAP.
 - 28% de las consultas ambulatorias (no hospitalarias) de Digestivo.
- **Marcada reducción CDVRS; recurren con mayor frecuencia a servicios sanitarios. Suele ser aún peor aún :**
 - si hay más intensidad o cronicidad de los síntomas.
 - en los que los síntomas comenzaron en edad temprana.
 - los que acuden a especialista, no al MAP.

La Etiopatogenia del SII es multifactorial.

- **SII postinfeccioso o inflamatorio** **35-45%**
- **Disregulación producción serotonina en cels ECL:** **15-20%**
 - << serotonina liberada en plasma en SII-E.
 - >> serotonina liberada en plasma en SII-D.
- **Sobrecrecimiento bacteriano** **10-15%**
- **Disregulación SNC** (ansiedad, depresión, maltrato, ¿causa o consecuencia?) **<10%**
- **¿Causa genética?:**
 - Factores ambientales inciden en individuos genéticamente predispuestos.
 - Factores genéticos parecen influir en respuesta terapéutica.
- **Agrupación familiar:** ¿porque es genético o más bien es aprendido?.

Factores genéticos y genotipos en el SII

- **Estudios de agregación familiar:**
 - prevalencia SII en 17-23% de familiares de 1er grado; predictor de SII persistente y SII fluctuante, pero no del tipo de TFD (sea SII-Estreñimiento o SII-Diarrea).
 - comparativa: prevalencia SII del 7% en los cónyuges.
- **Estudios genéticos:**
 - concordancia para TFD gemelos monocigóticos 33%; para SII 17% . Para dicigóticos respectivamente 13% y 7%.
 - en SII la contribución más importante de los estudios genéticos está en relación con la farmacogenética → menos respuesta positiva, más EAM .
 - **se han descrito específicamente:**
 - polimorfismos del SERT (Transportador de la recaptura de Serotonina) en la membrana de la neurona presináptica.
 - polimorfismos del receptor 5-HT_{2A} (se expresa en el intestino y en el SNC), lo que tiene papel en el aumento de la percepción del dolor y la contracción del músculo liso intestinal. También en la ansiedad.
 - polimorfismos de adrenorreceptores, sobre todo alfa-2A y alfa-2C.

¿Es un trastorno infeccioso-inflamatorio?.

- Una de las causas más frecuentes de SII es el que se produce tras GEA bacteriana (salmonella, shigella, campylobacter..., no por virus).
- ¿Qué factores favorecen el SII-postinfeccioso?:
 - duración de más de 3 semanas de la GEA.
 - ser jóvenes, fumadores, vegetarianos estrictos y del sexo femenino.
- Hay datos de microinflamación en las biopsias de colon de pacientes con SII:
 - sobre todo en recto y sigma.
 - sobre todo en lámina propia, más que en la mucosa.
 - aumento de linfocitos y mastocitos.
- Se han comprobado:
 - . incremento de las citoquinas proinflamatorias (IL-12).
 - . disminución de las antiinflamatorias (IL-10).

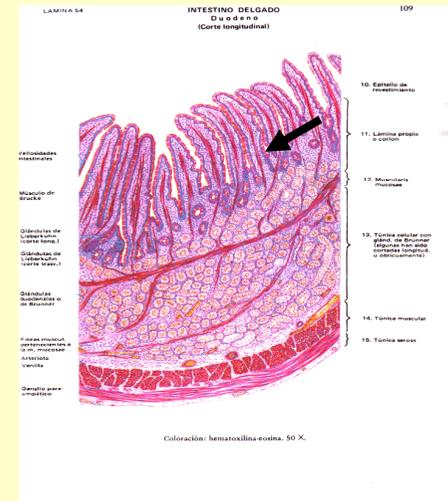
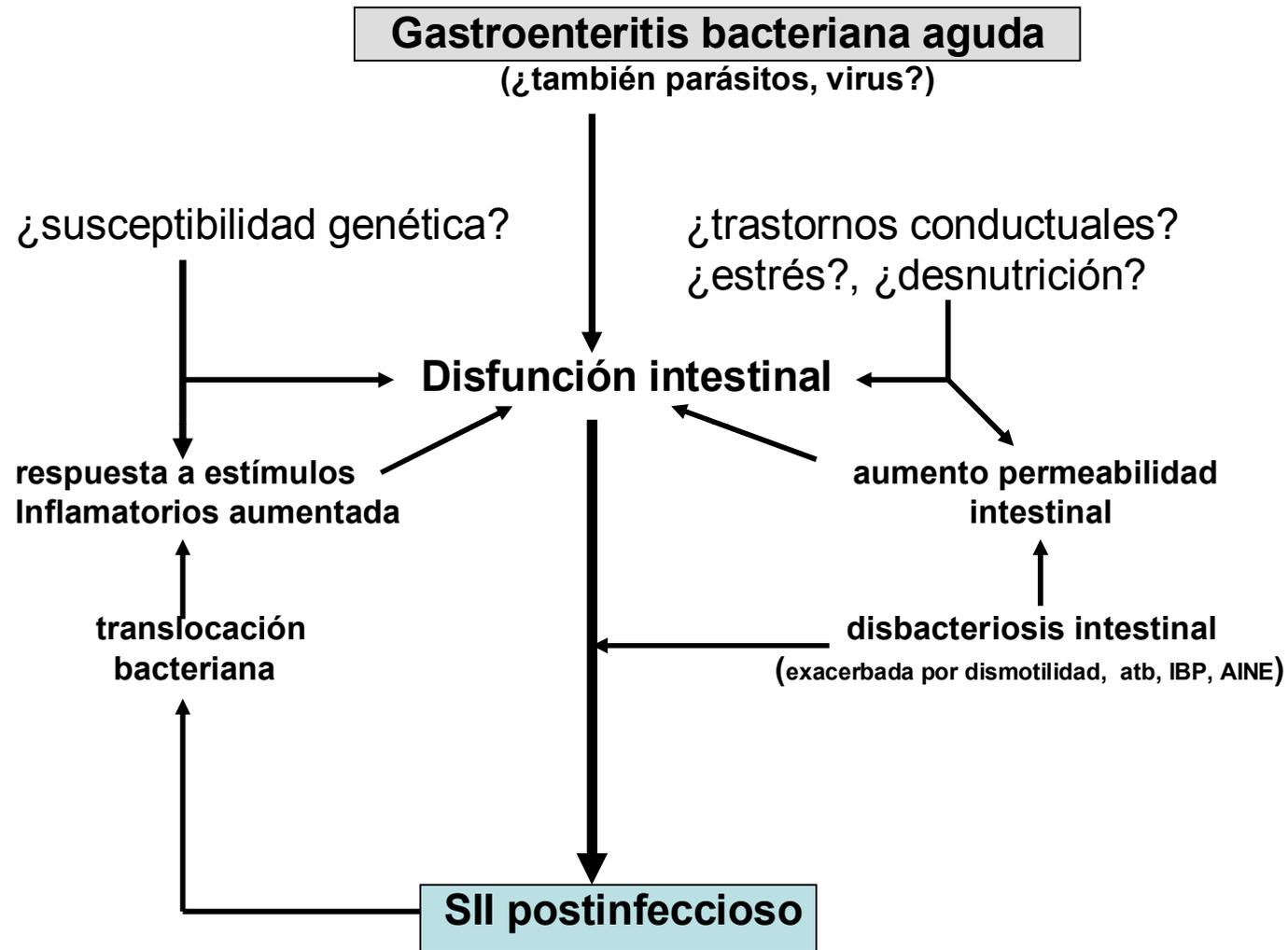
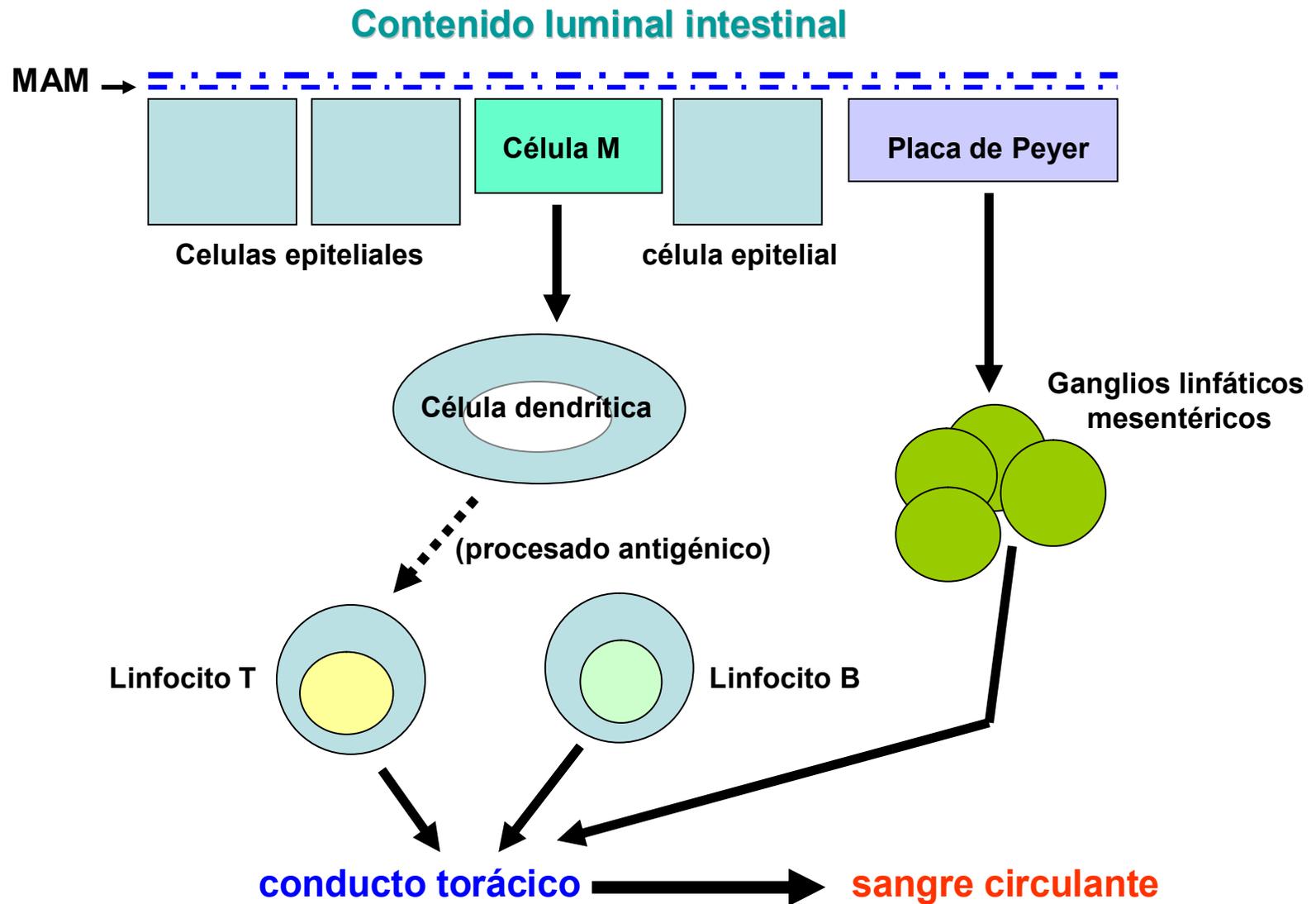


FIGURA 1.
Fisiopatología del SII postinfeccioso.



NOTA: atb = antibióticos; IBP = inhibidores bomba de protones; AINE = antiinflamatorios no esteroideos.

Figura 2.
Sistema inmune intestinal (GALT). Del intestino a la sangre.



En el SII hay hipersensibilidad visceral.

- **Esta afirmación se basa en ciertos datos:**
 - aumento percepción dolorosa a la distensión rectosigmoidea, o a la microinflamación (en 1/3-1/2 de los pacientes).
 - la estimulación sigmoidea repetitiva reduce el umbral doloroso a la distensión rectal.
 - en cambio la sensibilidad somática (por ejemplo al frío en la piel) es similar a la del sujeto control.
- **Y se demuestra por distensión rectal con baloncito:**
 - los sujetos controles: ninguna molestia hasta que se pasa de 80 ml (la sienten el 30%), y a 120-140 ml la sienten el 60%.
 - los pacientes SII ya sienten dolor a 40 ml (el 25%), a 80 ml la sienten el 80%, y a 120 ml, el 100%.

Otras manifestaciones Clínicas, que con frecuencia se asocian entre si, en el SII.

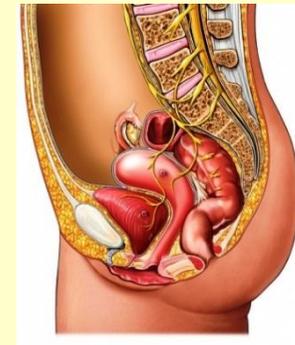
- **Digestivas:**

- Pirosis, dolor torácico de origen esofágico.
- Náuseas, dispepsia.
- Proctalgia fugaz.



- **No digestivas:**

- Cefalea, mareos → 40-80%
- Astenia, adinamia, insomnio → 30-60%
- Palpitaciones → 10-40%
- Dorsalgia, Lumbalgia → 20-60%
- Fibromialgia → 30-65%
- Disuria, polaquiuria, urgencia miccional → 50-60%
- Dismenorrea, dispareunia, <<< de la libido → 15-45%



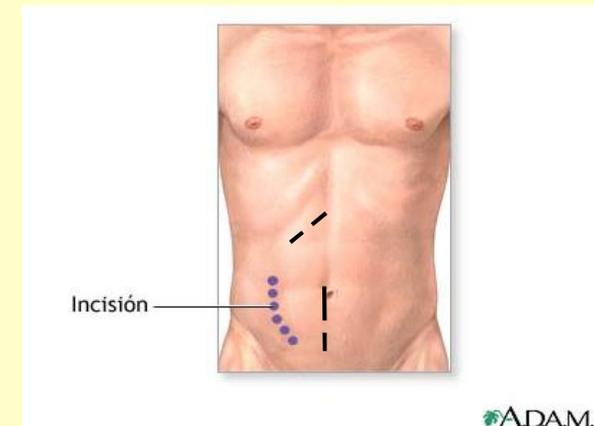
Evolución de las manifestaciones clínicas del SII en el curso del tiempo.

- **El SII es un diagnóstico estable:**
 - en un periodo de hasta 6 años se diagnosticaron trastornos gastrointestinales orgánicos como posible causa de las molestias en sólo un 2-5%.
 - hay 3 circunstancias a tener en cuenta al principio (el SII es entonces un diagnóstico “provisional”), que son:
 - enfermedad celiaca.
 - pancreatitis crónica (sobre todo la forma autoinmune).
 - enfermedad de Crohn ileocolónica (enfermedad en aumento).
- **En el SII hay periodos sintomáticos alternando con asintomáticos. Así, a lo largo de 5-10 años:**
 - 2-20% de los pacientes empeoran.
 - 30-40% no manifiestan cambios.
 - 40-50% mejoraron.

En el curso del tiempo los pacientes con SII tienen más riesgo de sufrir operaciones.

- En un estudio hecho en el Reino Unido:
 - Riesgo de sufrir colecistectomía x 1.9.
 - Riesgo de sufrir histerectomía x 1.6.
 - Riesgo de sufrir apendicectomía x 1.5 (en franco retroceso).

- Pero también han sufrido, previo al diagnóstico del especialista de Digestivo → la “triple cicatriz”:
 - hipocondrio derecho (colecistectomía).
 - FID (apendicectomía).
 - hipogastrio (histerectomía).



iii Y EN OCASIONES LES HAN DIAGNOSTICADO DE “ADHERENCIAS” Y SE LES PROPONE ADHESIOLISIS!!

Puntos comunes que tienen la FM y el SII.

- **ambas son más frecuentes en mujeres que en hombres.**
- **el diagnóstico es clínico, no de laboratorio ni de técnicas de imagen. Carencia de datos patológicos en técnicas de imagen.**
- **etiología desconocida; patogenia conocida de forma incompleta.**
- **hay una notable alteración de la CDVRS.**
- **el tratamiento farmacológico exclusivo es insuficiente, y limitado en el tiempo (como máximo algunos meses).**

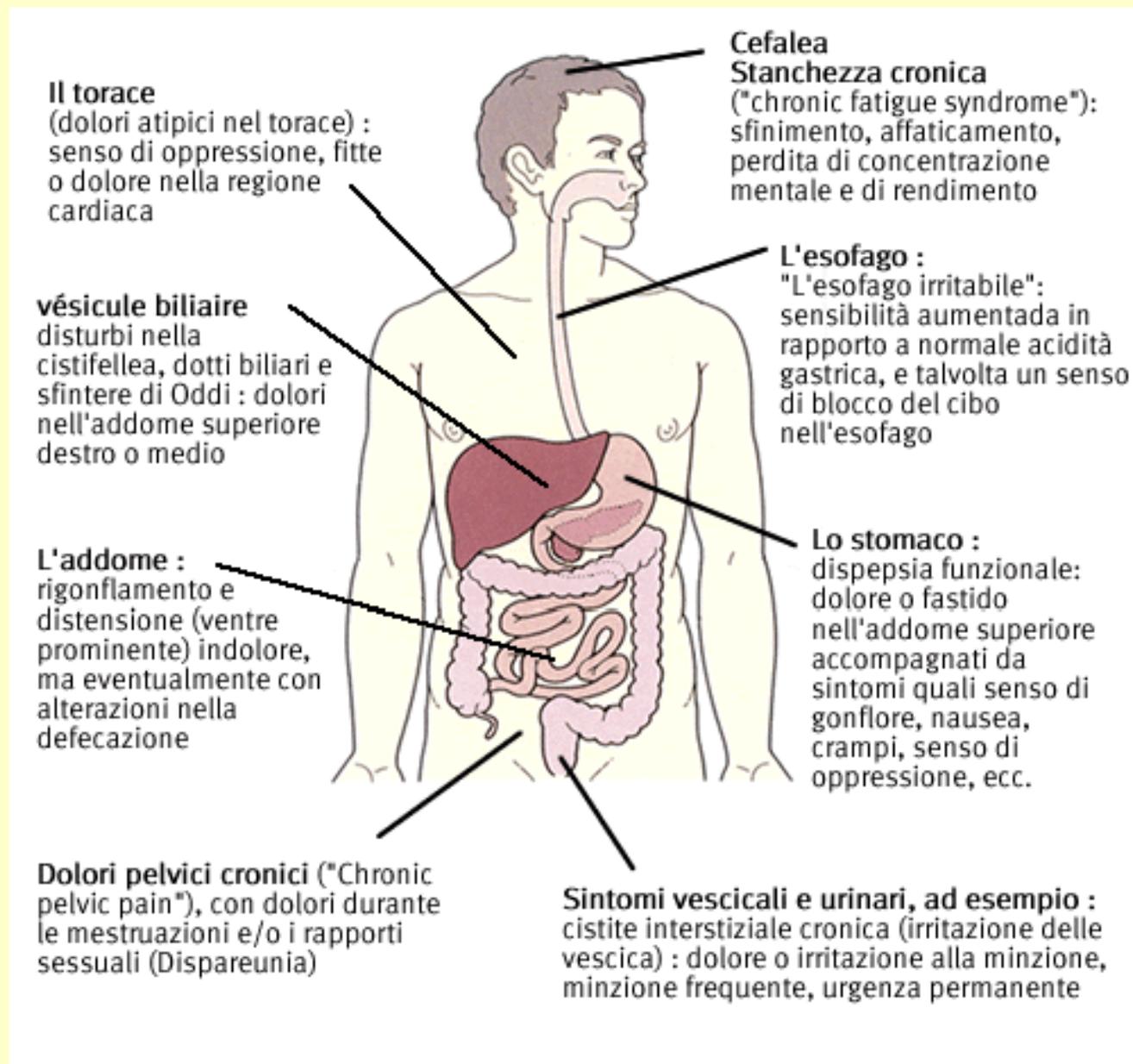
Epidemiología problemas reumatológicos en España.

Estudio EPISER 2001 (pac. >20 a.)

- Lumbalgia 15%.
- Artrosis de rodilla 10%.
- Artrosis de manos 6%.
- Fibromialgia 2.5% → peor estado emocional
- Artritis reumatoide .. 0.9% → peor estado físico
- Lupus eritematoso sistémico 0.5%.

Síntomas asociados en pacientes con fibromialgia.

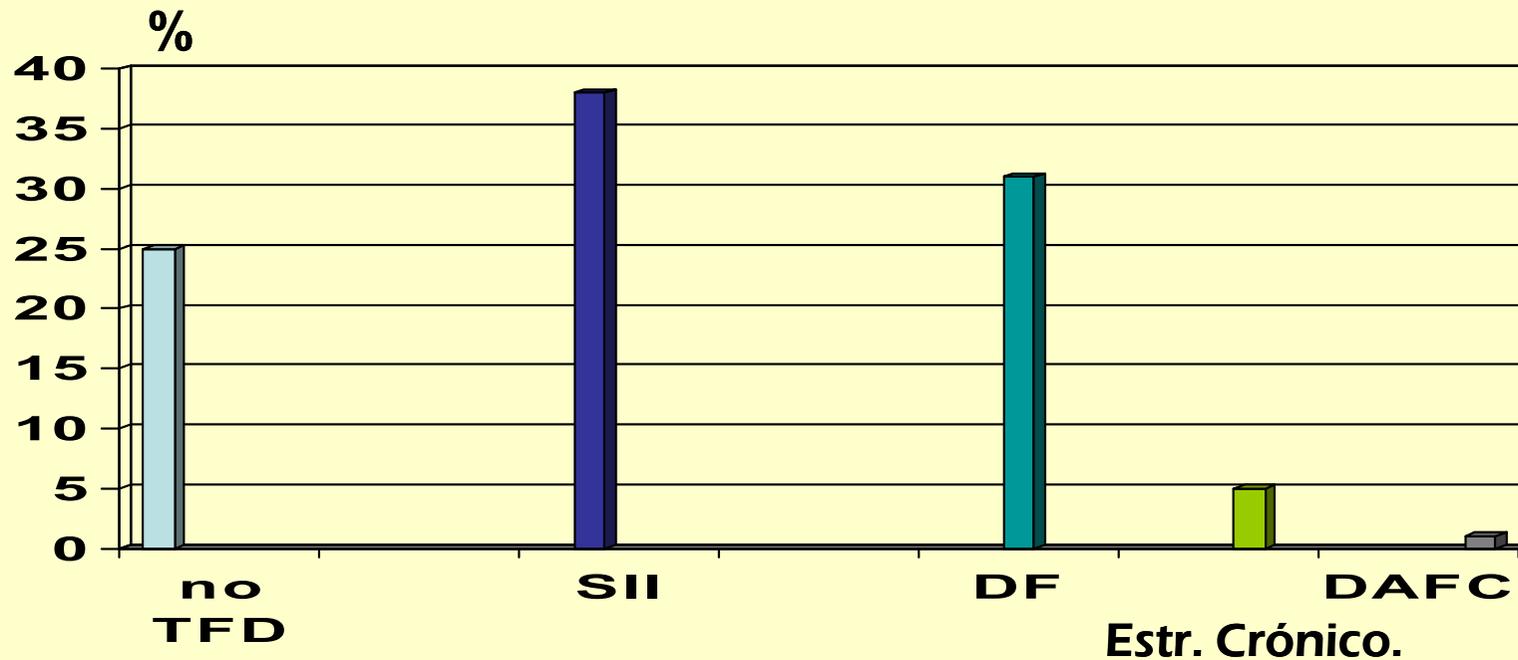
<u>Síntomas</u>	<u>% población general</u> (en algún momento)	<u>% pacientes con FM</u> (casi siempre)
Dolor de cabeza	51%	71%
Trastornos del sueño	32%	81%
Fatiga crónica	38%	81%
Piernas inquietas	3%	66%
Parestesias en mmss	52%	94%
Epistaxis	15%	51%
Hemorroides	33%	45%
Síndrome de int. Irritable	14%	35-45%



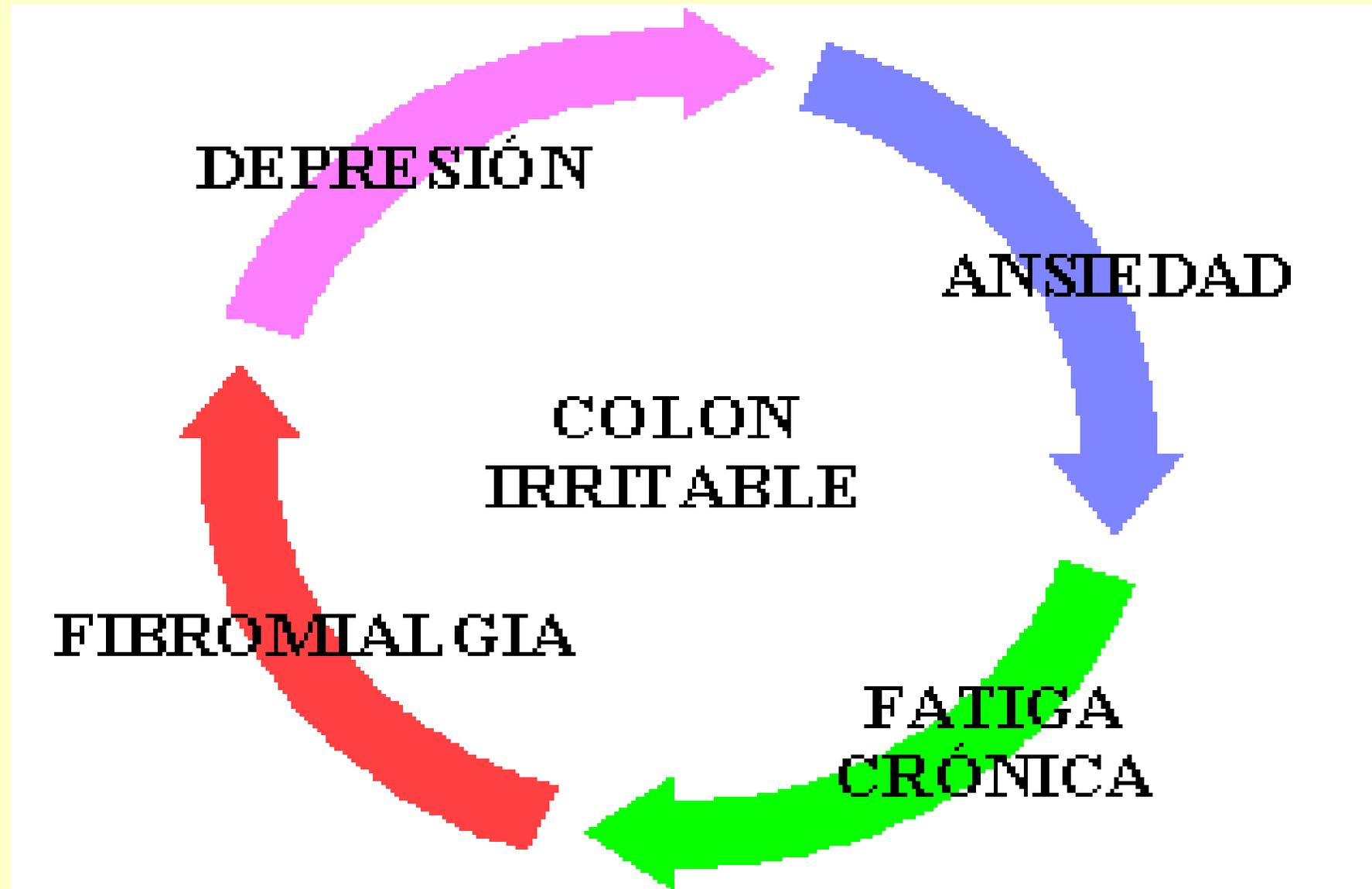
Panorama general de los síntomas corporales en FM.

TFD en pacientes con Fibromialgia

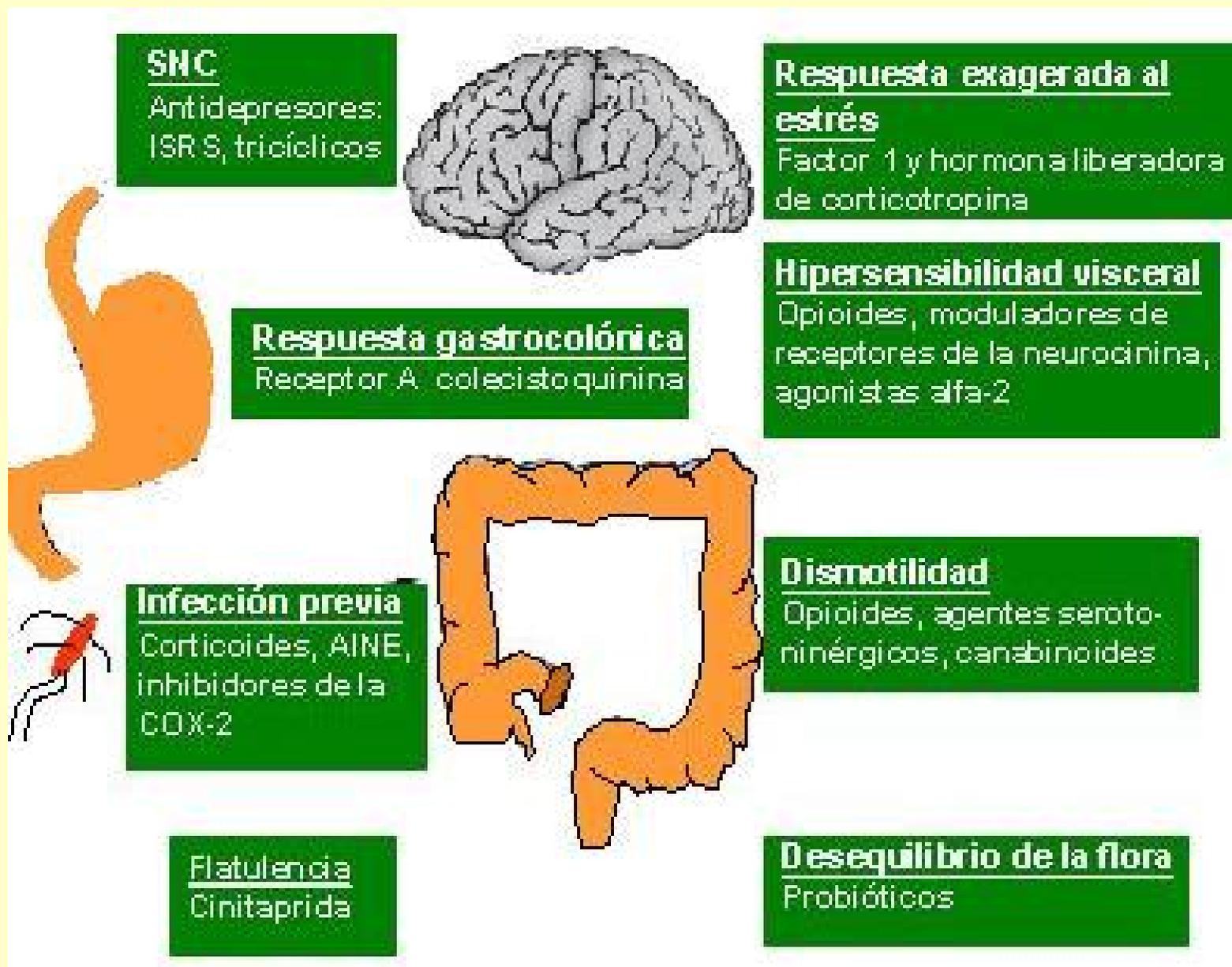
Diagnóstico porcentual según TFD categorizado, en pacientes con FM



Tipo de TFD diagnosticado.

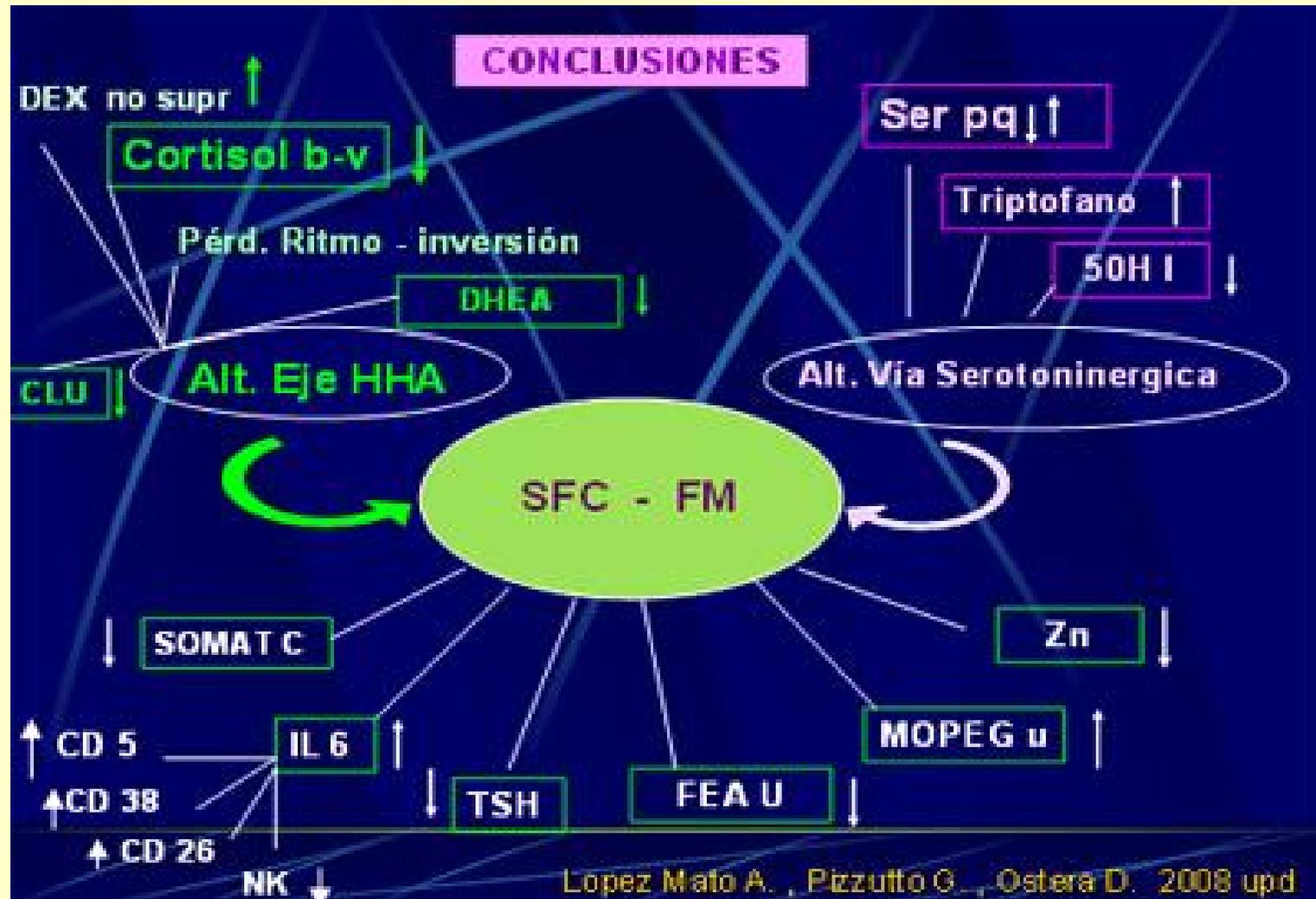


Visión algo “simplista” de las relaciones SII-FM/SFC.



Patogenia propuesta en el Síndrome de Intestino Irritable.

En realidad la Fisiopatología del SFC/FM es mucho mas compleja.



Alteración de la CDVRS en enfermos con Fibromialgia.

Estos pacientes puntúan peor que en cualquier otra enfermedad crónica, en:

- **Fatiga (cansancio, adinamia).**
- **Dolor crónico:**
 - musculo-esquelético.)
 - cervico-cefálico.) expone a pruebas
 - abdominal.) complementarias
 - ginecológico / urológico.)
- **Ansiedad.**)
- **Depresión.**) en combinaciones
- **Disminución de la Calidad del sueño.**)

Bases del manejo terapéutico del SII.

- Establecer el diagnóstico (1º provisional y luego definitivo).
- Reforzar el diagnóstico en cada visita ulterior.
- Educar al paciente:
 - evitar sobrepeso, hacer ejercicio con regularidad, aprender técnicas de relajación.
 - evitar lactosa, fructosa, sorbitol...
 - evitar tabaco, alcohol destilado, abuso de cafeína, abuso de sedantes o hipnóticos.
- Crear un plan de tratamiento, sabiendo que no hay curación definitiva ni “patrón oro” terapéutico → el objetivo es mejorar la CDVRS.
- Individualizar tratamiento medicamentoso si se precisa ¿para qué, cuando, cuanto, como?.
- Tratamiento psicológico o alternativo. ¿Son todos los medicamentos “alternativos” o “complementarios”, eficaces?.

¿Por qué los tratamientos ficticios parecen funcionar?...

- La mayoría de las enfermedades comunes son autolimitadas.
- Muchas de las enfermedades funcionales son cíclicas → tienen periodos espontáneos de “calma”.
- Efecto placebo del médico, las exploraciones o la intervención.
- Necesidad de “magia” del ser humano. ¿Pueden ayudar a pensar en “positivo”?
- Valor psicológico intrínseco que tienen los tratamientos alternativos.
- Mejoría del estado anímico que produce ver como los allegados se “preocupan de uno”.

SII y FM/SFC: ¿relación o coincidencia?

- **Estamos en situación de decir que existe cierta relación:**
 - padecer SII aumenta riesgo de sufrir FM (x 15-30)*. Pero esto sólo se ha obtenido en los SII que consultan centros de atención del 3er nivel.
 - sufrir FM/SFC eleva la posibilidad de resultar afectado por SII –lo triplica (pero no otro TFD, con la posible excepción de DF –la duplica-).
- **Y esta relación se explica por trastornos en la secreción o la respuesta a la serotonina (5-HT):**
 - que en el SII podría deberse a la disminución de la producción en las células enterocromafines (en la mucosa y lámina propia intestinales).
 - y que en la FM / SFC parece radicar a nivel de la respuesta de los receptores serotoninérgicos del SNC/SNP, sobre todo hipotálamo-hipófisis.

* En España padecen FM el 2% mujeres y el 0.2% de los hombres.



Por la presión del bolo alimenticio, las células enterocromafines liberan serotonina.

De cada 10 comunicaciones entre el sistema nervioso central y el cerebro entérico, 9 proceden de éste último. Muchos mensajes llegan al sistema límbico, estructura cerebral que amortigua y elimina las leves molestias que puede ocasionar la actividad intestinal.





Muchas gracias por la atención dispensada.