



MÚTUA
General de Catalunya
FUNDACIÓ

XVI Setmana de la Prevenció

Fundació Mútua General de Catalunya

La fibromiàlgia

29 i 30 de setembre i 1 d'octubre de 2003

De 19 a 20.30 h

Ponents:

Sr. Ferran García. Reumatòleg. Cap de la Unitat de Fibromiàlgia i Síndrome de Fatiga Crònica de la Clínica CIMA. Membre del Comitè Científic de la Fundació per a la Fibromiàlgia i la Síndrome de Fatiga Crònica

Sra. Anna Maria Cuscò. Metgessa i psicòloga. Presidenta de la Fundació per a la Fibromiàlgia i la Síndrome de Fatiga Crònica

Sra. Montse Sansa Roquet. Fisioterapeuta. Cap del Servei de Fisioteràpia de l'Institut Ferran de Reumatologia

FIBROMIÀLGIA I SÍNDROME DE FATIGA CRÒNICA: DUES MALALTIES DIFERENTS I UNA SOLA FORMA DE PRESENTACIÓ

Dr. Ferran García. Reumatòleg. Cap de la Unitat de Fibromiàlgia i Síndrome de la Fatiga Crònica de la Clínica CIMA

- **Semblances i diferències entre la Fibromiàlgia i la Síndrome de Fatiga Crònica**

Actualment, encara existeix un gran col·lectiu, tant de metges com de pacients, que confon la **Fibromiàlgia (FM)** i la **Síndrome de Fatiga Crònica (SFC)** interpretant que són equivalents o, com a molt, que són dos estadis diferents de la mateixa malaltia.

Res més lluny de la realitat. I, llavors, per què la confusió? Per la gran semblança, en aparença, dels símptomes d'ambdues.

L'inici en la **SFC** és brusc en bastants casos, encara que hi ha un grup minoritari de pacients que pateixen un empitjorament progressiu. En canvi, en la **FM** és molt més habitual un començament enganyós, malgrat que, en alguns casos, es pot arribar a concretar un factor desencadenant.

Parlem de cansament i el trobem en les dues, parlem de dolor, i el mateix. I amb altres símptomes ocorre exactament igual, comparteixen els trastorns del son, les cefalees, la depressió, l'ansietat, el còlon irritable, etc.

Prèviament, el malalt era, en ambdues afeccions, una persona sana i en molts casos, especialment activa i competent. En ambdues, la freqüència d'aparició és aclaparadorament

majoritària en el sexe femení, encara que alguns autors aposten per un cert grau de "ocultament" en el cas dels homes, degut, potser, al rol social que han adoptat històricament. Potser, per aquesta circumstància, els casos de **SFC** o **FM** en barons que veiem en les consultes acostumen a ser especialment severos.

En la **SFC** els pacients són bastants joves en el moment de la seva **primoinfecció** o primera infecció. L'edat mitja és de 38 anys, en canvi, la **FM** fa la seva aparició, habitualment, de forma més tardorenca, coincidint amb el **climateri**.

Les dues es consideren d'origen desconegut, cròniques, de curs oscil·lant, i sense un tractament curatiu. L'objectiu del tractament consisteix en millorar la qualitat de vida del pacient i del seu entorn i en intentar afavorir pautes que permetin adaptar les seves condicions laborals a les seves possibilitats físiques.

Les dues poden arribar a ser malalties invalidants, amb una disminució significativa de la qualitat de vida i cap de les dues compromet l'esperança de vida. Malgrat aquesta aparent semblança, la **SFC** acostuma a tenir un pronòstic funcional més greu que la **FM**.

El gran avantatge és que, en ambdues malalties, i si el metge disposa del temps suficient per a atendre al pacient, serà el propi malalt el que descrigui la seva malaltia amb una claredat meridiana. És per això que resulta difícil comprendre les enormes demores en els diagnòstics. Els símptomes s'assemblen, però no tenen les mateixes característiques i això ha de quedar molt clar, perquè l'enfocament serà diferent segons sigui el diagnòstic.

Només es pot arribar a un diagnòstic exacte basant-se en criteris estrictes i seguint un protocol rigorós que, avui per avui, no està consensuat internacionalment.

- **Síntomes de la FM i la SFC**

Aquests són els principals símptomes origen de la confusió entre la **FM** i la **SFC**:

FATIGA

En la **SFC** la fatiga és severa, profunda i insuperable, duradora en el temps un mínim de 6 mesos, que no millora amb el repòs i, en el cas de que existeixi activitat física, l'esgotament encara persisteix 24 hores després o més. Obliga al malalt a reduir el seu ritme de treball habitual més d'un 50%, i aquesta disfunció és tant física com psíquica. Hi ha lentitud de moviments i d'agilitat de pensament, i es va agreujant a mesura que es van gastant les energies.

En la **FM**, en canvi, el cansament no és tant constant ni insuperable, i apareix més com fatiga matutina, que pot millorar al llarg del dia. I el repòs és quelcom més reparador. Hi ha pacients amb **FM** que no tenen fatiga, encara que són pocs.

DOLOR

És el símptoma principal en la **FM**, sent necessari que es produeixi en tots els quadrants del cos per diagnosticar-la. En la **SFC** pot aparèixer durant llargs períodes i només un 5% de pacients no tenen dolor.

Les seves característiques també són molt diferents: en la **SFC** és un dolor difós que empitjora amb l'esforç i que pot sentir-se en les masses musculars o en les articulacions.

En la **FM**, en canvi, és la base del diagnòstic clínic. La malalta fibromiàlgica sent dolor només amb la pressió lleu en uns punts anatòmics concrets, en total 18, dels quals s'han de tenir com a mínim 11 positius perquè el diagnòstic sigui possible.

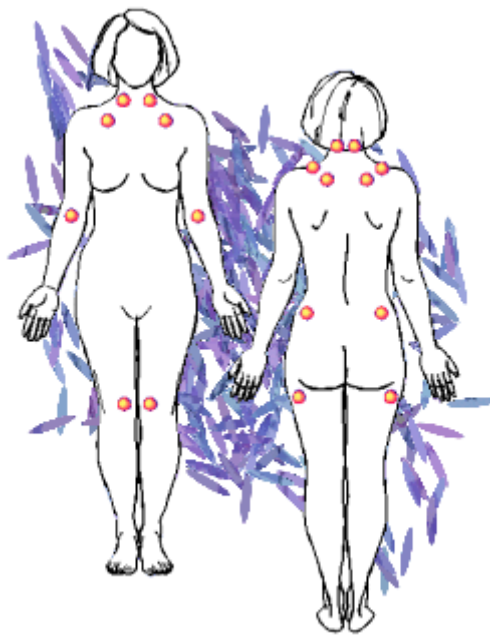


Fig. 2: Localització dels 18 punts anatòmics per detectar la fibromiàlgia.

ALTERACIONS DEL SON

La pacient amb **SFC** aconsegueix conciliar el son, però es desperta moltes vegades. La malalta amb **FM** acostuma a tenir insomni, i, si dorm, ho fa “tard i malament”. En tot cas, en ambdues afeccions és fonamental aconseguir una correcta regulació del son abans d'intentar altres abordatges terapèutics.

DEPRESSIÓ

Es veu amb més freqüència en la **SFC**, doncs la fatiga, en molts casos, paralitza en gran manera les tasques més mínimes.

ANSIETAT

És més accentuada en la **FM**. Existeixen, fins i tot, unes característiques de personalitat ansiosa més marcada en aquest col·lectiu de malalts.

En general, la **SFC** té una constel·lació de símptomes superior a la fibromiàlgia i l'abordatge terapèutic és més complex.

També difereixen en la seva freqüència. La **FM** és 8 vegades més freqüent que la **SFC**. Això vol dir que per cada 4% de malaltes amb fibromiàlgia, només hi ha un 0,5% de malaltes amb **SFC**, afortunadament per a la població general.

- **Origen i tractament de la FM i la SFC**

Una vegada fet el diagnòstic, les mesures terapèutiques no coincidiran en la majoria dels casos. I això és així perquè, encara que siguin a vegades molt semblants, les causes que les originen no tenen res a veure. De fet, tot apunta que la **FM** és una malaltia essencialment del Sistema Nerviós Central, mentre que la **SFC** és una malaltia del Sistema Immunitari. En aquest cas tampoc existeix acord internacional.

En la **SFC**, el trastorn físic i mental deriva d'una sèrie de desequilibris a nivell immunològic, neurològic, neuro-muscular i endocrí, a causa de les reaccions bioquímiques que produeix la infecció d'uns virus determinats. Per altra banda, presents en la majoria dels humans, però que

per unes causes personals o d'origen genètic, en aquests malalts fan un impacte brutal. Algunes línies d'investigació avancen per aconseguir determinar fàcilment aquesta infecció intracel·lular i les seves conseqüències.

En la **FM** el dolor apareix després d'un procés puntual, que actua com a desencadenant, que pot ser d'origen víric també, però en el que incideixen unes altres circumstàncies que no tenen res a veure amb un procés infecciós, com són: un accident automobilístic, una separació matrimonial, un conflicte familiar o laboral, etc.

Totes aquestes situacions poden ser molt greus, però, en principi, no haurien de tenir repercussió de caràcter reumatològic. Es considera que els símptomes són deguts a una disminució d'unes substàncies hormonals a nivell cerebral que habitualment regulen la sensació de dolor, en especial la **Serotonina**. Aquesta disminució produeix un trastorn en la percepció i modulació de l'estímul dolorós per canvis en el nivell de percepció del dolor. Aquesta disminució s'acompanya d'un increment d'un mediador del dolor en el líquid del cervell, anomenat **Substància "P"**, i altres alteracions similars.

La capacitat de "consumir energia" en determinada activitat és molt menor en la **SFC**. La malalta, davant qualsevol activitat que es proposi portar a terme, ha de calcular amb quina quantitat d'energia compta per realitzar-la i, per aquest motiu, ha d'estalviar les accions supèrflues i reservar-la acuradament. Un exercici extra li minva forces, que potser li siguin més necessàries per a altres fins. L'accés a un programa d'**Exercici Físic Gradual**, ha de fer-se amb molt de compte i existeixen veus discrepants respecte al seu benefici real a mig termini.

En la **FM**, en canvi, un exercici aeròbic moderat controlat pot ser molt beneficiós, millorant la clínica i procurant un millor benestar.

Les últimes tendències avancen en valorar el consum d'oxigen davant l'activitat muscular, doncs sembla estar molt alterat en la **SFC**.

Tot això repercuteix en la vida quotidiana del malalt, que veu minvades les seves forces i la seva capacitat d'aprofitar el que aquesta pugui oferir-li. Persones perfectament actives i capaces abans de la malaltia veuen com tenen serioses dificultats per portar una vida més o menys normal.

Sent ambdues malalties “invisibles”, això és, sense paràmetres externs que permetin veure amb claredat fins a quin punt se senten malalts els pacients, aquests troben dificultats perquè se les reconegui com a malalts i això suposa un agreujant al seu estat. Els afectats, tant per la **Fibromiàlgia** com per la **Síndrome de Fatiga Crònica**, intenten tant com poden donar l'aparença de normalitat per a evitar el rebuig del seu entorn, els comentaris feridors dels que no entenen el seu dolor i, en alguns casos, la marginalitat que els produeix no poder seguir el mateix ritme que una persona no malalta.