



CO46 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES AFECTAS DE FIBROMIALGIA CON O SIN SÍNDROME DE HIPERLAXITUD ARTICULAR

L.M. López Núñez, M. Ciria Recasens, M.J. Herrero Gascón, A. Juan Más, J. Carbonell Abelló y J. Blanch Rubió

Hospital del Mar. Barcelona. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: Existe una elevada prevalencia de la hiperlaxitud articular (HA) y del síndrome de hiperlaxitud articular (SHA) en pacientes afectas de Fibromialgia (FM). Se postula que la FM y el SHA, en al menos un subgrupo de pacientes, podrían compartir los mismos mecanismos fisiopatológicos. A la vez, el SHA y el síndrome de Ehlers-Danlos tipo hiper móvil (SEDh), comparten muchas características fenotípicas, por lo que actualmente, al SHA se le considera SEDh. Hipótesis: consideramos que un subgrupo de pacientes con FM y SHA sería un subtipo diferente a las pacientes con FM sin SHA.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en 86 mujeres, afectas de FM, reclutadas desde la Unidad de Fibromialgia y Fatiga crónica del Parc de Salut-Mar de Barcelona. Las pacientes han sido separadas en dos grupos según la presencia o no del SHA, siguiendo los criterios de Brighton. Se han recogido diversas variables clínicas: escala analógica (EVA); tiempo de evolución del dolor; medicación concomitante; síntomas somáticos; estado de ánimo (TD); ansiedad (Tan); calidad de vida; impacto de la enfermedad; datos antropométricos; datos de la balanza de impedancia (BIA); se ha evaluado la densitometría ósea (DMO) mediante densitometría ósea (DXA); y el estudio del metabolismo óseo en sangre periférica. Un total de 86 pacientes afectas de FM fueron incluidas y clasificadas en los 2 grupos, grupo FM: 51 pacientes y grupo FM-SHA: 35 pacientes.

Resultados: No se encontraron diferencias entre ambos grupos con respecto a: la escala visual analógica del dolor (EVA) dolor (#c = 7,19); el tiempo de evolución del dolor (#c = 14 años); el diagnóstico de FM (= 4,5 años); los síntomas somáticos por la escala de escala de trastorno psiquiátrico y patología somática (TOPYPS); la puntuación en el cuestionario de impacto de la FM (FIQ) (#c = 70,36). Ambos grupos puntuaron similar en el cuestionario de salud SF-36 (componente físico: 25,5 y 36,0 en el componente mental). El uso de opiáceos fue mayor en el grupo FM. (p < 0,001). El trastorno ansioso (TAn) se presentó con una proporción mayor en las pacientes del grupo FM-SHA (p < 0,001). El índice de masa corporal (IMC) y la masa muscular fue menor en el grupo FM-SHA (p = 0,001 y p = 0,008, respectivamente), mientras que la obesidad y la masa grasa (MG) fue mayor en el grupo FM (p = 0,023 y p = 0,008 respectivamente). Existe menor masa ósea (MO) en el grupo FM-SHA (p = 0,005) y menor densidad mineral ósea (DMO) en cadera total (CT), p = 0,038. La MO por la BIA presentó una correlación positiva la DMO por DXA en los 3 sitios valorados: (CL (ho = 0,431, p < 0,001), CT (= 0,459, p < 0,001), CF (= 0,425, p < 0,001). El punto óptimo de la

MO capaz de diferenciar entre DXA normal u osteopenia/osteoporosis fue de 2,325 kg con una especificidad (E): 86% y sensibilidad de 52%. La hipovitaminosis D se encontró en 62/84 (73,8%), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$). Las puntuaciones de la subescala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADD) y la puntuación del inventario de depresión de Beck (BDI) disminuyeron con el aumento de los niveles séricos del calcifediol de forma significativa con ($p = 0,007$ y $p = 0,03$ respectivamente).

Conclusiones: Nuestro trabajo ha logrado demostrar que las pacientes con FM y SHA, son un subtipo diferentes a las FM sin SHA, al manifestar diferencias en ciertas características clínicas, antropométricas, y en el metabolismo óseo.