



<https://www.reumatologiaclinica.org>

## 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 Rubiò

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 hipermóvil (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.