

Efecto de la coexistencia de fibromialgia en el índice DAS28 en mujeres con artritis reumatoide

Daniel Roig Vilaseca y Carmen Hoces Otero

Unitat de Reumatologia. Centre d'Atenció Especialitzada Cornellà. Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Centre. Cornellà de Llobregat. Barcelona. España.

Objetivo: Evaluar el efecto de la coexistencia de fibromialgia y artritis reumatoide en el valor del índice DAS28 en mujeres.

Pacientes y método: Se incluyó a 53 mujeres con artritis reumatoide (9 con fibromialgia y 44 sin fibromialgia) visitadas de forma consecutiva en una consulta extrahospitalaria de reumatología. Se recogieron la velocidad de sedimentación globular (VSG), la PCR, el número de articulaciones dolorosas y tumefactas, la valoración general de las pacientes mediante escala visual analógica y otros parámetros referentes a la enfermedad articular y el estado funcional y emocional de las pacientes.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en la edad de las pacientes, la duración de la artritis, el número de articulaciones tumefactas, la VSG y la PCR; por el contrario, hubo diferencias en el número de articulaciones dolorosas, la evaluación global de la enfermedad por las pacientes y en aspectos funcionales y emocionales. El DAS28 fue mayor en las mujeres que tenían fibromialgia asociada ($5,55 \pm 0,78$ frente a $3,39 \pm 1,15$; $p = 0,000$).

Conclusiones: La coexistencia de fibromialgia en mujeres con artritis reumatoide se asocia a un mayor valor del DAS28.

Palabras clave: Artritis reumatoide. Fibromialgia. *Disease Activity Score*. DAS28.

Effect of the Coexistence of Fibromyalgia in the DAS28 Index in Women With Rheumatoid Arthritis

Objective: To compare the effect of coexisting fibromyalgia in DAS28 in RA female patients.

Patients and method: Fifty-three RA women seen consecutively in an outpatient rheumatology clinic were included and classified according to the presence (9

women) or absence (44 women) of fibromyalgia. ESR, number of tender and swollen joints, and global assessment by the patient through a visual analogue scale were recorded, as well as other functional and emotional variables.

Results: There were no differences in age, time since onset of the arthritis, number of swollen joints, ESR, and CRP. Number of tender joints, global assessment by the patient, and functional and emotional aspects were worse in patients with fibromyalgia. DAS28 was higher when fibromyalgia was associated to RA (5.55 ± 0.78 vs 3.39 ± 1.15 ; $P = .000$).

Conclusions: Coexistence of fibromyalgia increases DAS28 in women with RA.

Key words: Rheumatoid arthritis. Fibromyalgia. Disease Activity Score. DAS28.

Introducción

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria poliarticular que se asocia a fibromialgia con una frecuencia mayor que la observada en la población general. La prevalencia estimada de fibromialgia en la artritis reumatoide se ha situado, desde hace años, en el 12-20%¹, proporciones que se han confirmado en estudios posteriores^{2,3}. Los pacientes con fibromialgia tienen dolor crónico generalizado, astenia y trastornos del sueño, que afectan a su percepción del dolor articular y de su estado general. Puesto que estas dos características forman parte del índice DAS28, se hipotetiza que este índice puede sobrevalorar la actividad de la artritis reumatoide cuando el paciente también tiene fibromialgia. El objetivo del presente estudio fue comparar el DAS28 en mujeres con artritis reumatoide con y sin fibromialgia asociada.

Pacientes y método

Estudio transversal de mujeres con artritis reumatoide (criterios ACR)⁴ visitadas de forma consecutiva entre septiembre y diciembre de 2006 en una consulta extra-

Correspondencia: Dr. D. Roig Vilaseca.
Unitat de Reumatologia. Centre d'Atenció Especialitzada Cornellà.
Servei d'Atenció Primària Baix Llobregat Centre.
Bellaterra, 41. 08940 Cornellà de Llobregat. Barcelona. España.
Correo electrónico: 26188drv@comb.es

Manuscrito recibido el 12-12-2007 y aceptado el 4-3-2008.

TABLA 1. Características y estudio comparativo de las pacientes con artritis reumatoide con y sin fibromialgia

	Sin fibromialgia	Con fibromialgia	p
Pacientes, n (%)	44 (83)	9 (17)	
Edad	60,8 ± 15,1 (29-92)	64,0 ± 14,4 (51-77)	0,644
Tiempo de evolución	3,6 ± 3,5 (0-11)	4,8 ± 4,5 (0-12)	0,448
Intensidad del dolor	4,26 ± 2,75 (0-10)	6,83 ± 1,25 (4-8)	0,006
Intensidad de ansiedad	4,96 ± 2,93 (0-10)	7,22 ± 1,84 (5-10)	0,035
Estado de ánimo	4,48 ± 2,82 (0-8)	6,89 ± 3,17 (0-10)	0,015
Funcionalidad	4,35 ± 3,19 (0-10)	7,72 ± 1,00 (6-9)	0,002
EVA	39,7 ± 26,6 (0-100)	56,2 ± 21,0 (15-87)	0,048
VSG	28,1 ± 16,1 (4-72)	30,8 ± 17,3 (10-69)	0,484
PCR	1,38 ± 3,10 (0,3-15,2)	0,66 ± 0,42 (0,3-1,6)	0,725
HAQm	0,46 ± 0,48 (0-1,6)	1,44 ± 0,43 (0,9-2,1)	0,000
NAD ₂₈	2,3 ± 5,1 (0-25)	17,4 ± 9,5 (5-28)	0,000
NAT ₂₈	0,8 ± 1,8 (0-8)	1,1 ± 1,4 (0-4)	0,129
DAS28	3,39 ± 1,15 (1,78-6,85)	5,55 ± 0,78 (4,43-6,99)	0,000

Los datos presentan la media ± desviación estándar (intervalo), excepto donde se indica.

EVA: escala visual analógica de valoración global de la enfermedad por la paciente; NAD: número de articulaciones dolorosas; NAT: número de articulaciones tumefactas; VSG: velocidad de sedimentación globular.

hospitalaria de reumatología. Se clasificó a las mujeres en dos grupos, según cumplieran o no los criterios de fibromialgia de la ACR⁵ en el momento de la visita. Para ello el investigador principal (DRV) evaluó, mediante entrevista y exploración física, los criterios de fibromialgia en todas las pacientes diagnosticadas de artritis reumatoide y que cumplieran los criterios de la ACR para esta enfermedad inflamatoria, independientemente de que estuvieran diagnosticadas o no con anterioridad de fibromialgia. El protocolo incluyó el recuento de los puntos de fibromialgia, las articulaciones dolorosas (NAD) y las tumefactas (NAT), la recogida de la velocidad de sedimentación globular (VSG) en el análisis realizado para la visita y la evaluación del estado general mediante escala visual analógica (EVA). La exploración se realizó primero sobre las articulaciones para determinar el NAD y el NAT y después sobre los puntos de fibromialgia, primero en los brazos y después en las piernas. Con estos datos se dividió la muestra en dos grupos, según cumplieran criterios de fibromialgia o no, y se calculó el DAS28, variable principal del estudio. También se recogieron: edad, tiempo de evolución de la artritis reumatoide, PCR, HAQ modificado y tratamientos prescritos para la artritis reumatoide al final de la visita. En una escala de 0 a 10 (0 = situación más positiva; 10 = peor situación) se evaluó la ansiedad, el estado de ánimo, el dolor percibido y la capacidad funcional. Las encuestas fueron realizadas o supervisadas por una enfermera entrenada (CHO). Se realizó un es-

tudio descriptivo de ambos grupos y un análisis comparativo de los 2 grupos mediante la prueba de la χ^2 para variables cualitativas y pruebas de comparación no paramétricas para las variables cuantitativas.

Resultados

Se reclutó a 65 mujeres, de las que 12 cumplían criterios de fibromialgia en el momento de la evaluación. Una de las pacientes diagnosticadas de fibromialgia en el momento de la evaluación no había tenido el diagnóstico en los seguimientos previos, mientras que una paciente con el diagnóstico de fibromialgia no cumplía criterios en el momento de la evaluación y se la incluyó en el grupo sin fibromialgia. Esta última paciente no recibía tratamiento para la fibromialgia (antidepresivos, relajantes musculares, analgesia simple o derivados opiáceos), a excepción del antiinflamatorio para la artritis. Se excluyó a 3 mujeres con fibromialgia y 9 sin fibromialgia al no disponerse de la VSG, lo que impedía calcular el DAS28. El grupo de pacientes excluidas no se diferenció del resto. Las características de las restantes 53 mujeres y las diferencias entre los dos grupos se recogen en la tabla 1. El 17% de las mujeres incluidas tenían fibromialgia, porcentaje superior al observado para la población española femenina en el estudio EPISER (4,2%; $p < 0,000$)⁶, y similar al observado en otros estudios de pacientes con artritis reumatoide y fibro-

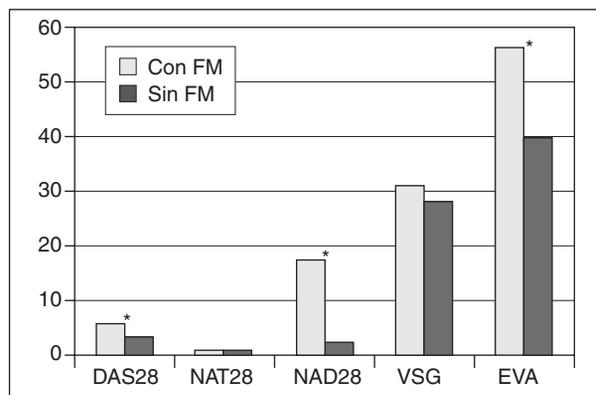


Figura 1. Representación gráfica de los resultados en el DAS28 y las variables que intervienen en su cálculo. * $p \leq 0,05$. EVA: escala visual analógica de la valoración general de la enfermedad por la paciente; FM: fibromialgia; NAT28: recuento de 28 articulaciones tumefactas; NAD28: recuento de 28 articulaciones dolorosas; VSG: velocidad de sedimentación globular.

mialgia^{2,3}. No se observaron diferencias en los parámetros biológicos ni en el número de articulaciones tumefactas, pero sí en el número de articulaciones dolorosas y en la evaluación global por el paciente (fig. 1). No se observaron diferencias en el tipo de tratamiento recibido (antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, anti-maláricos, sulfasalazina, leflunomida), excepto para el metotrexato, que fue indicado con menor frecuencia en mujeres con fibromialgia (22 frente a 1; $p = 0,032$). Ninguna paciente recibía o había recibido tratamiento biológico.

El DAS28 fue superior en las pacientes que tenían fibromialgia. Resultados similares se obtuvieron al calcular el DAS (datos no mostrados). Según el DAS28, la actividad de la artritis reumatoide era baja, moderada o elevada en el 52,3, el 38,6 y el 9,1% de las pacientes sin fibromialgia, respectivamente, frente al 0, el 22,2 y el 77,8% de las pacientes con fibromialgia ($p < 0,000$).

Discusión

Los resultados de nuestro estudio muestran que las mujeres con artritis reumatoide y fibromialgia tienen peor puntuación del DAS28 que las pacientes sin fibromialgia, y que esta diferencia se debe a una peor puntuación en la valoración global de la enfermedad y el número de articulaciones dolorosas. No hemos encontrado artículos que evalúen el DAS28 en pacientes con artritis reumatoide con y sin fibromialgia. Sin embargo, nuestros resultados están en la misma línea que los obtenidos en otros trabajos que utilizan otras escalas de medida de actividad, dolor y fatiga. Así, Naranjo et al² observan peores capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide si tienen fibromialgia, a pe-

sar de que no presentan diferencias en las características de la artritis en relación con el grupo sin fibromialgia. Wolfe et al³ obtienen resultados similares en dolor y fatiga y, además, concluyen que el coste social, sanitario y económico de esta diferencia es mayor en las pacientes con fibromialgia.

Nuestros resultados muestran una importante influencia de la coexistencia de fibromialgia en el valor del DAS28. Sin embargo, somos conscientes de que el estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, el número de pacientes es pequeño, hecho condicionado por su procedencia de una única consulta extrahospitalaria, la exclusión de los pacientes varones y el corto período de reclutamiento, de sólo 4 meses. Sin embargo, los resultados obtenidos muestran diferencias muy significativas, lo que probablemente indicaría que la influencia de la fibromialgia en el DAS28 es real.

El reducido número de pacientes reclutables nos obligó a escoger el modelo de estudio realizado, en lugar de otro, como el de casos y controles. Para evitar posibles sesgos de selección se incluyó a todas las pacientes con artritis reumatoide visitadas en el período del estudio, diferenciándose únicamente por la presencia o ausencia de fibromialgia asociada. Para poder identificar diferencias en las características de la artritis reumatoide, se recogieron también datos de la enfermedad y su tratamiento. La comparación de estas variables (edad, VSG, PCR, número de articulaciones tumefactas, tiempo de evolución de la enfermedad) entre los dos grupos no objetivó diferencias en ninguna de ellas, y nos permite atribuir las diferencias halladas en el DAS a la presencia de la fibromialgia.

Un único investigador realizó la evaluación y la clasificación de las pacientes, quien conocía el diagnóstico de artritis reumatoide con anterioridad; el diagnóstico de fibromialgia se realizó en el momento de la exploración de los puntos dolorosos, después de la anamnesis en relación con la extensión del dolor, independientemente del diagnóstico previo que pudiera tener la paciente. Como consecuencia, se diagnosticó de novo a una paciente, y se retiró el diagnóstico a otra paciente que en el momento de la visita no tenía criterios de la ACR para la clasificación de la fibromialgia. En cualquier caso, el hecho de que la exploración no fuera ciega puede introducir un sesgo cuya existencia deberían confirmar o descartar estudios posteriores.

Puesto que en la actualidad se considera que el DAS28 es determinante para la evaluación de los pacientes con artritis reumatoide, y dada su influencia en la indicación o la modificación del tratamiento⁷⁻⁹, consideramos que debe tenerse en cuenta la presencia de fibromialgia como factor que produce una sobrestimación de este índice. Esta conclusión es similar a la avanzada por Leeb et al¹⁰ al comparar a pacientes con artritis reumatoide y pacientes con fibromialgia.

La importancia de la sobrevaloración del DAS28 puede ser mayor si se considera que en nuestra muestra no había pacientes con tratamiento biológico, aunque por los resultados del DAS28 algunas de ellas serían tributarias de dichos tratamientos, especialmente en el grupo de pacientes con fibromialgia.

En conclusión, el DAS28 calculado en mujeres con artritis reumatoide es mayor en aquellas que además tienen fibromialgia. En nuestra muestra, este efecto puede explicarse por la mayor sensibilidad dolorosa y peor percepción del estado general asociados a la fibromialgia.

Bibliografía

1. Wolfe F, Catie MA. Prevalence of primary and secondary fibromyalgia. *J Rheumatol*. 1983;10:965-8.
2. Naranjo A, Ojeda S, Francisco F, Erausquin C, Rúa-Figueroa I, Rodríguez-Lozano C. Fibromyalgia in patients with rheumatoid arthritis is associated with higher scores of disability. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:660-1.
3. Wolfe J, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize RA patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*. 2004;31:695-700.
4. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries FJ, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1988;31:315-24.
5. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum*. 1990;33:160-72.
6. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A; EPISER study group. The burden of musculoskeletal disease in the general population of Spain: Results from a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:1040-5.
7. Balsa A. ¿Cómo se evalúa una respuesta inadecuada en un paciente con artritis reumatoide en la práctica clínica? *Reumatol Clin*. 2007;3:38-44.
8. Van Gestel AM, Prevoo ML, Van't Hof MA, Van Rijswijk MH, Van-de PLB, Van Riel PL. Development and validation of the European League Against Rheumatism response criteria for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1996;39:34-40.
9. Rodríguez-Valverde V, Cáliz Cáliz R, Álvaro-Gracia Álvaro JM, Marenco de la Fuente JL, Mulero Mendoza J, Tornero Molina J, et al. III Actualización del Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre terapia biológica en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2006;2 Supl 2:S52-9.
10. Leeb BF, Andel I, Sautner J, Nothnagl T, Rintelen B. The DAS28 in rheumatoid arthritis and fibromyalgia patients. *Rheumatology*. 2004;43:1504-7.