

mente relacionados con la dieta (1). A su vez la FM está asociada también a trastornos psicológicos y emocionales, a falta de sueño, etc., que pueden modificar la conducta alimentaria y alterar el metabolismo y la regulación del peso corporal (2). La FM afectaría al estado nutricional y a los hábitos dietéticos de los pacientes, y viceversa, el estado nutricional y la composición corporal afectarían a la sintomatología de la enfermedad.

**Objetivos:** Analizar los hábitos dietéticos y la composición corporal de un grupo de pacientes con fibromialgia y evaluar la relación entre estos parámetros y la sintomatología (dolor y fatiga), el grado de afectación por la enfermedad, su estado emocional y psicológico y su calidad de vida.

**Material y método:** Estudio multicéntrico, observacional, transversal. Se incluyeron de forma correlativa pacientes diagnosticados de fibromialgia (criterios ACR 1990 y ACR 2010), atendidos en los centros sanitarios participantes, que cumplieron los criterios de inclusión del estudio. La intensidad de dolor y fatiga se evaluaron mediante escalas analógicas visuales (VAS). Se utilizó el Cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ), la escala de ansiedad y depresión (HADs, por sus siglas en inglés) y el cuestionario de calidad de vida SF-36. Se registraron las medidas antropométricas y la ingesta y exclusión de alimentos. Se realizaron análisis descriptivos y bivariantes de la población estudiada; correlaciones bivariadas y diferencias en parámetros antropométricos y clínicos por grupos de consumo mediante pruebas t-Student.

**Resultados:** Fueron estudiados 260 pacientes con FM, de los cuales apenas el 7 % fueron hombres que se excluyeron del análisis. La comorbilidad más frecuente, respecto a patologías relacionadas con la dieta diferentes de la obesidad, fue la existencia de molestias gastrointestinales que se daba en un 95,8 %, seguido de las dislipidemias en un 44,4 %, el colon irritable en un 28,6 %, las alergias o intolerancias alimentarias en un 24,6 %, y por último, la diabetes con un 5,4 %. El sobrepeso y la obesidad resultaron prevalentes con un porcentaje, según índice de masa corporal (IMC) del 35,3 % para el primero y un 29,5 % para la segunda, siendo este valor casi 10 puntos mayor a la prevalencia en la población general. Según los valores de masa grasa y perímetro de cintura (PCi), el 85,8 % y el 59,3 % respectivamente presentaban valores de obesidad. Esta prevalencia de obesidad abdominal, según el PCi, está a más de 30 puntos por encima que en la población general. El promedio del dolor y de la fatiga, según escala EVA, fueron de  $7,4 \pm 1,6$  y  $7,7 \pm 1,8$  respectivamente. Los resultados del HADs identificaron un 40,3 % y un 57,1 % de casos positivos en sintomatología depresiva y ansiosa, respectivamente. El impacto global de la fibromialgia según FIQ se situó como promedio en puntuaciones del  $67,5 \pm 17,9$ . En cuanto a la calidad de vida, el rol físico, la vitalidad y el rol emocional fueron los aspectos más afectados. En los análisis bivariantes no se halló relación entre los parámetros antropométricos y el dolor, pero

sí una correlación positiva entre la fatiga, el peso y el PCi. Hubo también una correlación positiva entre la depresión y el peso, el IMC, el PCi y el índice cintura-altura (ICA), así como entre la ansiedad y el IMC, el PCi y el ICA. Se halló una correlación negativa entre la ansiedad y la masa muscular (MM). El impacto de la FM correlacionó positivamente con el IMC y negativamente con la MM. El componente emocional del SF-36 correlacionó positivamente con la MM. La exclusión de gluten se asoció con mayor fatiga, menor ansiedad y peores puntuaciones del FIQ y del estado emocional del SF-36, mientras que la exclusión de lácteos en la dieta no se asoció con ningún cambio.

**Conclusiones:** En este grupo de mujeres la prevalencia de obesidad es mayor que en la población en general. Algunos de estos valores antropométricos están asociados a un peor estado emocional (depresión, ansiedad), fatiga, cansancio, impacto de la fibromialgia. La MM aparece como factor relacionado con mejores puntuaciones en ansiedad, estado emocional e impacto de la fibromialgia. La exclusión de lácteos o gluten no aparece asociada a beneficios en este grupo de pacientes.

**Agradecimientos:** A todos los colaboradores del grupo DIETFIBROM (Cayetano, Alegre de Miguel; Miriam, Almirall Bernabé; Elena, Pita Calandre; Ramon, Huguet Codina; Javier, Hidalgo Tallón; María Dolores, Carrillo Izquierdo; Ana, Arias i Gassol; Raquel Tejero Antich; Clara, Rolando) que, sin ningún tipo de compensación ni financiación han aportado su tiempo y conocimiento. No hay conflictos de intereses por parte de ninguno de los autores.

#### Bibliografía:

- Rossi A, et al. Fibromyalgia and nutrition: what news? *Clin Exp Rheumatol*. 2015. 33(1 Suppl 88):S117-25.
- Arranz LI, et al. Effects of obesity on function and quality of life in chronic pain conditions. *Curr Rheumatol Rep*. 2014;16(1):390.

## DOLOR CRANEOFACIAL

### P-046 CUANDO LA LUMBALGIA NO ES SOLO LUMBALGIA: FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL

**E. Buloz Osorio<sup>1</sup>, M. Gili Riu<sup>2</sup>, M. C. Ruiz Martín<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Rehabilitación Médica, Caracas, Venezuela; <sup>2</sup>EAP La Sagrera, Barcelona; <sup>3</sup>CAP Indianes. Montcada i Reixac, Barcelona

**Palabras clave:** fibromialgia, lumbalgia, síndrome de sensibilización central.

**Introducción:** El síndrome de sensibilización central se caracteriza por una amplificación de la respuesta a diversos estímulos por parte del sistema central, con cambios característicos a nivel del asta dorsal en la medula e inclusive en centros nerviosos superiores. Ocurren fenómenos neuroplásmicos negativos con activación de las vías activadoras del dolor y una inhibición de las vías inhibitorias. El aumento de la sensibilidad conlleva hiperalgesia, alodinia, hipersensibilidad a múltiples estímulos físicos y ambientales tal como comentan Bourke y cols. (1).

#### **Caso clínico:**

**Motivo de consulta:** Hombre de 48 años que viene a consulta con persistencia de dolor lumbar no irradiado que limita la vida diaria. Intervenido hace dos años de artrodesis lumbar L4-L5-S1 por hernias discales lumbares multinivel con compresión radicular con clínica dolorosa y parestesias severas. Ya ha realizado nuevas sesiones de rehabilitación y varios intentos de optimización medicamentosa sin éxito.

**Antecedentes personales:** Evaluación psicológica: relata maltrato psíquico durante su infancia, con sentimientos de desprecio, abandono. De carácter introvertido, hipocondriaco, ansiedad generalizada, con controles en el centro de salud mental y tratamiento con ISRS. Abuso esporádico de enol y tabaco. Depresión mayor, abulia, crisis de agorafobia, ideas autolíticas. Diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la adultez en tratamiento con antipsicóticos atípicos y psicoestimulantes. Mejoría del ánimo, pero no de la concentración con el tratamiento. Dificultad moderada para iniciar el sueño nocturno. Fatiga constante, sueño no reparador y falta de concentración moderada.

**Médicos-Quirúrgicos:** dolor abdominal y epigastralgia inespecífica, esporádica, deposiciones alternantes con pruebas de colonoscopia normal y gastroscopia normal; diagnóstico de síndrome de colon irritable. Mialgias crónicas e insomnio. Cervicalgia y lumbalgia crónica: RMN lumbar que muestra estenosis L5-S1, discopatía multinivel. Artrodesis lumbar, sin mejoría posquirúrgica ni con rehabilitación. Radiografías de cervicales: Disminución posterior del espacio intersomático de C5-C6 y C6-C7. Hipertensión arterial. Apnea del sueño: tratamiento con CPAP (no toleró y abandonó). Presenta fenómenos de piernas inquietas, sin signos sugerentes de polineuropatía, buena respuesta a neuromoduladores.

**Funcional:** paciente limita su actividad diaria, no es capaz de concentración prolongada, no tolera actividad física de leve a moderada intensidad, desorden de horarios, de baja laboral recurrente. Independiente para sus actividades de vida diaria, excepto para aquellas que puedan concurrir con esfuerzo moderado.

**Exploración física:** marcha lenta, sin otras alteraciones. Consciente, activo, orientado en tiempo, espacio y persona. Presenta dolor a la presión bilateral leve en región cervical

alta, trapecio, región dorsal, caderas, región glútea y miembros inferiores. Balance muscular 4/5 general, sensibilidad, tono y reflejos sin alteraciones.

**Complementarios:** Hemograma, VSG, glucemia, urea, creatinina, enzimas hepáticas: AST, ALT, GGT, FA, creatinasa, proteína C reactiva, TSH, calcio, fósforo, sistemático de orina sin alteraciones pertinentes.

**Criterios/Cuestionarios:** Criterios diagnósticos de ACR 2010: IDG/WPI = 12 SS1 = 7, SS2 = 1, total SS = 8.

**Epicrisis:** Las diferentes características patológicas multisistémicas que afectan al paciente, el síndrome de espalda fallida evidente, y la poca mejoría que tratamiento rehabilitador sin tener un diagnóstico claro evidencian un solapamiento clínico de diversas entidades, además estas asociadas entre sí en presencia de otras patologías cardiorpulmonares y metabólicas.

**Conclusiones:** Observamos a un paciente pluripatológico, sin mejoría en su clínica dolorosa lumbar, y con condiciones discapacitantes y limitantes para la realización de sus actividades de vida diaria. Un análisis más amplio nos hace llegar y unificar sintomáticamente el diagnóstico de fibromialgia, síndrome de piernas inquietas, síndrome de dolor miofascial, síndrome de colon irritable, fibromialgia, y síndrome de estrés postraumático secundario a maltratos en la infancia. Estas aristas evidentes (2) forman parte de la superposición clínica entre diversos síndromes que se unifican bajo el síndrome de sensibilización central.

#### **Bibliografía:**

1. Bourke JH, et al. The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. *J Psychosom Res.* 2015;78(3):228-36.
2. Yunus MB, et al. Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum.* 2007;36(6):339-56.

### **P-047 NEUROPATÍA TRIGEMINAL TUMORAL**

**M. Badel Rubio, M. Pedraz Natalias, B. Navarro Vicente de Vera, P. García-Consuegra Tirado, A. Callau Calvo, C. Badel Rubio**

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

**Introducción:** Presentamos un caso clínico de un paciente diagnosticado de un carcinoma supraorbitario izquierdo a raíz de un diagnóstico de neuralgia de la primera rama del trigémino refractario a tratamiento.

**Estructura del caso clínico:** Paciente de 69 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes médicos de HTA y diabetes mellitus. Sin antecedentes quirúrgicos. En tratamiento con telmisartán y metformina.