

FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

UNOS SÍNDROMES QUE SE POTENCIAN MUTUAMENTE

El Síndrome de Piernas Inquietas (SPI) es hasta 10 veces más frecuente en pacientes con Fibromialgia (FM) que en el resto de la población. Esta asociación, que puso de manifiesto Yunus en 1996, complica ambas enfermedades, empeora la calidad de vida del paciente y dificulta las estrategias de tratamiento pero más allá de estos importantes aspectos, no es menos relevante el interés que esta comorbilidad ha suscitado en algunos equipos investigadores especialmente interesados en la implicación de los neuromediadores en la respuesta al dolor.

Actualmente sabemos que el futuro del tratamiento de la FM pasa por la detección precoz y el tratamiento efectivo del dolor en fases iniciales, para evitar el llamado "fenómeno en cascada" que constituye una verdadera "tormenta cerebral" y que, cuando se desencadena, tiene un pésimo tratamiento farmacológico por el momento y tiende a la hiperreactividad global del enfermo (poca tolerancia a luz, ruidos, olores y sustancias químicas). Es por ello que en la actualidad, intentamos detectar las personas con mayor factor de riesgo para el desarrollo de FM en edades inferiores a los 16 años y, en ese grupo de personas, si algo tenemos que preguntar, es sobre la calidad del sueño o la existencia de un fenómeno de Movimientos Periódicos de Piernas (MPP). Es frecuente en estas edades encontrar asociaciones entre SPI y sensibilidad dental, cefaleas o ciclos menstruales especialmente dolorosos.

Un interesante trabajo del Dr. San Pedro y sus colaboradores (Universidad de Alabama, 1998) nos orientaba hacia anomalías en la perfusión cerebral en el núcleo Caudado, una estructura cerebral perteneciente a los llamados "núcleos de la base" en estrecha relación con la Dopamina. Curiosamente, este mismo hallazgo se encuentra también en los pacientes con FM.

La utilización de fármacos que estimulan la secreción de Dopamina (dopaminérgicos), constituye una forma habitual de tratamiento tanto en el SPI, como en la FM y si las cosas fueran tan sencillas, deberíamos deducir que, con su utilización, el paciente debería estar curado, pero esto no es así. De hecho, muchos pacientes presentan reacciones paradójicas ante los fármacos dopaminérgicos y empeoran sus síntomas o son claramente intolerantes a la toma de la medicación, incluso en dosis subterapéuticas. Esto se debe a que el receptor más implicado en la generación de los síntomas de las dos enfermedades (DRD3) tiene un estrecho margen de funcionamiento óptimo, en tal forma que, tanto por exceso como por defecto, los síntomas que producirá son similares. Es decir, el paciente tendrá los mismos síntomas si tienen baja dopamina ligada al receptor, como si tiene mucha. Es el fenómeno conocido como "Curva Invertida de la Dopamina", que nos está permitiendo ajustar, de forma personalizada, el tratamiento adecuado para cada paciente. Para poner un ejemplo sencillo, tiene poco sentido utilizar dopaminérgicos en pacientes en los que los niveles de dopamina en orina de 24 horas son claramente elevados. Concretando aun más, encontraremos pacientes con SPI y FM en los que la Dopamina estará bajo y otros en los que estará normal o elevada (como demuestran los trabajos de Earley et al.), lo que constituye un cambio del paradigma de

tratamiento de estas enfermedades y nos aproxima a la realidad clínica, donde cada enfermedad se expresa y produce en cada enfermo de una forma diferente a los demás.

Otro factor a valorar es la concentración de hierro sérico, que es un cofactor fundamental en la conversión de Tirosina (un aminoácido no esencial, procedente a su vez de la Fenilalanina) en Levodopa. También parece que tiene una franja estrecha de optimización, es decir, también podemos pasarnos por exceso . Cuando se produce esta elevación disminuye la capacidad de la Dopamina y Levodopa para ocupar los receptores y por consiguiente, su efectividad.

En cualquier caso y aunque el futuro nos permite asegurar que aparecerán nuevos y mejores fármacos para el tratamiento de ambas enfermedad, lo cierto es que la farmacogenética (la ciencia que estudia el efecto de la variabilidad genética de un individuo en su respuesta a determinados fármacos) nos permite ya hoy, mejorar nuestra capacidad para determinar la estrategia terapéutica en un paciente concreto y está a nuestro alcance aplicarla.

Dr. Ferran J. García Fructuoso

Doctor en Medicina y Especialista en Reumatología

Director Científico Hospital CIMA Sanitas

www.institutferran.net

20/01/2013

Original para [AESPI](#)