

Síndromes funcionales somáticos: ¿qué sabemos de ellos?

Functional Somatic Syndromes ¿what we know about them?

Alfredo Covarrubias

Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Departamento de Educación e Investigación del Centro ALGIA® para la Educación en Medicina.

RESUMEN

Los síndromes somáticos se presentan muy frecuentemente en la consulta médica. Se acompañan de: (i) dolor en localizados o en múltiples sitios, (ii) alteraciones funcionales en uno o diversos sistemas corporales, (iii) queja continua de debilidad y fatiga. Se ha reportado, para cada uno de los síntomas problemáticos o inexplicables, una frecuencia del 6% al 36% en la atención primaria. Cerca de la mitad de los pacientes con diagnóstico de “síndrome funcional” estará discapacitada durante el año siguiente al diagnóstico. Esta revisión explora los síndromes funcionales más frecuentes.

Palabras clave: Dolor crónico, Síndrome somático, Sensibilización, Síndrome funcional.

ABSTRACT

Somatic syndromes are frequently observed in clinical practice. These syndromes are accompanied by: (i) pain (localized or multiple sites), (ii) functional alterations in one or multiple body systems, (iii) ongoing complaint of weakness and fatigue. It has been reported, for each of the problematic or unexplained symptoms, a frequency of 6% to 36% in primary care. About half of the patients diagnosed with “functional syndrome” will be disabled during the year following the diagnosis. This review explores the most frequent functional syndromes.

Key words: Chronic pain, Somatic syndrome, Sensitization, Functional syndrome.

1. ¿QUÉ SIGNIFICA LA PALABRA SOMÁTICO?

De acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la palabra “somático” (del griego *σωματικός* o *corporal*, y relacionado con *σώμα* o *cuerpo*) alude a algo “*perteneciente o relativo a la parte material o corpórea de un ser animado*”.

Este término, para los angloparlantes, hace alusión a algo que afecta o se relaciona con el cuerpo físico excluyendo a la mente (psique) o alma (y que se diferencia de las células germinales o germinativas), según la definición de los diccionarios Mirriam Webster y Oxford.

En diccionarios médicos, este término alude al sistema músculo- esquelético y al sistema nervioso involucrado con el movimiento, según la definición de acuerdo a los diccionarios Farlex Partner Medical, Dorland’s Medical, y Mosby’s Medical.

Consecuentemente, podemos considerar que la palabra *somático* se refiere algo referente o que afecta a una zona corporal referente al sistema músculo- esquelético y nervioso involucrado con el movimiento de un ser humano.

2. ¿QUÉ SON LOS SÍNDROMES SOMÁTICOS?

Se presentan muy frecuentemente en la consulta médica. Se acompañan de: a) dolor en localizados o en múltiples sitios, b) alteraciones funcionales en uno o diversos sistemas corporales, c) queja continua de debilidad y fatiga¹⁻².

Se han descrito con varios nombres: a) síndromes somatomorfos, b) somatización, c) conducta anormal frente a la enfermedad, d) síntomas médicamente inexplicables, e) síntomas funcionales, f) síndromes somáticos, g) síndromes de sensibilización central, h) otros¹⁻².

Los síndromes funcionales somáticos reportados en la literatura se enlistan en la **Tabla 1**.¹⁻² La información contenida en la tabla identifica que no todos los síndromes somáticos se refieren a estructuras somáticas, sino que también a estructuras viscerales. Por ello algunos autores prefieren el término “síndromes funcionales”¹ o “síndromes de sensibilización central”³.

Muchos de estos síndromes coexisten con afecciones del orden psicoafectivo (depresión o ansiedad) y, en consecuencia, es frecuente que los médicos no crean en el relato de sus pacientes. Esta falta de credibilidad hace que los pacientes sean clasificados como enfermos psiquiátricos y se limiten los esfuerzos para crear diagnósticos, o por el contrario sean sometidos a procedimientos fútiles¹⁻⁴.

3. EPIDEMIOLOGÍA

Se ha reportado, para cada uno de los síntomas problemáticos o inexplicables, una frecuencia del 6% al 36% en la atención primaria (primer contacto)¹. En el Reino Unido se estima que los “síndromes somáticos funcionales” representan el 20% de la atención primaria².

No obstante, a tan importante ocurrencia muchos enfermos con síntomas persistentes e inexplicables no reciben el diagnóstico de “síndrome funcional”¹ por la falta de especificidad en los criterios diagnósticos y a que, en ocasiones, estos síndromes se superponen².

Aunado a ello, cerca de la mitad de los pacientes con diagnóstico de “síndrome funcional” estará discapacitada durante el año siguiente al diagnóstico¹.

4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

4.1. Síndrome de fatiga crónica

El paciente debe satisfacer los criterios diagnósticos de los Centros para el control y Prevención de Enfermedades de la Unión Americana (Centers for Disease Control and Prevention, CDC): a) Fatiga por al menos seis meses; b) fatiga de inicio nuevo y permanente; c) fatiga que no es resultado de alguna enfermedad o de actividades extenuantes; d) fatiga que no alivia con el reposo; e) fatiga que

resulta en un decremento substancial de las actividades laborales, educativas, ocupacionales, personales, sociales; f) cuatro o más de los siguientes síntomas concurrentes por más de seis meses (alteración en la memoria o en la concentración, ponolaimos, ganglios linfáticos cervicales o axilares dolorosos, dolor muscular, poliartralgia, cefalalgia, sueño no reparador, dolor y fatiga después de la actividad física o mental)⁵.

Tabla 1. Síndromes funcionales somáticos identificados en la literatura por especialidad

Alergología	Síndrome de sensibilidad química múltiple
Cardiología	Dolor torácico crónico inespecífico
Gastroenterología	Dispepsia no ulcerativa Síndrome de intestino irritable
Ginecología	Cistitis intersticial Dolor pélvico crónico
Dental	Dolor facial atípico Disfunción temporomandibular sin luxación
Neumología	Síndrome de hiperventilación
Neurología	Síndrome de fatiga crónica (encefalomielitis miálgica) Síndrome vertiginoso idiopático Cefalea tensional Migraña Insomnio inespecífico
Reumatología	Fibromialgia Dolor músculo-esquelético generalizado Lumbalgia crónica inespecífica
Otros	Síndrome de la “Guerra del Golfo” Síndrome de estrés post-traumático Síndrome de piernas inquietas Hipersensibilidad electromagnética o enfermedad ambiental

4.2. Síndrome de estrés postraumático

Se caracteriza por: a) Remembranza de un evento estresante, ya sea en forma de reviviscencia o sueño; b) sensación de re- experimentar el evento estresante; c) marcada evitación de situaciones que

pueden disparar una remembranza del evento estresante; d) marcados síntomas de ansiedad y sobrevigilancia; e) amnesia parcial sobre el evento estresante; f) sensación de adormecimiento⁵.

4.3. Síndrome de piernas inquietas

Deben estar presentes los siguientes síntomas: a) Deseo de mover las extremidades, frecuentemente asociado a parestesias o disestesias; b) síntomas que se alivian con el reposo y se incrementan con la actividad; c) excitabilidad motora; d) empeoramiento de los síntomas durante la noche⁵.

4.4. Síndrome de intestino irritable

Requiere tener dolor abdominal recurrente o malestar al menos un día a la semana durante los últimos tres meses. Éste debe acompañarse de dos o más de lo siguiente: a) Relacionado con la defecación; b) asociados con cambios en la frecuencia de defecación; c) asociado con cambios en la forma (aparición) de la evacuación⁶.

4.5. Fibromialgia

El diagnóstico se realiza cuando el paciente cuenta con los siguientes criterios: a) puntuaciones altas en instrumentos diagnósticos ya validados (WPI, widespread pain index ≥ 7 en 19 áreas anatómicas ó SS-score, symptom severity score ≥ 5); b) síntomas con la misma intensidad durante al menos tres meses; c) el paciente no padece otra patología que pueda explicar el dolor⁷.

Es conveniente que documenten todas aquellas alteraciones asociadas que son capaces de impactar en las condiciones de vida de la persona con fibromialgia; para ello, existe un programa llamado «Programa terapéutico de Bennett» y que comprende lo siguiente⁷:

a) Confirmación de diagnóstico y evaluación: Es importante aclarar que el diagnóstico es eminentemente clínico.

b) Tipo de dolor: Este es el síntoma más importante en los pacientes con que se debe diferenciar entre dolor nociceptivo o neuropático, y la localización precisa para excluir otros potenciales diagnósticos.

c) Astenia, adinamia: Es importante saber si ya la enfermedad produce una incapacidad para realizar actividades físicas por parte del enfermo.

d) Sueño: La mayoría de estos pacientes no tiene un sueño reparador.

e) Alteraciones psicológicas, alteraciones endocrinas, disautonomía, o disfunción cognoscitiva.

f) Alteraciones en la esfera psicoafectiva: Es muy común que los pacientes presenten crisis de ansiedad y/o depresión.

5. CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS

Entre los factores de riesgo identificados para presentar estos padecimientos se encuentra: a) ser mujer, b) alto coeficiente intelectual, c) elevado número de síntomas⁸. Se debe tener en consideración los factores de riesgo específico para síndromes específicos.

El foco de interés sobre la terapéutica se centra en: a) el paciente (dirigido a un órgano, dirigido al estado psicoafectivo); b) el médico (evitar el daño, identificación temprana, habilidades de comunicación); y c) los factores contextuales (ganancias secundarias, sistema de salud, creencias culturales).

Sobre el “manejo enfocado al enfermo” se ha documentado el empleo de cinco estrategias: a) La farmacoterapia periférica dirigida primariamente hacia los desórdenes periféricos (ejemplo, función intestinal, tensión muscular, inflamación, dolor nociceptivo, etc); b) la farmacología central aborda primariamente los procesos centrales de sensibilización, cognición y afecto; c/ d) la intervención conductual activa enfocada en el cambio conductual, cognitivo, sensorial de orden interpersonal y corporal, y que es influenciada por la participación activa del enfermo en su tratamiento (ejemplo,

ejercicio, abordaje multidisciplinario); e) las intervenciones físicas pasivas cuyo encuadre abarca los cambios pasivos no- farmacológicos de las manifestaciones periféricas del síndrome por medios físicos (ejemplo, acupuntura)⁹.

5.1. Sistema jerarquizado para el abordaje terapéutico

Se enlista en la **Tabla 2**.⁸

5.2. Terapéutica de los síndromes funcionales más frecuentes

Se encuentran especificados en la **Tabla 3**.⁹

Tabla 2. Abordaje jerárquico de la terapéutica de los síndromes funcionales

	Escalón 1	Síndrome somático funcional
Evaluación		<ul style="list-style-type: none"> • Piense en la posibilidad de un síndrome somático funcional en aquellos enfermos con síntomas físicos persistentes (no los considere como simuladores)
		<ul style="list-style-type: none"> • Permanezca atento a las claves que indiquen que el enfermo presenta un distrés emocional o corporal más allá del síntoma principal y fuera de su área de especialidad (refiera a especialista)
		<ul style="list-style-type: none"> • Evalué la funcionalidad, expectativas del enfermo, y conducta de enfermedad
		<ul style="list-style-type: none"> • Evite investigaciones repetitivas solo por el ánimo de calmar al enfermo o a usted mismo
		<ul style="list-style-type: none"> • Decida si su paciente presenta un síndrome somático funcional complicado o no complicado

Tabla 2b. Abordaje jerárquico de la terapéutica de los síndromes funcionales

Cuidados	Escalón 2.1	Síndrome somático funcional no- complicado
		<ul style="list-style-type: none"> • Reafirme con una explicación positiva (no se centre en resultados negativos)
		<ul style="list-style-type: none"> • Utilice mediciones sintomáticas (ejemplo, mejoría en las actividades de la vida diaria)
		<ul style="list-style-type: none"> • Recomiende activación o ejercicio gradual en vez de reposo
	Escalón 2.2	Síndrome somático funcional complicado
		<ul style="list-style-type: none"> • Utilice mediciones sintomáticas (ejemplo, mejoría en las actividades de la vida diaria)
		<ul style="list-style-type: none"> • Considere utilizar antidepresivos
		<ul style="list-style-type: none"> • Considere referir a especialista en medicina cognitiva conductual para el inicio de un abordaje multidisciplinario
		<ul style="list-style-type: none"> • Esquema de visitas regulares (no cuando lo considere el enfermo)
	Escalón 2.3	Ineficacia de escalones 2.1 y 2.2
		<ul style="list-style-type: none"> • Considere intervención por parte de psiquiatría
		<ul style="list-style-type: none"> • Evalúe estresores traumáticos o factores contextuales (ejemplo, juicios)
		<ul style="list-style-type: none"> • Mantenga esquema de visitas regulares programadas por usted y el equipo multidisciplinario para abordaje conjunto
	<ul style="list-style-type: none"> • Considere intervención de fisioterapia 	

Tabla 3. Manejo de algunos síndromes funcionales documentados en la literatura

Síndrome funcional	Medidas farmacológicas		Medidas no- farmacológicas		
	PERIFÉRICAS	CENTRALES	PSICOTERAPIA Y TERAPIA CONDUCTUAL ACTIVA	INTERVENCIÓN FÍSICA PASIVA	OTRA
Síndrome de intestino irritable	Tegaserod	Antidepresivos tricíclicos	Terapia cognitivo conductual	••	Medicina tradicional china
	Alosetron				
	Agentes espasmolíticos				
	Agentes formadores de bolo				
	Agentes procinéticos Loperamida				
Fibromialgia	Corticosteroide	Antidepresivos tricíclicos	Terapia cognitivo conductual	Infiltración de puntos gatillo	Acupuntura
	AINE	Cyclobenzaprina	Ejercicio aeróbico	Quiropráctico	
		SSRI	Educación del paciente	Masoterapia	
		SNRI	Terapia multidisciplinaria	Terapia manual	
		Tramadol	Hipnoterapia	Hidroterapia	
			Biofeedback		
			Entrenamiento de fuerza		
Síndrome de fatiga crónica	Inmunoglobulina	Antidepresivos	Terapia cognitivo conductual	••	••
	Interferón		Ejercicio aeróbico		
	Corticosteroide				
Dispepsia no-ulcerativa	Inhibidores de la bomba de protones	••	Psicoterapia	••	••
	Erradicación de Helicobacter pylori				
	Agonistas del receptor H2				
	Procinéticos				
	Antiácidos				
Cefalea tensional	Toxina botulínica	Antidepresivos tricíclicos	Terapia conductual	Manipulación espinal	Acupuntura
	Niacina	SSRI		Fisioterapia	
Dolor torácico inespecífico	••	••	Intervenciones psicológicas	••	••

Dolor pélvico crónico	Progestagenos	Sertralina	Consejería y escaneos con ultrasonido	Adherenciolisis	••
	Goserelina		Tratamiento multidisciplinario	Ablación del nervio uterino	
				Técnicas manuales	
Síndrome premenstrual	Progestagerona/progestageno	SSRI	••	••	Medicina alternativa y complementaria
	GnRHα				
Disfunción de la articulación temporomandibular	Analgésicos	Antidepresivos tricíclicos	••	Terapia de separación	••
Hipersensibilidad electromagnética o enfermedad ambiental	••	••	Terapia cognitivo conductual para la hipersensibilidad electromagnética	Pantallas con filtros y escudos	Selenio para enfermedad ambiental
Lumbalgia crónica inespecífica	AINE	Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos	Terapia cognitivo conductual	Radiofrecuencia y denervación	Acupuntura
	Relajantes musculares	SSRI	Tratamiento multidisciplinario	Proloterapia	
		Analgésicos opioides	Ejercicio	Estimulación eléctrica transcutánea	
				Escuela de columna	

6. CONCLUSIÓN

Empezando por la definición, existen múltiples incongruencias en la conceptualización de “síndrome somático”. Dichos “síndromes funcionales” no se limitan al sistema músculo- esquelético o al somático- sensorial, sino que abarca estructuras viscerales.

Estos síndromes se superponen entre sí y los criterios diagnósticos permanecen poco claros, lo cual hace que su identificación sea un reto para el clínico. De igual forma es escasa la literatura que permita identificar una ruta diagnóstica etiológica.

Consecuencia de esto resulta la necesidad de generar líneas de investigación que ayuden al clínico a establecer un diagnóstico que beneficie a los enfermos que padecen algún síndrome funcional. ❖

7. REFERENCIAS.

1. Mayou R, Farmer A. Functional somatic symptoms and syndromes. *BMJ* 2002; 325: 265
2. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999; 354: 936-939.
3. Toda K. The term of functional somatic syndrome should be changed to the term of central sensitivity syndrome. *Pain Pract.* 2012; 12: 83.
4. Kanbara K, Fukunaga M. Pathology of functional somatic syndrome. *Nihon Rinsho.* 2009; 67: 1669-1675.
5. International Association for The Study of Pain. Global year against musculoskeletal pain: Functional disorders (fact sheet). 2010. En: <https://www.iasp-pain.org>
6. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, Spiller R. Bowel Disorders. *Gastroenterology.* 2016; 150: 1393-1407
7. Covarrubias-Gomez A, Carrillo-Torres O. Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. *Rev Mex Anest.* 2016; 39: 58-63
8. Kingma EM, de Jonge P, Ormel J, Rosmalen JG. Predictors of a functional somatic syndrome diagnosis in patients with persistent functional somatic symptoms. *Int J Behav Med.* 2013; 20: 206-212.
9. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet.* 2007; 369: 946-955