

Editorial

## QUE ME HA ENSEÑADO LA FIBROMIALGIA

### WHAT FIBROMYALGIA HAS TAUGHT ME

Cayetano Alegre de Miquel

Hospital Universitario Dexeus, Barcelona, España  
Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

Hace unos años vino a mi consulta Hilda, tenía 62 años, estaba diagnosticada de LES en otro hospital por un reconocido internista, por presentar poliartralgias y unos ANA elevados. Su tratamiento eran esteroides e hidroxicloquina sin encontrar alivio a su dolor y a su cansancio por lo que decidió contrastar opiniones y me vino a ver. En la exploración destacaba una hiperalgesia en cualquier punto, los 18 clásicos de la fibromialgia (FM) y también en otros puntos, siendo la movilidad articular normal, sin signos de sinovitis, ni atrofiás musculares, ni signos de neuropatía periférica o central. Las pruebas complementarias también eran normales, con excepción de los ANAs a 1/320, DNA negativos y el resto de autoanticuerpos negativos. Mi impresión fue que padecía una FM.

Le expliqué que se trataba de una alteración de sensibilización central, que para tratarla deberíamos priorizar síntomas y que lo principal era mejorar el sueño.

Entre tramadoles, antidepresivos y algún que otro CAM (*Complementary and Alternative Medicine*) fuimos manejándonos durante unos años. En Setiembre, después de unas vacaciones, acudió a uno de sus controles periódicos y, para mi sorpresa, me dijo que estaba curada, que ya no tenía dolor, que se sentía animada y activa, que dormía bien y no tomaba ninguna medicación.

Aquel verano había ido al sur de Francia con su hija, ella es viuda, y en un trayecto turístico visitó un campo de concentración. Fue duro, recordó mentalmente una vivencia en la que se vio a ella misma y a su madre prisioneras en aquel campo, ella con solo 5 años, trabajando en la cocina para los militares guardianes. Lo revivió todo, lloró, se reconoció y lo aceptó.

Años después sigue bien, con dolores ocasionales, mecánicos, posiblemente secundarios a los fenómenos degenerativos de la edad pero sin alodinia ni hiperalgesia.

¿Por qué yo, como médico, no había detectado ese duelo? ¿Por qué no constaba en mi historia clínica?. Posteriormente, en otros pacientes, he detectado abusos, violencias de género, situaciones difíciles o inaceptables que, en ocasiones, hemos podido solucionar, lo que ha provocado una mejora en el dolor.

Y es que una FM obliga a un diagnóstico diferencial extenso, desde una endocrinopatía a una enfermedad autoinmune o un Lyme; a eso estamos acostumbrados los reumatólogos y tenemos la formación suficiente para ello, pero ¿tenemos la formación necesaria para analizar el origen y las consecuencias de un dolor?

¿Cuál es nuestro objetivo: la enfermedad o la persona? En muchas situaciones en reumatología nos quedamos satisfechos cuando llegamos a un diagnóstico preciso: por ejemplo, en una simple artrosis le comunicamos al paciente el diagnóstico, le explicamos una serie de normas, quizás recetamos algún analgésico si le es imprescindible.

Mi primer aprendizaje con la FM es ese: que el objetivo no es el diagnóstico, es el síntoma en aquel concreto paciente; ya que no hay organicidad alguna, el objetivo es dar una respuesta, ofrecer ayuda.

Sabemos que un 68% de las FM padecen cierto grado de somatización<sup>1</sup>, con lo que es difícil que podamos mejorar el dolor si no analizamos las circunstancias que rodean a su sintomatología.

Habitualmente nuestra historia clínica abarca toda el área constitucional del individuo, incluidas las comorbilidades o enfermedades psíquicas, tales como depresión, ansiedad o somatización<sup>2</sup>. No es común que el historial refleje el componente afectivo del dolor, ya sea la respuesta aguda que se refleja como estrés o ansiedad, o la respuesta crónica de indignación por padecer ese dolor no dominable. Ambos provocan dos factores como son la depresión y las ganancias

afectivas, que le dificultan mejorar.

Este tipo de respuestas hace que en muchas ocasiones el médico intente evitar estos enfermos, pues incomoda que estén indignados con nosotros. En nuestra formación reumatológica no nos enseñan a trabajar la depresión como un arma analgésica más y la evidencia de que el enfermo se aferra a su enfermedad por las ganancias secundarias que obtiene, nos indigna.

Ahí aprendí que debía entender cómo había evolucionado su situación, que debía acercarme al problema para poder trabajarlo sin intentar defenderme, sin intentar mantener mi estatus de “sabio” detrás de la mesa. Está claro que esto es trabajo de psicología, lo que encierra diversos problemas: la psicología no está financiada por el estado, el enfermo lo que más odia es que se le considere un enfermo psíquico, pues él interpreta que crees que el dolor se lo imagina y, tercero, derivándolo lo separas del entorno de confianza reumatólogo-paciente que en definitiva es lo que puede ayudarle.

Además del apartado constitucional y del afectivo no deberíamos olvidarnos de historiar la respuesta social, psíquica y cognitiva al dolor<sup>3</sup>. Hay que valorar la importancia del soporte familiar: la relación con la pareja, ya sea de atención, protección o sexual, puesto que el dolor, la depresión y/o los fármacos causan una importante disminución de la libido y eso ocasiona frecuentemente disrupciones de pareja. También en este aspecto es relevante la relación médico/paciente: que el paciente se encuentre apoyado y entendido, que el médico tenga un soporte técnico (fisioterapia, psicología, CAMs, etc.) para que el enfermo se sienta acogido y comprendido.

El mantenimiento de la vida social y cultural, la relación humana, son también factores que, si no se cuidan, agravan el dolor; puede ser que por ello tuviéramos mayor índice de FM en inmigrantes, pues se sienten solos y en una ambiente cultural y de normas diferente.

Este es otro aspecto que aprendí: debo tener contactos con técnicos, debo aprender lo básico en fisioterapia y en psicología para poder dar las orientaciones mínimas y saber cuándo es imprescindible remitir al enfermo al especialista, por ejemplo en las situaciones de amenazas de suicidio, debo conocer las CAM y considerar su eficacia, su efecto placebo y la historia en la que se basan.

Los pacientes explican multitud de síntomas, taquicardia, sudoración, frío, calor, visión borrosa, sequedad de boca y ojos, etc. Hay que comprender que es parte de las respuestas psicológicas al dolor, el enfermo necesita una explicación y puede tenerla como alteración del sistema nervioso autónomo y no como nos ocurre múltiples veces, en que por la xerostomía y xeroftalmia les han puesto la etiqueta de Sjögren.

La respuesta cognitiva es otro importante apartado: Influye la historia de dolores anteriores, la anticipación o la preocupación. ¿Cuántos de ustedes han sufrido una lumbalgia aguda quedándose prostrados 3 días sin poder ni suspirar? Seguro que, al cabo de un tiempo, si notan un mínimo dolor lumbar, empiezan a sudar frío y tomarse cualquier AINE “por si acaso”. También es importante el simbolismo, ¿a alguien le ha mordido una rata o le han clavado un puñal, como nos explican algunos pacientes para explicar su dolor? El mejor ejemplo lo recogí de una paciente que hablaba del “dolor de la ola”: nace en los pies, va subiendo por toda la espalda y, cuando llega a la cabeza, explota con toda su espuma.

Aprendí pues, a hacer la historia clínica mucho más allá del síntoma, aprendí que el enfermo pide ayuda y no una etiqueta, aprendí que mi formación debe abarcar muchos aspectos de la persona, más allá de la fisiopatología.

Hilda a sus 82 sigue bien, pero no fui yo quien le curó la FM, fue la experiencia de aquel verano.

#### **Autor para correspondencia**

Correo electrónico: 11120cam@comb.cat  
(C. Alegre de Miquel)

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Sebastián Moyano; Jorge Guillermo Kilstein; Cayetano Alegre de Miquel; Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿vinieron para quedarse? *Reumatol Clin.* 2015;11:210-4.
2. Cayetano Alegre de Miquel, Agustí Sellas Fernández; Fibromialgia: enfermedad de la emoción o emoción del dolor. *Med Clin.* 2008; 131:503-4.
3. Cayetano Alegre, Mireia López, Salvador Campos, Merce Brat. Abordaje de la Fibromialgia en la Práctica Clínica. *CM de Psicobiología.* 2014; 3: 27 - 37 [http://www.psicobiologia.org/fibromialgia\\_fibromialgia\\_1.html](http://www.psicobiologia.org/fibromialgia_fibromialgia_1.html).