

¿Fibromialgia o Síndrome Fibromiálgico? Entre lo Emocional y lo Somático

AURELIO CARVALLO V.

Sección de Reumatología, Depto. de Medicina, Hospital San Juan de Dios.
Depto. de Bioética y Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Como lo señalaba William Osler la medicina tiene siempre un grado de incertidumbre y el arte del médico es aprender a manejar del mejor modo esa incertidumbre. Es una realidad. Cuantos más años se llevan en el camino de esta profesión, más fuerte y real se hace este pensamiento. Más aún, pese al largo recorrido, la experiencia acumulada y aunque tratemos de evitarlo, las variabilidades de la medicina no nos libera de algo tan frecuente como es el error. Este nos persigue, como la sombra lo hace con el cuerpo. Sabiamente se ha señalado: “Aún no has empezado. Hasta ahora has acumulado conocimientos, pero aún no has empezado a pensar”. En realidad, el pensar es crecer en interrogantes. Al pensar quiero saber la verdad más allá de las apariencias ⁽¹⁾.

La reumatología es un campo abierto de la medicina y del pensamiento. Es un campo que se encuentra con la persona en su totalidad. Es un campo que motiva permanentemente a conocer más del ser humano y se acerca a él, más allá de las máquinas y las técnicas. En gran parte gira alrededor del dolor, pero frecuentemente éste puede ser la expresión de conflictos mucho más profundos que nacen en el misterio de este ser pensante y emotivo, que es la persona humana. Muchas veces se sobreponen dolor y sufrimiento.

En el campo de la reumatología, y en la medicina en general, hay enfermedades que afectan tanto al cuerpo como a la mente, las que tienen elementos clínicos o de laboratorio bien definidos, ya sean inmunológicos, inflamatorios, metabólicos, degenerativos u otros, o bien una combinación de estos. Sin embargo, hay otras que se mueven en un terreno de incertidumbre, en que es un problema definirlas, en que las opiniones son variadas y en las que además el error acecha, precisamente en un terreno poco firme, resbaladizo. Son afecciones que no tienen marcadores ni imágenes propias y solo tienen a la persona que las sufre y al médico que la escucha, la observa y explora su cuerpo. Una de éstas y que crea muchas incógnitas causales

y terapéuticas es la fibromialgia. No es una afección que amenace o signifique un riesgo de vida, pero sí es una enfermedad que altera la calidad de vida. Es una alteración de la salud de difícil diagnóstico y tratamiento. Constituye un sufrimiento para quien la padece y una fuerte preocupación, mezclada no pocas veces con fastidio, entre quienes constituyen su entorno. Es una afección, que necesita de una fuerte relación médico paciente para tratar de explorar su misterio, que muchas veces se pierde en la profundidad de la mente y llora por el cuerpo. Es una percepción de malestar con pobres evidencias, que puede conducir al error, constituyéndose en una gran simuladora. Su frecuencia en nuestro país es variable y fluctúa según diferentes estudios entre 0,8% hasta 14,3 % ⁽²⁾. ¿Por qué esta variabilidad? ¿Dificultad diagnóstica? ¿Sobreposición con otras enfermedades? ¿Poblaciones diferentes?

Se la ha definido como un síndrome caracterizado por dolor músculo-esquelético difuso, crónico, de origen no articular, que se pone en evidencia con la palpación de puntos dolorosos en áreas anatómicas específicas y se acompaña, habitualmente, de sueño no reparador, cansancio, rigidez matutina y alteraciones cognitivas. Los antiguos criterios diagnósticos de 1990 del American College of Rheumatology, han sido revisados dando lugar a los nuevos, discutidos y consensuados en 2010 ⁽³⁾.

Su diagnóstico habitualmente crea dificultades. Muchas veces se sobrediagnostica o se confunde con otras enfermedades que tienen otra etiopatogenia, o bien, se sobrepone a otros padecimientos previamente establecidos. La afección va más allá de reunir puntos dolorosos a nivel musculoesquelético. La amplitud de sus manifestaciones le da las características de un síndrome fibromiálgico, que necesita un análisis más hondo para encontrar su causa e intentar así un tratamiento que abra expectativas y no sea solo un fracaso ⁽⁴⁾. Se ha planteado incluso que la fibromialgia se asocie o incluso sea parte del síndrome de hiperlaxitud o hipermovilidad articular ⁽⁵⁾.

¿A qué especialidad corresponde la fibromialgia? No es fácil definirlo. Su mayor expresión es a nivel del sistema musculoesquelético y a través de éste apunta a la reumatología, pero, y con mucha razón, también “la reclaman” la psiquiatría, la neurología, la endocrinología, el médico internista y el médico de familia. ¿Es multidisciplinario? ¿Debe haber un equipo?

Se desconoce su causa, aunque se postulan diversas hipótesis en su etiopatogenia. Hay quienes piensan que existe inicialmente un trastorno hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Diferentes estudios han demostrado niveles elevados de cortisol y alteración del ritmo circadiano ⁽⁵⁾. No existen hasta ahora fundamentos sólidos para considerarlo como causa, sino más bien, podría ser solo un epifenómeno. Probablemente el problema se orienta más hacia la parte neuropsíquica. Se ha postulado una alteración a nivel del sistema nervioso central que conduce a una magnificación del estímulo doloroso, de tal modo que un estímulo que en un organismo normal no produce dolor, sí lo hace en quien tiene el padecimiento. Existiría una hipersensibilización de sistema nervioso central, existiendo a su vez rasgos y procesos psicológicos que pueden ser de importancia en sus manifestaciones y en su evolución ⁽⁶⁾. En un reciente artículo el Dr. F. Galán de la Universidad de Sevilla plantea -inmerso en este factor neurológico con alteración en la percepción del dolor- la posibilidad de la presencia de un estrés oxidativo y disfunción mitocondrial. Señala que estudios recientes han demostrado que el estrés oxidativo puede causar sensibilización periférica y central alterando la nocicepción, teniendo como resultado la hiperalgesia mediada por mecanismos oxidantes locales y espinales. El autor cita recientes trabajos ⁽⁷⁾ de M.D. Cordero que “han evidenciado en pacientes con fibromialgia, niveles reducidos de coenzima Q10, disminución de potencial de membrana mitocondrial, así como aumento de producción de las especies reactivas de oxígeno (ROS), como un marcador de la disfunción mitocondrial (...) beneficiándose estos pacientes al tratarse con CoQ10 en síntomas como dolor, fatiga y cansancio matutino, así como disminución significativa de los niveles de ROS”. Es investigar la fibromialgia, ya a nivel molecular. Sin embargo, y más allá de estas valiosas experiencias y del aspecto neurológico, se ha propuesto que en la fibromialgia participa profundamente el mundo emocional, relacionándose con conflictos vividos en el pasado. Psiquismo y soma se entrelazan. A su vez hay estudios que van más atrás aún y sugieren la presencia de una predisposición genética en esta afección, encontrándose que existe una mayor ten-

dencia familiar a desarrollar el síndrome fibromiálgico. De este modo, sobre este terreno predisponente, actuarían factores ambientales o del entorno (procesos inflamatorios infecciosos o no infecciosos, traumas físicos, estrés y otros), que contribuirían a expresar sus manifestaciones ⁽⁸⁾. Sin embargo, y como se señaló al considerarlo como síndrome, el problema va más allá de la sola percepción del dolor a nivel musculoesquelético. Hay habitualmente otros síntomas que conducen a pensar en una somatización (trastornos del sueño, rigidez, fatiga, disfunción cognitiva, cefalea, dolor facial, trastornos digestivos, urinarios y pélvicos) acompañada de ansiedad, preocupación, tendencia depresiva, alteraciones de la personalidad. Como se señaló previamente, el estrés a menudo puede ser un factor desencadenante y éste puede venir del entorno familiar o laboral. Con frecuencia su progresión puede llevar a un deterioro funcional físico y mental, afectándose el rol social de la persona ⁽⁹⁾. Un problema significativo es que muchas veces el paciente se niega a aceptar la relación de su afección con inestabilidad psíquica, llegando a tener una conducta agresiva hacia quien la interpreta así. Esta oposición se refleja en lo que señala la Organización Mundial de la Salud: “el enfermo suele resistirse a los intentos de someter a discusión la posibilidad de que las molestias tengan un origen psicológico, lo que puede incluso suceder aún estando presentes síntomas depresivos y ansiosos evidentes. El grado de comprensión sobre los síntomas, ya sean somáticos o psicológicos, es con frecuencia insuficiente y frustrante, tanto para el enfermo como para el médico” ⁽¹⁰⁾.

Problema complejo y a su vez un desafío. La pregunta es, si con todos estos antecedentes, es el reumatólogo quien debe manejar al paciente con fibromialgia. Por las características de la enfermedad, por ser la formación del reumatólogo orientada a evaluar a la persona como un todo, por expresarse especialmente - no únicamente - en el sistema músculo esquelético, por sobreponerse en ocasiones a otras afecciones reumatológicas como la artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, espondilopatías, polimialgia reumática entre otras, el reumatólogo debe ser al menos, quien encabece el equipo de estudio y tratamiento. Son pacientes que necesitan tiempo para ser explorados en profundidad. Necesitan un buen análisis y evaluación. Necesitan un buen diagnóstico diferencial. Otras patologías pueden estar encubiertas bajo el manto del dolor difuso, no solo reumatológicas (afecciones autoinmunes especialmente tempranas, espondiloartritis inicial, polimialgia reumática), sino que también de otros ámbitos de la medicina,

incluidas las neoplásicas. La reumatología, más allá de las máquinas y la tecnología, sigue haciendo del contacto con el enfermo su principal arma de diagnóstico y tratamiento ⁽¹¹⁾. Sin lugar a dudas, por el bien del paciente y cuando es necesario, debe pedir el apoyo de los otros especialistas que están también involucrados, en una afección que puede tener expresiones tan diversas. La ventana debe estar limpia y abierta, para que entre la luz y no quedar en penumbras.

Problema importante es también el tratamiento, más aún cuando no se conoce la causa y debe considerarse como un síndrome somático funcional. Solo se tienen hipótesis, pero a través de su historia y a través de la incertidumbre que la acompaña, han ido apareciendo nuevas propuestas terapéuticas. La receta no está solo en los fármacos, sino que se debe ir más allá de éstos. La buena comunicación del diagnóstico y el por qué de sus síntomas es parte importante de la terapia. La calidad de la comunicación puede levantar a un enfermo o bien derrumbarlo, más aun con la sensibilidad emocional que habitualmente tienen los pacientes portadores de esta afección. La psicoterapia superficial, que oriente a entender y comprender la situación y a tratar de modificar determinadas conductas, la puede realizar el médico tratante, habitualmente reumatólogo, considerando el apoyo de otro u otros especialistas, según el criterio de éste. El uso de los fármacos y el por qué de estos, constituye una parte importante de la terapéutica. Se ha evidenciado que los analgésicos y antiinflamatorios son de poca utilidad y su uso dependerá del caso individual y por períodos cortos. El uso de corticoides tampoco ha demostrado ser útil. Hay casos en que se asocia un componente entesítico, generalmente en personas mayores de 50 años, en los que el uso de éstos puede ser un complemento temporal de utilidad. Se han utilizado con relativo éxito algunos antidepresivos como la amitriptilina, duloxetina, venlafaxina, citalopran o escitalopran entre otros. Su uso dependerá del conocimiento que de ellos tenga el médico y del paciente individual. Puede suceder que el paciente, antes que el médico empiece a formular la receta, sorprenda a éste diciendo “no me vaya a dar antidepresivos porque me hacen pésimo y no soy depresiva”. Es ya una advertencia, fruto de la insatisfacción, la frustración o la irratibilidad. Es fruto también de quien ha tenido ya un largo recorrido de recetas y fármacos sin éxito. Surge así un problema más y una herramienta terapéutica menos. Por consiguiente, debe a su vez brotar una idea más, que muchas veces se apoya fuertemente en una buena relación y deliberación

entre el médico y el paciente. Asociados con los fármacos mencionados, o sin éstos, puede ser de beneficio el uso de gabapentoides como la pregabalina y gabapentina, anticonvulsivantes de nueva generación, pero que han tenido más éxito por su poder analgésico, interfiriendo en la transmisión del dolor a nivel central, a través de la inhibición en la liberación de neurotransmisores excitadores, sustancia P, y glutamato. Además tendrían una acción positiva en mejorar el dormir.

Hasta ahora, los señalados son los fármacos que han demostrado mayor utilidad. Su uso debe ser cuidadoso y en ocasiones combinado con medidas indicadas por otros especialistas, por ejemplo psiquiatra. El uso de CoQ10, de acuerdo a los antecedentes previamente señalados, queda a criterio del médico tratante.

Junto a los fármacos, y de beneficio significativo, es la indicación y motivación por la actividad física, que puede comenzar con el apoyo kinésico y fisioterápico, orientado a relajación y elongación, que el paciente debe mantener posteriormente en su hogar. A su vez se debe destacar el beneficio del ejercicio aeróbico basado en una gran cantidad de estudios metaanalíticos ⁽¹²⁾. El incentivo por realizar actividad física, de acuerdo a las condiciones, capacidad y tiempo de cada paciente, es valioso. Es frecuente que esta parte del tratamiento no sea fácil, más aún en pacientes que se manifiestan cansados, con dolores generalizados y que frecuentemente son sedentarios. La capacidad motivante del médico y la empatía con el paciente será fundamental.

Surge un epílogo. Este es considerar que estamos frente a una afección en que lo orgánico se entrelaza con lo emocional ¿De dónde emerge? ¿De la genética? ¿Del entorno? ¿De ambas? Aún es un misterio, aún es un desafío frente a la complejidad del ser humano, como muchos en la medicina. Hay hipótesis, hay más comprensión de las posibles causas, hay posibilidades de tratamiento cada vez más lógicos. Pero aún falta. Tal vez, entre las condiciones que faltan, es una mejor observación y comprensión de la persona y su complejidad en el vivir. Es en estos casos cuando tiene más fuerza recordar lo señalado por el filósofo austriaco Karl Popper “Fue mi maestro quien me enseñó no solamente cuan poco sabía, sino también que, cualquiera que fuese el tipo de sabiduría a la que yo pudiese aspirar, no sería otra cosa que el percatarme, de la infinitud de mi ignorancia...”

REFERENCIAS

1. Barylko J. La filosofía. Una invitación a pensar. Grupo Editorial Planeta 2ª Edición. Buenos Aires. 2005
 - 2.- Miranda J P, Quezada P, Caballero P, Jiménez L, Morales A, Bilbeny N, Vega J C: Revisión Sistemática: Epidemiología de Dolor Crónico No Oncológico en Chile. Revista El Dolor 2013; 59:10-7.
 3. Moyano S, Kilstaina JG, Alegre de Miguel: Nuevos criterios diagnósticos de fibromialgia: ¿Vinieron para quedarse? Reumatol Clin. 2015; 11:210-4.
 4. Muniain M. A. Expectativas y fracasos en el tratamiento de la fibromialgia. En: Fibromialgia. Un diálogo terapéutico. Ed: Barreda A, Chozá J, Gutiérrez A, Riquelme E. Editorial Themata. Sevilla 2016.
 5. Bravo J. Síndrome de Ehlers-Danlos con especial énfasis en el síndrome de hiperlaxitud articular. Rev Méd Chile 2009; 137: 1488-97.
 6. Bellato E, Marini E, Castoldi F, Barbasetti N, Mattei L, Bonasia D.E, Blonna D. Fibromyalgia Syndrome: Etiology, Pathogenesis, Diagnosis and Treatment. Pain Res Treat. 2012; 2012: 426130. Published on line.
 7. Galán F. Fibromialgia y mitocondria. En: Fibromialgia. Un diálogo terapéutico. Ed: Barreda A, Chozá J, Gutiérrez A, Riquelme E. Editorial Themata. Sevilla 2016.
 8. Rivera J, Alegre C, Ballina F.J, Carbonell J, Carmona L, Castel B, Collado A, Esteve J.J, Martínez FG, Tornero J, Vallejo M.A, Vidal J. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. 2006; Reumatol Clin. (Supl 1): 55-66.
 9. Riquelme E. La fibromialgia en medicina. Una revisión de la información médica disponible en la literatura especializada. Junio de 2016. En: Fibromialgia. Un diálogo terapéutico. Ed: Barreda A, Chozá J, Gutiérrez A, Riquelme E. Editorial Themata. Sevilla 2016.
 10. Padial J. J. Emociones y somatización de las emociones en Hegel: la fisiología psíquica. En: Fibromialgia. Un diálogo terapéutico. Ed: Barreda A, Chozá J, Gutiérrez A, Riquelme E. Editorial Themata. Sevilla 2016.
 11. Carvallo A. Profesión médica, ética y reumatología ¿Hacia donde vamos? Rev. chil. reumatol. 2015; 31: 168- 72.
 12. Covarrubias-Gómez A, Carrillo-Torres O. Actualidades conceptuales sobre fibromialgia. Revista Mexicana de Anestesiología 2016; 39:58- 63.
-