



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Editorial

La voz pasiva de la fibromialgia

Passive voice of fibromyalgia

Alejandro Olivé Marqués

Servicio Reumatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España



Llegué al mundo de la Reumatología en el año orwelliano de 1984, fecha en la que comencé la residencia. En aquellos tiempos, la palabra fibromialgia apenas existía; aparecía tímidamente en la bibliografía anglosajona con el equívoco término de fibrositis. Hench, me refiero a Phillip Sholwater Hench, descubridor de los glucocorticoides y premio Nobel de Medicina, fue uno de los primeros que acuñó este término¹. Aquí, en nuestros lares, se hablaba, entre otras acepciones, de reumatismo psicógeno y de celulitis. En este sentido, si ustedes realizan una búsqueda en Pubmed con el término fibromialgia, verán que en el año 1984 constaban 23 citas, nada que ver con las más de 549 citas del año 2018 y con un acumulado histórico de 11.000 citas hasta la fecha de hoy.

Ustedes ya se están preguntado dónde diantre estaban entonces las personas con fibromialgia en el siglo pasado. Rotés Querol —*pal de paller* o piedra angular de la Reumatología catalana y española— utilizaba la expresión reumatismo psicógeno. Se refería a él como un síndrome del aparato locomotor poco estructurado y discutible. No obstante, resaltaba que los trastornos dolorosos de esta entidad eran tan frecuentes como otros trastornos funcionales psicógenos, tales como los que afectan al aparato digestivo: el colon irritable. Nótese que ambas entidades carecen de un sustrato anatomopatológico o prueba de laboratorio específica. Asimismo, resaltaba que el reumatismo psicógeno era una de las entidades más frecuentes en las consultas del médico general y del reumatólogo. Lo definía como toda manifestación dolorosa del aparato locomotor en cuya aparición es condición determinante la presencia de un trastorno psíquico².

Boland, en el año 1960, estableció unos criterios; a saber: a) ausencia de enfermedad orgánica o presencia de una enfermedad orgánica insuficiente; b) carácter funcional de los trastornos y c) diagnóstico positivo de una alteración psíquica³.

Me atrevo a añadir a los criterios de Boland la ausencia de un resultado anatomopatológico característico o de alguna prueba de laboratorio determinante.

Un estudio reciente de la Societat Catalana de Reumatologia describía el número de consultas de áreas específicas de interés en los hospitales de Cataluña. Existían de todo tipo; a saber: artritis

precoz, gestación y artropatías, lupus, ecografía, reumatología pediátrica, entre otras. En la encuesta, practicada a los reumatólogos de Cataluña, solo un 10% de los reumatólogos tenían como área específica de interés la fibromialgia⁴. En mi opinión, la fibromialgia carece de atractivo científico a día de hoy. Es un «debe» de la especialidad y de los facultativos que se dedican a esta área específica.

Los pacientes con reumatismo psicógeno se subdividían en primarios y secundarios, terminología que hasta hace poco también se aplicaba a la fibromialgia. También se señalaba la superposición del reumatismo psicógeno con otros trastornos funcionales de otros órganos o aparatos. Rotés Querol puntualizaba algunos datos clínicos que caracterizaban a estos pacientes, bien aplicables a los pacientes «bautizados» actualmente como de fibromialgia. Se presentaban al médico con una serie de signos que, en conjunto, constituían una atmósfera que debía alertar al médico sobre la posibilidad de esta entidad: a) urgencia inexorable e injustificada en la petición de visita; b) *maladies de petits papiers*, es decir, lista escrita de preguntas, a menudo exhaustiva; c) una gran bolsa con pruebas de imagen y otras exploraciones; d) preocupación por una futura invalidez; e) 2 tipos de acompañantes: tipo cómplice (que comparte el sufrimiento) o tipo liberado (ausente en la entrevista); f) falta de correlación en la exploración física, presencia del signo del avión y de abundantes muecas faciales y g) a menudo, toman la mano del médico durante la exploración física como modo de prevenir u obviar el dolor. Como pueden ver, estas características, antaño descritas como propias del reumatismo psicógeno, se cumplen en los pacientes con fibromialgia^{5,6}.

Como ustedes saben, la exploración física da una notable importancia a los puntos dolorosos o gatillo. Rotés Querol aseveraba acerca de estos: a) nada más impreciso que dónde apretar, b) nada más subjetivo que la intensidad con que se presiona y c) nada más decisivo que el humor del enfermo. Acababa comentando que, si nos empeñamos, podemos inducirlos en casi todos los pacientes⁶. Hench comentaba acerca de los puntos gatillo que la digitoprensión era como «el dedo de la fe»⁷.

Me atrevo a parafrasear a Skinner, creador de la escuela conductista: «Dadme un paciente fibromiálgico y haré que los puntos gatillo sean positivos». El tiempo le ha dado la razón al Dr. Rotés: hoy los puntos gatillo explorados por el médico han desaparecido

Correo electrónico: aolive.germanstrias@gencat.cat

de los nuevos criterios acuñados y en su lugar es el paciente quien señala en un autocuestionario los puntos dolorosos⁸.

Un signo clínico que valoro mucho en la exploración física de la fibromialgia o en la celulitis (acaso más que los denostados puntos) es el signo del seudopellizco, maniobra exploratoria a la que los facultativos dedicados a esta entidad no han prestado la debida atención. Se practica comprimiendo y al mismo tiempo haciendo deslizar la piel y el tejido subcutáneo entre el pulgar y el índice formando una V: no es una presión sobre los pulpejos como se hace en el pellizco verdadero. La diferencia entre un seudopellizco positivo y negativo es diáfana. Las áreas donde se pone en práctica son los muslos, en su cara interna, los brazos y las pantorrillas. Por último, me tomo la libertad de mencionar un signo clínico que los expertos en fibromialgia han añadido: al tomar la tensión arterial con el manguito, este produce dolor en el brazo del paciente^{2,3,6,8}.

Cabe comentar las entidades englobadas en el síndrome psicógeno del aparato locomotor: a) dorsalgia benigna; b) síndrome cervicocraneal o cervicocefálico, que incluye la cefalea frontal o frontoccipital, cervicalgia, sensación de mareos, acúfenos, dolor en los globos oculares, sequedad orofaríngea y disfonía; c) acroparestesias nocturnas; d) piernas inquietas, e) coxigodinia y f) celulitis difusa. Muchas de estas entidades están presentes en el paciente con fibromialgia, con combinaciones diferentes a lo largo de la vida. No obstante, la entidad que casa más es la última mencionada, denominada celulitis difusa o dolorosa, que afecta más a mujeres perimenopáusicas y caracterizada por dolor holocorporal («me duele todo el cuerpo»), astenia matutina («como si me hubieran dado una paliza»). En la exploración física, el signo del seudopellizco está presente invariablemente^{2,3,8}.

Como muchos reumatólogos de mi generación, los que estamos más allá del ecuador de la vida profesional vimos perplejos como desaparecía el reumatismo psicógeno del aparato locomotor, que hasta entonces inundaba nuestra consultas. Observamos como una entidad se transformaba en otra, mutaba. Sea por falta de estructuración del reumatismo psicógeno, sea por la connotaciones de la palabra «psicógeno», sea por la cuantificación de los puntos gatillo o sea por la medicalización de la vida, el término fibromialgia desterró del todo al de reumatismo psicógeno y pasó a ocupar un espacio considerable en todos los libros de texto de Reumatología.

Una entidad que antaño no ocupaba 2 párrafos en los textos pasó a ocupar capítulos enteros, y todo a partir del nuevo nombre y de la aparición de los puntos dolorosos cuantificables. Y así nace la fibromialgia, una entidad clínica que explora la existencia de personas con dolor generalizado persistente e idiopático y que se define como un proceso reumático crónico y no inflamatorio que afecta las partes blandas del aparato locomotor. Se caracteriza por un umbral de dolor bajo (hiperalgesia) y dolor ante estímulos inocuos (alodinia) acompañado de fatiga, capacidad funcional mermada, alteración del sueño y del ritmo intestinal, rigidez y depresión. Una misma entidad con nombres diferentes⁸.

Esta introducción me sirve para entrar de pleno en el apartado de «es la economía, estúpido», frase que acuñó uno de los asesores de Bill Clinton y que sirvió para derrotar a George Bush en las elecciones presidenciales del año 1992 en EE. UU. James Carville basó la campaña en 3 ideas: a) cambio *versus* más de lo mismo; b) ¡Es la economía, estúpido! y c) no olvidar el sistema de salud. Estas 3 frases tienen su aplicación en el tema que discutimos hoy. Únicamente me centraré en el apartado b. Las cifras macroeconómicas de

la fibromialgia son de gran magnitud. Por una parte, están los costes directos: en el año 2004 en Europa un paciente con fibromialgia costaba 5.240 euros al año (sepan que el coste de la espondiloartritis por paciente era de 2.373 euros anuales). En EE. UU., en el año 2006, el coste por paciente era de 9.573 dólares por año, derivados de 7.440 hospitalizaciones, 2,2 visitas ambulatorias y 1,8 visitas al especialista. Se calcula que los pacientes con fibromialgia hacen 10 visitas al médico al año. Los costes indirectos en EE. UU. son de 2.573 dólares por paciente y año, con un coste total de un billón al año⁹.

La magnitud de la tragedia del coste de los pacientes con fibromialgia es enorme, de ahí que sea un problema que el Congreso de los Diputados y el *Parlament de Catalunya* hayan entrado en el tema. En Cataluña, la fibromialgia adquirió, asimismo, unos tintes políticos por el hecho de que un personaje distinguido hubiera desarrollado esta enfermedad, se convirtiese en activista (siempre con elegancia) y consiguiera que el *Parlament* discutiese sobre el tema y dictase unas recomendaciones. Todo un maremoto (ahora se denomina *tsunami*), que presionó enormemente a los servicios de reumatología y a los reumatólogos de a pie. Estos hechos, la economía y el cariz político que tomó la fibromialgia, son únicos en la especialidad y van por delante de otras enfermedades tal vez más frecuentes y con costes muy elevados, como la osteoporosis o las artropatías inflamatorias.

Como dicen los anglosajones *there is an elephant in the room*, es decir, no hay que negar lo obvio. Hemos de encarar el problema: sin torpeza, evitación, desprecio, negación, ignorancia, desviación ni silencio. Los tintes actuales no le hacen ningún favor a la enfermedad. Una dinámica mediática y la interferencia de los políticos, pienso, son flacos servicios.

Concluyo: a) El reumatismo psicógeno (en especial, la celulitis difusa) y la fibromialgia son una misma entidad; b) la ausencia de una prueba diagnóstica y la falta de atractivo lastra a la fibromialgia; c) nada más subjetivo que los puntos gatillo y e) los datos económicos y la política *per se* han interferido en esta entidad.

Agradecimientos

El autor agradece al Dr. Xavier Tena la lectura crítica del presente editorial.

Bibliografía

1. Hench PS. Psychogenic rheumatism: Its differentiation from true rheumatic diseases. *Bristol Med Chir J.* 1949;66:48-50.
2. Rotés Querol J, Muñoz Gómez J. Síndrome psicógeno del aparato locomotor. En: *Tratamiento de las enfermedades reumáticas.* Barcelona: Toray; 1971. p. 364-76.
3. Rotés Querol J. Síndrome psicógenos del aparato locomotor. En: *Reumatología clínica.* Barcelona: Espaxs; 1983. p. 527-32.
4. Grados D, Retamero A, Olivé A, Martínez-Morillo M, Guañabens N, Nolla JM. Estado de la asistencia reumatológica en el sector sanitario público de Cataluña. *Reum Clin.* (en prensa).
5. Burnum JF. La maladie de petits papiers. *New Engl J Med.* 1985;313:690-1.
6. Rotés Querol J. Veinticinco años de reumatismo psicógeno. *Med Clin.* 1988;90:456-8.
7. Smythe HA. Nonarticular rheumatism and psychogenic musculoskeletal syndrome. En: *En: Mc Arty and Allied conditions.* Philadelphia: Lea Febiger; 1979. p. 881-91.
8. Clauw DJ. Fibromialgia: Clinical review. *JAMA.* 2014;311:1547-55.
9. Ghoy E, Hassam N, Sarzi-Puttini P. Generalized pain syndromes including fibromyalgia and chronic fatigue syndromes. En: *Bijlsma JW, Hachulla E, editores. Eular Textbook of Rheumatic diseases.* BMJ; Londres; 2015. p. 1123-42.