

CONSIDERACIONS SOBRE EL DOLOR CENTRAL I LA FIBRÒMIALGIA

Dr. Jordi Carbonell Abelló

Febrer 2011

Amb molts anys de feina a l'esquena i, després de molts pacients atesos, he anat dedicant part de la meva activitat professional a l'atenció d'un grup de pacients molt especial.

La Fundació de Fibromialgia va demanar-me si podia assessorar-los portant endavant les tasques del seu Comitè Científic. Aquest fet va fer-me saber del problema assistencial que patien aquests pacients i, com a conseqüència de tot plegat, he anat veient amb els anys molts pacients amb dolor generalitzat. Pacients als que els metges que els atenien o bé per sospitar aquesta patologia o, al no trobar-los causa del dolor, després de moltes voltes acabaven derivant-los cap a mi.

Passats els anys puc constatar amb certesa que hi ha una forta associació del dolor crònic generalitzat, i un conjunt de símptomes sorprenents, amb les alteracions de l'estat d'ànim. Veig sovint pacients que es queixen d'aquest dolor general i no són conscients de que al mateix temps dormen malament, estan cansats, tenen ansietat i el seu to vital és baix amb graus variables de simptomatologia depressiva.

Al interrogar-los la seva sorpresa creix a mida que la historia progressa ja que al verbalitzat aquestes parcel·les, per ells inconnexes, se'n adonen de la unitat de tot plegat, i de la connexió d'uns símptomes amb els altres. Les seves noses són l'expressió d'un únic problema central en territoris i orgues distints.

Els malats que veig, els que diem tenen Fibromialgia, són essencial, però no exclusivament, dones. Es tracta doncs d'un problema de gènere? És un problema de salut nou? Hi ha fets rellevants que ens acosten a aquestes dues qüestions. Un d'ells és que la sensibilitat al dolor és més alta al sexe femení, fet constatable a nivell experimental. Els dolorímetres i els estudis de RM funcional proven que el llindar del dolor és més baix en les dones, i que l'activació dels patrons cerebrals del dolor es produeix també amb estímuls de pressió de menor intensitat.

Ens trobem davant d'un problema de salut nou? Probablement no. Les raons no són l'existència de documentacions històriques que parlin de pacients amb quadres clínics sospitosos de Fibromialgia, que n'hi ha fins i tot de bíbliques, si no els fets associats als

canvis produïts en el rol de la dona a la nostra societat i a la creixent exigència que sobre la salut tenen els nostres ciutadans.

En el transcurs de les nostres vides hem passat d'una societat on la medicina era poc efectiva, a una altra que ho és moltíssim. Hem passat d'una societat preocupada per les pandèmies infeccioses a una altra on gairebé la lletgesa es considera malaltia. D'una societat on l'individu s'havia de garantir personalment la cura de la seva salut a una altra on l'estat ho ha de proveir tot. D'una societat on la dona tenia un paper intramurs de la família, subordinada al seu benestar, a una altra on la dona ha pres un rol nou dins i fora de la família. Així la visibilitat dels problemes associats, no a la durada de la vida, si no a la seva qualitat han pres una importància progressiva, i aquests, no per ser predominantment femenins, no són problemes ja de tots.

He après doncs que hi ha pacients que van rodolant d'un metge a un altra, queixant-se de noses diverses sense que ni ells, ni els que els atenen, tinguin una visió global de la seva salut i siguin capaços de adonar-se de la unitat de tot plegat. Quins són aquests problemes de salut que els porten d'un lloc a un altra? Sovint els pacients refereixen episodis de dolors de parts toves de sempre. A ells se'ls hi hauria de sumar cefalees migranyoses, dolors menstruals excessius, cervicàlgies, lumbàlgies, dolors mandibulars per bruxisme, bufeta irritable, colon irritable, dispèpsies variades, episodis de crisis de pànic amb dolors precordials i taquicàrdies, trastorns de la son, problemes de concentració i memòria, èpoques de fatiga, etc. Tots aquests problemes són previs a un dia en el que els pacients generalitzen el seu dolor, que es fa constant i discapacitant, apareix cansament i manca d'energia i s'afecta severament la son. En aquest moment els pacients comencen a veure limitat el seu rendiment a casa i a la feina i, com a conseqüència, el seu món comença a desfer-se.

No els troben res, i comença un seguit inacabable de proves i més proves, sense que els professionals que els atenen trobin res que no sigui el normal a les seves edats, o mostrin problemes de salut no relacionats. Els tractaments que es pauten tenen efectes limitats en el temps, o són inefectius. Molts donen problemes afegits que van acabant amb la paciència d'uns metges desarmats davant la realitat d'uns problemes intangibles que es resisteixen a tot tractament.

Davant de l'absència d'evidències algú finalment gosa nomenar la paraula maleïda. "Potser té una fibromiàlgia" o "visiti un psiquiatra ja que potser tot li ve dels nervis". És el mateix tenir una Fibromiàlgia i estar dels nervis?

Quan algú associa el dolor a "estar dels nervis" posa sobre la taula el diagnòstic de "Trastorn somatoform". Cerquem a "UpToDate" i el defineix com: síndrome que consisteix en símptomes físics que no poden ser explicats per una malaltia mèdica coneguda i que estan associats a alteracions psicosocials significatives. També s'anomena a aquest síndrome "símptomes mèdics inexplicables" o "símptomes somàtics inexplicables" "Trastorns amb símptomes somàtics".

Per altra banda si busquem el Trastorn d'Ansietat generalitzada trobem que es defineix con: excessiva tensió, preocupació o irritabilitat mantinguda en el temps, associada a dificultat del son, fatiga, dificultat de concentració i nerviosisme associat a símptomes somàtics com dolor musculoesquelètic, abdominal, etc.

Per acabar-ho d'adobar a Dolor Psicosomàtic es diu: són creats per la ment subconscient com a mecanisme de defensa per a protegir la persona davant problemes emocionals reprimits y no resolts. La seva funció és distreure la ments dels problemes emotius amagats.

Hem doncs de posar sobre la taula que potser estem utilitzant una terminologia diferent, diferents especialistes, per tractar pacients comuns. Es a dir, que hi ha un important solapament de símptomes sota aquestes categories diagnòstiques. Òbviament cada especialitat mèdica, cada cultura mèdica, analitza amb el biaix formatiu propi el pacient i la informació que té davant. Es poden doncs extreure, legítimament, conclusions diferents del mateix objecte. La posició de l'observador condiciona la percepció de l'objecte. També és cert que el que alarma al pacient condiciona la selecció del professional que l'atendrà, és a dir, és possible que el símptoma més discapacitant busqui al seu especialista, i per tant acabi condicionant l'orientació del cas, la seva qualificació i el seu tractament.

Els pacients rebutgen el concepte de dolor psicosomàtic com a vexatiu, i molts metges creiem que parlar de trastorn somatoform és una forma "delicada" de dir el mateix. El

mot no ofereix l'ofensiva explicació psicoanalítica, i per tant no vincula directament l'alteració de l'estat d'ànim amb el trastorn dolorós, però es fosc i aporta poc.

És una pena que en l'era del coneixement no siguem capaços de trobar-nos en un punt comú davant de tantes proves. Tot rau en el mateix biaix formatiu que ens porta a conèixer només el nostre món i a ignorar en el que passa al servei o especialitat del costat. Això comporta un important dany pel pacient doncs rep més diagnòstics del compte, se li donen explicacions divergents, es portat per massa professionals i, desgraciadament, ningú integra la totalitat dels seus problemes. No li queda doncs més remei que anar de "rodes a pilans", confús i sense entendre el que realment li està passant.

En aquesta paradoxal situació de trobar-se malament sense aconseguir treure l'entrellat del que els hi passa, els ciutadans miren cap a un altra costat i cerquen respostes fora de la medicina oficial. S'acosten a les medicines complementàries i a coses pròximes a la màgia. A casa també tenim professionals que s'emparen en l'ús terapèutic de l'efecte placebo per prescriure tota mena de tractaments i procediments orfes d'evidència i preus alts, que agreugen la situació econòmica i emocional dels pacients i llurs famílies.

¿Per què ens costa tant posar-nos d'acord i marejar menys als malalts? ¿Fabriquem malalties i ens inventem malalts? Bé, ja m'he referit a les raons confessables que expliquen la diversitat d'aproximacions professionals i he mencionat que n'hi ha d'inconfessables. Els malalts hi són; les malalties, els síndromes o els trastorns també, escollim el que escollim per a designar-los. La visió negativa de professionals i ciutadans sobre el problema rau en la no comprensió del perquè de tot plegat, en la dificultat d'objectivar amb certesa el cas, en l'existència de simuladors, en la possibilitat d'exagerar cercant avantatges personals i/o laborals i, finalment, en la visió fortament negativa de l'explicació psicoanalítica que fa del símptoma un amagatall de la veritat i que transforma al pacient en un penques més o menys conscient.

Avui comencem a disposar de tecnologies que ens permeten veure el funcionament del cervell en temps real, veure quins centres s'activen a mida que sentim i pensem. Podem conèixer fins i tot quines substàncies es troben als nuclis actius. Disposem de proves que ens mostren com hi ha ciutadans, majoritàriament dones, en les que els patrons

cerebrals del dolor s'activen amb estímuls de baixa intensitat. Aquests patrons no són específics ja que s'observen en patologies doloroses diverses. La lumbàlgia crònica inespecífica comparteix patrons amb la fibromiàlgia i aquests patrons es troben també en estats d'ànim alterats. Sabem que hi ha concentracions més altes de mitjancers del dolor, com la substància P i el NGF, al líquid cefaloraquídi en la fibromiàlgia. Sabem que fàrmacs que actuen directament sobre estructures cerebrals i medul·lars, com el tramadol o la pregabalina, milloren el dolor percebut pels pacients. Sabem que allò que millora l'estat d'ànim, millora la percepció del dolor i com a conseqüència la qualitat de vida.

Proves similars mostren els estudis fets sobre el bruxisme i el dolor mandibular, sobre el Coló Irritable, sobre menes de migranyes, la bufeta irritable i altres patologies. Ens sorprenem quan els diferents especialistes, que analitzen les seves patologies que veiem comòrbides en els nostres pacients, arribem a conclusions fisiopatològiques similars a les nostres. Aquests especialistes utilitzen els mateixos fàrmacs i estratègies terapèutiques però, com no posem en comú aquests coneixements, seguim pensant que els pacients tenen problemes diferents, quan en realitat el desordre central s'expressa als diferents òrgans forma massa similar en la població, com perquè no respongui a un mecanisme fisiopatològic biològicament predeterminat.

La resposta a l'estrès està predeterminada. Tots presentem alteracions similars davant de l'agressió aguda. Els trastorns neuroendocrins determinen respostes als òrgans, i sentim el regust del perill en un conjunt de sensacions físiques que ens esgoten en pocs instants.

El que passa davant de l'estrès crònic persistent de baix grau és molt menys clar, i molt difícil d'estudiar experimentalment. Com reproduir-lo? ¿Quina intensitat ha de tenir i quan temps ha de durar per ser lesiu? Per afegir complexitat sabem que, sent iguals som molt diferents els uns dels altres i, al que alguns ens neguiteja, a altres els rellisca sense penetrar-los, i gairebé no els afecta.

Això ens porta a l'inacabable tema de la genètica. Un atzucac difícil de desllorigar. Van descrivint-se, sense aturador, gens possiblement implicats en la percepció del dolor i en les alteracions de l'estat d'ànim. Malgrat això cap d'ells explica massa cosa i els seus

valors predictius o diagnòstics són de baixa o nul·la utilitat davant d'un pacient concret. Nosaltres, mitjançant el Banc d'ADN i el projecte de recerca finançat pel Zenit, i vinculat a la FFC, també hi estem treballant.

De la visió que et dona la feina diària amb els pacients, i la informació que intensament fem servir provinent de la recerca de qualitat a la que afortunadament podem accedir amb facilitat, un va fent-se un model propi que explica les diferents realitats amb les que es troba.

Les explicacions unívokes no funcionen. El que som en un moment donat de la nostra vida, és fruit de la nostra constitució i la nostra biografia. La matèria de la que estem fets, l'herència rebuda ens condiciona moltíssim, però al llarg de la vida és modulada per la nostra interacció constant amb l'entorn. ¿Quin entorn més determinant que la pròpia família? ¿Com destriar en aquest cas herència (genètica), d'entorn (aprenentatge)?

Les respostes a aquestes qüestions són avui impossibles de donar. Qui les dona fa afirmacions amb més càrrega d'ideologia que de coneixement. Hi ha extrems de cada posició. Hi ha genètiques que expliquen l'especial percepció del dolor, com l'insensibilitat al dolor, i hi ha situacions entorn que fan que qualsevol, tingui la genètica que tingui, acabi desenvolupant un quadre clínic de dolor generalitzat indestriable d'una Fibromiàlgia, com en el cas de la gent sotmesa a tortura.

Probablement la nostra tolerància al estrès estigui condicionada genèticament però la nostra experiència vital la vagi modulant progressivament, optimitzant-la o minvant-la, fent que en moments concrets la nostra capacitat de resposta estigui ja tant malmesa que es posi en marxa la malaltia. Es a dir, seria con si les alteracions neuroendocrines en resposta a aquest estrès crònic quedessin definitivament estructurades, i es fessin ja constitues de la personalitat, també biològica, del pacient.

A Copenhaguen hi ha grups de metges que treballem fa força temps amb gent que ha patit tortura física i psicològica. De seguit van adonar-se que un dels símptomes més comuns entre els torturats és el dolor generalitzat. El 2007 van publicar un treball descriptiu sobre una cohort de 21 homes torturats. Provenien bàsicament d'Amèrica

Llatina i Orient Mitjà. En 17/21 del homes torturats s'acomplien criteris diagnòstics de Fibromialgia. Podem doncs afirmar que en homes, amb llindars de dolor més alts i per tant menys sensibles, la persistència d'estressors físics i psicològics de gran intensitat, com és el cas de la tortura, donen lloc a un quadre clínic de llarga durada, que es caracteritza per dolor generalitzat i hipersensibilitat al dolor, en el 81% dels exposats. En aquest cas, l'experiència danesa ens parla també de l'eficàcia del tractament combinat de fisioteràpia i psicoteràpia. Només 1 dels 17 pacients inicials podia seguir sent classificat com fibromiàlgic als nou mesos de tractament. Es adir, utilitzant un enfocament terapèutic habitual a la FM es millora als pacients amb dolor crònic que han estat sotmesos a tortura.

Volia parlar de tot plegat perquè la feina i la vida et provoquen reflexions i t'aporten vivències que va també estructurant una forma de veure al pacient i a la malaltia. Hi ha extrems que ho expliquen tot, algunes genètiques (Insensibilitat al dolor) i algunes experiències vitals (tortura). ¿I en l'entremig? ¿I la majoria de malalts que pateixen el mateix quadre clínic?

Sabem que en aquests pacients trobem alguns fenotips psicològics més sovint. Fins hi tot que aquests fenotips psicològics tenen relació amb el pronòstic i la resposta als fàrmacs i la psicoteràpia.

Quan visito aquest pacient tipus, no extrem, afecte de FM, sovint el veig trist o, sent més precís, infeliç. Això ha portat a plantejar-me si ens trobem davant, en molts pacients, de l'expressió física de la infelicitat. Molts ciutadans, moltes dones, viuen durant períodes molt llargs de les seves vides sotmesos a pressions molt importants al dur vides personals i laborals molt insatisfactòries, quan no clarament lesives, al ser diàriament sotmeses a pressions molt importants. Suportar estrès des del matí fins al vespre, portar sempre el cos en tensió màxima, com ens mostra el bruxisme de les nostres pacients, ser agredides per crisis de pànic que estronquem la rutina quotidiana, no poder dormir sense donar mil voltes i despertar-se contínuament, etc. Quan la vida es percep d'aquesta manera un dia darrera l'altre, i no es divisa cap possible canvi a l'horitzó, es perd l'esperança i la infelicitat esdevé tristesa i aquesta depressió.

El fet que la pressió psicològica constant sobre les persones, mantinguda a llarg termini, té conseqüències devastadores sobre l'homeòstasi psíquica i física, ha estat una il·luminació personal recent. Com a reumatòleg he atès fonamentalment ciutadans amb malalties, dites "orgàniques", i m'he preocupat poc o gens per la vivència de la malaltia i dels trets de personalitat del pacient. Si, i molt, de les dades mesurables relacionades amb l'activitat de les malalties i els efectes dels seus tractaments.

Aquests anys he incorporat a la meva feina noves eines i noves visions sobre la realitat dels pacients que tinc davant. He après a plantejar-me l'impacte d'altres coses sobre el símptoma dolor sense deixar de banda la metodologia, apresada amb tant esforç, de la història clínica i exploració física sistemàtiques. És més, tenint com a base sòlida l'ofici ben après de reumatòleg, se m'han obert nous mons que estaven mig o totalment ocults als meus ulls. ¿Saben que gairebé el 30% de pacients amb LES tenen FM? ¿Saben que en aquest cas la FM no té cap relació amb l'SLEDAI, es a dir l'activitat del LES, i si amb la presència i intensitat de l'ansietat i la simptomatologia depressiva? ¿Saben que el mateix passa amb moltes altres malalties autoimmunes? ¿Saben que en les contusions cervicals sovint es desenvolupa una FM?

Tot plegat ha tingut altres conseqüències rellevants per a la meua vida professional. He començat a atendre amb freqüència a uns ciutadans malalts que normalment son invisibles, com transparents. Tenen dolor i no se'ls troba res que amb seguretat expliqui el que senten. Van passant d'un metge a l'altre acumulant proves i més proves. Se'ls fa procediments analgèsics, també un darrera l'altre, amb millores temporals i curtes. Sovint va apujant-se l'escala analgèsica fins a utilitzar tot l'arsenal d'analgèsics majors sense un clar benefici sobre aquest dolor estrany, imprecís però constant i discapacitant que senten. Quan els visito sempre m'expliquen històries de dolor molt llargues i carreguen bosses enormes amb proves de totes les èpoques, i un gran desconsol.

En aquest moment qualsevol intervenció és difícil. El pacient està cansant d'un llarg i decebedor viatge en el que mai ha arribat a un port segur. Ho ha sentit tot, ho ha provat tot, coses amb sentit i coses que no en tenen. De vegades en el camí ha perdut tot, la feina, el company, els fills, els amics i la preciosa i delicada autoestima. Tot ho sent i/o percep amb una intensitat extrema. Ho intolera tot i el desgavell central afecta de forma severa les percepcions cognitives i la capacitat de atenció afectant-se la memòria.

El seu món s'enfonsa. Desarmats s'enfronten a la catàstrofe final d'una vida que no s'escurça però de la que amb molta dificultat en gaudiran poc. No està demostrat però intueixo que, si fem una intervenció ràpida en fases inicials, pot trencar-se aquesta dinàmica perversa i evitar la progressió del dolor i la discapacitat. La clau inicial és sospitar el cas. Com? Massa dolors de parts toves en dones joves, el bruxisme, l'insomni, les crisis de pànic, massa dolor a la família, etc. En aquest punt s'ha de gastar temps i saliva per fer-li entendre a la pacient el que està succeint-li i demanar-li l'imprescindible compromís personal en el procés de millora. Aquí el rol central el té el metge de família, i el sistema s'ha d'organitzar perquè algú, amb temps i empatia, sigui capaç d'explicar i aconseguir el compromís del malat en la seva curació.

Hi ha altres pacients més complexos, alguns d'ells homes, amb històries paradoxals i molt allisonadores. Els explicaré un cas recent. Un home de quaranta i pocs anys amb una lumbàlgia de 5 mesos de durada, visitada repetidament, tractada amb medicaments correctes, explorada amb totes les tècniques sense que hi haguessin troballes destacables i relacionables amb el seu dolor. Finalment me'l vaig trobar davant. Història llarga i detallada amb exploració física també llarga i encara més curosa. No vaig trobar cap senyal de malaltia mecànica, inflamatòria o tumoral. Vaig explicar-li mentre anava acabant la visita, vaig demanar un TC per aclarir que no hi hagués res al retroperitoni i vaig demanar uns marcadors tumorals. Vaig avisar-lo que el que li demanava rondava l'excés de zel, però que a tots dos ens convenia l'absolut convenciment de l'absència de malaltia orgànica detectable. Vaig dir-li que creia que la seva lumbàlgia era d'origen central i que revisés si a la seva vida per s'hi havia succeït alguna cosa "especial" relacionable amb aquell dolor. Vaig donar-li tramadol i una dosi baixa d'amitriptilina per la nit, suspent l'AINE que prenia, i varem quedar per veure'ns amb les proves fetes.

A les poques setmanes l'home va seure novament davant meu. Duia les proves que li havia demanat. Eren totalment normals. Va mirar-me i va explicar-me que la mateixa nit de la visita, al llit estant, havia comentat la visita amb la dona. Els dos havien començat a recordar que havia passat. Finalment van tenir una il·luminació! El dolor lumbar de fet havia començat somort estant a un càmping a Venècia. Era un càmping molt gran. Un dia van perdre el fill petit durant 50 inacabables minuts!! No podia ni

pensar en aquell terrible patiment de 50 minuts amb el fill perdut per sempre en un lloc com aquell. Va dir-me que ja havia començat a millorar. Podia fer exercici físic, que feia mesos que no feia, i dormia millor. El dolor gairebé ja no el sentia!

Si ets pare fàcilment pots posar-te en la seva pell i, si ets metge, també fàcilment pots imaginar-te la turmenta de neurotransmissors que va patir aquell cervell durant els 50 minuts, i les conseqüències i ordres que desordenadament es van transmetre a tot el cos. Dolor central després d'un insult central del que el pacient ja no guardava ni el record! Massa sovint tot va tan ràpid que anem tancant les planes del llibre de la nostra vida sense ni tant sols entendre el que ens ha passat!

La psiquiatria és, o acabarà sent, la neurologia del comportament, a mida que anem precisant els mecanismes que s'activen dins del cervell. Fins i tot el psicoanàlisi està intentant relligar-se, de forma més objectiva, amb dades científiques. El pacient que us he explicat tenia una somatització, era un pacient psicossomàtic? Per a mi, tenia un quadre de dolor central desencadenat per un insult psíquic d'alta intensitat. El dolor que tenia era real, no millorava amb analgèsia perifèrica i sí amb tractament central. Són matisos però res més important que els matisos en una societat desenvolupada i en una ciència aplicada com la medicina, ara que a casa nostra té tant nivell.

El que avui no entenem no és necessàriament màgia o simulació. Hem de reconèixer que tenim davant moltes proves de que el nostre cervell té estructurades respostes davant les agressions i que, massa sovint, esdevenen patològiques i donen lloc a malalties. Afecten percentatges molt alts dels nostres conciutadans en les seves formes cròniques, i en les agudes tots les hem patit. Respectem el dolor dels altres, siguem humils amb el que desconeixem, seriosos amb les proves i seguim l'únic camí possible de progrés, la ciència en un sentit complet i holístic, també davant aquestes problemes de salut!