



## ***Fibromialgia: el desafío persistente del diagnóstico invisible***

### *Fibromyalgia: the persistent challenge of the invisible diagnosis*

En el extenso y complejo territorio del dolor humano, pocas condiciones han sido tan debatidas, cuestionadas e incluso negadas como la fibromialgia. A pesar de décadas de evidencia clínica, estudios crecientes o del testimonio consistente de millones de pacientes, aún persisten voces (algunas, incluso, desde la trinchera médica), que ponen en duda su existencia.

Esta postura, más que un reflejo de escepticismo científico, parece reflejar las grietas en nuestra capacidad diagnóstica: la ausencia de biomarcadores objetivos, la limitada disponibilidad de tiempo, las herramientas adecuadas para una evaluación exhaustiva y la naturaleza difusa de los síntomas que escapan a la lógica biomédica tradicional y, si me permiten expresarlo, obsoleta. Hemos avanzado hacia un modelo biopsicosocial, pero en muchas ocasiones seguimos diagnosticando con el bisturí del siglo pasado.

No se trata pues, de negar lo que no comprendemos plenamente. Como clínicos, estamos llamados a una humildad epistemológica que reconozca los límites de nuestra ciencia y la frustración que, en muchas ocasiones, provoca la huida directa del profesional que tiene ante sí a un paciente de estas características. Porque muchas veces, lo que no sabemos nombrar, preferimos ignorarlo. Y con ello, abandonamos al paciente a una peregrinación infructuosa entre consultas, etiquetas y tratamientos fallidos.

Pero tan problemática como la negación es la banalización, en el otro extremo asistimos al fenómeno del “cajón de sastre”: el uso de la etiqueta de fibromialgia como diagnóstico reflejo ante cualquier dolor generalizado asociado a fatiga, insomnio... La consecuencia es grave: diagnósticos imprecisos que ocultan patologías relevantes como enfermedades autoinmunes (lupus, Sjögren, Behçet), endocrinopatías, hipofosfatasia, celiaquía, espondiloartritis (sobre todo en formas más entesíticas) o trastornos digestivos crónicos, entre otros. La prisa clínica promovida por un sistema defectuoso, unida a la falta de criterios aplicados con rigor, convierte al paciente en víctima de un reduccionismo peligroso.

Aún más delicado, pero de innegable existencia, pacientes rentistas movidos por ganancias personales que simulan la enfermedad. Una realidad que contamina la percepción general de la misma, siembra sospechas y contribuye al estigma. Lamentablemente, el sufrimiento legítimo de tantos pacientes queda empañado por el ruido generado por quienes instrumentalizan el dolor.

Frente a este panorama, el reto es mayúsculo. El espectro clínico que encontramos bajo el término “fibromialgia” es extraordinariamente amplio: múltiples fenotipos, comorbilidades, formas de inicio diversas y sintomatología fluctuante. La heterogeneidad clínica ha dificultado históricamente tanto el diagnóstico como la investigación. Pero es probable que, con el impulso del análisis de datos y la inteligencia artificial, podamos en el futuro establecer subtipos diagnósticos más precisos y homogéneos que aporten claridad a esta compleja enfermedad.

Mientras tanto, la clave sigue estando en lo esencial: la clínica. Una anamnesis exhaustiva del dolor (¿es inflamatorio, mecánico, neuropático, mixto? ¿Dónde se localiza? ¿Cómo evoluciona?) y una exploración física completa, respetuosa y precisa siguen siendo nuestras mejores herramientas. Si tan solo dedicáramos tiempo y atención a estas maniobras, o el sistema sanitario así nos lo permitiera (harina de otro costal), estaríamos dando un paso fundamental hacia un diagnóstico más justo y una atención verdaderamente centrada en el paciente.

Una vez caracterizado el dolor y descartadas causas secundarias, nos situamos en el marco del dolor crónico primario, tal como lo propone la IASP: dolor persistente por más de tres meses, sin lesión o estímulo nociceptivo como causa directa, sino secundario a la propia alteración del sistema nociceptivo, que se acompaña de distrés emocional y disfunción significativa. En ese marco, podremos evaluar si se trata de fibromialgia o de un dolor musculoesquelético localizado que, por mecanismos de sensibilización central, se ha generalizado y convertido en un espectro similar (o idéntico, quién sabe) o cualquier otra de las entidades en que se subdivide el dolor primario.

Esta frontera, aún difusa, es una de las grandes cuestiones abiertas en el campo del dolor. Quizás sea la ciencia futura quien nos ayude a delimitarla con nitidez. Mientras tanto, la ética clínica y la escucha profunda deben guiarnos. Porque lo invisible, cuando se ignora, duele dos veces.

Tamara Rodríguez Araya  
*Coordinadora de la Unidad de Fibromialgia y Dolor Crónico Primario.  
Hospital Clinic de Barcelona, España*

Correspondencia: Tamara Rodríguez Araya  
TLRODRIGUEZ@clinic.cat