

Integrando lo psicosomático desde lo somático. Una perspectiva desde la fibromialgia y la autoinmunidad.

Carlos María Isasi Zaragoza. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Noviembre 2023

En este artículo expreso reflexiones y experiencias de un reumatólogo que quiere entender, integrar, lo psicosomático. Vengo del mundo ortodoxo, universitario, hospitalario. Del mundo que trata lo somático y que habitualmente considera los síntomas que no puede entender como funcionales. Del mundo que utiliza la palabra “psicosomático” con un sentido tan peyorativo como el de “funcional”. Que tilda, cataloga, clasifica, o incluso diagnostica como funcional o psicosomático lo que no sabe entender y tratar desde lo que le han enseñado, desde sus pruebas y tratamientos farmacológicos.

La persona es una, en su enfermar importan aspectos genéticos, epigenéticos, emocionales, bilógicos, traumáticos, su vida. La dicotomía entre lo psíquico y lo somático es falsa. Obedece a la perspectiva de cada cual, a su formación, a sus creencias, a su forma de ganarse la vida.

Dos ejemplos claros y relacionados de la interrelación entre lo psíquico, prefiero llamarlo emocional, y lo somático son la fibromialgia / fatiga crónica y las enfermedades autoinmunes.

La fibromialgia.

La fibromialgia / fatiga crónica es el mismo proceso. En la fibromialgia predomina el dolor, en la fatiga crónica predomina la fatiga física y mental, la mente neblinosa. Los pacientes con fibromialgia tienen fatiga física y mental, aunque no todos los pacientes con fatiga crónica tienen dolor. La importancia de la experiencia traumática precoz en la fibromialgia está muy clara. Hay estudios previos que la describen (1). Un estudio reciente muestra que cuando se busca, se encuentra experiencia traumática infantil y retraumatización a lo largo de la vida en más del 80% de los pacientes con fibromialgia (2). En la SEMPYP se ha realizado un estudio en colaboración con el Hospital Universitario Infanta Cristina, tratando con psicoterapia incluyendo el EMDR como parte del proceso terapéutico, a pacientes con fibromialgia e historia de trauma. El estudio ha tenido muy buenos resultados.

Mi aproximación a la fibromialgia ha sido diferente. A pesar de que soy consciente desde mi juventud de la importancia de las emociones tapadas en su expresión en el cuerpo, de que el cuerpo sufre lo que no puede llegar a ser sentido, etiquetar a los pacientes fibromiálgicos como psicosomáticos no les ayudaba, más bien los estigmatizaba. Era la coartada para echarlos de las consultas. El paciente con trauma previo era, y es, re traumatizado por el médico. Darles antidepresivos, benzodiazepinas, antiepilépticos, analgésicos, morfina, les ayuda poco y les produce efectos secundarios. El dolor de la fibromialgia no cede ni con morfina.

Necesité prescindir de mis creencias psicosomáticas para ver el patrón orgánico de la enfermedad, para intentar ayudar a los pacientes desde lo orgánico. Las manifestaciones de la fibromialgia como el dolor crónico, la fatiga física y mental, el intestino irritable, la migraña, las

alteraciones del sueño tienen un importante solapamiento con las de la enfermedad celíaca. Observé que una proporción importante de los pacientes mejoraban con dieta aunque las pruebas de enfermedad celíaca fueran negativas (3-5). Hoy estas mejorías se enmarcan en conceptos como el intestino permeable, la sensibilidad al gluten no celíaca el eje intestino cerebro, el eje neuro inmuno endocrino. La literatura científica es muy extensa y difícil de entender (6-16). Esta perspectiva permanece fuera de la medicina oficial y es practicada de forma empírica por médicos integrativos y nutricionistas. No es de extrañar que en la enfermedad celíaca del adulto bien definida con pruebas positivas, que es una enfermedad autoinmune, el evento desencadenante más frecuente sea el estrés traumático o emocional. De nuevo la relación entre trauma, intestino y autoinmunidad.

Hoy me sorprende las mejorías que he visto y sigo viendo a pesar de no tratar la experiencia traumática previa. Creo que es un ejemplo de la interrelación entre lo somático y lo emocional. Creo que sucede algo análogo a lo que sucede en ese proceso que se clasifica como anorexia. La causa es familiar, emocional, traumática. Pero la desnutrición lleva a que el cerebro no funcione bien por causas muy orgánicas. Creo que en la fibromialgia sucede algo parecido. El estrés produce intestino permeable, los factores más orgánicos del intestino permeable como la malabsorción de micronutrientes, las alteraciones inmunológicas producen dolor y fatiga mental, incluso artritis y enfermedades autoinmunes bien definidas. Por eso puedo comprender que el tratamiento del intestino permeable ayude al paciente aún sin tratar el trauma. También tengo la sospecha de que tratar la paciente con comprensión y empatía, con legitimación de sus síntomas, y con esperanza, ha contribuido a su mejoría. De joven me enseñaron la importancia de la relación médico paciente como instrumento terapéutico. Creo que el tratamiento integral del paciente necesita entenderlo, y tratar desde luego el trauma, el intestino permeable cuando participa en el proceso, y el tratamiento de la “enfermedad” reumática asociada.

La enfermedad celíaca y la sensibilidad al gluten son particularmente apasionantes para conectar lo psíquico y lo somático. La literatura sobre el neuro gluten es extensa, destacando la asociación de enfermedades psiquiátricas como la depresión mayor o la esquizofrenia con el gluten (17-19). Hay un caso publicado en el New England Journal of Medicine. Una mujer que comienza con brote psicótico a los 39 años. Se le diagnosticó enfermedad celíaca, con dieta cedieron los síntomas psicóticos incluso hasta el punto de dejar la mediación psiquiátrica, y recayó de la psicosis cuando volvió a tomar gluten (20).

Ojo, no todos los pacientes tienen intestino permeable o sensibilidad al gluten. No todos los pacientes mejoran con dieta. No se trata de tratar con dieta sin gluten a todos los pacientes con fibromialgia. La fibromialgia es un síndrome, dolor y cansancio crónico de causa no encontrada. El diagnóstico de fibromialgia no es mejor diagnóstico que dolor abdominal, cefalea, o fiebre de origen desconocido. La dieta y los suplementos son herramientas potentes cuando se apunta bien, pero con efectos secundarios al igual que los medicamentos. Uno de los problemas más graves que he visto es el paciente en el que lo que más pesa, lo más importante, es la experiencia traumática previa y el estrés actual, y que no mejora por mucha dieta que haga. Demasiadas veces he visto cómo estos pacientes son tratados con dietas multirestrictivas sin mejoría. Como no mejoran se les insiste en que es la alimentación lo que les daña, son tratados bajo la misma línea de pensamiento, con más y más dietas y suplementos. Ponle a dieta multirestrictiva, enséñale el miedo a comer, a una persona que ya vive con el miedo grabado desde su infancia, y luego te disgustas por que no responde a tus expectativas. El nutricionista o el médico integrativo, o el que sea, que no entiende al

paciente, le puede hacer daño con la dieta, igual que el médico ortodoxo con los medicamentos, o el psiquiatra con los psicofármacos.

Las enfermedades autoinmunes.

Las enfermedades autoinmunes son todavía más complejas y difíciles de tratar. Con la fibromialgia pude empezar porque no les importaba a los médicos. Hoy tengo la triste creencia de que el objetivo, más o menos inconsciente, de muchos médicos no es ayudar al paciente, es ayudar al paciente en lo que depende de su poder, de su identidad. La sociedad le da al médico el poder legal de la prescripción de fármacos, pero la dieta y los suplementos los puede poner el nutricionista, el del herbolario, el del gimnasio, el de la floristería, o el vecino. Si el paciente autoinmune mejora con dieta, al médico le importa poco o incluso lo desprecia. Como las enfermedades autoinmunes son patrimonio de los médicos, me costó más entrar en este campo, pero como soy reumatólogo de un hospital Universitario, lo hice. De forma similar a otros autores, he encontrado buenos resultados tratando pacientes autoinmunes con el modelo del intestino permeable (21-24). De nuevo, no es sorprendente, la autoinmunidad forma parte de la expresión de lo que hoy se llama eje intestino cerebro y síndrome de intestino permeable. Se conoce desde hace tiempo la relación entre estrés crónico y autoinmunidad, hay publicaciones sobre trauma y autoinmunidad e incluso hay un estudio publicado, que conozca, sobre el tratamiento del trauma en enfermedades autoinmunes (25).

Las enfermedades autoinmunes son un ejemplo de la clara interrelación entre lo emocional y lo somático y de cómo el mismo paciente es tratado desde diferentes perspectivas. Somos capaces de entender y aceptar que la psoriasis o la dermatitis atópica son muy influenciadas por el estrés y las emociones, que el sufrimiento se expresa en la piel, y a la vez disponemos de anticuerpos monoclonales que son muy eficaces para tratar la psoriasis y la dermatitis atópica. Probablemente los anticuerpos monoclonales están tratando la vía efectora del sistema inmune, sin tratar la causa. Otro ejemplo claro son las enfermedades intestinales que se asocian a artritis. El paciente puede ser diagnosticado de intestino irritable o de enfermedad inflamatoria intestinal. Depende de a quién consulte el paciente es tratado con psicoterapia, con antidepresivos, con analgésicos, con dieta, con probióticos o con potentes fármacos biológicos inmunosupresores.

Investigar la psicoterapia en las enfermedades autoinmunes es muy difícil, requiere mucho tiempo, esfuerzo, y además luego hay que luchar contra las creencias de los *referees* de las revistas científicas. En la autoinmunidad es particularmente complicado porque el médico no va a renunciar al tratamiento farmacológico. Los factores de confusión y el tamaño muestral para atribuir la mejoría al tratamiento psicoterapéutico añadido al tratamiento farmacológico son grandes. Sin embargo hay enfermedades autoinmunes que no tienen tratamiento. Un buen candidato para hacer una investigación formal con psicoterapia es el liquen escleroatrófico vulvar. Es devastador, las causas relacionadas con el trauma son muy fáciles de intuir, y no tiene tratamiento sistémico inmunosupresor demostrado.

Integrando.

El esquema de la figura 1 representa un modelo de comprensión integradora.

En la base están los factores internos genéticos, los factores externos como las infecciones virales, y sobre todo los aspectos relacionales, la vida, el estrés, el trauma emocional. La repercusión sobre el microbioma intestinal y la permeabilidad intestinal de los antibióticos, la alimentación, también se pueden poner en la base del proceso de enfermar.

En la parte central están las alteraciones de múltiples mecanismos reguladores interrelacionados que nos mantienen en equilibrio, como por ejemplo la permeabilidad intestinal, la neuroinflamación, las alteraciones del sistema inmune, el eje hipotálamo hipófisis adrenal, los neurotransmisores. Este proceso en el que el paciente está en desequilibrio, se puede manifestar de muchas formas que con frecuencia coexisten, por ejemplo depresión, fibromialgia, artritis o enfermedad inflamatoria intestinal. Como la medicina está fraccionada por especialidades, cada especialista ve y trata la enfermedad de la que se ocupa su especialidad cuando lo razonable es entender que el paciente es uno, que el proceso de enfermar es uno, y que las distintas enfermedades son manifestaciones o caras del mismo proceso. El paciente no tiene enfermedad de Crohn y fibromialgia y artritis psoriásica y depresión. Tiene un proceso de enfermar con muchas manifestaciones.

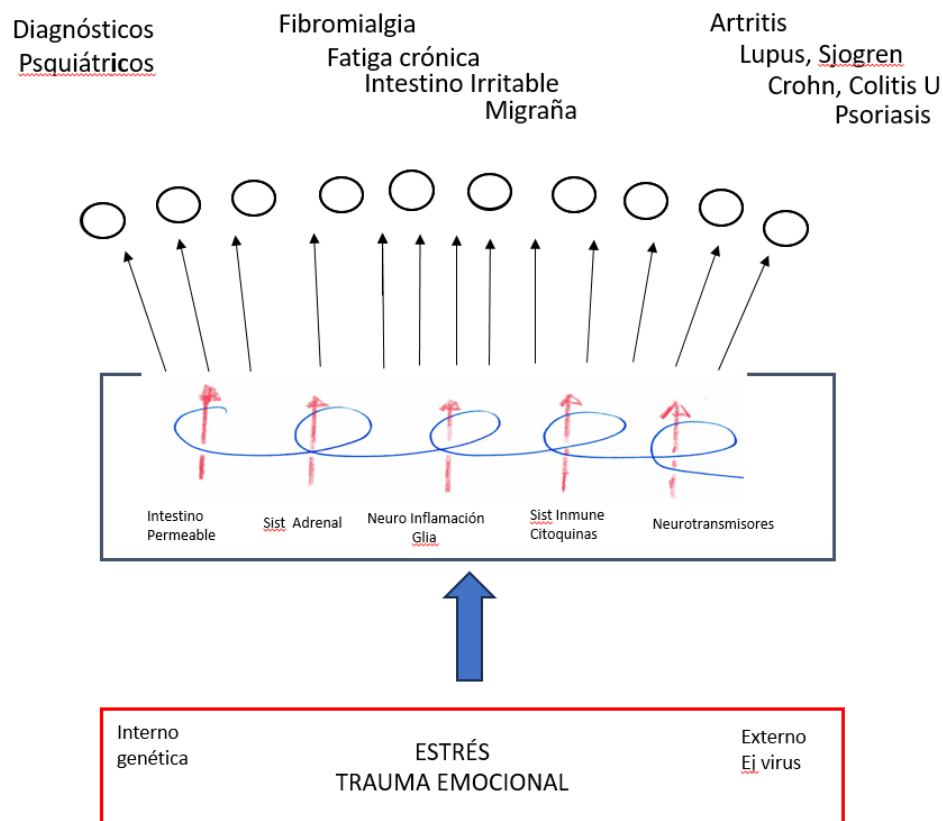


Figura 1. Un modelo integrador para entender la fibromialgia, la fatiga crónica y la autoinmunidad

En el tratamiento deberíamos ver y entender la base, la parte emocional y del estrés crónico; y tratar con psicoterapia. Deberíamos incorporar estrategias útiles para ayudar a equilibrar los

mecanismos fisiopatológicos alterados, el ejemplo típico es el tratamiento del intestino permeable y mejorar el sueño y el reposo nocturno. Y claro, el tratamiento farmacológico de cada manifestación, de cada “enfermedad” es importante, pero mejor hacerlo de una forma integrada, y no disgregada y desconectada , como pasa en la actualidad.

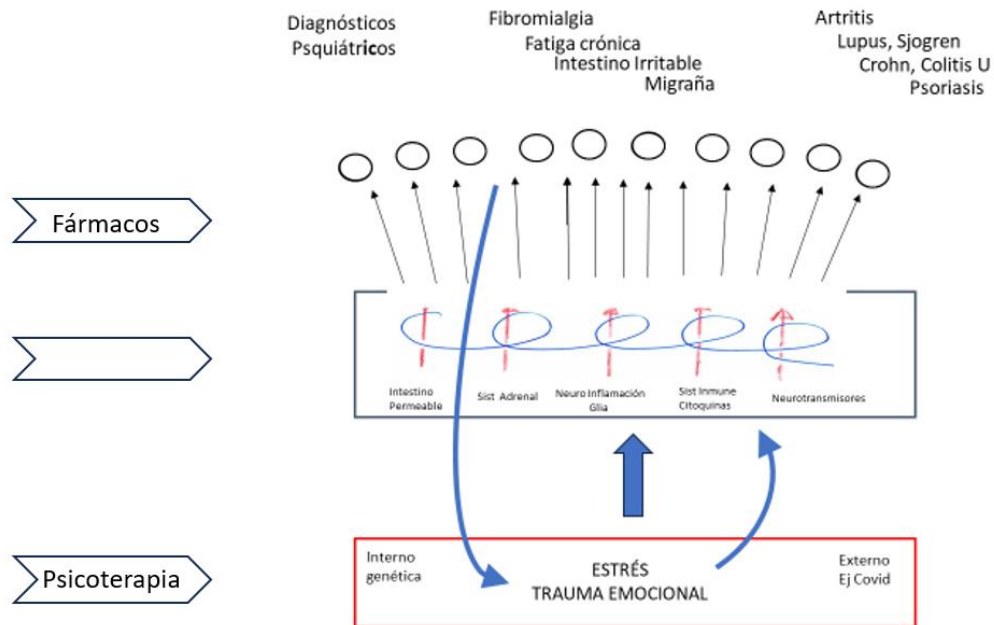


Figura 2. Diferentes niveles de intervención para tratar la fibromialgia, la fatiga crónica y la autoinmunidad

Conclusión

Voy aprendiendo que la causa del enfermar es la vida del paciente, lo emocional y lo somático imbricados, siendo en muchos casos lo emocional, el trauma, lo primero. De esta base mediante varios mecanismos fisiopatológicos en los que interviene el intestino permeable, las alteraciones del eje hipotálamo hipofisario, los neurotransmisores, los linfocitos, la glia, la neuroinflamación, las citoquinas, se producen manifestaciones que depende quien las vea son clasificadas en categorías como el listado de diagnósticos psiquiátricos o el listado de clasificación de enfermedades autoinmunes. El mismo paciente puede y suele tener varios diagnósticos psiquiátricos y varias enfermedades autoinmunes. El paciente acaba fragmentado con varias enfermedades que son tratadas por diferentes especialistas, recibe múltiples medicamentos y sigue sufriendo. Demasiadas veces he visto al paciente que es tratado con antidepresivos, antiepilépticos, antipsicóticos, corticoides, inmunosupresores, y analgésicos, y sigue sufriendo. Parece que los médicos no entienden que la pregunta no es ¿Qué le doy?

Algo estamos haciendo mal. Me sumo a los que quieren caminar hacia un entendimiento y tratamiento integrador.

Bibliografía.

- 1 Yavne Y, Amital D, Watad A, Tiosano S, Amital H. A systematic review of precipitating physical and psychological traumatic events in the development of fibromyalgia. *Semin Arthritis Rheum.* 2018 Aug;48(1):121-133.
2. Gardoki-Souto I, Redolar-Ripoll D, Fontana M, Hogg B, Castro MJ, Blanch JM, Ojeda F, Solanes A, Radua J, Valiente-Gómez A, Cirici R, Pérez V, Amann BL, Moreno-Alcázar A. Prevalence and Characterization of Psychological Trauma in Patients with Fibromyalgia: A Cross-Sectional Study. *Pain Res Manag.* 2022 Nov 30;2022:2114451.
3. Isasi C, Colmenero I, Casco F, Tejerina E, Fernandez N, Serrano-Vela JI, Castro MJ, Villa LF. Fibromyalgia and non-celiac gluten sensitivity: a description with remission of fibromyalgia. *Rheumatol Int.* 2014 Nov;34(11):1607-12
4. Isasi Zaragoza C. Chronic fatigue syndrome and non-celiac gluten sensitivity. Association or cause?. *Reumatol Clin.* 2015 May-Jun;11(3):184.
5. Isasi C, Tejerina E, Fernandez-Puga N, Serrano-Vela JI. Fibromyalgia and chronic fatigue syndrome caused by non-celiac gluten sensitivity. *Reumatol Clin.* 2015 Jan-Feb;11(1):56-7. doi: 10.1016/j.reuma.2014.06.005. Epub 2014 Jul 19. PubMed PMID: 25047419.
6. Losurdo G, Principi M, Iannone A, Amoruso A, Ierardi E, Di Leo A, Barone M. Extra-intestinal manifestations of non-celiac gluten sensitivity: An expanding paradigm. *World J Gastroenterol.* 2018 Apr 14;24(14):1521-1530.
7. Lebowitz B, Ludvigsson JF, Green PH. Celiac disease and non-celiac gluten sensitivity. *BMJ.* 2015 Oct 5;351:h4347
8. Taraghikhah N, Ashtari S, Asri N, Shahbazkhani B, Al-Dulaimi D, Rostami-Nejad M, Rezaei-Tavirani M, Razzaghi MR, Zali MR. An updated overview of spectrum of gluten-related disorders: clinical and diagnostic aspects. *BMC Gastroenterol.* 2020 Aug 6;20(1):258
9. Camilleri M. Leaky gut: mechanisms, measurement and clinical implications in humans. *Gut.* 2019 Aug;68(8):1516-1526.
10. Kinashi Y, Hase K. Partners in Leaky Gut Syndrome: Intestinal Dysbiosis and Autoimmunity. *Front Immunol.* 2021 Apr 22;12:673708.
11. Marano G, Mazza M, Lisci FM, Ciliberto M, Traversi G, Kotzalidis GD, De Berardis D, Laterza L, Sani G, Gasbarrini A, Gaetani E. The Microbiota-Gut-Brain Axis: Psychoneuroimmunological Insights. *Nutrients.* 2023 Mar 20;15(6):1496.
12. Agirman G, Yu KB, Hsiao EY. Signaling inflammation across the gut-brain axis. *Science.* 2021 Nov 26;374(6571):1087-1092.
13. Socała K, Doboszewska U, Szopa A, Serefko A, Włodarczyk M, Zielińska A, Poleszak E, Fichna J, Wlaź P. The role of microbiota-gut-brain axis in neuropsychiatric and neurological disorders. *Pharmacol Res.* 2021 Oct;172:105840.

14. Ilchmann-Diounou H, Menard S. Psychological Stress, Intestinal Barrier Dysfunctions, and Autoimmune Disorders: An Overview. *Front Immunol*. 2020 Aug 25;11:1823.
15. McCray CJ, Agarwal SK. Stress and autoimmunity. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2011 Feb;31(1):1-18.
16. Stojanovich L. Stress and autoimmunity. *Autoimmun Rev*. 2010 Mar;9(5):A271-6.
17. Slim M, Rico-Villademoros F, Calandre EP. Psychiatric Comorbidity in Children and Adults with Gluten-Related Disorders: A Narrative Review. *Nutrients*. 2018 Jul 6;10(7):875.
18. Jackson JR, Eaton WW, Cascella NG, Fasano A, Kelly DL. Neurologic and psychiatric manifestations of celiac disease and gluten sensitivity. *Psychiatr Q*. 2012 Mar;83(1):91-102.
19. Cossu G, Carta MG, Contu F, Mela Q, Demelia L, Elli L, Dell'Osso B. Coeliac disease and psychiatric comorbidity: epidemiology, pathophysiological mechanisms, quality-of-life, and gluten-free diet effects. *Int Rev Psychiatry*. 2017 Oct;29(5):489-503.
20. H.K. Delichatsios and Others. CASE RECORDS OF THE MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL Case 14-2016 — A 37-Year-Old Woman with Adult-Onset Psychosis. *N Engl J Med* 2016; 374:1875-1883
21. Isasi C, Tejerina E, Morán LM. Non-celiac gluten sensitivity and rheumatic diseases. *Reumatol Clin*. 2016 Jan-Feb;12(1):4-10. doi: 10.1016/j.reuma.2015.03.001. Epub 2015 May 5. Review. PubMed PMID: 25956352.
22. Isasi C, Colmenero I, Casco F, Tejerina E, Fernandez-Puga N. Non-Coeliac Gluten Sensitivity and Autoimmunity: A Case Report *EJCRIM*2014;1:doi: 10.12890/2014
23. Isasi C, Stadnitsky A, Casco F, Tejerina E, Royuela A, Esteban B, Puga NF. Non-celiac gluten sensitivity and chronic refractory low back pain with spondyloarthritis features. *Med Hypotheses*. 2020 Feb 28;140:109646.
24. Lerner A, Freire de Carvalho J, Kotrova A, Shoenfeld Y. Gluten-free diet can ameliorate the symptoms of non-celiac autoimmune diseases. *Nutr Rev*. 2022 Feb 10;80(3):525-543
25. Katrinli S, Oliveira NCS, Felger JC, Michopoulos V, Smith AK. The role of the immune system in posttraumatic stress disorder. *Transl Psychiatry*. 2022 Aug 4;12(1):313. doi: 10.1038/s41398-022-02094-7.
26. Salihoğlu S, Doğan SC, Kavakçı Ö. Effects of childhood psychological trauma on rheumatic diseases. *Eur J Rheumatol*. 2018 Jul 1;6(3):126-129
27. Corsetti MT, Rossi E, Bonvino S, Randazzo P. Psychological distress and quality of life are improved in autoimmune patients through Tandem-Psychotherapy, combining individual hypnosis and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for trauma, followed by supportive-expressive group therapy. *Clin Rheumatol*. 2020 Apr;39(4):1331-1339.