



## Clínica cotidiana

# COVID-19 persistente en una mujer con fibromialgia previa: diferencias clínicas

Èlia Domènech Marsal<sup>a</sup>, María Asunción Gracia Aznar<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>b</sup>Centro de Salud de Fuentes de Ebro. Zaragoza.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 5 de abril de 2021

Aceptado el 9 de abril de 2021

On-line el 6 de mayo de 2021

#### Palabras clave:

Long COVID

COVID-19 persistente

Fibromialgia

### R E S U M E N

Se expone el caso de una mujer diagnosticada de fibromialgia hace 4 años, con clínica habitual de mialgias, síndrome de piernas inquietas, insomnio y problemas gastrointestinales, que tenía una calidad de vida laboral, personal y social satisfactoria, con recaídas manejables con ejercicios y fisioterapia, y que no precisaba tratamiento farmacológico al respecto.

Hace un año padeció infección por SARS-COV-2, con cuadro clínico leve-moderado que requirió ingreso durante 4 días por neumonía bilateral sin precisar oxigenoterapia. Durante los meses posteriores presentó persistencia de la sintomatología aguda como disnea, fatiga, cefalea, parestesias, fiebre, dolor precordial, ageusia y anosmia. Apareció clínica neurológica, con dificultad de atención, memoria, planificación y empeoramiento de la clínica previa de fibromialgia.

A pesar de que hay autores que clasifican la sintomatología de los pacientes con covid-19 persistente como pacientes con secuelas, o los agrupan bajo los síndromes de sensibilización central (fibromialgia, fatiga crónica...), ejemplos como este muestran diferencias claras en su evolución, sintomatología y características clínicas.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Persistent COVID-19 in a woman with previous fibromyalgia: clinical differences

#### A B S T R A C T

The case of a woman diagnosed with fibromyalgia 4 years ago with habitual symptoms of myalgia, restless legs syndrome, insomnia and gastrointestinal problems is presented, who had a satisfactory quality of work, personal, and social life with relapses manageable with exercises and physiotherapy and who he did not require pharmacological treatment in this regard.

One year ago, he suffered from a SARS-COV-2 infection with a mild-moderate clinical picture that required hospitalization for 4 days due to bilateral pneumonia without requiring oxygen therapy. The following months present persistence of acute symptoms such as dyspnea, fatigue, headache, paresthesia, fever, chest pain, ageusia and anosmia. She suffered

#### Keywords:

Long COVID

Persistent COVID-19

Fibromyalgia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [asun@semg.es](mailto:asun@semg.es) (M.A. Gracia Aznar).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.023>

2254-5506 / © 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

neurological symptoms with difficulty in attention, memory, planning and worsening of the previous fibromyalgia symptoms.

Although there are current voices that classify the symptoms of patients with persistent covid-19 as people with sequelae or group them under central sensitization syndromes (fibromyalgia, chronic fatigue...), examples like this show clear differences in their evolution, symptoms and characteristics clinics.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
Published by Ergon Creación, S.A

Mujer de 49 años de edad, de raza blanca, sin hábitos tóxicos ni alergias conocidas. Exfumadora desde hace 14 años. Como antecedentes médico-quirúrgicos destacan una tiroiditis autoinmune post-parto desde hace 11 años, en tratamiento sustitutivo hormonal; dos hernias discales L4-L5 y L5-S1 con estenosis de canal desde hace 21 años; enfermedad por reflujo gastroesofágico; esófago de Barret con funduplicatura de Nissen realizada hace 5 años; colon irritable; trastorno adaptativo ansioso-depresivo y fibromialgia, diagnosticados hace 5 años, con clínica habitual de mialgias, síndrome de piernas inquietas, insomnio y problemas gastrointestinales. Hasta la fecha sigue tratamiento con vitamina C y levotiroxina (75 mg/día).

Hace un año tuvo contacto repetido con pacientes positivos por SARS-COV-2 debido a su puesto de trabajo. Debutó con clínica sugestiva de infección por SARS-COV-2: fiebre alta (temperatura por encima de 39 °C), disnea, astenia, tos, odinofagia, mialgias y artralgias de predominio en las extremidades inferiores, cefalea, anosmia, ageusia, parestesias en la región facial correspondiente al territorio del trigémino, insomnio, anorexia, náuseas y diarreas.

A los 4 días del inicio de la clínica fue valorada en el Servicio de Urgencias, donde se confirmó infección por SARS-CoV-2 mediante PCR y se descartaron complicaciones agudas. En ese momento se inició tratamiento con hidroxiquina y azitromicina.

Ante la persistencia de fiebre (hasta 40 °C) y el empeoramiento de la clínica, con desaturaciones hasta cifras de 90 %, fue valorada en el Servicio de Urgencias en 3 ocasiones más.

El decimoprimer día de síntomas, ante la presencia de dolor de características pleuríticas y un cuadro sincopal, fue ingresada con diagnóstico de neumonía bilateral por SARS-CoV-2 sin criterios de gravedad.

En la analítica destacaba únicamente linfopenia (1.200), fibrinógeno 408 mg/dl, LDH 512 U/L, ferritina 334 ng/ml, proteína C reactiva 36,15 mg/L y dímero D 400 mg/ml.

En la radiografía de tórax aparecieron infiltrados periféricos bilaterales.

Durante el ingreso tuvo evolución favorable y no precisó oxigenoterapia.

Se inició tratamiento con metilprednisolona endovenosa y enoxaparina subcutánea.

Tras el alta hospitalaria persistía el cuadro abigarrado de sintomatología previa. Destacaba sobre todo la febrícula (37,8-37,9 °C), la disnea, la cefalea, la anosmia, la ageusia y la astenia extrema, que se prolongaron durante los meses siguientes.

Esto obligó a disminuir el tratamiento con corticoides de una forma paulatina durante un mes; aun así, persistió la febrícula durante todo un mes.

Se realizó PCR y serología en un laboratorio privado. La primera fue negativa; la IgM 1,45 UA/ml y la IgG 7,35 UA/ml. Durante este tiempo se llevaron a cabo exploraciones complementarias por parte de Neumología:

- Radiografía de tórax normal.
- TAC de tórax: áreas parcheadas de atenuación en *vidrio deslustrado*, de disposición periférica en ambos lóbulos inferiores por neumonía secundaria a COVID-19.
- Pruebas de función respiratoria con espirometría: FVC 4,020 (116 %), FEV1 3,140 (106 %), FEV1/FVC 78 % (normales); test de difusión: DLCOc 74,8 %, DLCOc/VA 74,1 % (alteración en la difusión).
- Inmunidad celular por técnica ELISPOT: linfocitos T productores de IFN-gamma en respuesta a péptidos de glicoproteína S1, nucleocápside y membrana del virus.

Paralelamente fue valorada en las consultas de psicología mediante seguimiento mensual hasta la actualidad. Se la diagnóstica de reacción de adaptación con buen afrontamiento y desarrollo de recursos personales.

Tras casi 4 meses de Incapacidad Temporal, y a la vista de la mejoría discreta que presentaba, se incorporó a su puesto de trabajo. En ese momento, percibía síntomas neurológicos que no había notado previamente: déficit de atención, problemas de memoria y dificultad para la comprensión lectora; además persistía la clínica previa de disnea de moderados esfuerzos, cefaleas, mialgias, artralgias, anosmia, ageusia, cansancio extremo, parestesias en la región facial correspondiente al territorio del trigémino, parestesias en las extremidades inferiores, insomnio y diarrea.

Tras mes y medio de trabajo, volvió a tener contacto activo con pacientes con COVID-19. Su disnea empeoró significativamente, lo que le obligó a solicitar nueva Incapacidad Temporal, en esta ocasión con PCR negativa.

En ese momento, se repitió el estudio de la disnea:

- TAC pulmonar normal (resolución completa de la afectación de *vidrio deslustrado*).
- Test de marcha: saturación basal 99 %; desaturación de 4 puntos en 465 m.
- Espirometría y test de difusión sin cambios (DLCOc 74,8 %, DLCOc/VA 74 % (alteración en la difusión)).

En el momento actual, tras 10 meses de la infección, la paciente continúa con la persistencia de síntomas. Estos cursan como brotes con exacerbación importante de su sintomatología previa por fibromialgia (mialgias, síndrome de piernas inquietas, insomnio, problemas gastrointestinales) con una intensidad mucho mayor que la que tenía antes de sufrir la COVID-19 y aparición/modificación de síntomas nuevos que no tenía previamente (disnea de moderados esfuerzos, incapacidad para hablar y caminar al mismo tiempo por sensación disneica, dolor opresivo precordial, cefaleas occipitales, pérdida de memoria, incapacidad para la concentración, disgeusia, cacosmia, parestesias faciales y en las extremidades, frialdad acra, atragantamientos y sensación de cuerpo extraño en la garganta, prurito generalizado, cansancio extremo, dolor ocular, sangrado frecuente de las encías, cistitis de repetición, ardor en el pecho, náuseas, mareos vespertinos diarios y tres episodios presincoales).

En estos últimos meses ha sido valorada por varios especialistas y se le han realizado distintas exploraciones complementarias:

- Anticuerpos antiperoxidasa 109 IU/ml; anticuerpos anti-roglobulina 251 IU/ml; C3 81,2 mg/dl, C4: 10,5 mg/dl.
- RMN cerebral (hace cuatro meses): estudio con hallazgos dentro de límites normales; estructuras de fosa posterior de características normales; en la zona supratentorial se evidencia una adecuada diferenciación sustancia gris-sustancia blanca, sin alteraciones de señal ni asimetrías significativas en el parénquima cerebral ni en el espacio extraaxial; no se visualizan alteraciones en la región de los ganglios basales; línea media centrada; sistema ventricular de características normales; cisternas de la base permeables; no se visualizan alteraciones en el estudio de difusión; correcta aireación de los senos paranasales.
- Ergometría (hace 4 meses): duración 9 min; METS 10,5; clínica y eléctricamente negativa; suspensión por disnea.
- Ecografía tiroidea (hace cuatro meses): tiroiditis linfocitaria sin nódulos sólidos ni quísticos visualizados.
- Espirometría (hace dos meses): FVC 4,16 (124,5 %), FEV1 3,18 (111,1 %), FEV1/FVC 76,58 % (normal).
- Test de difusión: DLCOc 74,3 %, DLCOc/VA 74,9 % (persiste la alteración en la difusión).

Tras reclamación en la Inspección Sanitaria de zona, se logra la recodificación de la causa de la Incapacidad Temporal a COVID-19, con carácter retroactivo y acumulación a baja previa.

En la actualidad la paciente sigue tratamiento con levotiroxina 150, flunarizina 2,5 mg/día, vitamina C, lormetazepam 1 mg y melatonina 400 mg, ambos por la noche.

## Comentario

La persistencia de síntomas después de la infección por SARS-CoV-2 es una realidad reconocida por la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> en septiembre de 2020 y por el Ministerio de Sanidad<sup>2</sup> en enero de 2021.

A pesar de los reconocimientos oficiales de la COVID-19 persistente, actualmente nos encontramos ante un gran desconocimiento de la fisiopatología, los factores de riesgo, el pronóstico y la evolución de dicha entidad.

Recientemente la publicación de diferentes estudios nos ha ayudado a caracterizar la clínica de los pacientes. Todos ellos son superponibles y constatan que la persistencia de síntomas no tiene una relación con la gravedad de la infección aguda<sup>3-5</sup>. Los síntomas mayoritarios descritos son similares a los de la paciente de nuestro caso: disnea, dolor precordial, cefalea, alteraciones cognitivas, fatiga, parestesias...

Algunos de los síntomas descritos, la edad de presentación de manera mayoritaria y que afecta, por lo que conocemos hasta ahora, más a las mujeres, lleva a pensar a determinados sectores profesionales que se trata de un síndrome de sensibilidad central. Actualmente bajo este síndrome se engloban la fatiga crónica, la fibromialgia y otros.

Es cierto que muchos de los síntomas son comunes, pero el abanico de signos y síntomas de la COVID-19 persistente es aún más amplio: anosmia, ageusia, hipoacusia, miocarditis, pericarditis, disnea, debut diabético... En el caso presentado se muestra una paciente diagnosticada de fibromialgia, previamente con una calidad de vida correcta, que tras la infección por SARS-CoV-2 desarrolló un cuadro de COVID-19 persistente: reagudización de su patología de base y aparición de nueva sintomatología, que le han impedido retomar su vida previa. La sintomatología es común a la de otros pacientes con COVID-19 persistente.

A pesar de las muchas teorías para entender la fatiga crónica y la fibromialgia, todavía no hay ninguna definitiva y se trata de un campo ninguneado en ocasiones y que necesita todavía de mucha investigación.

Todo ello nos lleva a diferentes reflexiones y dudas no resueltas. Ante una nueva entidad, con cifras absolutas de afectados elevadas, y cuyo mecanismo de acción desconocemos, parece muy atrevido y poco preciso encasillarla junto a patologías existentes sin demostrar su origen común y en muchas ocasiones sin descartar otras posibilidades: persistencia del virus<sup>6</sup>, lesiones tisulares no estudiadas (musculares, endoteliales, alteraciones del nervio vago...). Ello supone un elevado riesgo de convertirse en un cajón de sastre, olvidado por los profesionales clínicos y la investigación, pero no por los pacientes, que día a día tienen que convivir con esta nueva realidad tan incapacitante.

Por ello creemos que esta nueva situación tiene que servir para estudiar e investigar mejor todos estos mecanismos; quién sabe si, con los resultados obtenidos, se podrán beneficiar de un mayor conocimiento y abordaje todas las patologías poco entendidas, reconocidas y en ocasiones olvidadas, como la fibromialgia y la fatiga crónica.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. WHO coronavirus disease (covid-19). What we know about Long-term effects of COVID-19. [Internet] WHO Coronavirus Update 36. September 2020. [citado el 15.02.2021] Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update-36-long-term-symptoms.pdf?sfvrsn=5d3789a6\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update-36-long-term-symptoms.pdf?sfvrsn=5d3789a6_2)
2. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. [Inter-

- net] 15.01.2021 [citado 15.02.2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
3. Salmon-Ceron D, Slama D, Broucker TD, Karmochkine, M, Pavie, J, Sorbets, E, et al. Clinical, virological and imaging profile in patients with prolonged forms of COVID-19: A cross-sectional study. *J Infect.* 2021; 82: e1-e4.
  4. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio, A, et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv.* 2021 [En prensa]. doi: 10.1101/2021.01.27.21250617.
  5. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Re'em Y, et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *medRxiv.* 2020. doi: 10.1101/2020.12.24.20248802.
  6. Gaebler C, Wang Z, Lorenci JCC, Muecksch F, Finkin S, Tokuyama M, et al. Evolution of Antibody Immunity to SARS-CoV-2. 2021; 591: 639-44.