

Actualización: Síndrome de fatiga crónica

Chronic fatigue syndrome

Mariana Di Rosso*, Plinio Gaglio*

Resumen

El síndrome de fatiga crónica es un trastorno frecuente caracterizado por fatiga persistente y debilitante, que no mejora con el descanso, de al menos seis meses de duración y que, generalmente se acompaña de otros síntomas. Su etiología es desconocida y su diagnóstico requiere la exclusión de otras patologías. El tratamiento no está firmemente establecido; según la evidencia actual las psicoterapias conductuales y las terapias físicas con ejercicios graduados son los tratamientos que aportarían más beneficiosos, resultando importante considerar el manejo individualizado y sintomático.

Abstract

Chronic Fatigue Syndrome is a common disorder characterized by persistent and debilitating fatigue that does not improve with rest, at least six months' duration, usually accompanied by other symptoms. Its etiology is unknown and its diagnosis requires the exclusion of other pathologies. The treatment is not firmly established, according to the current evidence behavioral psychotherapies and graduate exercise's physical therapies are contributing more beneficial treatments. It is important to consider a symptomatic and individualized management.

Palabras clave: síndrome de fatiga crónica, diagnóstico, tratamiento. **Key words:** chronic fatigue syndrome.

Di Rosso M, Gaglio P. Síndrome de fatiga crónica. Evid. actual. práct. ambul; 11(1): 23-25, Ene-Feb.2008.

Introducción

La fatiga es un síntoma frecuente, con prevalencias de hasta un 50% en encuestas realizadas en la población general y de hasta un 20% en pacientes que acuden a la consulta médica¹. Habitualmente la fatiga es transitoria, autolimitada y puede ser explicada por alguna causa. Sin embargo existe una minoría de pacientes que presenta una fatiga persistente y debilitante. Algunos pacientes cuya fatiga no pueda ser explicada por una condición médica definida, como anemia, hipotiroidismo o depresión serán catalogados como portadores de un síndrome de fatiga crónica (SFC).

Epidemiología

La prevalencia de SFC en adultos de la población general oscila entre 0,007 y 2,8%, siendo cuatro veces más frecuente en mujeres que en varones¹. El SFC también ocurre en niños y adolescentes, aparentemente con una prevalencia menor. En EEUU se estima que las familias en las que un miembro está afectado por el SFC se pierden aproximadamente 20.000 dólares por año en concepto de salarios y ganancias². Uno de cada cinco pacientes con SFC estaría diagnosticado².

Presentación clínica y pronóstico

Los pacientes afectados suelen referir un excelente estado físico previo al inicio de la enfermedad. El comienzo de la fatiga es generalmente abrupto y suele suceder a un cuadro previo de tipo gripal. Característicamente, la fatiga no mejora con el descanso, puede empeorar con la actividad física o mental, y suele acompañarse de síntomas como: problemas de concentración, sensación de que el sueño no es reparador, mialgias, artralgias, cefalea, dolor en los ganglios axilares o cervicales, odinofagia recurrente, anorexia, náuseas, sudoración nocturna, mareos e intolerancia al alcohol o medicación que afecte el sistema nervioso central. El curso clínico y la severidad de los síntomas varían considerablemente entre los diferentes pacientes. En general existe un patrón intermitente de remisiones y recaídas. La enfermedad se caracteriza por una dramática disminución del nivel de actividad del individuo afectado, ocasionando un importante deterioro funcional y social, que puede ser tan incapacitante como el de otras enfermedades sistémicas crónicas (ej. esclerosis múltiple, lupus eritematoso, artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.).

Estudios longitudinales de duraciones variables³ muestran que, si bien, el 17 al 64% de los pacientes con SFC mejoran, menos del 10% se recuperan totalmente, y un 10 a un 20% empeoran a lo largo del seguimiento. Cabe aclarar que la mayoría de estos estudios fueron realizados en pacientes que habían sido derivados a centros de referencia, pero la evolución de los pacientes en el ámbito de la atención primaria no pareciera ser mucho mejor.

Los niños y adolescentes tendrían mejor evolución¹ pero la edad avanzada, la duración de la enfermedad, la severidad de la fatiga, las comorbilidades psiquiátricas y la percepción del paciente de que su SFC es secundario a problemas "orgánicos", tienden a ser factores de peor pronóstico. Además, la pérdida de la independencia y la seguridad económica, la alteración de las relaciones familiares y sociales, los sentimientos de culpa, aislamiento y abandono y la disminución de la actividad sexual entre otros, suelen ser factores pronósticos negativos que hacen más complejo el tratamiento. Independientemente del pronóstico a largo plazo, el SFC no conlleva a fallo de órgano ni muerte.

Etiología

La etiología del SFC no es clara. Varias teorías han sido propuestas, habiéndose investigado causas infectológicas, inmunológicas, neuroendócrinas, psiquiátricas y relacionadas al sueño; sin embargo no ha surgido una causa que la explique¹. Es posible que el SFC sea un síndrome heterogéneo con diferentes anomalías fisiopatológicas que se manifiestan con síntomas similares. Probablemente, algunos elementos podrían predisponer a un individuo al desarrollo del SFC, otros a precipitar la enfermedad y otros a perpetuarla.

Los pacientes con SFC tienen tasa altas de depresión mayor, por lo cual se consideró al SFC como una manifestación atípica de depresión mayor. Sin embargo, la depresión podría ser el resultado de la superposición de síntomas, una respuesta emocional a la incapacidad que vive el paciente o incluso cambios alteraciones en la fisiología cerebral consecutiva a cambios inmunes o virales. Varias líneas de investigación han sugerido que el SFC y la depresión son dos entidades distintas por las siguientes razones: 1) mientras varios síntomas del SFC son compartidos con la depresión, otros -como odinofagia, adenopatías, artralgias, fatiga posterior al ejercicio- no son típicos de las alteraciones psiquiátricas; 2) los pacientes con SFC

* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires. plinio.gaglio@hospitalitaliano.org.ar ; mariana.dirosso@hospitalitaliano.org.ar

no presentan los clásicos síntomas de depresión de anhedonia, sentimientos culpa y falta de motivación; 3) las anomalías típicas del sueño de la depresión mayor no están usualmente presentes en los pacientes con SFC; 4) dosis terapéuticas de antidepressivos no han sido abrumadoramente efectivas para el tratamiento de síntomas del SFC; 5) muchos pacientes con SFC nunca presentan evidencia de depresión mayor en algún momento de sus vidas; 6) aunque haya evidencia de asociación entre depresión mayor y SFC no necesariamente se demuestra una relación temporal, pudiendo los síntomas depresivos preceder u ocurrir en respuesta a la enfermedad, siendo además la ansiedad y la depresión, respuestas emocionales frecuentes a enfermedades médicas¹.

Diagnóstico

El diagnóstico del SFC constituye todo un desafío por varios motivos: no existen marcadores biológicos, pruebas de laboratorio o signos y síntomas específicos de esta entidad; por otro lado, muchas personas con SFC no lucen enfermas pese a su profunda discapacidad⁵.

Podría considerarse el diagnóstico de SFC en todo paciente que presente los siguientes criterios:

- Fatiga persistente de más de seis meses de duración, inexplicable -no debida a otra entidad establecida-, de comienzo reciente (no de toda la vida); y que resulte en una disminución sustancial de los niveles de actividad -es característica la fatiga o malestar posterior al esfuerzo.
- Uno o más de los siguientes síntomas asociados: dificultad para dormir, migrañas, poliartalgias, cefalea, dolor en los ganglios sin aumento del tamaño de los mismos, odinofagia recurrente, alteraciones cognitivas (dificultad para pensar o concentrarse, disminución de la memoria a corto plazo, dificultad para encontrar palabras, planear y organizar pensamientos) mareos, náuseas, palpitaciones, síntomas tipo gripales⁶.

Evaluación clínica

Para establecer el diagnóstico de SFC, ante un paciente que reúna los criterios previamente descritos, deberán descartarse otras enfermedades, recordando que el diagnóstico de SFC se realiza por exclusión de otras entidades.

La evaluación clínica debe incluir una anamnesis que incluya la investigación de los factores que exacerban o mejoran los síntomas, la presencia de trastornos del sueño, el uso de medicaciones y el contexto psicosocial; y un examen físico completo, prestando especial atención a signos o síntomas que alerten sobre alguna otra entidad clínica subyacente. Ver cuadro 1.

Cuadro 1: diagnósticos diferenciales del síndrome de fatiga crónica.

- Trastornos psiquiátricos: depresión mayor, trastorno bipolar, trastornos de la alimentación, ansiedad generalizada.
- Hipotiroidismo.
- Trastornos del sueño: apnea del sueño, narcolepsia.
- Fibromialgia
- Obesidad mórbida
- Enfermedad de Lyme
- Esclerosis múltiple
- Efectos adversos de algunos medicamentos
- Enfermedades infecciosas que generan síndromes mononucleosiformes.

Entre los estudios complementarios básicos a incorporar en la sistemática de evaluación se sugieren: orina completa, hemograma, glucemia, velocidad de la eritrosedimentación, proteína C reactiva, ionograma, calcemia, creatinfosfoquinasa, pruebas de función renal, hepática y tiroidea, serología para enfermedad celíaca y ferritina (solo en jóvenes y niños). Según el cuadro clínico del paciente y la epidemiología local, podrán solicitarse otros estudios para descartar otras patologías.

No se recomienda solicitar dosajes de vitamina B12 o de ácido fólico, a menos que el hemograma revele macrocitosis. Tampoco se recomienda solicitar pruebas serológicas, a menos que existan antecedentes infectológicos relevantes -de ser así, considerar pruebas para infecciones bacterianas o virales crónicas como la del virus de la inmunodeficiencia adquirida ó hepatitis B y C, infecciones virales agudas como mononucleosis, e infecciones latentes como toxoplasmosis, Epstein-Barr o citomegalovirus⁶.

Se han descrito algunos signos de alarma o "banderas rojas" a ser tenidas en cuenta en la evaluación de todo paciente con sospecha de SFC que se describen en el cuadro y que deben hacer pensar en otras etiologías. Ver cuadro 2.

Cuadro 2: signos de alarma que disminuyen la probabilidad de que el paciente esté cursando un síndrome de fatiga crónica y deben alertar hacia la presencia de otra patología.

- Alteraciones del examen neurológico. Artritis inflamatoria o manifestaciones de enfermedades del tejido conectivo.
- Alteraciones del examen cardiorrespiratorio.
- Pérdida significativa de peso.
- Sospecha de apneas del sueño.
- Adenomegalias.

La fatiga posterior al ejercicio, las alteraciones cognitivas, los trastornos del sueño y el dolor crónico representan síntomas frecuentemente asociados, por lo que su ausencia debe hacer reconsiderar el diagnóstico de SFC.

Manejo y tratamiento

Teniendo en cuenta que no existe una cura conocida, el tratamiento de los pacientes con SFC se basa en tres pilares: Ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias para enfrentar y convivir con una enfermedad que altera de forma manifiesta la calidad de vida; aliviar los síntomas; y ayudar a los pacientes a adecuar la actividad física a niveles que no produzcan malestar y/o disminución de su rendimiento luego de un esfuerzo.

Existe escasa evidencia que sugiere que mientras más temprano se inicie el tratamiento, mejores son las probabilidades de recuperación², siendo importante considerar un manejo individualizado y sintomático.

Se han evaluado tratamientos con sustancias inmunológicas, productos farmacológicos, suplementos nutricionales, terapias físicas y estrategias multidimensionales (ej. terapias conductuales) y exceptuando a éstas dos últimas, los resultados fueron negativos o indeterminados⁷. Varios trabajos aleatorizados evaluaron cursos breves de terapias conductuales^{8,9} y mostraron beneficios sostenidos durante hasta cinco años¹⁰ en términos de "mejoría de la funcionalidad"; mientras que las estrategias de educación acerca de las ventajas de la práctica de ejercicio¹¹ y las de ejercicio supervisado¹² fueron efectivas en incrementar el nivel de actividad física en los pacientes con

SFC y en su percepción de bienestar, desde los tres meses de iniciada la práctica de ejercicio y manteniéndose este beneficio hasta un año.

En líneas generales consideramos importante que el médico de cabecera trabaje con sus pacientes para ayudarlos a reconocer la realidad y el impacto de los síntomas, brindando información sobre las posibles causas, el curso de la enfermedad y estrategias de manejo, con un abordaje interdisciplinario. Se recomienda asimismo convocar a los cuidadores y familiares del individuo afectado, tratando de establecer relaciones de apoyo y colaboración; así como asesorar a los pacientes para que mantengan una dieta balanceada. Tanto los suplementos dietarios (incluyendo vitaminas y minerales) como las terapias complementarias -como las terapias con hierbas o curaciones con energía- no están recomendadas, dada la insuficiente evidencia acerca de sus beneficios¹. Sin embargo, algunos

pacientes pueden querer probarlos para el manejo de sus síntomas o como estrategia de auto ayuda. Tampoco se recomienda el tratamiento farmacológico con antidepresivos -si el paciente no cumple criterios de depresión-, corticoides u hormonas tiroideas -si el paciente está eutiroideo- ya que la evidencia sobre su beneficio es controvertida⁶.

Según la evidencia actual, las psicoterapias conductuales realizadas por profesionales entrenados y con experiencia, y las terapias físicas con ejercicios graduados son los tratamientos que aportarían mayores beneficios a los pacientes con SFC¹. Con respecto a estos últimos, recomendamos a los pacientes realizar actividad física aeróbica con aumentos graduales de intensidad, tratando de sostener la misma -aunque sea en un nivel menor- durante los episodios de recaídas de los síntomas. También se recomienda ofrecer información sobre estrategias de autoayuda, grupos de apoyo para pacientes, familia y cuidadores.

Recibido el 12/01/08 y aceptado el 13/02/08.

Bibliografía

1. Afari N, et al. Chronic fatigue syndrome: A review. *Am J Psychiatry* 2003; 160:221-236.
2. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en URL: www.cdc.gov/cfs (último acceso 07/02/08).
3. Gluckman S. Clinical features and diagnosis of chronic fatigue syndrome. In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2007.
4. Baker R, et al. Diagnosis and management of chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis: summary of NICE guidance. *BMJ* 2007; 335:446-448.
5. Baker R, et al. Diagnosis and management of chronic fatigue syndrome or myalgic encephalomyelitis: summary of NICE guidance. *BMJ* 2007; 335:446-448.
6. Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis, diagnosis and management of CFS/ME in adults and children, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) August 2007.
7. Gluckman S. Treatment of chronic fatigue syndrome. In: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2007.
8. Sharpe, M, et al. Cognitive behaviour therapy for the chronic fatigue syndrome: A randomised controlled trial. *BMJ* 1996; 312:22.
9. Deale, A, et al. Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1997; 154:408.
10. Deale, A, et al. Long-term outcome of cognitive behavior therapy versus relaxation therapy for chronic fatigue syndrome: A 5-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2001; 158:2038.
11. Fulcher, K, et al. Strength and physiological response to exercise in patients with chronic fatigue syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000; 69:302.
12. Fulcher, K, et al. Randomised controlled trial of graded exercise in patients with the chronic fatigue syndrome. *BMJ* 1997; 314:1647.

Noticiero Epidemiológico: Brote de fiebre amarilla

Ministerio de Salud de la Nación de Argentina

Es una enfermedad infecciosa aguda viral que puede progresar hacia insuficiencia hepatorenal y sangrados digestivos. En las zonas urbanas el reservorio son los humanos y en la selvática, los monos. Se transmite por la picadura del mosquito *Aedes Aegypti* y el período de incubación es de tres a cinco días.

Ante toda persona procedente o residente de la zona de transmisión con fiebre de inicio agudo acompañado de mialgias y cefalea o fiebre seguido por ictericia (caso sospechoso) se recomienda completar la primera parte de la ficha de investigación epidemiológica; notificar inmediatamente a la dirección de epidemiología provincial para que se realicen acciones de control e investigación epidemiológica; y remitir una muestra de suero al Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas de Pergamino a través de la red de laboratorio de la provincia. Si el caso sospechoso transitó durante su período virémico -uno a dos días antes y tres a cinco días después del inicio de la fiebre- por zonas donde hay *A. Aegypti*, realizar inmediatamente el bloqueo de la transmisión según las indicaciones de dengue a los efectos de reducir los índices de infestación vectorial para evitar la transmisión de FA en humanos; buscar pacientes febriles en un radio de 200 metros alrededor de la

residencia del caso sospechoso, y vacunar contra la FA según las recomendaciones. Ante la presencia de otros casos febriles realizar monitoreo rápido de cobertura anti-amarilla y según los resultados obtenidos, efectuar rastrillaje casa por casa.

Se recomienda la vacunación entre el primer año de vida y los sesenta años de los residentes en las zonas de riesgo de transmisión -departamentos de las provincias de Misiones, Formosa, Chaco, Corrientes, Salta y Jujuy, limítrofes con Bolivia, Paraguay y Brasil- y de los viajeros que se dirijan a los mismos; en zonas urbanas mantener bajos los índices de *A. Aegypti* a través del ordenamiento del medio y la eliminación de criaderos; el uso de repelente y de mosquiteros en ventanas y puertas; y en caso de ingresar a zonas selváticas con riesgo de transmisión, asegurarse de tener aplicada la vacuna, usar repelentes, pantalones largos, camisa de mangas largas y calzado cerrado. No se recomienda la vacunación de los viajeros a las zonas de costa atlántica, excepto en los estados de Amapá, Pará y Maranhao (Brasil). Son contraindicaciones para la vacuna la inmunodepresión, la historia de reacción anafiláctica relacionada al huevo y sus derivados, el embarazo y la edad menor a seis meses.

Resumido de: Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. Onda amarilla en Brasil, Paraguay y Argentina. Riesgo para residentes y viajeros a zonas de transmisión. DIREPI-ALERTA-A95.0-2.2008.