

## Mujer de 34 años con astenia extrema de larga evolución. Abordaje multidisciplinar

M. Berchid Debdi<sup>a</sup>, M.C. Pastor Toral<sup>b</sup> y V. Martínez Chaves<sup>a</sup>

<sup>a</sup>MIR de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Jaén. Zona Úbeda. Jaén. España.

<sup>b</sup>Centro de Salud de Úbeda. Jaén. España.

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una afección relativamente poco frecuente, aunque se estima que está infradiagnosticada. Su diagnóstico es complejo y necesariamente multidisciplinar. Los criterios definitorios de caso se establecieron por el *Center for Disease Control* (CDC) en 1988 y fueron consensuados y simplificados por Fukuda et al en 1994. Se trata de una enfermedad globalmente poco conocida por los profesionales, a pesar de su severidad, tendencia a la cronicidad y carecer en la actualidad de un tratamiento eficaz.

Presentamos un caso clínico de una paciente de nuestra consulta diagnosticada de SFC. El interés del caso radica en la tortuosidad de todo el proceso previo hasta llegar al diagnóstico, en el que se ha invertido casi tres años, debido a la complejidad de la sintomatología y a la necesidad de excluir cualquier tipo de patología que pueda producir fatiga de forma crónica. La positividad de determinadas pruebas diagnósticas o la concurrencia de otras patologías asociadas pueden interferir en la demora de dicho diagnóstico, como ocurre en el caso que presentamos. Una vez concluidos todos los estudios, y establecido el diagnóstico, la falta de unidades específicas para realizar el seguimiento de estos pacientes hace que dicha responsabilidad recaiga sobre el médico de Atención Primaria.

*Palabras clave:* síndrome fatiga crónica, diagnóstico.

Chronic fatigue syndrome (CFS) is a relatively uncommon disease although it is estimated to be underdiagnosed. Its diagnosis is complex and must be multidisciplinary. The defining criteria of the case were established by Center for Disease Control (CDC) in 1988 and were agreed on and simplified by Fukuda et al. in 1994. This disease is little known worldwide by the professionals in spite of its severity, tendency to become chronic and currently lacks an effective disease.

We present a clinical case of a female patients diagnosed in our clinic of CFS. The interest of this case is found in the indirect pathway during all the previous steps to reach a diagnosis. It took almost three years, due to the complexity of the symptoms and the need to exclude all types of diseases that could cause chronic fatigue. The positivity of certain diagnostic tests or the concurrence of other associated diseases may interfere in the delay of such diagnosis, as occurred in the case we are presenting. Once all the studies are concluded and the diagnosis established, the lack of specific units to conduct the follow-up of these patients throws the responsibility of them on the primary health care doctor.

*Key words:* chronic fatigue syndrome, diagnosis.

### INTRODUCCIÓN

La astenia, el cansancio y la adinamia son motivos de consulta relativamente frecuentes en Atención Primaria. No en vano se estima que hasta un 20% de la población general puede sufrir fatiga en algún momento de su vida, y que puede durar más de un mes. En la mayoría de las ocasio-

nes una adecuada anamnesis y una exploración física, complementada o no, según cada caso por determinadas exploraciones, nos permite realizar una correcta aproximación diagnóstica. Otras veces es el carácter longitudinal de la asistencia que se presta en Atención Primaria el que nos permite, a través del seguimiento del paciente, confirmar o descartar nuestras hipótesis diagnósticas iniciales. En este sentido presentamos el caso de una mujer de 34 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta por astenia, adinamia, febrícula vespertina y molestias faríngeas desde hace unos 10 días. A pesar del carácter inespecífico y relativamente frecuente de los síntomas iniciales ha tenido una evolución desde su inicio hasta el diagnóstico larga y tórpidamente, con ingresos hospitalarios,

Correspondencia: M. Berchid Debdi.  
Avenida de Andalucía, 70.  
23300 Villacarrillo. Jaén.  
Correo electrónico: soliman@berchid.es

Recibido el 06-11-06; aceptado para su publicación el 18-09-07.

multitud de pruebas complementarias con intervención de múltiples profesionales y en diferentes centros hospitalarios durante un período de tres años hasta llegar finalmente a un diagnóstico: síndrome de fatiga crónica (SFC).

Se trata de una enfermedad globalmente poco conocida por la mayoría de los profesionales y cuestionada por muchos por la implicación de factores físicos, psíquicos y sociales. Afecta a una persona de cada 1.000, especialmente mujeres (3:1) con una edad media de inicio de los síntomas entorno a los 36 años. Es una entidad de diagnóstico difícil, pues previamente es preceptivo descartar todas las patologías que pueden producir cansancio o fatiga. En nuestro medio no existen servicios específicos para atender a estos pacientes, ni es fácil encuadrarlos en el ámbito de ninguna especialidad médica por la complejidad de la sintomatología que presentan, que siempre suele requerir un abordaje multidisciplinar, lo que dificulta en gran medida la labor del médico de Atención Primaria, que debe ser el modulador de estos pacientes a través de todo el entramado sanitario, y quien en última instancia los tiene que seguir en su evolución posterior una vez diagnosticados.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 34 años de edad, casada y con dos hijos, auxiliar administrativa de un centro periférico de la Delegación de Agricultura, sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos, que acude a nuestra consulta en enero de 2002 por astenia, adinamia, febrícula vespertina y molestias faríngeas desde hacía unos 10 días. Contaba que apenas mejoraba el agotamiento que tenía después de períodos de descanso. En su trabajo la paciente recepciona muestras de sangre y restos de tejidos animales destinados a estudios de tipo veterinario. Maneja y controla caducidades de vacunas para las distintas campañas de vacunación animal, así como diversos productos de uso ganadero y agrícola, que incluyen insecticidas y pesticidas.

### Exploración física

Se aprecia un buen estado general, con buena coloración e hidratación de piel y mucosas. El cráneo y la cara son normales; la faringe presenta enantema, el cuello sin bocio y con adenopatías latero-cervicales rodaderas ligeramente dolorosas. Las carótidas laten simétricas y los signos meníngeos son negativos. La auscultación cardiorrespiratoria era normal; abdomen blando depresible sin masas ni megalias y extremidades normales. El resto de la exploración física habitual fue normal. Tensión arterial (TA): 120/60 mmHg; frecuencia cardíaca (FC): 70 lpm; temperatura: 37,2° C. No se apreciaba la existencia de lesiones dérmicas ni de ningún otro hallazgo exploratorio digno de mención.

### Exploraciones complementarias solicitadas desde el centro de salud

La hematimetría era normal excepto eosinofilia de 6%; velocidad de sedimentación globular (VGS) y coagulación normales.

En la bioquímica general: glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, GOT, GPT, GGT, amilasa, fosfatasa alcalina, ASLO, factor reumatoide y TSH normales. Hierro: 157, y transferrina normal.

El sistemático de orina y sedimento fue normal.

La serología infecciosa para *Ac. Brucella* Rosa de Bengala fue negativa; *Ac. Epstein Barr IgG VCA* positivo; *Ac. Epstein Barr IgM VCA* negativos; *Ac. Epstein Barr-EA* negativos; *Ac. Epstein Barr EBNA* positivo; *Ac. toxoplasma screening* negativo; *Ac. S. typhi O screening* negativo; *Ac. S. typhi H screening* negativo.

El test de Mantoux fue negativo. En la radiografía de tórax no se encontraron alteraciones destacables.

Por los datos de la anamnesis, la exploración física y los hallazgos de laboratorio la paciente fue diagnosticada de síndrome mononucleósico y se le prescribió tratamiento sintomático.

Un mes después acude nuevamente a nuestra consulta refiriendo astenia extrema, sensación distérmica y malestar general. Tras explorarla y no evidenciar hallazgos dignos de mención se le prescribe tratamiento sintomático con complejo vitamínico del grupo B.

En abril de 2002 continuaba sin experimentar mejoría alguna. La astenia era marcada y la febrícula no desaparecía, aunque remitía con antitérmicos. Ante estos hallazgos remitimos a la paciente a Medicina Interna de nuestro hospital para su estudio.

En dicho Servicio se le solicita una nueva batería analítica con los siguientes resultados:

Hemograma, VSG y coagulación normales. Bioquímica general, ionograma y factor reumatoide normales. Perfil tiroideo con TSH, T3 y T4 libres normales.

Marcadores tumorales: alfafetoproteína, Ag. carcinoembrionario, Ag. carbohidratado 125, Ag. carbohidratado 15,3 y Ag. carbohidratado 19,9 negativos.

Anticuerpos antinucleares, IgE total y magnesio normales.

Serología infecciosa: *Ac. Brucella* Rosa de Bengala positivo, *Brucella* CAPT anti-*Brucella*: 321, *Ac. citomegalovirus IgG*: 125; *Ac. citomegalovirus IgM* negativo; *Ac. Epstein Barr IgG VCA*: positivo. *Ac. Epstein Barr IgM VCA* negativo; *Ac. Epstein Barr-EA*: negativo; *Ac. Epstein Barr EBNA*: positivo; Ag. HBs negativo. *Ac. HBs*: negativo. *Ac. HBc IGG*: negativo. *Ac. VHC*: negativo. *Ac. S. Typhi O screening*: negativo. *Ac. S. Typhi H screening* negativo.

Con estos datos se establece el diagnóstico de brucelosis y se instaura tratamiento con rifampicina 900 mg cada 24 horas, asociada a doxiciclina 100 mg, cada 12 horas durante un período de 6 semanas. A este diagnóstico se llega en abril de 2002, tres meses después del inicio de los síntomas.

Dicho diagnóstico explica los síntomas de la paciente y aparentemente los justifica. Se trata de una enfermedad que por las características del medio laboral en que se desenvuelve la paciente, el contagio es sumamente fácil. El hecho de que no había aparecido en la analítica anterior realizada en el centro de salud se explica porque hasta en un 30% de los casos de brucelosis el *screening* mediante la

prueba de Rosa de Bengala puede ser negativo, especialmente al comienzo de la enfermedad, y es necesario un alto grado de sospecha para solicitar otras determinaciones analíticas que confirmen el diagnóstico. Es una entidad para la que no existen unos criterios específicos de curación, y en algunos casos puede cronificar o tender a la recidiva.

Durante el tratamiento nuestra paciente presenta complicaciones de tipo digestivo (esofagitis y gastritis) diagnosticadas mediante una fibroendoscopia digestiva alta. Paralelamente pierde unos 7 kg de peso y continúa con la astenia extrema que interfiere, ya de forma notable, con su actividad diaria. Se realiza también enema opaco que es informado como sugestivo de colon irritable.

Se revisa en consulta externa de Medicina Interna, solicitándole nuevas pruebas complementarias ante la falta de mejoría (continuaba con astenia marcada y febrícula).

Se repitieron todas las determinaciones anteriores y se realizan determinaciones adicionales de: Ac. VIH1/VIH2, negativo. Ac. *Legionella pneumophila* negativa; Ac. *Mycoplasma pneumoniae* IgM, negativo. Ac. *Brucella coombs* indirecto: negativo; Ac. anti músculo liso: negativo; subpoblaciones linfocitarias: normales. El frotis de sangre periférica fue normal.

En septiembre de 2002, con el tratamiento de la brucelosis ya finalizado, la paciente continúa con astenia, adinamia y cansancio extremo, así como con febrícula de predominio vespertino. Presentaba asimismo sintomatología depresiva. En este contexto aparece un cuadro de infección del tracto urinario, acompañado de hematuria, por el que acude nuevamente a Urgencias del hospital donde se decide, a la vista de la evolución que había tenido a lo largo de los últimos 9 meses, su ingreso a cargo de Medicina Interna para estudio. A su ingreso la analítica era la siguientes: hemograma, VSG, bioquímica general iones, LDH, PCR, FR, perfil tiroideo. Cortisol plasmático/urinario y anticuerpos antinucleares normales. Rosa de Bengala: negativo, Ac. citomegalovirus IgG: 125. Ac. citomegalovirus IgM negativo. Ac. Epstein Barr IgG VCA: positivo; Ac. Epstein Barr IgM VCA: negativo; Ac. Epstein Barr-EA: negativo; Ac. Epstein Barr EBNA positivo; Ag. HBs negativo; Ac. HBs: negativo; Ac. HBC IgG: negativo; Ac. VHC: negativo. Ac. *Rickettsia conori*: negativo; Ac. *Typhi* o *screening*: negativo; Ac. *Typhi* h *screening* negative.

Durante su estancia en la planta de Medicina Interna se realizan además radiografía de tórax, ecografía abdominal, ecocardiografía y tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal, siendo todas ellas informadas como normales. Permanece ingresada 7 días en dicho Servicio, y en la evolución se observa febrícula de 37,2°, astenia y mialgias.

En el informe de alta elaborado por dicho servicio se lee textualmente:

“No presenta otras alteraciones que hagan sospechar otro diagnóstico. Dada la negatividad de todas las exploraciones complementarias realizadas y la presencia de criterios diagnósticos de síndrome de FATIGA CRÓNICA (2 CRITERIOS MAYORES Y 6 MENORES), consideramos que nos encontramos ante dicho cuadro”.

La paciente mostraba además sintomatología de tipo depresivo cada vez más evidente, por lo que se consulta con Psiquiatría, que la diagnostica de trastorno adaptativo con clínica secundaria a su proceso médico, por lo que no precisa seguimiento por parte de dicho Servicio.

Se le prescribe tratamiento con Lexatín 1,5 mg, uno por la noche, Anafranil 10 mg, uno cada 8 horas, Ibuprofeno 400 mg, cada 12 horas y seguimiento en consulta externa de Medicina Interna.

En su evolución, y al observarse la persistencia de los síntomas, se le propone que su caso sea valorado en un hospital de referencia en otra localidad de la Comunidad Autónoma.

Tras un año de seguimiento en dicho centro hospitalario, y tras haberle solicitado una valoración por Neurología, que fue informada como normal, emiten un informe clínico en febrero de 2004 con los siguientes juicios diagnósticos:

- 1) Brucelosis previa tratada.
- 2) Cuadro clínico que reúne criterios de síndrome de SFC.
- 3) Síndrome depresivo añadido.

Mantienen el mismo tratamiento y los mismos consejos que la paciente tenía indicados previamente por el servicio de Medicina Interna de su hospital de origen.

La paciente continuaba sin experimentar mejoría alguna, por lo que se le propone que sea valorada por una de las Unidades de mayor prestigio del país en esta patología: la Unidad de Fatiga Crónica del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Se solicita formalmente dicha interconsulta por parte del Hospital de origen de la paciente, y es desestimada alegando exceso de lista de espera en dicha Unidad. Ante esta situación la paciente decide acudir a un centro privado de la Ciudad Condal, con especialistas de prestigio en el manejo de los pacientes con SFC. En dicho centro es atendida en mayo de 2004, estudian la historia clínica y deciden para mayor confirmación diagnóstica realizarle la prueba de la RNAsa (costosa y solamente disponible bajo patente en algunos laboratorios de Estados Unidos y Bélgica), considerado como marcador inmune del SFC que resultó positivo con los siguientes datos:

– RNAsa L: 1,8 ( $n < 0,5$ ). Traduce el porcentaje de rotura de la RNAsa nativa al ser un cociente entre la normal y la patológica.

– Actividad RNAsa anómala 54 ( $N < 50$ ). Traduce el grado de actividad de la molécula de RNAsa.

También se le realiza una prueba de tolerancia al esfuerzo físico en el Departamento de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Unidad de Bellvitge. En dicho informe se cuantifica la intolerancia al esfuerzo como empeoramiento severo (47,5%) del valor teórico calculado para la paciente.

Tras completar dichos estudios y analizar de forma pormenorizada toda la historia clínica, concluyen que la pa-

ciente está afecta de un SFC de probable origen postviral (citomegalovirus [CMV] y Epstein Barr) tal y como se constata en el estudio serológico, con persistencia de seropositividad a las seroaglutinaciones a Brucela, todo ello compatible con la alteración de la vía de los interferones que caracteriza este síndrome.

Dicho informe establece que la paciente está claramente afecta de un SFC, con marcada repercusión al nivel de su rendimiento cognitivo, muscular e inmune.

Del mismo modo se afirma que se trata de un proceso severo, como ha quedado claramente probado, que es incompatible con el desarrollo de cualquier actividad laboral regular eficaz, por liviana que ésta sea, no existiendo hasta el momento ningún tratamiento específico, por lo que no se espera mejoría espontánea. Dicho trastorno causa asimismo un marcado descenso en su autonomía y dificulta las actividades de la vida cotidiana.

En la actualidad la paciente sigue revisiones con periodicidad anual en Barcelona y sigue tratamiento con Ibuprofeno 600 mg<sup>®</sup>, Redoxon mg<sup>®</sup>, Recuperation mg<sup>®</sup> y Lyrica mg<sup>®</sup>.

En la última analítica de control realizada en abril de 2005 seguía todo normal, excepto los Ac. *Brucella Coombs* indirecto: 160, motivo por el que se le había instaurado de nuevo el tratamiento con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante tres meses.

Continúa con cansancio importante, que limita de forma considerable la realización de sus tareas diarias. Tras agotar el proceso de incapacidad laboral transitoria y ser valorada por la Unidad de Valoración Médica e Incapacidades (UMVI) ha pasado a la situación de pensionista de la Seguridad Social.

## DISCUSIÓN

Hasta llegar al diagnóstico de SFC hemos etiquetado a nuestra paciente de síndrome mononucleósico por virus de Epstein Barr, infección por CMV, brucelosis inicialmente aguda y posteriormente crónica, colon irritable y síndrome ansioso-depresivo. En el proceso diagnóstico se ha invertido un total de casi tres años. La paciente ha sido atendida en 4 centros hospitalarios de distintas Comunidades Autónomas y han intervenido médicos de 7 especialidades distintas. Este hecho es habitual en este tipo de patología cuando se consulta la literatura, ya que el diagnóstico espontáneo del SFC es prácticamente inexistente<sup>1</sup>. Esto se debe en parte a la complejidad de la sintomatología que presentan estos enfermos, y en parte al desconocimiento de la enfermedad por parte de los profesionales, a pesar de ser una patología altamente invalidante, ya que a los 5 años del diagnóstico un 80% de los enfermos va a experimentar una merma importante en su capacidad para llevar a cabo sus tareas habituales.

Se trata de una patología poco frecuente, pues afecta a una persona de cada 1.000, preferentemente mujeres<sup>2,3-5</sup> con una proporción 3:1, y de diagnóstico complejo que exige un abordaje multidisciplinar.

La encefalitis miálgica benigna, la poliomieltis atípica, la neurastenia y el síndrome de Epstein Barr crónico son

algunas de las denominaciones que ha tenido esta enfermedad<sup>6</sup> desde que se describiera por primera vez este síndrome como tal hace 50 años. Es en 1988 cuando el CDC<sup>7</sup> establece los criterios diagnósticos de lo que se considera caso de SFC. Fukuda, en 1994<sup>8</sup>, elabora mediante consenso internacional de varios investigadores los criterios que actualmente gozan de mayor aceptación por los clínicos para el diagnóstico de SFC.

La falta de unidades de referencia para enfocar el estudio de este tipo de pacientes que presentan una sintomatología compleja abigarrada con multitud de síntomas, tanto físicos como psíquicos, hace que tengan que ser remitidos a multitud de especialistas, siendo la mayoría de las veces los resultados de las diferentes exploraciones a las que son sometidos negativos, lo que desespera al paciente y confunde al médico que los asiste a diario. Por las innumerables visitas que hacen al centro de salud y a las Urgencias es fácil que sean etiquetados de enfermos funcionales por su edad (normalmente pacientes jóvenes y un buen estado general).

La etiología del SFC es desconocida, aunque se relaciona con infecciones previas por determinados virus (Epstein Barr, citomegalovirus y herpes virus), gérmenes intracelulares (*Brucella*) y exposición a determinados productos químicos (insecticidas y pesticidas), la predisposición genética e incluso la sensibilización frente a determinados

**Tabla 1. Criterios diagnósticos de síndrome de fatiga crónica del Center for Disease Control and Prevention (CDC)**

**Criterios mayores:**

1. Fatiga que cause un 50% de reducción de la actividad de un mínimo de 6 meses de duración de nuevo inicio
2. Exclusión de otras enfermedades que causen fatiga

**Criterios menores:**

1. Febrícula (37,5 a 38,6° C)
2. Dolor de garganta recurrente
3. Ganglios linfáticos dolorosos
4. Debilidad muscular generalizada
5. Mialgia
6. Fatiga prolongada (> 24 horas) tras ejercicio
7. Cefalea recurrente
8. Artralgia migratoria
9. Síntomas neuropsicológicos que incluyan uno o más:
  - Imposibilidad de concentración
  - Facilidad para el olvido
  - Confusión
  - Dificultad para el pensamiento
  - Irritabilidad excesiva
  - Depresión
  - Visión de puntos negros
  - Sensibilidad a la luz
  - Episodios de amaurosis
10. Trastornos del sueño
11. Nuevo inicio del complejo sintomático

**Signos:**

1. Febrícula (37,6 a 38,6 °C)
2. Faringitis exudativa
3. Ganglios palpables o sensibles

Para el diagnóstico de síndrome de fatiga crónica son necesarios dos criterios mayores y 8 menores de los 11 síntomas, o bien 6 de los 11 síntomas y dos de los tres signos.

Tomada de: Holmes GP, et al<sup>7</sup>.

alergenos<sup>9</sup>. La base fisiopatológica de la enfermedad parece residir en una alteración en la vía de los interferones, mediadores especialmente implicados en la respuesta del sistema inmune frente a infecciones producidas por virus y por gérmenes intracelulares.

Se trata de una patología con repercusiones en el entorno familiar, por el menoscabo que produce en la capacidad de afrontar las tareas diarias por parte del paciente, generando disfunción familiar.

Además el hecho de ser una patología cuestionada desde antaño, incluso por los mismos profesionales de la salud, hace que en muchas ocasiones el enfermo sea tildado de simulador, lo que le añade mucha mayor complejidad, si cabe, a su situación.

Desde el punto de vista laboral la baja es estos pacientes se hace imprescindible. De hecho, en nuestro caso la paciente ha agotado todos los períodos y ha pasado a la situación de pensionista de la Seguridad Social por enfermedad.

El SFC es una entidad de difícil diagnóstico<sup>10,11</sup> que requiere, además de un alto grado de sospecha por parte del clínico, descartar multitud de patologías (todo lo que puede causar fatiga). Por otra parte, la normalidad de las pruebas diagnósticas y la persistencia de los síntomas puede inducirnos a etiquetar a estos pacientes de funcionales. Se trata en definitiva de una entidad infradiagnosticada<sup>1</sup>, a pesar de haber transcurrido ya más de 12 años desde que Fukuda et al<sup>8</sup> simplificaran los criterios diagnósticos. Habitualmente no es un diagnóstico en el que se piensa y se suele llegar a él por exclusión.

Además no podemos olvidar que al menos un 5-20% de la población general puede sufrir fatiga en algún momento de su vida, que puede durar más de un mes sin ser por ello un SFC.

Es necesario que el paciente cumpla los criterios definitorios de caso para ser diagnosticado según los criterios internacionales del CDC (tabla 1) definidos en 1988 o los de Fukuda (tabla 2) definidos en 1994, y que gozan de mayor aceptación por parte de la comunidad científica internacional para su uso tanto en investigación, como en la práctica clínica.

En los casos en los que queden dudas, como en el de nuestra paciente debido a que mantenía la positividad de las seroaglutinaciones frente a *Brucella*, se puede recurrir a las determinaciones de los marcadores inmunológicos de la enfermedad (prueba de la RNAsa) y a la prueba de la tolerancia al esfuerzo, para cuantificar la fatiga que presenta el paciente, amén de cuantas pruebas complementarias fueren necesarias para descartar todas aquellas patologías que puedan causar fatiga.

Se sabe por parte de numerosos trabajos que más del 80% de los pacientes con el SFC están incapacitados para realizar su labor habitual tras 5 años de evolución<sup>10</sup>, lo que la convierte en una afección altamente invalidante. Por ahora no hay tratamiento curativo ni ninguno capaz de producir una remisión de larga duración. El SFC tiene un curso clínico variable y tendencia a la cronicidad.

El SFC es, hoy por hoy, un proceso sin tratamiento etiológico, y la terapéutica sintomática sólo alivia algunos de

**Tabla 2. Criterios de Fukuda para el diagnóstico de síndrome de fatiga crónica\***

Criterios de Fukuda (1994)

- 1- Fatiga crónica persistente (6 meses como mínimo) o recurrente inexplicada que se presenta de nuevo o con un inicio definido, que no es el resultado de esfuerzos recientes, no mejora con el descanso, ocasiona una reducción considerable de los niveles premórbidos de actividad ocupacional, educacional, personal y social
- 2- De forma concurrente presenta 4 o más síntomas, todos ellos persistentes durante 6 meses o más posteriores a la presentación de la fatiga. Los 8 síntomas posibles son:
  1. Trastorno de la concentración
  2. Faringitis u odinofagia
  3. Adenopatías cervicales o axilares dolorosas
  4. Mialgias
  5. Poliartralgias
  6. Cefalea de nuevo tipo, modelo, severidad
  7. Sueño no reparador
  8. Astenia postesfuerzo de más de 24 horas de duración

\*Estos criterios, elaborados por el consenso de un grupo de investigadores internacionales y publicados en 1994, son los que gozan de mayor aceptación en la práctica clínica y en la investigación clínica y epidemiológica.

sus síntomas. La efectividad de las diferentes medidas terapéuticas existentes para el SFC resultan sumamente difíciles de evaluar por el carácter subjetivo de los síntomas y el curso fluctuante de la enfermedad.

Actualmente se sabe, por ejemplo, que la terapia conductual cognitiva y el ejercicio físico gradual resultan beneficiosos para estos pacientes.

La Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Cataluña, en un informe realizado respecto de las distintas medidas farmacológicas empleadas en el SFC<sup>1</sup>, pone de manifiesto que se han obtenido resultados satisfactorios con el bromhidrato de galantamina, la L-carnitina, la monoclobemida, la fenelzina, el sulfato de magnesio, los ácidos grasos esenciales y la inmunoglobulina G intravenosa.

En cambio, se han probado y se ha visto que no tienen efectos positivos sobre esta enfermedad el aciclovir, el interferón alfa, la amantadina, la fluoxetina, la terfenadina, los extractos de hígados y vitaminas B12 y ácido fólico y la hidrocortisona<sup>1</sup>. Se está investigando, sin que por ahora haya conclusiones, el inhibidor de la L-RNAsa.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Alijotas J, Alegre J, Fernández -Solá J, Cots JM, Panisello J, Peri JM, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Catalunya. Med Clin (Barc). 2002; 118:73-6.
2. Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ, Cornell JE, Mulrow CD, Ramirez G. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. JAMA. 2001;286:1360-8.
3. Joyce J, Hotopf M, Wessely S. The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review. QJM. 1997; 90:223-33.
4. Afari N, Buchwald D. Chronic fatigue syndrome: a review. Am J Psychiatry. 2003;160:221-36.
5. Kawakami N, Iwata N, Fijihara S, Kitamura T. Prevalence of CFS in a community population in Japan. Tohoku J Exp Med. 1998;186: 133-41.

6. Straus SE. History of chronic fatigue syndrome. *Rev Infect Dis.* 1991;13Suppl 1:S1-7.
7. Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, Komaroff AL, Schonberger LB, Straus SE, et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Ann Intern Med.* 1988;108:387-9.
8. US Centers for Disease Control and Prevention CDC. CFS "Defined complet text of revised case definition". Fukuda et al. *Ann Intern Med.* 1994;121:953-9.
9. Ferre Ybarz L, Cardona Dahl V, Cadahia García A, Ruiz E, Vázquez A, Fernández de Sevilla T, et al. Prevalence of atopy in chronic fatigue syndrome. *Allergol Immunopathol (Madr).* 2005;33:42-7.
10. Fernández-Solá J. *Sobrevivir al cansancio. Una aproximación al síndrome de fatiga crónica.* 2<sup>nd</sup> ed. Barcelona: Viena-Oxygen; 2003.
11. Wright JB, Beverley DW. Chronic fatigue syndrome. *Arch Dis Child.* 1998;79:368-74.