



Editorial

Entendiendo el síndrome de fatiga crónica

Understanding chronic fatigue syndrome

Javier Rivera Redondo

Unidad de Reumatología, Instituto Provincial de Rehabilitación, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Recientemente ha sido publicado en España un documento de consenso que recoge en forma de revisión los aspectos más actuales del síndrome de fatiga crónica (SFC)¹. El trabajo ha sido realizado por un grupo de representantes de aquellas sociedades científicas que más involucradas están en el tratamiento y control de estos pacientes, y ha sido promovido desde el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III.

El objetivo fundamental que se persigue con esta publicación es llamar la atención de los profesionales sanitarios sobre el SFC, ya que al ser una enfermedad poco prevalente en la población general la atención sanitaria a estos pacientes queda dispersa con frecuencia entre varios de los especialistas y el médico de asistencia primaria que los atienden sin que ningún facultativo asuma el seguimiento de estos enfermos.

El síntoma más característico del SFC, y por el cual recibe su nombre, es la aparición de una intensa fatiga que persiste a lo largo del tiempo, que no se acompaña de ninguna otra enfermedad conocida que pudiera explicar el cuadro y que limita de forma importante la capacidad funcional del paciente para la realización de las actividades diarias. Pero la fatiga no es la única manifestación clínica, y otros síntomas se combinan en frecuencia e intensidad en estos pacientes haciendo que el SFC sea una enfermedad multi sintomática difícil de manejar en la práctica clínica.

La fatiga se ha definido de diversas maneras y se ha llegado a clasificar como fatiga general, fatiga física o fatiga mental, dependiendo de la enfermedad que se trate y de los objetivos que se persiguen, pero hasta el momento seguimos sin comprender qué es la fatiga y cómo se produce².

La fatiga es un síntoma frecuente entre la población general, pero mucho más entre enfermos con diferentes patologías, especialmente algunas enfermedades reumatológicas. En el lupus eritematoso sistémico o en la artritis reumatoide, por ejemplo, ambas consideradas como enfermedades inflamatorias crónicas, la fatiga es un síntoma frecuente que condiciona la situación de los pacientes de una manera importante. En estas enfermedades, la fatiga se ha intentado relacionar con algunas variables que son más objetivas, y por tanto más fáciles de medir, y se han hecho

estudios de correlación con algunos parámetros de inflamación como el índice de actividad DAS, en el caso de la artritis reumatoide, o con los cuestionarios que miden actividad en el lupus eritematoso, pero con lo que mejor se ha correlacionado siempre es con el dolor en ambas enfermedades.

Al igual que la fatiga, el dolor también es un síntoma difícil de aprehender por el facultativo, ya que tampoco se puede objetivar mediante pruebas y otras exploraciones complementarias, con frecuencia sigue un curso independiente de la actividad de la enfermedad subyacente y tampoco se correlaciona bien con las variables de actividad.

En la fibromialgia, enfermedad caracterizada por dolor crónico del aparato locomotor, ha habido una incompreensión de lo que es y supone esta enfermedad, tanto por parte del colectivo sanitario como de la sociedad en general. El problema, a mi juicio, es que los síntomas de la fibromialgia no se objetivan con facilidad lo cual da lugar a interpretaciones del observador externo, bien sea el facultativo, la familia o la sociedad. Este planteamiento condujo en su momento a negar la existencia de la fibromialgia por una parte del colectivo sanitario con las consecuencias negativas que esto supone para el enfermo y para el propio sistema sanitario.

El extenso trabajo de revisión, investigación, elaboración de guías de asistencia sanitaria, guías clínicas y otros documentos de consenso que se han elaborado en los últimos años ha conseguido que hoy en día pocos duden de la existencia de la fibromialgia siendo ahora el principal foco de discusión si se debe considerar una enfermedad o un síndrome.

La utilidad de los documentos de consenso es que permiten unificar posturas y constituyen un buen punto de partida para acciones posteriores, bien sean de investigación, de tratamiento o para elaborar estrategias de atención sanitaria.

En el caso del SFC, debido a su baja prevalencia entre la población y a que sus manifestaciones clínicas tampoco se pueden objetivar con precisión, le ocurre algo parecido por lo que la unificación de posturas y criterios hace que sea de especial relevancia la publicación de este tipo de documentos de consenso.

Un ejemplo nos ayudará a entenderlo mejor. En una publicación reciente³, un grupo de investigadores ha hallado la presencia de un retrovirus denominado XMRV en las células mononucleares de sangre periférica del 67% de pacientes con SFC y del 3,7% de la población sana. Este virus había sido encontrado anteriormente en una cuarta parte de los pacientes con cáncer de próstata⁴,

Correo electrónico: javierrivera@ser.es

específicamente en aquellos pacientes en los que se asocia una alteración en la vía enzimática de la RNasa L, enzima ligada a la actividad de los interferones y que está relacionada con la respuesta frente a infecciones víricas. Previamente, en los pacientes con SFC, se había investigado la posibilidad de que existiera una infección oculta que explicara el cuadro, y cuando se exploró la enzima RNasa L se pudo comprobar que existían alteraciones de esta vía enzimática⁵.

Para poder realizar esta investigación ha sido imprescindible disponer de muestras de pacientes clasificados como SFC y esto solo puede hacerse si previamente se ha llegado a un consenso de qué es el SFC y cómo se puede diagnosticar, de aquí la importancia que tiene el conocimiento de los documentos de consenso y la utilidad de los criterios de clasificación o de diagnóstico.

Siempre ha llamado la atención la semejanza que existe entre la fibromialgia y el SFC⁶, ya que tienen síntomas parecidos aunque con predominio del dolor en la fibromialgia y de la fatiga en el SFC. Por otra parte, si aplicamos los criterios para el diagnóstico y clasificación en ambos procesos podremos comprobar que entre el 50-70% de los pacientes de una enfermedad cumplen con los criterios de la otra. No obstante, existen algunas otras diferencias entre estas enfermedades, como una mayor igualdad de afectación en ambos sexos, una edad más joven, una forma de comienzo más brusca o una peor respuesta al tratamiento con fármacos, situaciones que ocurren con más frecuencia en el SFC.

Estos datos sugieren que, al igual que ocurre en la mayoría de las enfermedades, la expresión de la misma depende de la predisposición genética del enfermo más que de las causas que la desencadenan. Volviendo al XMRV, el hecho de que aparezca en casi el 4% de la población control sana nos está indicando que es un virus muy ubicuo entre la población general, y entra dentro de

lo razonable pensar que la infección por este virus en un sujeto genéticamente predispuesto podría desencadenar la aparición del cuadro clínico.

Queda mucho por hacer en este campo ya que solo hay un trabajo publicado y muchos interrogantes que despejar en cuanto a la relación que existe entre dicho virus y estas enfermedades. Pero el hecho de haber podido llegar a esta situación ha sido gracias a que previamente existían un centenar de muestras de sangre de pacientes que habían sido diagnosticados de SFC en base a los documentos de consenso y clasificación de esta enfermedad, que constituyen en la actualidad las únicas herramientas que disponemos para hacer el diagnóstico de SFC.

Los estudios virológicos y los estudios genéticos se harán a continuación y, sin lugar a dudas, podrán aportar una información muy valiosa.

Bibliografía

1. Avellaneda Fernández A, Pérez Martín A, Izquierdo Martínez M, Arruti Bustillo M, Barbado Hernández FJ, de la Cruz Labrado J, et al. Chronic fatigue syndrome: aetiology, diagnosis and treatment. *BMC Psychiatry*. 2009;9(Suppl 1):S1.
2. Rasker JJ. The enigma of fatigue. *J Rheumatol*. 2009;36:2630-2.
3. Lombardi VC, Ruscetti FW, Das Gupta J, Pfost MA, Hagen KS, Peterson DL, et al. Detection of an infectious retrovirus, XMRV, in blood cells of patients with chronic fatigue syndrome. *Science*. 2009;326:585-9.
4. Schlaberg R, Choe DJ, Brown KR, Thaker HM, Singh IR. XMRV is present in malignant prostatic epithelium and is associated with prostate cancer, especially high-grade tumors. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2009;106:16351-6.
5. Nijs J, De Meirleir K. Impairments of the 2-5A synthetase/RNase L pathway in chronic fatigue syndrome. *In Vivo*. 2005;19:1013-21.
6. Fernández Solà J. Síndrome de la fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31:535-7.