

de los síntomas y el retraso para prescribir FARME fue debido a principalmente a la demora en la derivación del médico de familia al reumatólogo. Estudios realizados en las 2 últimas décadas para valorar el inicio de tratamiento con FARME en pacientes con inicio temprano de la AR en Estados Unidos<sup>4</sup>, España<sup>5</sup>, Canadá<sup>9</sup>, Inglaterra<sup>8</sup>, Medio Oriente<sup>6</sup>, y en otros países de Europa<sup>7</sup>, muestran que el tiempo medio entre el inicio de los síntomas y el inicio de FARME es entre 6 y 18 meses, similar al observado en nuestro estudio (promedio 11 meses). Esto indica que el diagnóstico de la AR después de iniciados los síntomas es tardío y, por consiguiente, el objetivo de iniciar un tratamiento temprano no es alcanzado en la mayoría de los casos. Menos del 30% de los pacientes con AR reciben tratamiento con FARME en los 3 primeros meses<sup>7,9,10</sup>. Es necesario implementar medidas que repercutan en el diagnóstico y el tratamiento tempranos de la AR, esto puede ser a través de la difusión de la enfermedad a la población en general, con campañas de publicidad, así como el incremento del nivel de conocimiento de la AR en médicos de atención primaria.

## Bibliografía

1. Wiles NJ, Lunt M, Barret ME, Bukhari M, Silman JA, Symons PM, et al. Reduced disability at five years with early treatment of inflammatory polyarthritis. *Arthritis Rheum.* 2001;45:1033-42.
2. Van der Heide A, Jacobs JW, Biglisma WA, Heurkens AH, van Booma-Frankfort C, van der Veen MJ, et al. The effectiveness of early treatment with second line antirheumatic drugs: A randomised controlled trial. *Ann Intern Med.* 1996;124:699.
3. Mottonen R, Hammonnen P, Leirisalo-Rapo M, Nissila M, Kauntiamen H, Korpela M, et al. Comparison of combination therapy with single-drug therapy in early rheumatoid arthritis: A randomised trial. *Lancet.* 1997;350:309-18.
4. Chan A, Felson TD, Yood AR, Walker MA. The lag time between onset of symptoms and diagnosis of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1994;37:814-9.
5. Hernández-García C, Vargas E, Abásolo L, Lajas C, Bellajdell B, Morado IC, et al. Lag time between onset of symptoms and access to rheumatology care and DMARD therapy in a cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2000;27:2323-8.
6. Zafar S, Badsha H, Mofti A, Delosantos A, Altares J, Matudio G, et al. Efforts to increase public awareness may result in more timely diagnosis of rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol.* 2012;18:279-82.
7. Raza K, Stack R, Kumar K, Filer A, Detert J, Bastian H, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: Variations across Europe. *Ann Rheum Dis.* 2011;182:2-5.
8. Kumar K, Daley E, Carruthers DM, Situnayake D, Gordon C, Grindulis K, et al. Delay in presentation to primary care physicians is the main reason why patients with rheumatoid arthritis are seen late by rheumatologists. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:1438-40.
9. Jamal S, Alibhai SM, Badley EM, Bombardier C. Time to treatment for new patients with rheumatoid arthritis in a major metropolitan city. *J Rheumatol.* 2011;38:1282-8.
10. Van der Linden MP, le Cessie S, Raza K, van der Woude D, Knevel R, Huizinga TW, et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum.* 2010;62:3537-46.

Abraham Zonana-Nacach<sup>a,\*</sup>, Alfredo Campaña-Parra<sup>b</sup>  
y Jesús Ernesto Santana-Sahagún<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Investigación Clínica y Epidemiología, Hospital General Regional N.º 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California, México

<sup>b</sup> Consulta externa Reumatología, Hospital General Regional N.º 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California, México

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zonanaa@yahoo.com (A. Zonana-Nacach).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2013.05.002>

## Tipología clínica del síndrome de fatiga crónica: hipótesis clasificatoria

### Clinical typology of chronic fatigue syndrome: Classificatory hypothesis

El síndrome de fatiga crónica puro (SFCp) es una enfermedad crónica grave compleja e incapacitante de causa no aclarada, excluyendo el SFC secundario (SFCs) a otros trastornos médicos. Se caracteriza por una fatiga intensa, además de otros síntomas cognitivos, autonómicos, neuroendocrinos, inmunoalérgicos y musculoesqueléticos, de nueva aparición inexplicable clínicamente (persistente o recurrente) de al menos 6 meses de duración, que no remite de manera significativa tras el reposo y que empeora con la actividad física o mental con una muy lenta recuperación y reducción de > 50% de las actividades de la vida diaria realizadas previamente por el paciente<sup>1-4</sup>. Se diagnostica según los criterios de Fukuda de 1994<sup>1</sup>, el documento canadiense de consenso 2003<sup>2</sup> o, más recientemente, los criterios de consenso internacional 2011; con la denominación de encefalomiелitis miálgica que ofrecen revisión sobre la fisiopatología, sintomatología y tratamiento<sup>3</sup>. La prevalencia se estima entre 0,5 y 2,5% de la población general<sup>1-3,5</sup>. A pesar de ser una enfermedad reconocida por la OMS desde 1989, clasificada con el código G93.3 de la CIE-10<sup>5,6</sup>, y la evidencia acumulada desde distintos campos durante las últimas 2 décadas, es posible que el SFCp siga siendo aún el gran desconocido para muchos de los profesionales sanitarios.

Debido a la gran heterogeneidad en su expresión clínica y a la falta de instrumentos estandarizados para ordenar los

distintos síntomas (según la mayor o menor preponderancia) y presentaciones clínicas (distinción entre SFCp, SFCs y FC idiopática); proponemos una clasificación: clusters I, II, IIIa, IIIb y IIIc, que subagrupa las principales condiciones clínicas en una serie consecutiva de 199 pacientes (tabla 1), atendidos en el periodo entre junio de 2010 y febrero de 2013, en la Unidad Hospitalaria Especializada de Fatiga Crónica del Camp de Tarragona del Hospital Universitario Joan XXIII. El 84% de los pacientes (n = 167) fueron del sexo femenino (5:1). La media de edad al inicio de los síntomas fue de 41,5 años (mínima 9 y máxima 76). El inicio de los síntomas fue insidioso en el 72,8% de los pacientes y el curso evolutivo fue progresivo en el 71,3%. En el momento de la entrevista el 51,7% (n = 103) estaban inactivos laboralmente (65 pacientes por baja laboral y 38 pacientes por incapacidad). El 8% (n = 16) estaban ya jubilados. Los criterios del SFCp son válidos para el diagnóstico en la práctica clínica diaria con independencia de otros diagnósticos asociados<sup>6-8</sup>. El disponer de una clasificación de los pacientes con SFC nos permitirá identificar grupos de pacientes más homogéneos, candidatos por tanto a recibir unas pautas diagnósticas y terapéuticas más individualizadas y permite albergar expectativas esperanzadoras. Para poder clasificar correctamente a un paciente con SFC, recomendamos una aproximación diagnóstica multidisciplinaria. En primer lugar, debe confirmarse el diagnóstico del SFC (médico de familia, médico internista y/o reumatólogo), para a continuación evaluar la existencia de posibles enfermedades sistémicas asociadas o de procesos crónicos locales que requieren amplio diagnóstico diferencial, y finalmente realizar un diagnóstico preciso sobre las enfermedades de base psicopatológica (psicólogo y/o psiquiatra). La obtención de un diagnóstico claro en cada una de

**Tabla 1**  
Subtipos clasificatorios del síndrome de fatiga crónica

Subtipos clasificatorios		Enfermedad primaria (n = 73/199, 36,75%)	Asociación tiroiditis Autoinmune Crónica (n = 38/199, 19,1%)
Cluster I	SFCp, según los criterios de Fukuda	Ninguna, 90/199 pacientes (45,2%)	19/90 pacientes (21,1%)
Cluster II	FC idiopática, sin cumplir los criterios de Fukuda	Ninguna, 36/199 pacientes (18,1%)	5/36 pacientes (13,8%)
Cluster IIIa	SFCs a enfermedad autoinmune	17/199 pacientes (8,5%) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 9 pacientes con síndrome de Sjögren primario<sup>7,8</sup></li> <li>• 4 pacientes con polimialgia reumática</li> <li>• 2 pacientes con lupus eritematoso sistémico</li> <li>• 1 paciente con enfermedad de Crohn</li> <li>• 1 paciente con síndrome de Guillain-Barré</li> </ul>	7/17 pacientes (41,1%)
Cluster IIIb	SFCs a otros trastornos médicos	40/199 pacientes (20,1%) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 pacientes posquimioterapia</li> <li>• 6 pacientes por causa medicamentosa</li> <li>• 5 pacientes con SAHOS grave</li> <li>• 3 pacientes con microadenoma hipofisario secretor</li> <li>• 3 pacientes con cirrosis hepática</li> <li>• 3 pacientes con obesidad mórbida</li> <li>• 3 pacientes con ferropenia grave</li> <li>• 3 pacientes con síndrome climatérico</li> <li>• 2 pacientes con EPOC</li> <li>• 2 pacientes con SMPC tipo TE JAK2 V617F</li> <li>• 1 paciente con mieloma múltiple</li> <li>• 1 paciente con enfermedad neuromuscular pulmonar</li> <li>• 1 paciente con miocardiopatía grave</li> </ul>	6/40 pacientes (15%)
Cluster IIIc	SFCs a trastornos psicopatológicos	16/199 pacientes (8%) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 pacientes con depresión mayor</li> <li>• 3 pacientes con somatización</li> <li>• 1 paciente con esquizofrenia</li> </ul>	1/16 pacientes (6,2%)

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FC: fatiga crónica; JAK2: Janus Kinase 2; SAHOS: síndrome apnea-hipopnea obstructiva del sueño; SFC: síndrome de fatiga crónica (p: puro; s: secundario); SMPC: síndrome mieloproliferativo crónico; TE: trombocitemia esencial.

estas 6 áreas, así como el análisis en la relación temporal de la aparición de los distintos síntomas o procesos, permitirá la inclusión de cada paciente en cada uno de los distintos subgrupos clasificatorios.

## Bibliografía

- Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome, comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med.* 1994;121:953-9.
- Carruthers BM, Jain AK, de Meirleir KL, Peterson DL, Filmas NJ, Lermer AM, et al. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. *J Chron Fatigue Syndr.* 2003;11:7-115.
- Carruthers BM, van de Sande MI, de Meirleir KL, Klimas NG, Broderick G, Mitchell T, et al. Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. *J Intern Med.* 2011;270:327-38.
- Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med.* 1999;130:910-21.
- Ruiz E, Alegre J, García Quintana AM, Aliste L, Blázquez A, Fernandez de Sevilla T. Síndrome de fatiga crónica: estudio de una serie consecutiva de 824 casos evaluados en dos unidades especializadas. *Rev Clin Esp.* 2011;211:385-90.
- Barbado Hernández FJ, Gómez Cerezo J, López Rodríguez M, Vázquez Rodríguez JJ. El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en medicina interna. *An Med Interna (Madr).* 2006;23:238-44.

- Sirois DA, Natelson B. Clinicopathological findings consistent with primary Sjögren's syndrome in a subset of patients diagnosed with chronic fatigue syndrome: preliminary observations. *J Rheumatol.* 2001;28:126-31.
- Nishikai M, Akiya K, Tojo T, Onoda N, Tani M, Shimizu K. Seronegative Sjögren's syndrome manifested as a subset of chronic fatigue syndrome. *Br J Rheumatol.* 1996;35:471-4.

Rami Qanneta<sup>a,\*</sup>, Ramon Fontova<sup>b</sup>, María José Poveda<sup>b</sup> y Sonia Castro<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Fatiga Crónica, Departamento de Reumatología, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España

<sup>b</sup> Departamento de Reumatología, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rami\_kanita229@hotmail.com (R. Qanneta).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2013.04.004>