

Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica

"Encefalomiелitis Miálgica" y "Síndrome de Fatiga Crónica" se usan indistintamente y nos referimos a esta enfermedad como "EM/SFC". El panel de expertos de consenso, seleccionado por *Health Canada*, estableció los criterios clínicos, y desarrolló un enfoque de diagnóstico y de tratamiento integrador para la EM/SFC.

Clasificación

EM/SFC es una enfermedad orgánica fisiopatológica multisistémica adquirida que existe tanto en forma esporádica, como epidémica. La Encefalomiелitis miálgica (G93.3 del ICD 10), que incluye el SFC, está clasificada como **enfermedad neurológica** en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La fatiga crónica no debe ser confundida con EM/SFC porque la "fatiga" de EM/SFC representa el agotamiento fisiopatológico y es solamente uno de muchos síntomas. Cada vez hay más evidencias de investigaciones que demuestran anomalías fisiológicas y bioquímicas que identifican a la EM/SFC como un trastorno biológico y clínico diferenciado.

Etiología

La mayoría de pacientes disfrutó de un estilo de vida sano y activo antes del inicio de EM/SFC. La importancia de la implicación viral es respaldada por frecuentes desencadenantes infecciosos. Elevados niveles de una gran variedad de patógenos intracelulares sugieren que una alteración en la respuesta del cuerpo ante las infecciones tiene un papel importante. La presencia de inmunocomplejos activados es respaldada por la activación de altos niveles de linfocitos T; la reducida actividad celular es sugerida por la baja citotoxicidad de las células asesinas naturales. En muchos casos hay hallazgos confirmados de

disregulación bioquímica de la vía de defensa antiviral de la 25A sintetasa/ribonucleasa (RNasa L) en monocitos. Otros eventos previos incluyen inmunización, anestésicos, lesiones físicas, exposición a contaminantes ambientales, químicos y metales pesados y, raras veces a transfusiones de sangre. A menudo hay un deterioro rápido y dramático de la salud en casos de inicio agudo, mientras que otros tienen un inicio gradual sin causa obvia. Además de causas infecciosas, se puede considerar una predisposición genética cuando hay más de un familiar aparte afectado.

Prevalencia

Los estudios epidemiológicos indican un amplio rango de prevalencia. Sin embargo, en una gran muestra de más de 28.000 estadounidenses adultos, 422 por 100.000 tenía EM/SFC, indicando que entre 125.000 y 150.000 canadienses adultos padecen EM/SFC. Es más habitual que el cáncer de pulmón y el SIDA. Esta enfermedad afecta a las edades, incluyendo niños, a todos los grupos raciales/étnicos y a todos los estratos socioeconómicos. Hay una incidencia más alta en mujeres. El volumen plasmático más bajo y una masa de células sanguíneas menor pueden ser factores contribuyentes en el complejo sintomático de la EM/SFC.

Curso natural

La EM/SFC es una enfermedad debilitante. En un estudio de evaluación de pronóstico, 5 de 6 estudios indicaron que 0 % a 6 % (el sexto estudio indicaba 12 %) de adultos regresan a su nivel de actividad previo a la enfermedad. Las recaídas pueden ocurrir varios años después de la remisión. La degeneración progresiva de órganos vitales, particularmente el fallo cardíaco o pancreático, puede resultar en muerte, y el suicidio es un riesgo. El pronóstico para niños y jóvenes es mucho mejor. La severidad sintomática es el mejor indicador de la afectación, pero el

pronóstico exacto para un individuo concreto no se puede dar con seguridad. Las anomalías objetivas posturales del gasto cardíaco se correlacionan con la gravedad sintomática y el agotamiento reactivo.

Definición

Un paciente con EM/SFC cumplirá los criterios de fatiga, malestar y/o fatiga postesfuerzo, disfunción de sueño y dolor; debe tener dos o más manifestaciones neurológicas/cognitivas y una o más síntomas de dos de las categorías de manifestaciones autonómicas, neuroendocrinas e inmunes; y cumplir el ítem 7.

1. Fatiga: El paciente tiene que tener un grado significativo de fatiga física y mental de comienzo nuevo, inexplicada, persistente o recurrente que reduce substancialmente el nivel de actividades.

2. Malestar y/o Fatiga postesfuerzo: Hay una inapropiada pérdida del vigor físico y mental, rápida fatigabilidad muscular y cognitiva, malestar y/o fatiga y/o dolor postesfuerzo y una tendencia a que empeoren los otros síntomas asociados dentro del conjunto de síntomas del paciente. Hay un periodo de recuperación patológicamente lento, usualmente 24 horas o más.

3. Trastorno del sueño: Existe un sueño no reparador y/o se presentan alteraciones de la cantidad o ritmos invertidos o caóticos de sueño diurno.

4. Dolor: Hay un grado significativo de mialgias. Se puede experimentar dolor en los músculos y/o articulaciones y a menudo es de naturaleza generalizado y migratorio. A menudo se presentan

significativos **dolores de cabeza** de un nuevo tipo, patrón o severidad.

5. Manifestaciones neurológicas/cognitivas:

Dos o más de las siguientes dificultades deben estar presentes: confusión, deterioro de la concentración y de la consolidación de la memoria a corto plazo, desorientación, dificultades con el procesamiento de información, catalogación y encuentro de palabras y alteraciones perceptuales y sensoriales – p.ej. inestabilidad espacial y desorientación e incapacidad para enfocar la vista. Son comunes la ataxia, debilidad muscular y fasciculaciones. Pueden haber fenómenos de sobrecarga: cognitiva, sensorial – p.ej. fobia e hipersensibilidad al ruido y/o sobrecarga emocional, que puede llevar a periodos de “crash” y/o ansiedad.

6. Al menos un síntoma de dos de las siguientes categorías:

a. Manifestaciones autonómicas:

intolerancia ortostática – Hipotensión Neuralmente Mediada (HNM), síndrome de taquicardia ortostática postural (POTS), hipotensión postural retardada; inestabilidad cefálica; palidez extrema; náusea y síndrome de colon irritable; frecuencia urinaria y disfunción de vejiga; palpitaciones con o sin arritmias cardíacas; disnea post-esfuerzo.

b. Manifestaciones neuroendocrinas:

pérdida de la estabilidad termostática – temperatura corporal baja y con marcadas fluctuaciones diurnas, episodios de sudoración, recurrentes sensaciones de fiebre y extremidades frías; intolerancia de las extremidades al frío y calor; marcados cambios de peso anorexia o apetito anormal; pérdida

deadaptabilidad y empeoramiento de los síntomas con el estrés.

c. Manifestaciones inmunes: nódulos linfáticos sensibles y/o dolorosos, dolor de garganta frecuente, síntomas similares a la gripe, malestar general, nuevas sensibilidades ante alimentos, medicamentos y/o productos químicos.

7. La enfermedad persiste al menos durante seis meses: Suele tener comienzo distinguible, aunque puede ser gradual. El diagnóstico previo de sospecha puede darse posiblemente antes. Tres meses es un tiempo apropiado para los niños.

Para ser incluidos, los síntomas tienen que haber empezado o haberse alterado significativamente después del comienzo de esta enfermedad. Es improbable que un paciente sufra todos los síntomas de los criterios 5 y 6. Las alteraciones tienden a formar conjuntos de síntomas que pueden fluctuar y cambiar con el tiempo. Los niños a menudo tienen numerosos síntomas dominantes, pero su grado de severidad tiende a variar de día a día. Una pequeña cantidad de pacientes no tiene dolor o disfunción del sueño, pero no les cuadra ningún otro diagnóstico excepto la EM/SFC. Se puede considerar el diagnóstico de EM/SFC cuando este grupo tiene un inicio infeccioso. Algunos pacientes estuvieron enfermos por otras causas antes del comienzo de la EM/SFC y no tienen desencadenantes detectables cuando comienzan o tienen un comienzo más gradual o insidioso.

Exclusiones

Excluir procesos de enfermedades **activas** que explican la mayoría de síntomas mayores de fatiga, alteración del

sueño, dolor y disfunción cognitiva. Es esencial excluir ciertas enfermedades, que sería trágico pasar por alto:

enfermedad de Addison, síndrome de Cushing, hipotiroidismo, hipertiroidismo, deficiencia de hierro, otras formas tratables de anemia, síndrome de sobrecarga de hierro, diabetes mellitus y cáncer. También es esencial excluir trastornos del sueño tratables, como síndrome de resistencia de vías superiores y apnea del sueño obstructiva o central; enfermedades reumatológicas como artritis reumatoides, lupus, polimiositis y polimialgia reumática; trastornos inmunes como SIDA; enfermedades neurológicas, como esclerosis múltiple (EM), Parkinsonismo, miastenia gravis y deficiencia de B12; enfermedades infecciosas como tuberculosis, hepatitis crónica, enfermedad de Lyme, etc.; trastornos psiquiátricos primarios y abuso de sustancias.

La exclusión de otros diagnósticos, que no pueden ser razonablemente excluidos con la historia clínica y el examen físico del paciente, se consigue con pruebas de laboratorio e imágenes. Si una situación médica excluyente está bajo control, el diagnóstico de EM/SFC se puede plantear si el paciente cumple los criterios.

Entidades co-mórbidas

Síndrome de Fibromialgia (FM), Síndrome de Dolor Miofascial (SMF), Síndrome de articulación Temporomandibular (STM), Síndrome de Colon Irritable (SCI), Cistitis Intersticial, Síndrome de Vejiga Irritable, Fenómeno de Raynaud, Prolapso de la Válvula Mitral, Depresión, Migraña, Alergias, Intolerancia Química Múltiple (IQM), tiroiditis de Hashimoto, Síndrome Sicca, etc.

Tales entidades comórbidas podrían ocurrir conjuntamente con la EM/SFC. Otros, como la Vejiga Irritable, pueden preceder en años al desarrollo de la EM/SFC, pero asociarse después con ella. Lo mismo es cierto para la migraña y la depresión. Su asociación está por lo tanto, más libre que entre los síntomas dentro del síndrome. La EM/SFC y la FM a menudo sintonizan muy íntimamente y deben ser considerados como "síndromes solapantes".

FUENTE: Consenso Canadiense sobre EM/SFC

Anti-Tóxicos