

El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna

F. J. BARBADO HERNÁNDEZ, J. GÓMEZ CERREZO, M. LÓPEZ RODRÍGUEZ,
J. J. VÁZQUEZ RODRÍGUEZ

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma.
Madrid*

THE CHRONIC FATIGUE SYNDROME AND ITS DIAGNOSIS IN
INTERNAL MEDICINE

Barbado Hernández FJ, Gómez Cerrezo J, López Rodríguez M, Vázquez Rodríguez JJ. El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. An Med Interna (Madrid) 2006; 23: 238-244.

INTRODUCCIÓN

CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA (SFC)

Es una enfermedad compleja, crónica, de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de fatiga (física y mental), intensa, debilitante y grave, que persiste seis o más meses y de carácter oscilante y sin causa aparente específica. Interfiere con las actividades habituales, no disminuye con el reposo, empeora con el ejercicio y se asocia a manifestaciones sistémicas generales, físicas y neuropsicológicas (1-5).

BREVE RESEÑA EPIDEMIOLÓGICA

Los datos de la prevalencia del SFC varían según definición de caso y el método de estudio utilizado. La propia fatiga crónica es un síntoma frecuente de la población general. Se estima que de un 5 a un 20% de los enfermos que acuden a Atención Primaria, presentan fatiga durante más de un mes en algún momento de su vida (6).

El SFC es predominante en el sexo femenino: oscila entre dos a siete veces más probable en mujeres que en varones. En general, los enfermos son adultos jóvenes y la mayoría de los casos tienen entre 25 y 45 años de edad; aunque predominan entre la 4ª y 5ª década de la vida, se han descrito casos en la infancia y adolescencia y en la edad proveyecta (4).

En EE.UU. se estimó que, en estudios basados en comunidades, entre 100 y 300 personas (concretamente la prevalencia osciló entre 75 a 267 casos) por 100.000 h, cumplían los criterios actuales del SFC (4).

En nuestro país se carece de estudios poblacionales clínicos y, por tanto, se desconoce la prevalencia real. Si aplicamos el criterio foráneo mínimo de 1 caso por 1.000 h., supondría la existencia de, al menos, 40.000 casos en toda España (7).

La mayoría de los casos de SFC ocurren de forma esporádica; sin embargo, se han comunicado aislados brotes epidémicos (Los Ángeles, 1934; Islandia, 1948; Londres, 1955; Nevada, 1985) (4).

Y, por último, se estima que en todo el mundo puede haber de 2 a 5 millones de afectados por el SFC (3).

EL SFC. ¿UNA NUEVA ENFERMEDAD? BREVE HISTORIA DE SUS RAÍCES

La perspectiva histórica indica que el SFC no es un síndrome nuevo. Sin embargo, a veces se incluye como enfermedad nueva, junto con la enfermedad de Lyme, sida, enfermedad de los legionarios, etc.

Según Strauss (5): “Algunas personas a las que se diagnosticó de gases, neurastenia, síndrome de esfuerzo, síndrome de hiperventilación, brucelosis crónica, neuromiastenia epidémica, encefalomiелitis miálgica, hipoglucemia, síndrome de sensibilidad química múltiple, candidosis crónica, mononucleosis crónica, infección crónica por el VEB y síndrome de fatiga post-vírica, probablemente padecían lo que ahora conocemos como SFC.”

Dicho de otra manera, el SFC se ha descrito en muchos países diferentes utilizando denominaciones muy distintas. Así en épocas anteriores predominó la neurastenia epidémica, neuritis vegetativa epidémica, enfermedad de Islandia, enfer-

medad de Akureyri, enfermedad de Royal Free, encefalomyelitis infecciosa aguda o miálgica. Más modernas son las denominaciones: síndrome de infección crónica por el VEB, mononucleosis crónica, enfermedad del yuppie (“la gripe de los yuppies”: mujer joven, blanca y de nivel sociocultural medio-alto) (8).

Raíces históricas

A mediados del siglo XIX, el internista norteamericano Austin Flint (1812-1886), famoso por “el soplo de Flint”, describió la fatiga crónica como un “agotamiento nervioso”. El psiquiatra George M. Beard (1839-1883) en el año 1869 acuñó el término de “neurastenia” –lo que Laín llama el nacimiento nosográfico de la neurastenia (Beard) y psicastenia (Janet)– (9).

A finales del siglo XIX se reconoció cierta relación entre infecciones (sobre todo influenza) y la llamada neurastenia. En 1948, Isaacs comunica que 53 de 206 enfermos con mononucleosis infecciosa tienen fatiga entre 3 meses y 4 años post-infección. En la década de los 50 se advirtió que casi el 20% de los enfermos con brucelosis tenían clínica persistente de fatiga y alteraciones neuropsicológicas (4).

Sin embargo, la relación más estrecha –y más tormentosa– del SFC ha sido con el VEB. En 1975 se detectó fatiga crónica en personas con serología VEB positiva y en 1982 se detallan casos en esta situación, pero sin historia de infección (4).

Es origen de confusión y perplejidad el listado de microorganismos propuestos como causa potencial del SFC: *Candida albicans*, *Borrelia burgdorferi*, *Enterovirus*, CMV, *Herpesvirus humano 6*, *Espumavirus*, *Retrovirus*, *Borna virus*, *virus Cocksackie B* (4). Incluso se ha invocado, de forma ocasional, la presencia de una bacteria o un parásito (10). En la actualidad, a pesar de haberse vinculado las infecciones precedentes con el SFC, no se ha corroborado y es poco probable que haya una patogenia vírica directa.

Según nuestra propia experiencia, el SFC se puede solapar o superponer con la llamada hipertermia habitual o esencial –también denominada hipertermia hipotalámica o fiebre psicógena–, que en algunas series de fiebre de origen desconocido (FOD) consta en el grupo misceláneo (11).

Es curioso cómo Marañón cita en su monografía El problema de las febrículas, en el año 1927, dentro de las fiebres nerviosas a la “fiebre de la fatiga”, aunque cuestiona su relación con las febrículas prolongadas (12).

TERMINOLOGÍA MÉDICA EN TORNO A LA FATIGA

Nomenclatura. Sinonimia

López Piñero (13) señala que la terminología médica actual es un sedimento histórico de la medicina científica, por lo cual incluye desde términos de hace 25 siglos hasta los creados en las fechas más recientes. Su exactitud y precisión se debe comprender y preservar. La palabra fatiga es polisémica e induce a confusión.

—¿Qué se entiende por fatiga?

En la terminología médica es la aparición precoz de cansancio una vez iniciada una actividad. Es una sensación de agotamiento o dificultad para realizar una actividad física o intelectual, que no se recupera tras un período de descanso.

—¿Existen categorías de fatiga?

Según el tiempo de evolución, se pueden distinguir (6,14,15):

Fatiga reciente: si es menor de un mes.

Fatiga prolongada: cuando la sensación persistente de agotamiento o imposibilidad para realizar una actividad se mantiene más de un mes.

Fatiga crónica: la que se presenta de una forma continuada o intermitente durante más de seis meses.

Fatiga crónica secundaria: si la fatiga crónica tiene una causa conocida o relacionable.

Al realizar la anamnesis es necesario tener en cuenta que la palabra “fatiga” puede tener un significado distinto en cada comunidad autónoma (sinónimo de disnea, náuseas, vómitos, angustia, etc.).

Otros términos que conviene diferenciar del concepto de fatiga son los siguientes:

Astenia (a veces sinónimo de “cansancio” o “debilidad general”): Es la falta de fuerzas o la sensación subjetiva de incapacidad para efectuar actos cotidianos. Es más intensa al final del día y suele mejorar tras un período de sueño. Nos interesa conocer que la astenia, a diferencia de la fatiga, es una sensación de cansancio previo y mantenido que antecede a la realización del acto físico (16,18).

Debilidad: Es una disminución o pérdida de fuerza muscular. Es el síntoma cardinal de las enfermedades musculares, variando la clínica en función de la musculatura afectada. A veces es difícil tipificar el síntoma “debilidad” (se atribuye también a cansancio, fatigabilidad, flojedad, falta de energía, etc.) (19,20).

Señas de identidad del SFC

—¿Existe el SFC? ¿Es una entidad nosológica definida?

El SFC no está exento de dificultades, imprecisiones y conflictos –en la relación médico-enfermo, familiares, sociales, laborales y legales–, quizás debido al predominio subjetivo de la clínica y la ausencia de marcadores diagnósticos específicos (7,21).

—¿Cambios en el término SFC? ¿Más confusión?

Se ha propuesto el término “trastorno del espectro afectivo” para incluir casos de SFC, fibromialgia (FM), colon irritable y depresión, lo que, sin duda, aumenta la confusión (22).

F. J. Laso (16) en el algoritmo diagnóstico de la “astenia prolongada” llega al diagnóstico de SFC con los nombres de “síndrome de astenia crónica” y “astenia crónica idiopática”. También Rozman (18) al SFC le llama “síndrome de astenia crónica” y añade “también recibe el nombre, a nuestro entender menos afortunado, de SFC”.

La terminología es, pues, abigarrada y, en mi opinión –mientras se resuelve la controversia–, sería razonable añadir una palabra: SFC primaria.

—¿Pero existe el SFC?

Algunos autores (23) se preguntan si existe el SFC en la mayoría de los enfermos que tienen fatiga.

Existen los siguientes planteamientos–debate en torno al SFC: a) ¿es el SFC una enfermedad o un término descriptivo que utilizamos para nombrar a este tipo de enfermos?; b) ¿es o no conveniente “poner nombre” al SFC, tiene o no utilidad para el enfermo y la sociedad?; c) ¿alimenta a determinados abogados y/o grupos de apoyo social?. Estas preguntas deri-

van de quienes consideran que el SFC sería una somatización secundaria a problemas originados en otras esferas de la vida del enfermo.

Recientemente Sánchez-Rodríguez (14) plantea al SFC como “un síndrome en busca de definición”, y concluye que en la actualidad no está determinado si representa una enfermedad definida o es la vía final de diversos procesos patológicos.

La polémica de si el SFC existe o no es, en parte, ficticia. Court (8) afirma que si la fatiga crónica no existe como síndrome, habría que inventarla. Para el enfermo es esencial considerar que hay otros casos similares y que no se le considera un “enfermo imaginario” de Molière.

También recientemente (24) se ha considerado que “no se puede excluir que en un futuro tenga lugar algún hallazgo bioquímico, neuroendocrino o neurofisiológico que desvele la auténtica naturaleza del proceso que conocemos como SFC”.

A la búsqueda del tiempo perdido: ¿existe un marcador biológico?

La búsqueda de marcadores biológicos en el SFC es un reto para clínicos e investigadores: potencian el diagnóstico y permiten estratificar la severidad de la fatiga (25). El más importante es la proteína RNasaL, que está presente en más del 80% de los enfermos. El inmunomodulador Ampligen ha demostrado eficacia en un ensayo clínico, para negativizar la RNasaL (26).

Aunque en fases iniciales se están estudiando nuevas moléculas para desarrollar inhibidores de la elastasa, enzima relacionado con la RNasaL.

PUNTO DE VISTA DEL ENFERMO: ALGUNOS ASPECTOS

El fantasma de una enfermedad

El enfermo con SFC advierte que tiene una enfermedad, con repercusión social, no reconocida (incapacidad para cumplir las responsabilidades laborales, sociales y familiares). La disociación entre una apariencia externa normal y el estado de fatiga –acompañado de tristeza, depresión y abandono– le resulta, a veces, insoportable.

Son muchos los enfermos con SFC que creen que los médicos no saben realmente lo que les sucede, lo que les lleva a la desconfianza y angustia. Otra situación inquietante para el enfermo es la insinuación e incluso “la etiqueta” de que tiene una enfermedad fantasma o de origen psicológico (27).

Una larga peregrinación

Según la sintomatología predominante o la interpretación del propio enfermo es posible que consulte a diversos especialistas: reumatólogos, alergólogos, infectólogos, psiquiatras, homeópatas u otras medicinas alternativas, en general sin resultados satisfactorios.

Los afectados por el SFC con el tiempo entran en un círculo sin salida de frustración, enojo, desaliento y depresión. El aislamiento y una resignación patética pueden marcar el curso prolongado de la enfermedad (5,28).

Esta situación amerita, más que nunca, “una de las características primordiales del clínico, que es su sentido de la humanidad, ya que el secreto del cuidado del paciente estriba en preocuparse íntimamente por él.” (5).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

SINTOMATOLOGÍA: “PERFIL CLÍNICO”

Desde el punto de vista didáctico se pueden delimitar los siguientes epígrafes:

EL INICIO DE LA ENFERMEDAD

En el caso típico el SFC surge de forma aguda, e incluso de forma súbita, en general en una persona previamente activa. A menudo, al comienzo acontece durante la convalecencia de un cuadro y enfermedad de tipo general agudo, y en algunos casos tras una mononucleosis infecciosa o algún estrés agudo poco destacable. En el comienzo suele predominar la fiebre, odinofagia, tos, mialgias y la fatiga; menos común es la clínica digestiva, como la diarrea. Este proceso inicial deja como secuela un agotamiento insoportable. Y es que el síntoma principal o cardinal es la fatiga, que es indispensable para el diagnóstico de esta enfermedad. Insistimos en que no es secundaria a actividad excesiva, no mejora con el reposo, empeora con el estrés y en seguida configura una discapacidad (física y mental) persistente (2-5).

SINTOMATOLOGÍA CRÓNICA O ESTABLECIDA

Posteriormente al cuadro descrito se instauran los síntomas crónicos (2-5,29). Y que de una forma descriptiva sintética son: fatiga, febrícula o distermia intermitente, artralgias migratorias, mialgias generalizadas, faringitis u odinofagia, cefalea, adenopatías cervicales o axilares dolorosas, y otros menos comunes (náuseas, diarrea, dolor abdominal, anorexia, tos, vértigo, lipotimia,, síncope, visión borrosa, parestesias, exantema cutáneo).

Los síntomas persisten durante semanas o meses y el predominio de unos u otros varía en cada enfermo.

OTRAS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS

La fatiga suele acompañarse de trastornos neurocognitivos y alteraciones del sueño. Tienen dificultad para la concentración, insomnio o hipersomnia, y de forma intrincada, depresión. Es menos habitual la presencia de palpitaciones, dolor torácico, sudoración nocturna y pérdida o aumento de peso (4).

CURSO EVOLUTIVO

La sintomatología del SFC tiene carácter fluctuante, empeora con el estrés físico o psíquico. Interfiere o incluso bloquea las actividades previas (familiares, laborales, sociales) e incluso algunos casos precisan ayuda para las activida-

des básicas de la vida diaria. El deterioro intelectual induce desasosiego, ansiedad o depresión.

La clínica, en general, es recurrente regular e incluso, a veces, con ritmo estacional. Cada brote puede ser distinto del anterior y es raro que las fases intercurrentes sean completamente asintomáticas (14).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del SFC es un diagnóstico de exclusión. Amerita descartar causas médicas o psiquiátricas. Es necesario advertir que no existe ningún signo patognomónico ni pruebas de diagnóstico específicas. Para descartar otras causas de los síntomas se requiere realizar una anamnesis minuciosa, exploración física completa y uso razonable de las pruebas de laboratorio (14,15).

HISTORIA CLÍNICA. ANAMNESIS

La historia clínica es fundamental y su primera parte, la anamnesis, esencial para el diagnóstico del SFC. La anamnesis deberá hacer hincapié de forma precoz en la fatiga, con definición de sus características. Es decir, forma y momento de inicio, factores desencadenantes, sobre todo infecciones (VEB, CMV, herpesvirus, parvovirus B19, Chlamydia, Mycoplasma), relación con el reposo y actividad física, grado de limitación de las actividades. Además la anamnesis dirigida recogerá los síntomas –ya enunciados– de las esferas osteomuscular, neurovegetativa y neuropsicológica.

En los antecedentes personales se recogerá si existe o no historia de trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión o alteraciones mayores). Además se deben investigar posibles factores precipitantes no infecciosos (insecticidas organofosforados, disolventes, CO, hipersensibilidad química múltiple, síndrome del edificio enfermo, síndrome de la Guerra del Golfo, situaciones que alteran el sueño, etc.).

EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física general es imprescindible, sobre todo para excluir otros procesos en el diagnóstico diferencial. Los hallazgos físicos objetivos que se pueden detectar son: faringitis, fiebre, adenopatías dolorosas cervicales posteriores o axilares, dolor a la palpación muscular, en ocasiones exantema cutáneo. Estos signos pueden presentarse en el inicio del SFC y desaparecer posteriormente, o bien rara vez se observan después de la remisión del brote inicial.

DATOS DE LABORATORIO. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS BÁSICOS

Como hemos dicho anteriormente no existen estudios de laboratorio que nos permitan establecer *per se* el diagnóstico de SFC. Esto es debido a que no existe, hasta el momento actual, ningún marcador biológico o morfológico específico.

Las pruebas de laboratorio sistemáticas se realizan para descartar otras posibles causas de los síntomas del enfermo.

ESTUDIO BÁSICO O MÍNIMO INICIAL (4,6)

Suele constar de: hemograma y fórmula leucocitaria, VSG, PCR análisis de orina, perfil bioquímico básico (hepático, renal, iónico), proteinograma, CPK, función tiroidea (TSH) y Rx PA y lateral de tórax.

En nuestra opinión, se debería incluir en este primer escalón el ECG y la ecografía abdominal. Y, si la sospecha clínica de SFC es firme, realizar –si es factible en el laboratorio– el marcador biológico RNasaL.

OTRAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS ADICIONALES (4,5)

En general, no son concluyentes, no se deben realizar de forma sistemática, sino con previa indicación –sospecha de infecciones, conectivopatías, trastornos neurológicos o neoplasias– y en áreas especializadas.

Podemos categorizar las pruebas adicionales en seis grupos:

1. Serologías.

VEB, CMV, herpesvirus tipo 6, VHB, VHC, enfermedad de Lyme, Coombs a brucela, toxoplasma, lúes, etc.

Marcadores tumorales, según la orientación clínica.

2. Estudio endocrinológico.

Determinación del nivel urinario de cortisol libre.

3. Estudio inmunológico.

ANA, FR, anticuerpos antitejido.

Se han señalado diversos indicadores de disfunción inmune (niveles de citocinas, función de linfocitos *in vitro*, citometría de flujo). No se han identificado alteraciones significativas de algún componente del sistema inmune.

4. Estudio electrofisiológico neuromuscular.

EMG.

5. Técnicas de imagen del SNC.

Tomografía computarizada craneal.

RM cerebral: se advierten “pequeños objetos brillantes”, pequeñas señales hiperintensas en T2.

SPECT: alteración de la perfusión en determinadas zonas cerebrales.

No se han confirmado, en algunos estudios, estas alteraciones de imagen del SNC (6). Sólo estarían indicadas si se sospecha anomalía estructural.

6. Biopsias.

Biopsia de músculo y/o nervio periférico.

Sospecha de enfermedades sistémicas autoinmunes del tejido conjuntivo.

ESTUDIO NEUROPSICOLÓGICO

Determina el componente de ansiedad y/o depresión del SFC y debe excluir trastornos psiquiátricos mayores (6).

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

HISTORIA PREVIA

En el año 1988 Holmes y cols. (30) propusieron con el CDC (Atlanta, EE.UU.) los primeros criterios diagnósticos del SFC. Se detallan en la Tabla I.

TABLA I

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL SFC (CDC, 1988)
(Holmes y cols.)

CRITERIOS MAYORES

1. Fatiga que se inicia de nuevo y que persiste durante más de 6 meses con una reducción del 50% en la actividad
2. Ausencia de otros cuadros médicos o psiquiátricos que puedan producir los síntomas

CRITERIOS MENORES

SÍNTOMAS

1. Fiebre de 37,5 °C-38,6 °C
2. Dolor de garganta
3. Adenopatía cervical o axilar dolorosa
4. Debilidad muscular generalizada
5. Mialgias
6. Fatiga que persiste 24 h o más después de un ejercicio moderado
7. Cefaleas –cefalea holocraneal–
8. Artralgias migratorias
9. Trastornos del sueño
10. Neuropsicológicos: uno o más de los siguientes: fotofobia, escotomas visuales, falta de memoria, irritabilidad, confusión, dificultad de concentración, depresión
11. Inicio agudo (en pocas horas o días)

SIGNOS FÍSICOS

(Confirmados en dos ocasiones, dejando un intervalo de un mes como mínimo)

- Faringitis no exudativa
- Adenopatías cervicales o axilares mayores de 2 cm. de diámetro
- Febrícula

Deben estar presentes ambos criterios mayores y los siguientes menores: a) presencia de, al menos, 6 de los 11 síntomas y de dos de los tres signos físicos; y b) presencia, al menos, de 8 de los 11 síntomas.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO ACTUALES

La revisión más importante de los criterios iniciales la llevaron a cabo en el año 1994, el propio CDC y el Grupo Internacional de Estudio del SFC (31). propusieron y generalizaron, con un amplio consenso, nuevos criterios diagnósticos llamados “criterios internacionales”.

Sus principales objetivos fueron: aumentar la sensibilidad de la clasificación previa y definir mejor la enfermedad con el fin de homogeneizar el diagnóstico clínico y servir de base para la investigación.

Los criterios internacionales se fundamentan en el cumplimiento de dos criterios mayores (fatiga crónica invalidante más de 6 meses y exclusión de enfermedades orgánicas y psiquiátricas asociadas), así como en la concurrencia de una serie de criterios (se redujeron los síntomas de 11 a 8, se detalla en las Tablas I y II) basados en sintomatología, sobre todo, reumatológica y neuropsicológica.

Es importante destacar que se realiza una nueva definición del SFC, con especial hincapié en el concepto de fatiga. Las

TABLA II

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA
(Fukuda et al., 1994)

1. Fatiga crónica persistente (al menos 6 meses), o intermitente, inexplicada, que se presenta de nuevo o con inicio definido y que no es resultado de esfuerzos recientes; no mejora con el descanso; origina una reducción notable de la previa actividad habitual del paciente
2. Exclusión de otras enfermedades que pueden ser causa de fatiga crónica

De forma concurrente, deben estar presentes 4 o más signos o síntomas de los que se relacionan, todos ellos persistentes durante 6 meses o más y posteriores a la presentación de la fatiga:

1. Alteración de la concentración o de la memoria recientes
2. Odinofagia
3. Adenopatías cervicales o axilares dolorosas
4. Mialgias
5. Poliartralgias sin signos de flogosis
6. Cefalea de inicio reciente o de características diferentes de la habitual
7. Sueño no reparador
8. Malestar postesfuerzo de duración superior a 24 h

características que debe cumplir la fatiga (14) son: “tener un comienzo bien determinado y persistir o recidivar a lo largo de seis meses, ser inexplicable, no ser consecuencia de un esfuerzo continuado, no aliviarse de forma adecuada con el reposo, estar evaluada clínicamente y provocar un empeoramiento substancial en los niveles previos de actividad personal, profesional, social o educacional.”

Las enfermedades excluyentes del diagnóstico de SFC son: trastornos psiquiátricos como depresión mayor, esquizofrenia, psicosis, trastorno alimentario (anorexia, bulimia), trastorno bipolar, abuso de alcohol u otras sustancias; así como la obesidad mórbida y patologías médicas activas no tratadas o cuya curación no haya sido advertida.

Existen otros criterios más actuales (32), de gran interés, pero que no están todavía contrastados por la literatura científica.

PROTOCOLO DIAGNÓSTICO DEL ENFERMO CON SOSPECHA DE SFC

En la figura 1 se detalla el algoritmo o diagrama guía para el diagnóstico del SFC.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Además de los procesos mencionados, es preciso considerar otros en el diagnóstico diferencial del SFC. Son excluyentes la hepatitis crónica virus B o virus C, la enfermedad de Lyme, infección por VIH y la tuberculosis.

La presencia de FM excluye el SFC, pero ambos procesos pueden ser sincrónicos (entre un 20-70%) hasta tal punto que algunos autores (18,33) consideran que pueden ser una misma enfermedad con diversas formas.

En la relación SFC e infección por herpesvirus humano tipo 6 no se ha demostrado reactivación o replicación viral

en estos sujetos ,y además poseen una baja carga viral (34).

La relación entre SFC y FOD es poco relevante. En realidad estos enfermos tienen febrícula (casi nunca > a 38 °C), y no reúnen los criterios de FOD clásica de Petersdorf y Beeson (4,5,35).

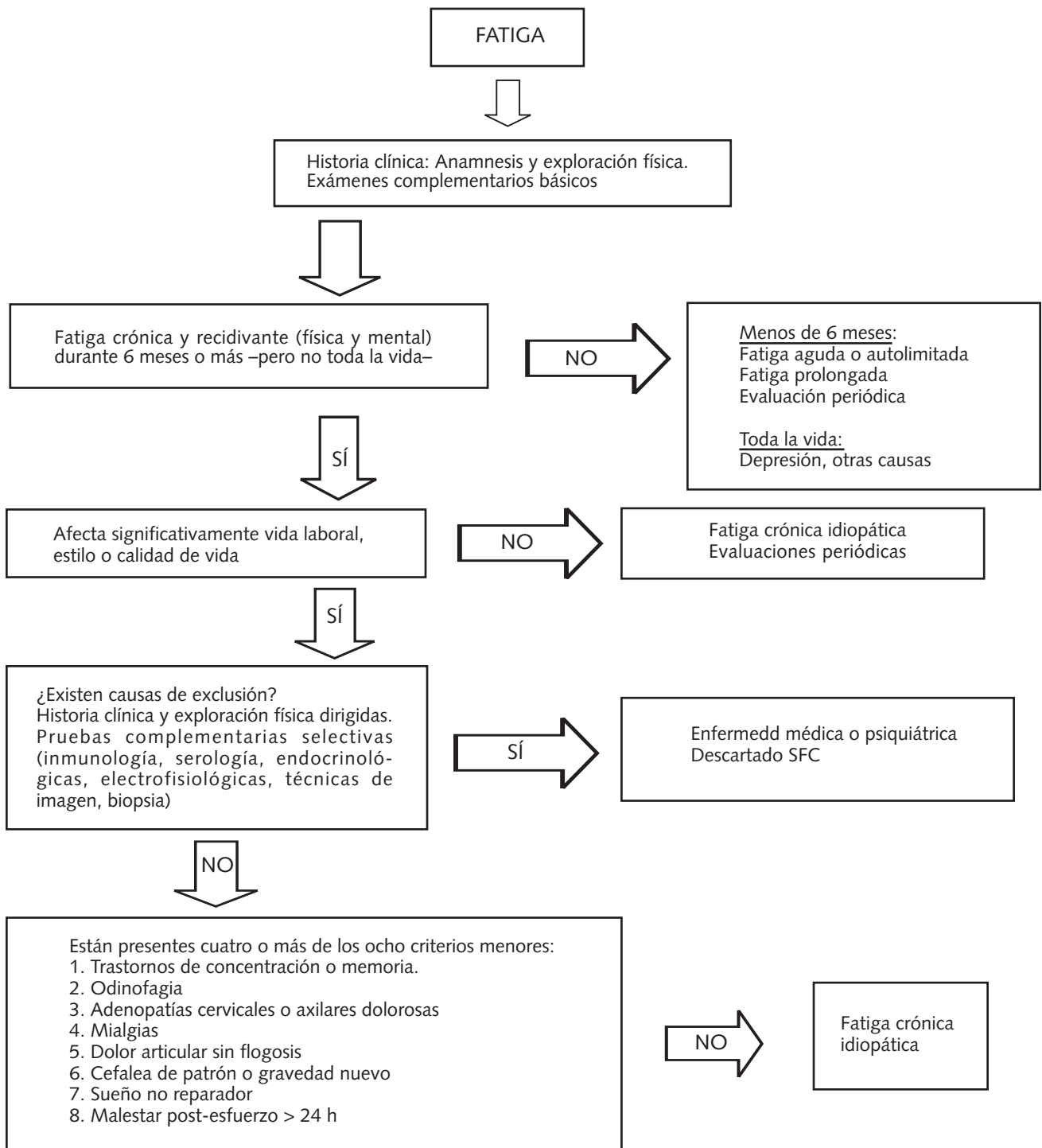


Fig. 1. Protocolo diagnóstico del enfermo con sospecha de SFC.

Bibliografía

- 1 Pastor Oliver JF, Belenguer Prieto R, Pino Montes J. Fibromialgia. En: Ramos Casal M, et al. *Enfermedades sistémicas y reumatológicas*. Barcelona: Ed. Masson, 2005. p. 531-560.
- 2 Síndrome de fatiga crónica. En: Dambro MR, Griffith JA. *Los 5 minutos clave en la Consulta de Atención Primaria*. Buenos Aires: Ed. Waverly Hispánica S.A, 1995: 978-979.
- 3 Ballester MA, Juncadella E, Caballero MD. Síndrome de fatiga crónica. *JANO* 2002; 1446: 883-887.
- 4 Engleberg NC. Síndrome de fatiga crónica. En: Mandell, Douglas y Bennett. *Enfermedades Infecciosas*. Ed. Panamericana. 5ª ed. Buenos Aires, 2002: 1871-1877.
- 5 Strauss SE. Síndrome de fatiga crónica. En: *Harrison Principios de Medicina Interna*, 16ª edic. Barcelona: McGraw Hill edit, 2804-2805.
- 6 Alijotas J, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento del síndrome de fatiga crónica en Catalunya. *Med Clin (Barc)* 2002; 118: 73-76.
- 7 Fernández-Solá J. Síndrome de fatiga crónica y su relación con la fibromialgia. *Rev Esp Reumatol* 2004; 31: 535-537.
- 8 Court Lobo J. Síndrome de fatiga crónica: historia de una controversia. 2005. <http://www.escuela.med.puc.cl/páginas/publicaciones/Boletín/html>.
- 9 Laín Entralgo P. Geografía cultural de la medicina interna. En: *Historia de la Medicina*. Barcelona: Ed. Salvat, 1978: 491-499.
- 10 Shafran S.D. The chronic fatigue syndrome. *Am J Med* 1991; 90: 730-739.
- 11 Palmieri OJ. Fiebre de origen desconocido. 2005. <http://www.chwebsa.com.ar/smiba/revista/smiba-01/fiebre/htm>.
- 12 Marañón G. Febrícula nerviosa. En: *El problema de las febrículas*, Marañón G. Madrid: Ed. Ruiz 1927; 145-153.
- 13 López Piñero JM, Terrada ML. Introducción a la terminología médica. Barcelona: Ed. Masson, 2005.
- 14 Sánchez Rodríguez A, González Maroño C, Sánchez Ledesma M. Síndrome de fatiga crónica: un síndrome en busca de definición. *Rev Clín Esp* 2005; 205: 70-74.
- 15 Aproximación al síndrome de fatiga crónica. *Associació Catalana Síndrome de Fatiga Crónica*. <http://www.acsfcem.org>.
- 16 Laso FJ. Astenia prolongada. En: Laso FJ. *Diagnóstico diferencial en medicina interna*. Madrid: Ed. Elsevier, 2005. p. 15-18.
- 17 Buades Reinés J. Astenia. En: Rodes Teixedor J., García Massó, J. *Medicina Interna*. 2ª ed. Barcelona: Ed. Masson, 2004. p. 33-35.
- 18 Síndrome de la fatiga o astenia crónica. En: Rozman C. *Compendio de Medicina Interna*. Barcelona: Ed. Harcourt, 2002. p. 448-449.
- 19 Plum F. Astenia, debilidad y fatiga. En: *Cecil Tratado de Medicina Interna*, 19ª ed., México: Interamericana McGraw-Hill, 1994: 2459-2460.
- 20 Cruzado Rodríguez AI, et al. Debilidad / Fatiga. En: *Algoritmos Clínicos en Medicina*. Madrid: Ed. Grünenthal, 2003: 321-323.
- 21 Fernández Solá J. El síndrome de fatiga crónica. *Med Integral* 2002; 40: 56-63.
- 22 Mulero Mendoza J. Fibromialgia. *Medicine* 1997; 58: 2682-2687.
- 23 Kroenke K. Síndrome de fatiga crónica. *JANO* 1992; 999: 89-92.
- 24 Andreu JL, Sanz J. La fibromialgia y su diagnóstico. *Rev Clín Esp* 2005; 205: 333-336.
- 25 Moren P., El diagnóstico de la fatiga crónica requiere marcadores biológicos. 2004. <http://www.diariomedico.com>.
- 26 Tiev KP, et al. RNaseL levels in peripheral blood mononuclear cells: 37: kilodalton/83 – kilodalton isoform ratio is a potencial test for chronic fatigue syndrome. *Clin Diagn Lab Immunol* 2003; 10: 315-316.
- 27 Necesidades socio-sanitarias, educativas y asistenciales de los enfermos con síndrome de fatiga crónica y disfunción inmune. *Asociación Madrileña de Encefalomiéltis miálgica/síndrome de fatiga crónica o disfunción inmune (AMEMSFCDI)*. Madrid, 2005.
- 28 Caminero García R, Parra Arroyo A. Síndrome de fatiga crónica. *7DM* 2002; 51: 89-91.
- 29 Miró O, Font C, Fernández-Solá J, Casademont J, Pedrol E, Grau JM, Urbano-Márquez A. Síndrome de fatiga crónica: estudio clínico-evolutivo de 28 casos. *Med Clín (Barc)* 1997; 108: 561-565.
- 30 Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, et al. Chronic fatigue Syndrome: a working case definition. *Ann Intern Med* 1988; 108: 387-389.
- 31 Fukuda K, Strauss SE, Hickie I, et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994; 121: 953-959.
- 32 Carruthers BM, Jain AK, Meirleir L, et al. Myalgic encephalomyelitis / chronic fatigue syndrome: clinical working case definition, diagnostic and treatment protocols. *J Chronic Fatigue Syndrome* 2003; 11: 7-115.
- 33 Grau Junyent JM, Casademont Pou J, Cardellach López F, Urbano-Márquez A. *Enfermedades musculares*. En: *Farreras-Rozmán, Medicina Interna*, 15ª ed. Madrid: Ed. Elsevier, 2004. p. 1557-1571.
- 34 Cuende JJ, Civeira P, Díez N, Prieto J. Alta prevalencia sin reactivación del herpesvirus humano-6 en sujetos con síndrome de fatiga crónica. *An Med Interna (Madrid)* 1997; 14: 441-444.
- 35 Cho WK, Stollermann GH. Síndrome de fatiga crónica. *Hospital Practice (ed.esp.)* 1993; 8: 27-39.