

SFC - 11 de mayo de 2010
Colegio de Médicos de Madrid
Resumen elaborado por MLM y RM de SFC-MADRID y LA PLATAFORMA

1. INTRODUCCIÓN DEL MODERADOR

El SFC es una enfermedad de difícil diagnóstico ya que no existen, en estos momentos, pruebas diagnósticas.

Se sabe que existe una base genética que se ve influenciada por infecciones, fundamentalmente virales, factores químicos, tóxicos, etc. es por tanto una patología compleja y, como se ha dicho anteriormente, de difícil diagnóstico.

2. ETIOPATOGENIA DEL SFC. ¿XMRV?

Dr. VICENTE SORIANO. Hospital Carlos III de Madrid

El Instituto Carlos III se ha visto envuelto en el estudio de esta enfermedad a raíz de la publicación sobre el XMRV en la revista Science, en octubre de 2009. Esto, sumado al estudio del VIH, que es otro retrovirus, ha captado la atención de los investigadores.

- ✓ El SFC es una condición médica mal definida. Es una condición médica desconocida que afecta a múltiples órganos y sistemas, caracterizada por trastornos neurocognitivos que pueden ser invalidantes.
- ✓ Existen anomalías del sistema inmunológico, como un estado de activación inmune persistente y un déficit de la actividad de las células natural killer.
- ✓ Puede ser desencadenada por diferentes virus, incluyendo casi todos los de la familia de los herpesvirus y enterovirus. Los cuales pueden considerarse agentes etiológicos.
- ✓ La identificación reciente del XMRV (un gammaretrovirus), en tumores de próstata, se ha seguido de la comunicación de su posible papel en el SFC.
- ✓ Tanto el cáncer de próstata como el SFC han sido asociados a anomalías en la enzima RNasaL, la cual participa en los mecanismos de respuesta innata antiviral.

Hace años se identificó un retrovirus estudiando el cáncer de próstata, que son virus que van en contra de las leyes de la genética y rompen el código genético. Tienen una enzima específica: retrotranscriptasa, que transforma el ADN en ARN.

A. SFC CRITERIOS

Se calcula que entre el 0,5-2% de la población, está afectada por SFC.

En ausencia de causa aparente, pero siempre se han de cumplir, como mínimo 4 de los siguientes ítems:

- Fatiga postesfuerzo mínimo.
- Alteraciones cognitivas.
- Trastornos del sueño.
- Odinofagia.
- Adenopatías.

- Artralgias.
- Mialgias.

B. SFC DE ETIOLOGÍA INFECCIOSA

El inicio está precedido, a menudo, por un cuadro gripal ó de mononucleosis. Se dan casos a menudo, en personas próximas. Entre 1985-1986 hubo un brote de SFC con epicentro en el pueblo de Incline, al norte del Lago Tahoe (Nevada, EE.UU.). Los pacientes presentaban ganglios inflamados, parecido a la mononucleosis, con mucha fatiga y no recuperaban la capacidad física. No se descubrió la causa.

No se ha podido establecer de forma contundente la influencia de los virus en el SFC. Se postulan como agentes desencadenantes, pero no se ha podido establecer una causalidad directa. Tanto herpesvirus como enterovirus pueden ser causantes del SFC.

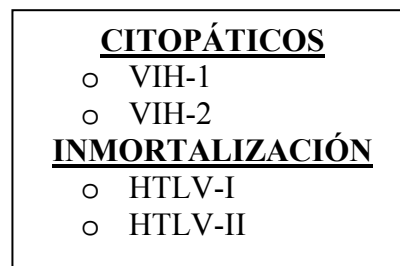
En octubre de 2009 en la revista Science, se publica la detección del XMRV en el 67% de pacientes de una muestra total de 101 pacientes afectados con SFC. El estudio estaba orientado al diagnóstico de este virus en pacientes con cáncer de próstata.

El XMRV (Xenotropic mieloide virus), está encuadrado dentro de la familia de los retrovirus, como el HTLV, el HIV y el Foamy.

El XMRV se parece más al HTLV que al VIH

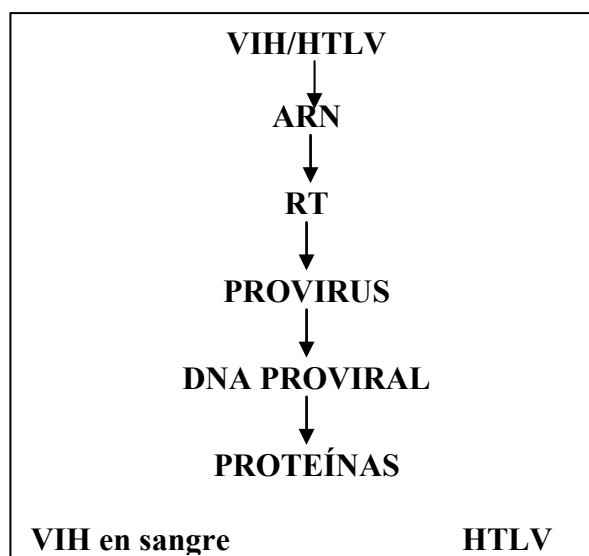
C. RETROVIRUS HUMANOS

Virus RNA que tienen por diana preferente los linfocitos T, en los que establecen infección y persisten como provirus.



*Integración de por vida en la célula humana, lo que dificulta los tratamientos

a. Ciclo de replicación de los retrovirus:





*El VIH tiene una alta replicación viral.

* XMRV la transmisión es directa de célula a célula (sin replicación y, por tanto sin mutación) por lo que todos son idénticos. Esto hace que haya más posibilidades de encontrar una vacuna.

D. RETROVIRUS 2010

Nueva clasificación de los retrovirus:

- Alfa.
- Beta.
- **Gamma: XMRV.**
- Delta.
- Epsilon.
- Lentivirus.

a. Nuevos retrovirus encontrados en los últimos años:

- VIH-3 grupo P
- HTLV-3 y 4
- XMRV.

b. Gammaretrovirus: características

- Estructura simple.
- Amplia presencia en mamíferos, pájaros y reptiles.
- Transmisión exógena ó endógena.
- Infección de por vida.
- Patogenia: Neoplasias (leucemias), Inmunodeficiencias.
- Procesos neurodegenerativos (ej: trastornos neurocognitivos, de memorias, etc.).

c. Prevalencia del XMRV.

Podían existir núcleos geográficos de infección endémica por XMRV.

Cabe la posibilidad de que la prevalencia de XMRV en cáncer de próstata y SFC no sean tan altas como en los estudios americanos, pero es imposible que no existan como en los resultados de los estudios europeos. (además un 20% de los cánceres tienen etiología viral)

E. NEOPLASIAS DE ETIOLOGÍA VIRAL:

Un 20% de cánceres tienen etiología viral

- HPV: Cáncer cervical, anal, genital.
- VHB, VHC: Cáncer hepático.
- HHV-8: Sarcoma de Kaposi.
- HTLV: leucemia.

Se caracterizan por:

- Un periodo de latencia inicial muy prolongado, con participación de inflamación persistente en la génesis tumoral.
- Mayor riesgo de cáncer de próstata.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ ETS: Sífilis, gonorrea.○ Asociación significativa con FTA+HPV y HHV 8.○ Número elevado de parejas sexuales. |
|---|

- Sujetos con mutación de la RNAsa (R462) muestran una mayor susceptibilidad a la infección viral y al cáncer de próstata.

F. SIMILITUDES ENTRE EL HTLV Y EL XMRV.

- Pueden producir enfermedades neoplásicas y neuroinmunes en los portadores.

HTLV	XMRV
ATL	Cáncer de próstata
TSP/HAM	SFC

- Presentan mínima variabilidad genética intra e interindividual.
- La actividad de los antirretrovirales en estas infecciones es mínima.

G. SIMILITUDES ENTRE VIH Y XMRV.

Enzima viral	Porcentaje de similitud	Actividad frente a XMRV
Transcriptasa inversa	17 %	AZT, Tenofovir.
Proteasa	28 %	No
Integrasa	14 %	Raltegravir.

*El AZT y el Raltegravir están en estudio y podrían tener una posible acción sobre el XMRV por la similitud de algunos aminoácidos presentes en el código genético del XMRV y del VIH.

H. XMRV EN MADRID.

Patologías estudiadas, total de casos 76:

- VIH.
- VHB
- VHC
- SFC (8 pacientes)
- Controles.

Se ha utilizado un método de semi-tested de PCR.

a. Estudios en marcha:

- No se ha podido diagnosticar ningún caso de XMRV.
- Hay que analizar un mayor número de pacientes con otras condiciones: enfermedades autoinmunes, donantes de sangre, hemofilia, síndromes linfoproliferativos, cáncer de próstata, etc.
- Estudio de marcadores y de viremia plasmática.
- Etc.

3. SFC/EM BENIGNA. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO DEL SFC.

Dr. FERRÁN GARCÍA FRUCTUOSO.

- ✓ En el Código de Amurabi ya se describía un caso de SFC. A lo largo de los siglos se habló de la clorosis, el mal de amores, los yacentes, la neurastenia, la histeria, etc.
- ✓ Hay informes de cuadros de fatiga epidémica en la bibliografía médica desde 1934.
- ✓ La primera propuesta formal de definición de enfermedad: Encefalitis Miálgica, data de 1988.
- ✓ Holmes mezcla el SFC con una posible causa viral, con el ámbito psiquiátrico y con otras causas.
- ✓ Recordar el caso de Incline Ville, donde hubo un brote epidémico de SFC.

A. SFC POSTVIRAL+SFC BENIGNO (OMS 1988)

Criterios diagnósticos:

a. Mayores:

- i. Fatiga crónica persistente de más de 6 meses, mínimo.
- ii. Inexplicable.
- iii. De nuevo inicio o inicio definido.
- iv. Que no es resultado del esfuerzo.

b. Menores (Criterios de Fukuda). En 2003 se establecen los criterios canadienses:

- Entre ellos destacan el malestar postesfuerzo y la insistencia en el deterioro cognitivo.

Entre las exclusiones ó diagnósticos incompatibles con el SFC, figuran, entre otros:

- El linfoma.
- La enfermedad de Addison.

- Síndrome de Cushing.
- Hipotiroidismo.
- Hipertiroidismo.
- Anemias.
- Diabetes.
- Cáncer.
- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedad de Lyme.
- Etc.

En 2005 aparece la denominada definición “empírica”.

William Reeves aumenta por 10 la prevalencia de SFC en la población, situándola entre el 2-4%.

B. SOLAPAMIENTO CON LA FM

- El 86 % de los casos de FM tienen una fatiga anormal.
- Más del 80% de los pacientes con SFC cumplen criterios de FM.
- Cuando nos basamos en valoraciones objetivas, las dos enfermedades parecen ser la misma.

En una muestra de 3.400 pacientes valorados en el CIMA (Instituto Ferrán de Reumatología-Barcelona).

El 16 % presentaba SFC. El 23 % presentaba Neurastenia. El 27 % padecía otras causas de fatiga. El 34 % padecía una fatiga idiopática.

El SFC produce un impacto brutal en los pacientes. Merece respeto ya que imprime una pésima calidad de vida a los pacientes.

C. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS BÁSICAS:

- Todos los profesionales facultativos médicos las conocen (hemograma+bioquímica+VSG, etc.)
- Objetivar la fatiga física y cognitiva.
- Prueba de esfuerzo y repetir a las 24 horas.
- Prueba nerucognitiva.
- La respuesta inmune:
 - Recuento de células Natural Killer.
 - Actividad de las células Natural Killer.
 - Total de TH1/TH2.
 - Otras subpoblaciones linfocitarias (B).
 - Serología viral.
 - Inmunoglobulinas.

- Inmunocomplejos circulantes.
- Cortisol y catecolaminas en orina de 24 horas.
- Estudio Psicométrico.
- Etc.

¿Y si no cumple criterios estrictos de afectación neurocognitiva?: Entonces la encuadramos en el diagnóstico de **FATIGA CRÓNICA IDIOPÁTICA. R 5382-CIE 16.**

D. CURSO NATURAL DE LA ENFERMEDAD SIN TRATAMIENTO:

Siempre teniendo en cuenta la posible susceptibilidad genética de la persona.

Definición de caso

DESENCADENANTE	AFECTACIONES
Vírica	Inflamatorias
Autoinmune	Inmunológicas
Tóxica	Neurológicas
Inflamatoria	Endocrinológicas
Estrés	Mitocondriales (causas/consecuencias)

*Tan sólo se ha encontrado susceptibilidad en el 20% de los enfermos de SFC.

*Posible etiología vírica+ Posible desencadenante tóxico-químico.

* En los últimos 5 años ha aumentado el número de casos de SFC.

* En el año 2008 se estudió una posible implicación de la mitocondria en la fatiga crónica. (citopatía mitocondrial). “Implicación de la mitocondria en la fatiga crónica” (Estudio de la Dra. Poca, el Dr. Ferrán y el Dr. Antoni Fernández Solá).

Hay que identificar el subgrupo de pacientes afectados por SFC, con pruebas positivas para el SFC: pruebas de esfuerzo+pruebas de test cognitivos. El cuadro se reduce a etiología:

Postival	Autoinmune
Inflamatoria	Tóxica

E. XMRV:

- Los hallazgos del estudio americano sobre el XMRV no se han validado en Europa ya que, fundamentalmente, existen diferencias metodológicas, en algunos casos excesivas.
- Por el momento parece evidente que la clave para obtener resultados es a partir de una población bien diagnosticada y muy homogénea.
- Además, la detección del virus parece poco sensible por PCR.
- La detección del virus por anticuerpos, parece ser más fácil en los primeros seis meses, por eso complica el diagnóstico.
- El XMRV es muy sensible a modificaciones.

F. RECOMENDACIONES:

Según estudio:

Reposo agradable
Ventana Operativa

- No donar sangre, ni tejidos, ni esperma.
- Restringir las vacunaciones.
- Vigilar a sus mascotas y vacunarlas.
- No compartir cepillos de dientes, ni maquinillas de afeitarse o depiladoras.
- Protegerse en las relaciones sexuales.
- Evitar la lactancia materna.
- Etc.

4. IMPOSIBILIDAD DE TRABAJAR CON DIGNIDAD.

ELENA NAVARRO. Plataforma para la FM/SFC/SSQM.

Destacados:

- ✓ La falta de un tratamiento completamente eficaz no es lo único que sufren los afectados por el SFC.
- ✓ El infradiagnóstico es una de las grandes dificultades y luchas por las que pasa la persona que sufre SFC/EM.
- ✓ Se da fundamentalmente entre mujeres de 20-50 años y cada vez se está dando más entre niños.
- ✓ Más del 80% de los pacientes con SFC están incapacitados para realizar su labor habitual tras cinco años de evolución. Problemas personales y sanitarios.
- ✓ La persona con SFC sufre una gran incompreensión.
- ✓ Es necesaria una implicación sanitaria, para que los afectados no se encuentren desprotegidos.
- ✓ Las dificultades de trabajar son muchas.
- ✓ El 30% de las mujeres son despedidas.
- ✓ La reincorporación al trabajo se ve seriamente comprometida.

- ✓ La cronicidad de la enfermedad aboca al abandono del trabajo.
- ✓ La mayoría de los afectados queda sin cobertura prestacional.
- ✓ El sistema no contempla prestaciones dignas para las personas que quieren y no pueden trabajar.
- ✓ Etc.

CONCLUSIONES JURÍDICAS

- Poca credibilidad de la patología. No se incapacita a los afectados, se les deniega la invalidez.
- El paciente tiene que recurrir el dictamen de la SS.
- El reconocimiento de las incapacidades supone un desgaste físico y psicológico para los afectados.
- Se tarda una media de tres años en resolver un procedimiento laboral.
- En los últimos 10 años, se han dictado más de 10.000 sentencias sobre FM y SFC en el TSJ. Es decir, una media de 12 sentencias diarias.
- Mientras se resuelven, los afectados quedan sin cobertura prestacional en torno a los 12 años, accediendo simplemente al subsidio de 420 euros.