SELECCIÓN DE ESTUDIOS EN FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA PUBLICADOS EN DICIEMBRE 2010

1. Terapia farmacológica para FM
2. Meta-análisis de la respuesta al dolor en el tratamiento de la FM.
3. Preparación temporal y déficit inhibidor en la FM
4. Uso adyuvante de melatonina para tratar la FM.
5. Las concentraciones del óxido nítrico son normales y no relacionadas con el nivel de actividad en SFC: estudio de control de caso.
6. No hay diferencias en las respuestas cardiovasculares autonómicas al estrés mental en adolescentes con SFC en comparación con controles sanos.
7. Tratar FM con reducción de estrés basada en mindfulness: prueba randomizada controlada.
8. Medir la fatiga en entornos clínicos y de comunidad.
9. Fibromialgia y la relación terapéutica: donde la incertidumbre se reúne con la actitud.
10. Frecuencia y análisis de contenido del SFC en los libros de texto médicos.
11. El volumen de material gris de áreas cerebrales relacionadas con el dolor está disminuido en la FM
12. Neuropéptido Y en plasma: biomarcador para severidad sintomático en SFC.
13. El síndrome del edificio enfermo como parte del síndrome autoinmune (auto-inflamatorio) inducido por adyuvantes.
14. Correlación de pruebas de laboratorio y parámetros simpáticos de reacción de piel mediante el uso de redes neurales artificiales en pacientes con FM.
15. Exactitud diagnóstica de los síntomas que caracterizan el SFC
16. Deficiencia de acilcarnitina de cadena larga en pacientes con SFC. Potencial implicación de alterada actividad de carnitina palmitoiltransferasa-I.

Terapia farmacológica para FM

Pharmacologic Therapy For Fibromyalgia *J Clin Psychiatry. 2010 Dec;71(12):e34, PMID: 21190634, Culpepper L.*

Donde las estrategias no farmacológicas pueden ayudar a los pacientes a comprender y aceptar el diagnóstico de la FM, la terapia farmacológica puede proporcionar un importante alivio sintomático adicional y mejoría del funcionamiento. La terapia farmacológica tiene que individualizarse en base a una completa evaluación del paciente y una continuada evaluación de los síntomas y la respuesta al tratamiento. Los síntomas del paciente y sus alteraciones relacionadas con cada una de las dimensiones de la "tríada de la fibromialgia" (dolor, disfunción del sueño y desordenes del ánimo) y otras comorbilidades, pasadas experiencias con el tratamiento y las preferencias del paciente deberían guiar la selección de la terapia.

<<<<<<<<<<<<<<<<<<

Sistemática revisión de la efectividad comparativa de antiepilépticos para la FM.

Systematic Review of the Comparative Effectiveness of Antiepileptic Drugs for Fibromyalgia. *Siler AC, Gardner H, Yanit K, Cushman T, McDonagh M - J Pain Dec 2010; Recherche Full text par auteur | Sauvegarder Affiliation - Oregon Health & Science University, School of Medicine, Portland Oregon.*

Pregabalina es un antiepiléptico recientemente aprobado por la FDA para tratar la FM. Se han sugerido otros antiepilépticos para su tratamiento. Esta revisión sistemática examina los relativos beneficios y daños de los medicamentos antiepilépticos para tratar la FM.

Se hizo una búsqueda de la literatura y 8 estudios cumplían los criterios (7 estudios de pregabalina, 1 de gabapentina). Ambos medicamentos reducían las puntuaciones más importantes del dolor más que el placebo en un ratio modesto (pregabalina, 38% a 50%; gabapentina 51%). En una prueba de 6-meses de personas que respondían a la pregabalina, 32% continuaban teniendo respuesta a los 6 meses, el tiempo medio de pérdida de respuesta era de 34 días. Comparado con el placebo, los medicamentos tenían ratios similarmente altos de eventos adversos y abandonos. Sin otra prueba no es posible concluir si 1 antiepiléptico es más efectivo o dañino que el otro, aunque la limitada evidencia sugiere potenciales diferencias. Futuros estudios tienen que comparar directamente los medicamentos, incluir una población más ampliamente definida, examinar beneficios y daños a largo plazo, etc. Concluimos que pregabalina y gabapentina son modestamente efectivos para tratar FM, pero que se siguen desconociendo su seguridad y eficacia a largo plazo.

PERSPECTIVA: las conclusiones de este documento pueden ayudar a médicos a tratar de manera más efectiva el dolor asociado a la FM.

<<<<<<<<<<<<<<<<

Meta-análisis de la respuesta al dolor en el tratamiento de la FM.

A Meta-Analysis of Pain Response in the Treatment of Fibromyalgia. *Pain Pract. 2010 Dec 28; PMID: 21199320 [PubMed - as supplied by publisher] Authors: Roskell NS, Beard SM, Zhao Y, Le TK*

Este meta-análisis comparó la eficacia (respuesta al dolor) de medicamentos que tienen licencia o se utilizan de manera habitual para tratar la FM. También se hizo un meta-análisis de la seguridad medida vía la discontinuación por efectos adversos.

Métodos: meta-análisis de 21 pruebas clínicas para estimar las diferencias del tratamiento vs. placebo, por separado, para duloxetina, fluoxetina, gabapentina, milnacipran, pramipexol, pregabalina, uno de dos antidepresivos tricíclicos y tramadol plus paracetamol. Se analizó la respuesta al dolor como mejoría de al menos 30% y separadamente del 50%, desde el comienzo.

Resultados: al comparar con el placebo se observaron respuestas estadísticamente significativas (mejoría de 30% y 50%) para pacientes tratados con duloxetina, milnacipran 200 mg/día, pregabalina 300 o 450 mg/día y tramadol plus paracetamol.

El tratamiento con fluoxetina, gabapentina o milnacipran 100 mg/día resultó en significativos hallazgos de una mejoría del 30% de la respuesta al dolor. El meta-análisis demostró un riesgo estadísticamente incrementado de discontinuación por eventos adversos para milnacipran 100 y 200 mg/día, y pregabalina 300 y 450 mg/día. Todos los demás tratamientos, excepto fluoxetina, mostraban un riesgo numéricamente incrementado sobre el placebo para la discontinuación por eventos adversos.

Conclusiones: los 8 tratamientos activos mostraron evidencia que sugiere una mejoría por encima del placebo para tratar el dolor de pacientes que sufren de FM.

<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<

Preparación temporal y déficit inhibidor en la FM

Temporal preparation and inhibitory deficit in fibromyalgia syndrome. *Correa A, Miró E, Martínez MP, Sánchez AI, Lupiáñez J - Brain Cogn Dec 2010; Departamento de Psicología Experimental y Fisiología del Comportamiento, Universidad de Granada, Spain.*

Los déficits cognitivos en la FM pueden estar específicamente relacionados con procesos controlados, como los medidos con la memoria laboral o tareas de función ejecutiva. Este estudio ha comprobado esta hipótesis.

Se concluyó que las redes frontales que subyacen al control atencional (orientación temporal e inhibición de respuesta) pueden ser un mecanismo neurocognitivo disfuncional en la FM.

<<<<<<<<<<<<<<<<

Uso adyuvante de melatonina para tratar la FM.

Adjuvant use of melatonin for treatment of fibromyalgia. *Hussain SA, Al-Khalifa II, Jasim NA, Gorial FI - J Pineal Res Dec 2010; Department of Pharmacology and Toxicology, College of Pharmacy, University of Baghdad, Iraq Department of Medicine, College of Medicine, University of Baghdad, Baghdad, Iraq Department of Rheumatology and Rehabilitation, Baghdad Teaching Hospital, Medical City, Baghdad, Iraq. PMID: 21158908*

Aunque la evidencia preliminar indica que la melatonina puede ser efectiva para tratar el dolor asociado con la FM, no hay evidencia definitiva que apoya esta afirmación. Este estudio fue diseñado para evaluar el significado de utilizar diferentes dosis de melatonina, sola o en

combinación con fluoxetina para manejar la FM. Se hizo un estudio a doble-ciego, placebo-controlado y clínico en 101 pacientes (95 mujeres y 6 hombres) con FM (ACR).

Los pacientes fueron randomizados en 4 grupos: grupo A (24 pacientes) tratados con 20 mg/día de fluoxetina sola; grupo B (27 pacientes) tratados con melatonina 5mg sola; grupo C (27 pacientes) tratados con 20mg fluoxetina plus 3mg melatonina; grupo D (23 pacientes) tratados con 20mg fluoxetina plus 5mg melatonina. Se administraron ambos medicamentos una vez al día, por la mañana o por la noche, respectivamente, durante 8 semanas. Cada paciente fue clínicamente evaluado mediante una entrevista directa (FIQ) al comienzo y después de 8 semanas.

El uso de melatonina (3mg o 5mg/día) en combinación con 20mg/día de fluoxetina resultó en una significativa reducción del FIQ total y de sus diferentes componentes en comparación con los valores pre-tratamiento.

En conclusión, la administración de melatonina, sola o en combinación con fluoxetina, fue efectiva para tratar pacientes con FM.

<<<<<<<<<<<

Las concentraciones del óxido nítrico son normales y no relacionadas con el nivel de actividad en SFC: estudio de control de caso.

Nitric oxide concentrations are normal and unrelated to activity level in CFS: a case-control study. *Meeus M, VAN Eupen I, Hondequin J, DE Hauwere L, Kos D, Nijs J. Division of Musculoskeletal Physiotherapy, Artesis University College (AHA), Department of Health Sciences, Van Aertselaerstraat 31, 2170 Merksem, Belgium. In Vivo. 2010 Nov-Dec;24(6):865-9. PMID: 21164046*

OBJETIVO: ya que los pacientes con SFC a menudo presentan elevados niveles de óxido nítrico (NO) y bajos niveles de actividad física, este estudio quiso revelar posibles correlaciones entre la concentración de NO y la actividad física.

PACIENTES Y MÉTODOS: 30 pacientes con SFC y 29 controles sedentarios llevaron un acelerómetro durante una semana y se sometieron a recolección de sangre venosa al comienzo y la final de la semana.

RESULTADOS: los pacientes con SFC eran significativamente menos activos, pero no se revelaron significativas diferencias en la cantidad de NO o de la interacción entre el nivel de NO y el de actividad, ni en pacientes, ni en controles.

CONCLUSIONES: estos resultados proporcionaron más evidencia de reducidos niveles de actividad en los pacientes con SFC, pero rechazan que haya interacción alguna entre la cantidad de NO en sangre y el nivel de actividad en ambos grupos. El NO en sangre no era ni predictivo de, ni dependiente del nivel de actividad en SFC.

<<<<<<<<<<<<<

No hay diferencias en las respuestas cardiovasculares autonómicas al estrés mental en adolescentes con SFC en comparación con controles sanos.

No differences in cardiovascular autonomic responses to mental stress in chronic fatigue syndrome adolescents as compared to healthy controls. *Egge C, Wyller VB. Division of Pediatrics, Oslo University Hospital Rikshospitalet, Oslo, Norway. brwylle@online.no. Biopsychosoc Med. 2010 Dec 14;4:22. PMID: 21156045*

ABSTRACTO: hay cada vez más evidencia de alteradas respuestas cardiovasculares autonómicas a diferentes factores estresantes somáticos, en particular estrés ortostático, aunque las respuestas autonómicas al estrés mental se tienen que investigar todavía.

En este estudio exploramos las respuestas cardiovasculares autonómicas a un simple test de estrés mental en pacientes con SFC y en controles sanos. Se incluyó una muestra de 13 pacientes con SFC entre 12 y 18 años, y una muestra de voluntarios de 53 controles sanos. Se midieron continuamente la presión sanguínea, el ratio cardiaco y el flujo de sangre acral en la piel durante un ejercicio aritmético. Al comienzo el ratio cardiaco era significativamente más alto en los pacientes con SFC que en los controles. Durante el ejercicio aritmético, sin embargo, no se vieron diferencias significativas en las respuestas entre ambos grupos.

En conclusión, las respuestas autonómicas en los pacientes con SFC no se alteran con estrés mental simple en comparación con los controles sanos.

<<<<<<<<<<<<<<<<<<

Tratar FM con reducción de estrés basada en mindfulness: prueba randomizada controlada.

Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: Results from a 3-armed randomized controlled trial. *Schmidt S, Grossman P, Schwarzer B, Jena S, Naumann J, Walach H. Department of Environmental Health Sciences, University Medical Center, Freiburg, Germany; Institute for Transcultural Health Studies, European University Viadrina, Frankfurt (Oder), Germany; Samueli Institute, European Office, Brain, Mind and Healing Programme, Germany; Heymans Chair of Exceptional Human Experiences, University for the Humanistics, Utrecht, The Netherlands. Pain. 2010 Dec 10. PMID: 21146930*

La reducción de estrés basada en mindfulness (MBSR) es un programa estructurado en grupo de 8-semanas que enseña meditación mindfulness y ejercicio de yoga mindful. El objetivo de la MBSR es ayudar a los participantes a desarrollar conciencia sin juzgar a la experiencia momento-por-momento.

Se investigó la eficacia de la MBSR para aumentar el bienestar de pacientes con FM. Se repartieron un total de 177 mujeres con FM en uno de los siguientes grupos: (1) MBSR, (2) un activo procedimiento control para comprobar efectos no específicos de la MBSR, o (3) una lista de espera. El resultado más importante era la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) 2 mese después del tratamiento. Otros resultados secundarios eran calidad de vida específica con el desorden, depresión, dolor, ansiedad, quejas somáticas y un índice propuesto de mindfulness. De los pacientes, el 82% completó el estudio.

En conclusión, los análisis del resultado primario no apoyaron la eficacia de la MBSR en la FM, aunque los pacientes del grupo MBSR parecían tener más beneficio.

<<<<<<<<<<<<<<<<<<

Medir la fatiga en entornos clínicos y de comunidad.

Measuring fatigue in clinical and community settings. *Cella M, Chalder T. Institute of Psychiatry, King's College London, London, United Kingdom. matteo.cella@kcl.ac.uk J Psychosom Res. 2010 Jul;69(1):17-22. Epub 2009 Dec 11. PMID: 20630259*

OBJETIVO: la escala de fatiga de Chalder (CFQ) es un instrumento muy utilizado para valorar la fatiga en entornos clínicos y no-clínicos. Se examinaron las propiedades psicométricas de la escala y sus habilidades discriminadoras.

MÉTODOS: un total de 361 pacientes con SFC y 1615 personas en la comunidad fueron valorados con el CFQ. Principal component analysis (PCA) was used to explore the structure of the scale. Receiver-operating characteristic curve (ROC) was used to investigate the discriminative properties.

RESULTADOS: se identificaron 2 componentes, fatiga física y mental en el grupo de pacientes con SFC y en la muestra de la población general. La escala de fatiga discrimina de manera efectiva, con altas puntuaciones, entre los pacientes con SFC y la población general.

CONCLUSIONES: la fatiga física y mental son componentes claramente separables de la fatiga. El CFQ es capaz de discriminar de manera fiable entre enfermedades clínicas y no-clínicas.

<<<<<<<<<<<<<<

FM y la relación terapéutica: donde la incertidumbre se reúne con la actitud.

Fibromyalgia and the therapeutic relationship: where uncertainty meets attitude. *Hayes SM, Myhal GC, Thornton JF, Camerlain M, Jamison C, Cytryn KN, Murray S. Performance Optimization Solutions, AXDEV Group Inc, Brossard, Quebec. hayess@axdevgroup.com Pain Res Manag. 2010 Nov-Dec;15(6):385-91. PMID: 21165373*

ANTECEDENTES: la FM sigue infradiagnosticada y tratada de manera sub-óptima, a pesar de que afecta a gran cantidad de personas. Este estudio examina el conocimiento y los desafíos de la es actitud que afectan al cuidado óptimo.

MÉTODOS: grupos de discusión, entrevistas semiestructuradas y una encuesta cuantitativa online entre Junio 2007 y Enero 2008). Los participantes incluían 189 médicos generales (GPs) y 139 especialistas (anestesistas, neurólogos, fisiatras, psiquiatras y reumatólogos) en todo Canadá. Para enriquecer los hallazgos había entre los participantes 18 pacientes.

RESULTADOS: los GPs reportaron un conocimiento y aptitud insuficiente para diagnosticar FM, sobre todo al no creer para nada que se trata de una enfermedad diagnosticable (media 3.74/5). El 23% de los GPs y el 12% de los especialistas caracterizaron a los pacientes con FM como fingidores. Además reportaron una falta de conocimiento y aptitud para tratar la FM, incluyendo el dolor, los desordenes del sueño y del ánimo, relacionados con la enfermedad. Los especialistas compartieron estos desafíos, aunque en menor grado - "no fuimos entrenados para tratar distrés y sufrimiento" (especialista). Los asuntos de la actitud se centran alrededor de la frustración y el perfil negativo de los pacientes con FM.

CONCLUSIONES: los hallazgos revelaron la presencia de los desafíos de la actitud y la confianza de los GPs para cuidar pacientes con FM. Ya que el cuidado de pacientes con FM se mueve

hacía las consultas generales, habría que abordar estas competencias fundamentales para asegurarse que todos los pacientes reciban la calidad del cuidado necesaria para manejar su enfermedad y que los médicos sean profesionalmente más efectivos. Como declaró un paciente "¿por qué se nos castiga por tener esta incapacidad?"

<<<<<<<<<<<

Frecuencia y análisis de contenido del SFC en los libros de texto médicos.

Frequency and content analysis of chronic fatigue syndrome in medical text books. *Jason LA, Paavola E, Porter N, Morello ML. DePaul University, Center for Community Research, 990 W. Fullerton Avenue, Suite 3100, Chicago, IL 60614, USA. ljason@depaul.edu Aust J Prim Health. 2010;16(2):174-8. PMID: 21128580*

Los libros de texto son básicos para entrenar al equipo médico y a los estudiantes, y son una importante fuente de referencias y revisiones de estos profesionales. El objetivo de este estudio fue determinar, tanto la cantidad, como la calidad de la información sobre SFC incluía en los textos médicos.

Después de revisar 119 libros de texto médicos de varias especialidades médicas, encontramos que 48 (40.3%) de ellos incluían información sobre el SFC. Sin embargo, en el total de 129.527 páginas de estos libros, el contenido sobre SFC solo estaba presentado en 116.3 (0.090%) páginas. Otras enfermedades menos prevalentes, como la esclerosis múltiple y la enfermedad de Lyme, están representados con más frecuencia en los libros de texto médicos.

Estos hallazgos sugieren que el tópico del SFC está infrarreportado en los libros de texto médicos publicados.

<<<<<<<<<<<<<

El volumen de la materia gris de áreas cerebrales relacionadas con el dolor está disminuido en la FM

Gray Matter Volumes of Pain-Related Brain Areas are Decreased in Fibromyalgia Syndrome *Journal of Pain, Dec 9, 2010. PMID: 21146463, Robinson ME, Craggs JG, Price DD, Perlstein WM, Staud R. Department of Clinical and Health Psychology, McKnight Brain Institute, University of Florida College of Medicine, Gainesville, Florida. [Email: staudr@ufl.edu]*

Hay cada vez más evidencia que sugiere que la FM está asociada con anomalías del procesamiento central del dolor, ie, sensibilización central.

Varios estudios previos de pacientes con dolor crónico, incluyendo FM, han demostrado atrofia de la material gris de áreas del cerebro asociadas con procesamiento del dolor sensorial y afectivo.

Estos hallazgos, sin embargo, no han sido confirmados en todos los estudios sobre FM. En este estudio investigamos el volumen de la materia gris de áreas del cerebro asociadas con zonas relacionadas con el dolor de pacientes con FM identificados con imágenes cerebrales funcionales.

Comparamos 19 áreas relacionadas con el dolor de 14 mujeres con FM y de 11 controles sanos (NC).

Constatamos que los pacientes con FM tenían significativamente menos volumen de materia gris que los NC en 3 de estas regiones cerebrales, incluyendo el cingulado anterior y medio y las cortezas medio insulares. Es importante que los pacientes no demostraran atrofia global de la material gris, ni cambios de la material gris asociados con depresión como se demostró en algunos estudios. Utilizando un análisis más riguroso que otros estudios proporcionamos evidencia de una disminución de los volúmenes de la materia gris en unas cuantas áreas del cerebro relacionadas con el dolor en FM.

Aunque actualmente los mecanismos de estos cambios en la materia gris no son claros, puede que contribuyan a algunas de las características básicas de este desorden crónico, incluyendo las alteraciones afectivas y el dolor crónico generalizado.

Perspectiva: hay cada vez más evidencia que apoya la asociación del dolor crónico con una acelerada atrofia de la materia gris en desordenes, como el dolor lumbar, el SCI y la FM. No obstante, las relaciones causa-efecto entre el dolor crónico y la disminución del volumen de la materia gris no ha sido establecido todavía y requerirá futuros estudios prospectivos.

<<<<<<<<<<<<<<

Neuropéptido Y en plasma: biomarcador para severidad sintomático en SFC.

Plasma neuropeptide Y: a biomarker for symptom severity in chronic fatigue syndrome. *Mary A Fletcher, Martin Rosenthal, Michael Antoni, Gail Ironson, Xiao R Zeng, Zachary Barnes, Jeanna M Harvey, Barry Hurwitz , Silvina Levis, Gordon Broderick and Nancy G Klimas - Behavioral and Brain Functions 2010, 6:76doi:10.1186/1744-9081-6-76*

Abstracto (provisional). El SFC es una enfermedad compleja, multi-sintomática con una patogénesis multisistémica que implica alteraciones en los sistemas nervioso, endocrino e inmune. Se han identificado anomalías en las respuestas al estrés como potenciales desencadenantes o mediadores de los síntomas de SFC. Este estudio se concentró en el mediador del estrés, neuropéptido Y (NPY). Postulamos que el NPY podría ser un útil biomarcador para el SFC.

Métodos. Los 93 pacientes con SFC eran de la Clínica “Chronic Fatigue and Related Disorders” de la Universidad de Miami y cumplían los criterios 1994 de Fukuda. Participaron 100 controles sedentarios. También se comparó con el SFC otra enfermedad fatigante, multisintomática, la Enfermedad de la Guerra del Golfo (GWI). Medimos el NPY en plasma con un radioimmunoassay (RIA).

Resultados. El NPY en plasma estaba elevado en las personas con SFC en comparación con los controles y con los casos con GWI. En 42 pacientes con SFC, el plasma NPY tenía significativas correlaciones con el estrés percibido, depresión, enfado/hostilidad, confusión, pensamientos negativos, pensamientos positivos, salud general y estado cognitivo.

Conclusiones. Este estudio es el primero en la literatura sobre SFC a reportar que el NPY en plasma está elevado en comparación con controles sanos y con un grupo de comparación fatigado, pacientes con GWI. Las significativas correlaciones del NPY con el estrés, el ánimo negativo, la salud general, depresión y funcionamiento cognitivo sugieren fuertemente que este péptido se puede considerar como biomarcador para distinguir subgrupos del SFC.

<<<<<<<<<<<<<<<<

El síndrome del edificio enfermo como parte del síndrome autoinmune (auto-inflamatorio) inducido por adyuvantes.

The sick building syndrome as a part of the autoimmune (auto-inflammatory) syndrome induced by adjuvants. *Modern Rheumatology - DOI: 10.1007/s10165-010-0380-9Online First™ - http://www.springerlink.com/content/9314671126r0k34l/*

El síndrome del edificio enfermo ("Sick building syndrome = SBS) es un término acuñado para un juego de síntomas clínicamente reconocibles y achaques sin clara causa reportados por los ocupantes de un edificio. En los años 1990 el término "síndromes funcionales somáticos" se aplicaba a varios síndromes, incluyendo SBS, SQM, lesión por estrés de repetición, los efectos adversos de implantes de pecho de silicona, el GWS, SFC, SCI y la FM.

Recientemente, Shoenfeld y Agmon-Levin sugirieron que 4 enfermedades —siliconosis, miofascitis macrofágica, el GWS y fenómenos post-vacuna — que comparten parecidos clínicos y patogénicos, pueden ser incluidas en un síndrome común llamado "síndrome autoinmune (auto-inflamatorio) inducido por adyuvantes".

La comparación de las manifestaciones clínicas, síntomas y signos de las 4 enfermedades descritas por Shoenfeld y Agmon-Levin con las descritas para el SBS demuestra que 9 de 10 de los síntomas más importantes están presentes en las 5 enfermedades.

Shoenfeld and Agmon-Levin proponen además varios criterios mayores y menores, que, aunque requieren más validación, pueden ayudar para diagnosticar este síndrome de nueva definición. Proponemos aquí que el SBS también puede incluirse como parte del "síndrome Shoenfeld".

<<<<<<<<<<<<<<<<<<<

Correlación de pruebas de laboratorio y parámetros simpáticos de reacción de piel mediante el uso de redes neurales artificiales en pacientes con FM.

Correlation of Laboratory Tests and Sympathetic Skin Response Parameters by Using Artificial Neural Networks in Fibromyalgia Patients. *J Med Syst. 2011 Jan 5. PMID: 21207122, Ozkan O, Yildiz M, Köklükaya E.*

Objetivos. FM es una enfermedad crónica musculoesquelética que causa disfunción del sistema nervioso autonómico. La respuesta simpático de la piel (Sympathetic Skin Response = SSR) es parte de la impedancia eléctrica del cuerpo afectado por disfunciones del sistema nervioso autonómico.

Métodos. En este estudio se grabaron los valores obtenidos de los resultados de muestras de sangre de pacientes con FM y de sujetos sanos en la Universidad Suleyman Demirel, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.

Resultados. Se investigó la relación entre los parámetros de la SSR y de las pruebas de laboratorio mediante redes neurales artificiales. Como resultado, la SSR parece ser un parámetro válido para clasificar la FM.

<<<<<<<<<<<<<<<<<

Exactitud diagnóstica de los síntomas que caracterizan el SFC

Diagnostic accuracy of symptoms characterising chronic fatigue syndrome (PFL, 2010) *Davenport TE, Stevens SR, Baroni K, Van Ness M, Snell CR. Disabil Rehabil. 2011 Jan 6. PMID: 21208154 Department of Physical Therapy, Thomas J. Long School of Pharmacy and Health Sciences, University of the Pacific, Stockton, CA, USA.*

Objetivo: determinar la exactitud diagnóstica de los síntomas simples y de clústeres de síntomas para distinguir entre personas con y sin SFC.

Métodos: estudio de una cohorte en un laboratorio de ejercicios fisiológicos en un entorno académico. Participaron 30 sujetos en este estudio (n=16 con SFC; n=14 controles sedentarios). Se administró un cuestionario sobre los síntomas 1 semana después del segundo de 2 tests de ejercicio cardiopulmonar máximo en 2 días seguidos.

Resultados: el análisis ROC demostró de manera significativa que no conseguían recuperar ni en 1 día, ni en 7 días. La fatiga demostró una alta sensibilidad y una modesta especificidad para distinguir entre las cohortes, mientras que la disfunción neuroendocrina, inmune, el dolor y la alteración del sueño demostraron una alta especificidad y modesta sensibilidad. El análisis reveló que las anomalías inmunes, alteraciones del sueño y dolor clasificaban de manera correcta el 92% de las personas con SFC y el 88% de los sujetos control.

Conclusiones: un clúster de asociados síntomas distingue entre personas con y sin SFC. Puede que sean necesarios menos síntomas asociados para establecer un diagnóstico del SFC que los actualmente descritos.

<<<<<<<<<<<<<<

Deficiencia de acilcarnitina de cadena larga en pacientes con SFC. Potencial implicación de alterada actividad de carnitina palmitoiltransferasa-I.

Long-chain acylcarnitine deficiency in chronic fatigue syndrome patients. Potential involvement of altered carnitine palmitoyltransferase-I activity. *Reuter SE, Evans AM - Institution School of Pharmacy & Medical Sciences Sansom Institute for Health Research, University of South Australia, Adelaide. Source J Intern Med 2010 Dec 22.*

Objetivo. Actualmente de desconoce la etiología subyacente al SFC, no obstante en vista del papel crítico de la carnitina para la producción de la energía mitocondrial, se ha sugerido que el SFC puede estar asociado con una alterada homeostasis de la carnitina. Este estudio se hizo para examinar de manera comparativa los completos perfiles endógenos de carnitina en pacientes con SFC y en controles sanos.

Diseño. Estudio cruzado, observacional en 44 pacientes con SFC y 49 controles que habían estudiado en la Escuela de Farmacia & Ciencias Médicas, Universidad de Australia del Sur. Se entregó a todos los participantes un cuestionario sobre la severidad de su fatiga y se les sacó una muestra de sangre que se analizó por L-carnitina y 35 individuales concentraciones de acilcarnitina en plasma.

Resultados. Los pacientes con SFC exhibían concentraciones significativamente alteradas de C8:1, C12DC, C14, C16:1, C18, C18:1, C18:2 y C18:1-OH acilcarnitinas; a mencionar en

particular, oleil-L-carnitina (C18:1) y linoleil-L-carnitina (C18:2) eran, de media, 30-40% más bajos en los pacientes que en los controles. También se demostraron significativas correlaciones entre las concentraciones de acilcarnitina y la sintomatología clínica.

Conclusiones. Se propone que esta alteración de la homeostasis de la carnitina es resultado de una reducción de la actividad de la carnitina palmitoiltransferasa-I (CPT-I), posiblemente debido a la acumulación de ácidos grasos omega-6 previamente observada en esta población de pacientes. Se postula que la administración de ácidos grasos omega-3 en combinación con L-carnitina incrementaría la actividad de la CPT-I y mejoraría la sintomatología del SFC.

<<<<<<<