

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN ENCEFALOMIELITIS MIÁLGICA

Iñigo Murga Gandasegui. Médico y Odontólogo. Master en Neurociencias. Especialista Universitario Investigación Dolor. Doctorando en Neurociencias UPV/EHU.

Encefalomiелitis miálgica (EM) es una enfermedad neurológica (G93.3), con repercusión multisistémica, que se estructura clínicamente en la actualidad, en base a los Criterios de Consenso Internacional (*Carruthers et al., 2011*).

La prevalencia es desconocida, se establece un mínimo básico del 0,1% (Documento Consenso Nacional., 2008), con rangos muy dispersos dependiendo de la metodología de estudio (Johnston et al., 2013).

Independientemente de las cifras, podemos encuadrar EM dentro de las enfermedades raras, cumpliendo el perfil sociosanitario de éstas:

- Presenta muchas dificultades diagnósticas y de seguimiento

Diversos criterios diagnósticos a lo largo de la historia. Existe debate entre la comunidad científica acerca de si Encefalomiелitis miálgica es la misma entidad que el Síndrome de fatiga crónica, ocasionando en muchos casos un tiempo de diagnóstico prolongado. No hay seguimiento de estos enfermos, siendo muy pequeño el número de profesionales dentro de la sanidad pública dedicados a esta patología.

- Múltiples problemas sociales

Bajas laborales, dificultades en el reconocimiento de discapacidad e invalidez laboral. Falta de conocimiento social.

- Pocos datos epidemiológicos

La existencia de distintos fenotipos diagnósticos y la diversa metodología empleada en los estudios epidemiológicos, hacen muy dispersos los datos publicados. No existen estudios de prevalencia con los Criterios de Consenso Internacional (*Carruthers et al., 2011*).

- Muchas dificultades en la investigación

Una patología mal comprendida y comunicada a la clase médica, y política, que ocasiona dificultad de financiación en investigación.

No hay modelo animal con un protocolo consensuado.

- No tiene tratamiento efectivo

No existe en la actualidad ningún tratamiento paliativo ni curativo de la enfermedad, limitándose a manejar los distintos síntomas que se presentan.

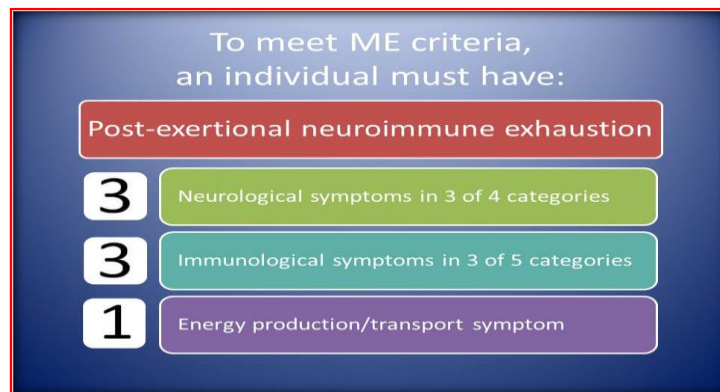
- Tiene un origen desconocido

La etiología y los mecanismos etiopatogénicos son desconocidos.

El diagnóstico se realiza por el cumplimiento de los criterios clínicos, por la sintomatología referida por la persona. No hay biomarcadores, ni pruebas específicas .

Traducción literal, Criterios de Consenso Internacional para Encefalomielitis miálgica.

- Carruthers BM, van de Sande MI, De Meirleir KL, Klimas NG, Broderick G, Mitchell T, Staines D, Powles ACP, Speight N, Vallings R, Bateman L, Baumgarten-Austrheim B, Bell DS, Carlo-Stella N, Chia J, Darragh A, Jo D, Lewis D, Light AR, Marshall-Gradisbik S, Mena I, Mikovits JA, Miwa K, Murovska M, Pall&S. Stevens ML. Myalgic encephalomyelitis: International Consensus Criteria. Journal of Internal Medicine, 2011; 270; 327- 338.



A. Agotamiento neuroinmune post-esfuerzo. Todos los enfermos tienen que cumplir este criterio (cardinal o mayor). La severidad de los síntomas reduce significativamente los niveles de actividad previos a la enfermedad.

1. Marcada, rápida fatigabilidad física y/o cognitiva en respuesta al esfuerzo, el cual puede ser mínimo, como actividades de la vida diaria o simples tareas mentales, originando debilidad y causar una recaída.

2. Exacerbación de síntomas post-esfuerzo: síntomas gripales, dolor y empeoramiento de otros síntomas.

3. Agotamiento post-esfuerzo, puede ocurrir inmediatamente después de la actividad o aparecer horas o días después.

4. Periodo de recuperación prolongado, habitualmente necesita 24 horas o más. Un empeoramiento de la sintomatología puede permanecer días, semanas o más tiempo.

5. Un umbral bajo de fatigabilidad física y mental (falta de aguante, de resistencia) resultando en una reducción sustancial en los niveles de actividad previos a la enfermedad.

B.Síntomas neurológicos. Al menos un síntoma de tres de las cuatro categorías de síntomas.

1.Alteraciones neurocognitivas

- Dificultad en el procesamiento de información: pensamiento lento, problemas de concentración, ej: confusión, desorientación, sobrecarga cognitiva, dificultad en la toma de decisiones, habla más lenta, dislexia adquirida o de esfuerzo.
- Pérdida de memoria a corto plazo: dificultad para recordar lo que se quería decir o lo que se estaba diciendo, recuperación de palabras, recordar información, mala memoria de trabajo.

2.Dolor

- Dolor de cabeza: crónicos, generalizados, a menudo implican dolor de ojos, detrás de los ojos o la parte posterior de la cabeza, puede estar asociado con tensión muscular cervical, migraña, cefaleas tensionales.
- Dolor experimentado en los músculos, uniones músculo-tendinosas, articulaciones, abdomen o pecho. De naturaleza no inflamatoria, a menudo migra, ej: hiperalgesia generalizada, dolor generalizado (puede cumplir los criterios de fibromialgia), dolor miofascial, dolor que se irradia.

3.Alteraciones del sueño

- Patrones de sueño alterados: insomnio, sueño prolongado incluyendo siestas, duerme la mayor parte del día y está despierto casi toda la noche, despertares frecuentes, despertar mucho más temprano que antes de inicio de la enfermedad, vive sueños / pesadillas.
- Sueño no reparador: despertar con sentimiento de agotamiento independientemente de la duración del sueño, somnolencia diurna.

4.Alteraciones neurosensoriales, perceptuales y motoras

- Neuro sensorial y perceptiva: incapacidad para enfocar la visión, sensibilidad a la luz, el ruido, la vibración, el olor, el gusto y el tacto, deterioro de la percepción en profundidad.
- Motor: debilidad muscular, temblores, falta de coordinación, sensación de inestabilidad en los pies, ataxia.

C.Síntomas inmunológicos, gastrointestinales, genitourinarios. Al menos un síntoma de 3 de las siguientes 5 categorías.

1.Los síntomas gripales pueden ser recurrentes o crónicos, empeoran con el esfuerzo, ej: dolor de garganta, sinusitis, ganglios linfáticos cervicales y / o axilares pueden estar aumentados de tamaño y sensibles a la palpación.

2.Susceptibilidad a las infecciones virales con períodos de recuperación prolongados.

3.Gastrointestinal: náuseas, dolor abdominal, distensión abdominal, síndrome del intestino irritable.

4.Genitourinario: urgencia miccional, nicturia.

5.Sensibilidad alimentaria, medicación, olores o químicos.

D.Alteraciones en el metabolismo energético / transporte iónico. Al menos un síntoma.

1.Cardiovascular: incapacidad para tolerar una posición vertical, intolerancia ortostática, hipotensión mediada neuralmente, síndrome de taquicardia postural ortostática , palpitaciones con o sin arritmias cardíacas, aturdimiento / mareo.

2.Respiratorio: falta de aire, dificultad para respirar, fatiga en los músculos de la pared torácica.

3.Pérdida de estabilidad termostática: temperatura corporal alterada, marcadas fluctuaciones diurnas, episodios de sudoración, sensación de febrícula, con o sin fiebre de bajo grado, extremidades frías.

4.Intolerancia a temperaturas extremas.

Consideraciones pediátricas

Los síntomas pueden progresar más lentamente en los niños que en adolescentes o adultos. Además de agotamiento neuroinmune post-esfuerzo, los síntomas más prominentes tienden a ser neurológicos: dolores de cabeza, alteraciones cognitivas,y trastornos del sueño.

- Dolores de cabeza: Dolores de cabeza severos o crónicos a menudo debilitantes. La migraña puede estar acompañada por una rápida caída de temperatura, agitación, vómitos, diarrea y debilidad severa.
- Alteraciones neurocognitivas: Dificultad para enfocar los ojos y la lectura son comunes. Los niños pueden llegar a ser disléxicos, que solo puede ser evidente si está cansado. Procesamiento lento de la información hace que sea difícil seguir instrucciones o tomar notas. Todos los deterioros cognitivos empeoran con el esfuerzo físico o mental. Los jóvenes no son capaces de mantener un programa escolar completo.
- El dolor puede parecer de forma errática y migrar rápidamente. La hiperlaxitud articular es común.

Todos los síntomas en EM pueden fluctuar rápidamente a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Clasificación

- **Encefalomiелitis miálgica.** Cumple con todos los criterios establecidos.
- **Encefalomiелitis miálgica atípica,** presenta el criterio cardinal o mayor de Agotamiento neuroinmune post-esfuerzo, pero tiene menos requerimientos en el resto de características. Dolor y alteraciones del sueño pueden estar ausentes, casos poco frecuentes.

Exclusiones

No existe ningún biomarcador, prueba analítica o radiológica específica. La historia clínica y el cumplimiento de los criterios diagnósticos conducen al diagnóstico.

Al igual que en todo diagnóstico médico, la exclusión de los diagnósticos alternativos se logra por la historia del paciente, examen físico, pruebas de laboratorio, radiología, neurofisiología...etc .

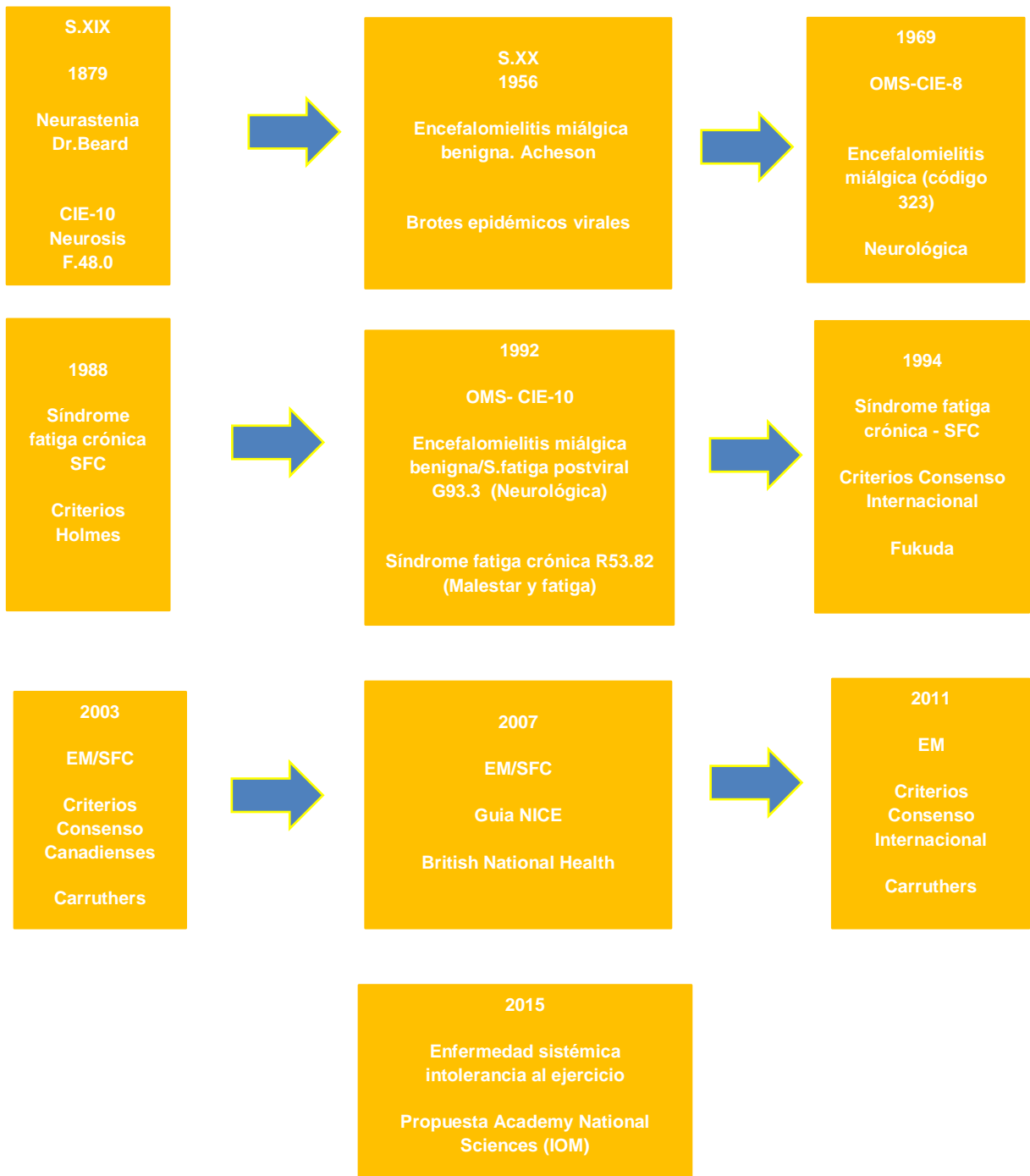
Es posible tener más de una enfermedad, pero es importante que cada una se identifique.

Se excluyen del diagnóstico de EM: Trastornos psiquiátricos primarios, trastorno somatomorfo y abuso de sustancias. Para EM pediátrico, la fobia escolar "primaria".

Comorbilidades

Fibromialgia, S.dolor miofascial, S. disfunción ATM, S.Colon irritable, Cistitis intersticial, Fenómeno Raynaud, Prolapso de la válvula mitral, Migraña, Alergias, Sensibilidad química múltiple, Tiroiditis de Hashimoto, S.Sicca, Depresión reactiva.

La migraña y el S.Colon irritable pueden preceder a EM pero con frecuencia se asocian con ella. Fibromialgia se solapa.



Fuente: Elaboración propia. Evolución de los criterios diagnósticos para Encefalomiélitis Miálgica / Síndrome de fatiga crónica.

Año	Autor	País	Edad	Muestra	Método	Prevalencia(%)	Criterio
1990	Lloyd	Australia	todas	P	P	0.037	Australiano
1991	Ho-yen	UK	todas	P	P	0.13	Ho-Yen
1992	Price	USA	18≤	P	R	0.0074 0.3	1988 CDC* 1988 CDC
1993	Bates	USA	18≤	P	P	0.4 1.0	1991Oxford Australiano
1993	Gunn	USA	18≤	P	P	0.003	1988 CDC
1995	Jason	USA	18≤	C	P	0.20	1988 CDC
1995	Lawrie	UK	18≤	P	P	0.56	1991Oxford
1997	Dobbins	US	12-17	P	P	2.7	1988 CDC
1997	Reyes	USA	18≤	P	P	0.0052	1988 CDC
1997	Versluis	Netherlands	18≤	P	P	0.11 1.50	1988 CDC 1991Oxford
1998	Kawakami	Japan	18≤	C	P	0 1.50	1988 CDC 1994 CDC
1998	Steele	USA	18≤	C	P	0.23	1994 CDC
1999	Jason	USA	18≤	C	P	0.42	1994 CDC
2000	Jordan	US	5-17	C	P	2.05	1994 CDC
2002	Lindal	Iceland	19-75	C	P	0 4.80 2.40 1.40	1988 CDC Australiano 1991Oxford 1994 CDC
2003	Reyes	USA	18-69	C	P	0.235	1994 CDC
2003	Chalder	UK	5-15	C	P	0.19	1994 CDC
2004	Jones	US	12-17	C	P	0.338	1994 CDC
2004	Bierl	USA	18-69	C	P	1.197	1994 CDC
2005	Kim	Korea	18≤	P	P	0.60	1994 CDC
2005	Yiu	Hong Kong	20-50	C	P	6.40	1994 CDC
2006	Jordan	US	5-17	C	P	0.06	1994 CDC
2007	Rimes	UK	11-15	C	P	0.1 0.5	1994 CDC
2007	Njoku	Nigeria	18≤	C	P	0.678	1994 CDC
2007	Reeves	USA Brazil	18-59	C	P	2.54 1.60	2005 CDC
2009	Cho	UK	18-45	P	P	2.10	1994 CDC
2010	van't Leven	Netherlands	18≤	C	P	1.0	1994 CDC
2011	Bhui	UK	16-74	C	R	2.30	1994 CDC*
2011	Hamaguchi	Japan	20-78	C	P	1.00	1994 CDC
2011	Nijhof	Netherlands	10-18	C	P	0.111	1994 CDC

a) Muestra: P, atención primaria; C, comunidad

b) Método: P, prospectivo; C, comunidad

c) Criterio: CDC, Centers for Disease Control and Prevention, (Holmes et al., 1988) y (Fukuda et al., 1994).
CCC, Canadian Consensus Criteria (Carruthers et al., 2003).

ECD, Epidemiological Case Definition.

*autor aplica criterios definidos.

Prevalencia para Encefalomyelitis miálgica / Síndrome de fatiga crónica

Fuente: Johnston S, Brenu EW, Staines DR, Marshall-Gradisnik S. The adoption of Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis case definitions to assess prevalence: A systematic review. Ann Epidemiol, 2013 (Jun); 23(6): 371-6.