

Dra. Ana María Gago Ageitos*, **Dra. María José Durán Maseda****, **Javier D. López Morínigo*****, **Silvia Martínez Formoso******, **Joaquín Pacheco Mirones*******

* Psiquiatra. Servicio Galego de Saúde. Santiago de Compostela

** Psiquiatra y Médico de Familia (Centro de Salud de Valga, Pontevedra)

***Psiquiatra del Instituto de Psiquiatría en Hospital Maudsley (Londres)

****Psiquiatra del Centro de Salud Mental de Mollabao (Pontevedra)

*****Psiquiatra del Hospital Miguel Domínguez (Pontevedra)

Correspondencia:

anagago@yahoo.com

C/Santiago del Estero 1-4ºF Santiago de Compostela
(A Coruña) 15701

*Síndrome de fatiga crónica
infanto-juvenil: revisión y
actualización a propósito de
un caso*

*Chronic fatigue syndrome in
children and adolescents: a
systematic update and a case
report*

RESUMEN

El síndrome de fatiga crónica (SFC) es una de las principales causas de absentismo escolar. Presentamos el caso de un varón de 14 años con síndrome de fatiga crónica después de una mononucleosis infecciosa; que le ocasiona gran incapacidad y preocupación sobre la enfermedad. Se discute el mal pronóstico de este paciente e hipotetizamos su posible asociación con la cronicidad de la enfermedad, la psicopatología de la familia y del paciente y el hecho de mantener la creencia de que la enfermedad se debe a una causa orgánica.

Palabras clave: Síndrome de fatiga crónica en niños y adolescentes, neurastenia, somatización, absentismo escolar, duloxetine.

ABSTRACT

Chronic fatigue syndrome (CFS) is a major cause of school absenteeism. A 14-year old boy with CFS following an infectious mononucleosis with great disability and significant concerns regarding the origin of the illness is presented. Factors associated with the poor prognosis such as the illness chronicity, the family psychopathology and the longstanding belief by the patient that illness

has an organic origin are discussed.

Key words: Chronic fatigue syndrome in children and adolescents, neurasthenia, somatization, school absenteeism, duloxetine.

**EL SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA
EN LA EDAD INFANTO-JUVENIL: RE-
VISIÓN**

El cansancio y la fatiga son síntomas que en nuestra sociedad se encuentran como habituales en la edad media de la vida, especialmente en mujeres. Sin embargo, no es infrecuente encontrar también estos síntomas en la población infanto-juvenil, idea que enlaza con la de Beard (1), introductor del término “neurastenia” (el equivalente clásico del actual síndrome de fatiga crónica), que consideraba la infancia como uno de los períodos pico de comienzo del trastorno. Es cierto que la mayor exigencia de nuestros niños y adolescentes se encuentra sobre aspectos intelectuales, habiendo actualmente en nuestras consultas una mayor demanda por “dificultades de concentración” que por “fatiga”, ya que como siempre la demanda o necesidades sociales influyen en la patoplastia

del malestar.

La 'fatiga', que puede ser física y/o mental, implica la necesidad de una exploración médica exhaustiva y la existencia de un período previo en que la vitalidad del niño o adolescente fue mayor.

Cuando hay un antes y un después en aspectos de agotamiento o cansancio y no hay una etiología médica que lo justifique; el psiquiatra infantil apunta casi siempre a la esfera de lo somatomorfo. De hecho, el DSM-IV-TR categoriza la neurastenia como trastorno somatomorfo indiferenciado.

El síndrome de fatiga crónica se caracteriza por cansancio debilitante y grave de seis meses o más de evolución, acompañado a menudo de mialgias, cefaleas, faringitis, hipertermia leve, síntomas cognitivos, síntomas gastrointestinales y ganglios linfáticos hiperestésicos.

La CIE-10 clasifica el trastorno como una entidad mal definida de etiología incierta bajo el encabezamiento "malestar general y fatiga", y lo subdivide en astenia e incapacidad no especificada. Estableciendo una entidad diagnóstica separada incluida en el apartado otros trastornos neuróticos: la neurastenia (F 48.0-CIE 10) (2).

Este trastorno es un ejemplo importante de las diferencias culturales que influyen en la patoplastia de la enfermedad. El síndrome de fatiga crónica es un cuadro más aceptado y más diagnosticado en las culturas en las que las personas se resisten a que se las diagnostique de un trastorno mental, es decir, donde el estigma asociado a la enfermedad mental es mayor.

Entre el 2%-10% de los niños sufren molestias funcionales (3) y estas constituyen el principal motivo de interconsulta psiquiátrica en las Unidades Pediátricas Hospitalarias. La enfermedad afecta fundamentalmente a adultos jóvenes entre (20-40 años) y es más frecuente en mujeres que en hombres (2:1). En el Reino Unido se ha calculado que el 0.19% de los adolescentes cumple criterios para un diagnóstico de síndrome de fatiga crónica (4).

Se desconoce la causa del trastorno. El diagnóstico sólo se puede hacer después de descartar todas las demás causas médicas y psiquiátricas de enfermedades que causan fatiga crónica. Los estudios científicos no han validado signos ni pruebas diagnósticas patognomónicas de este cuadro. Los investigadores han intentado implicar al herpesvirus y al virus de Epstein-Barr como agente etiológico. Sin embargo, la infección por este virus se asocia con anticuerpos específicos y linfocitosis atípica, no

observados en el síndrome de fatiga crónica. Las pruebas para otros agentes virales, como enterovirus y retrovirus han sido negativas. Algunos investigadores han hallado marcadores inespecíficos de anormalidades inmunitarias en pacientes con síndrome de fatiga crónica, como menor respuesta de proliferación de linfocitos sanguíneos periféricos, pero estas respuestas son similares a las detectadas en algunos pacientes con depresión mayor.

Según Beard la causa de la neurastenia era "agotamiento nervioso", que significa agotamiento de los "nutrientes almacenados" en la célula nerviosa. Beard postulaba una teoría de "diátesis nerviosa", según la cual una persona tiene una vulnerabilidad específica que, que al ser sometida a una influencia ambiental estresante, permitía que aparecieran los síntomas de neurastenia. La hipótesis actual de la depleción, que sostiene que el estrés prolongado disminuye los niveles de neurotransmisores en las neuronas, guarda una llamativa similitud con el concepto de agotamiento nervioso de Beard.

La fatiga es el síndrome más obvio y se caracteriza por agotamiento mental y físico grave, suficiente para hacer que el paciente disminuya sus actividades en un 50%. Por lo general, el comienzo es gradual, pero algunas veces hay un comienzo agudo que remeda una enfermedad de tipo gripal.

Como el síndrome de fatiga crónica no tiene ninguna característica patognomónica, el diagnóstico es difícil. Si bien la fatiga crónica es el síntoma más común, la mayoría tienen muchos otros síntomas. Es habitual que los clínicos piensen en diversas enfermedades dentro del rango de trastornos neurológicos, metabólicos o psiquiátricos para explicar el malestar del paciente. En los niños como al igual que en los adultos el síntoma principal del SFC o neurastenia es la sensación de cansancio intenso después de un esfuerzo mental o físico menor (5). El cansancio suele ser crónico y no se explica por ninguna causa orgánica y suele asociarse a una disminución del rendimiento académico o de las actividades diarias del niño. Los niños que presentan estos cuadros suelen tener una psicopatología asociada y una marcada limitación funcional, causando absentismo (6).

En la evaluación inicial del paciente y a lo largo del tratamiento pueden ser de gran ayuda los instrumentos que permiten medir los síntomas físicos, la discapacidad funcional asociada y el grado de severidad de los síntomas, como el CSI (Children's Somatization Inventory). Los diarios de síntomas que miden la severidad en esca-

las del tipo Lykert son útiles para evaluar la frecuencia y la severidad de los síntomas y para monitorizar el tratamiento.

La mejoría de la discapacidad asociada a los síntomas (por ejemplo el incremento de la actividad física y mental en el SFC) se puede producir antes de que el paciente experimente una mejoría subjetiva de los síntomas físicos. El hecho de que los pacientes puedan visualizar la mejoría de los síntomas en las puntuaciones de las escalas podría contribuir a aumentar la conciencia del beneficio del tratamiento y en consecuencia, incrementar la adherencia terapéutica. También son útiles las escalas que miden los cambios en síntomas como la ansiedad, el miedo y la depresión, dada la alta frecuencia con la que estos síntomas se asocian al fenómeno de somatización y a su efecto desmoralizante en el tratamiento o en el programa de rehabilitación.

CASO CLÍNICO

1. Motivo de consulta: Paciente de 14 años derivado a consulta de salud mental en mayo por el Servicio de Pediatría tras ingreso hospitalario. Refiere cansancio, mala concentración, va intermitentemente al colegio, pérdida de peso, insomnio, dolor articular... Se encuentra triste porque ve que va a perder el curso.

2. Anamnesis: En octubre presentó una mononucleosis infecciosa (monotest y serología positiva de EB). Seis meses después es hospitalizado en pediatría por fiebre de larga evolución, algias diversas, diarrea y pérdida de peso: durante 15 días estudiado y explorado no presentó fiebre ni signos de infección, ni pérdida de peso. No se evidencia patología médica. Se aconseja derivación a salud mental.

3. Antecedentes personales e historia del desarrollo: Embarazo controlado, medicación de la madre durante el embarazo paroxetina y alprazolam. Nace por cesárea a las 39 semanas con un peso al nacer de 3450 gr. Los primeros 6 meses se encuentra bien pero presenta "gran reacción a las vacunas" que muestra con irritabilidad. A los 6 meses comienza con "desarreglos intestinales", comía bien, dormía regular. Inicia deambulación a los 18 meses, el desarrollo del lenguaje es a los 12 meses con buen control de esfínteres. Buen inicio de la escolarización, sin ansiedad por separación. Buena adquisición de lecto-escritura, con buenos resultados académicos.

En su historia clínica destaca diarrea crónica desde la lactancia que es posteriormente (edad escolar) etiquetada de colón irritable. Reflujo gastroesofágico, varicela a la edad de 6 años. Dos ingresos hospitalarios antes de los 7 años por gastroenteritis aguda. Amigdalectomizado a la edad de 8 años por amigdalitis de repetición. Sin alergias medicamentosas. Actualmente con tratamiento sintomático para dispepsia y dolor abdominal.

4. Situación familiar y escolar y antecedentes familiares: Hijo único, reside con su madre ama de casa, con antecedentes personales de cuadro afectivo. Padre con una minusvalía física, laboralmente activo. En el colegio el funcionamiento previo había sido adecuado. En la familia y escuela se polarizan las actitudes hacia la enfermedad del chico desde la sobreprotección y búsqueda de causalidad médica materna a la actitud escéptica sobre la presencia de cualquier trastorno por parte del padre y de la escuela.

5. Exploración psicopatológica: En la exploración se muestra colaborador, llama la atención cierta indiferencia afectiva, "belle-indifférence", y resignación ante la incapacidad funcional y su gran repercusión. Psicomotricidad normal, con múltiples quejas físicas, cansancio, cefalea, dolor abdominal, dolor articular, diarrea y mala concentración. Refiere sentirse triste en relación con su sintomatología física. Insomnio, con importante astenia diurna, clinofilia y somnolencia diurna; pesadillas y sueño no reparador. Quejas de agotamiento después del ejercicio físico que no se recupera con el descanso. Ansiedad generalizada con ansiedad por separación. No se observan alteraciones sensorio-perceptivas ni clínica alucinatorio-delirante. Sin alteraciones en el curso del pensamiento, su discurso se encuentra centrado en el malestar físico, con una incapacidad para expresar emociones fuera de las referidas al malestar físico.

6. Personalidad previa: Chico con malestar físico frecuente, escrupuloso. De siempre se describe por la enfermera de atención primaria una gran reacción conductual al hacerle algunas pruebas médicas (reacciones de agitación cuando era pinchado o explorado).

7. Pruebas aplicadas: Fue derivado desde la Unidad de Hospitalización pediátrica y seguido por su pediatra. Durante la hospitalización de tres semanas no se

evidenció fiebre; se realizaron durante el ingreso y al alta exploración física y neurológica; así como pruebas de laboratorio que incluyeron hemograma, bioquímica, velocidad de sedimentación, serologías (compatibles con infección pasada del virus de Epstein Barr), pruebas inmunológicas que incluyen estudio factor reumatoide y anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa y ASLO (anticuerpos antiestreptococo beta hemolítico), marcadores tumorales, estudios de imagen del aparato digestivo y eco endoscopias digestivas: sin hallazgos explicativos de su fatiga.

En la consulta de psiquiatría fue muy útil la realización en cada visita de la Escala de Evaluación de la Actividad Global y registro de síntomas y compararlos con la estacionalidad y el calendario escolar; así como realizar curvas de crecimiento y peso y toma de constantes vitales (que siempre fueron acordes con lo esperado, en unos percentiles de 50). También resultó interesante la realización de test de ansiedad y depresión como el Child Depresión Inventory de Kovacs con una puntuación de 13 (compatibles con un cuadro ansioso-depresivo).

TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y DISCUSIÓN

La cuestión clave para el psiquiatra infantil en el tratamiento de las somatizaciones es crear un vínculo con el paciente y la familia que permita la entrada de otros aspectos emocionales y afectivos que no sean sólo los derivados de los síntomas físicos. Es fundamental la coordinación con Atención Primaria y la Escuela. Comprendemos como la mononucleosis infecciosa pasada ha sido la causa de haber roto la rutina del paciente y favorecer la fijación de los síntomas, propiciando el absentismo.

El registro de los síntomas de fatiga y el grado de disfunción en relación con el calendario escolar da buena idea del paralelismo existente entre los síntomas que plantea el chico y la exigencia escolar (está mejor en verano). La inestabilidad de los síntomas a lo largo de la semana es otro factor clave que ayuda a entender el paralelismo (está mejor los viernes y sábados); así como el rechazo escolar manifiesto cuando se plantea al paciente que debe continuar yendo al colegio.

Indicamos un regreso gradual a su actividad escolar habitual (7), un registro de síntomas y evidenciamos círculos viciosos y dinámicas que actúan como mantenedores del problema (más reposo, más fatiga). Además imple-

mentamos el tratamiento psicoterapéutico con terapia familiar.

Esperando mejorar el ciclo sueño-vigilia y la sintomatología depresiva y somatomorfa pautamos paroxetina y clorazepato; con muy leve mejoría al que siguió el tratamiento con duloxetina (8,9) con mejor respuesta y tolerancia.

Sin embargo, tras un seguimiento de ocho meses la familia decide abandonar el tratamiento en psiquiatría. Han encontrado un terapeuta especialista en SFC que le ha diagnosticado además un Síndrome de Hipersensibilidad Química Múltiple y ha indicado la necesidad de una dieta y la separación de ciertos focos contaminantes; así como prescripción de reposo relativo. Han pasado ya 9 meses desde la última vez que fue visitado y el chico sigue absentista (va a cumplir 16 años y lleva así dos años de su vida). El riesgo en este caso y otros muchos es que se tome una deriva sólo hacia la búsqueda de elementos etiológicos extraños (10), que en vez de mejorar la capacidad funcional del chico, justifiquen la apatía y el mantenimiento de la sintomatología.

Pensamos que la grave psicopatología del chico, la cronicidad (que implica el descolgarse de su curso y de los amigos del colegio) y el enroque y psicopatología de la familia en posiciones tan dispares como una sobreprotección patológica por un lado y una postura negadora de problemática por otro, han favorecido la mala evolución del caso; que debía haberse centrado en aspectos de rehabilitación y apoyo y no sólo en la búsqueda etiológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sadock, B. Sinopsis de Psiquiatría. Philadelphia (USA): Lippincott Williams and Wilkins; 2002
2. Bankier B, Aigner M et al. Clinical validity of ICD-10 neurasthenia. *Psychopathology*.2001; 34:134
3. Goodman JE, McGrath PJ. The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain*, 1991 sep; 46(3): 247-264
4. Garralda ME, Chalder T. Practitioner Review: Chronic fatigue syndrome in childhood. *J. Child Psychol Psychiatry*, 2005; 46 (11): 1143-1151.
5. Garralda ME. Somatization in children. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 1996; 37:13-33
6. Mc Crawley EM, Edmond Alan, Sterne J. Unidentified Chronic Fatigue Syndrome/myalgic encephalomyelitis (CSF/ME) is a major cause of school

- absence: surveillance outcomes from school-based clinics. *BMJ Open* 2011; 1
7. Royal College of Paediatrics and Child Health. Evidence based guideline for management in children and young people. London: Royal College of Paediatrics and Child Health, 2004
 8. Meighen KG: Duloxetine treatment of Pediatric Chronic Pain and Comorbid Major Depressive Disorder. *J. Child Adolesc Psychopharmacology*. Vol. 17.2007; 1:121-127
 9. García Martín I, Soutullo Esperón C, Carballo JJ, Figueroa Quintana A, Gávez D. Tratamiento farmacológico del trastorno somatomorfo con duloxetina: a propósito de dos caso clínicos en población infantil y adolescente. 43 Reunión de la AEPIJ. Valencia, 22-24 Mayo del 2008.
 10. Joyce J, Hotofpf M, Wessely S. The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review. *QJM* (1997) 90 (3): 223-233