

# ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES

*Congreso Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora: Neurociencias – Octubre 2019*

*Ponente: Dra. Leticia Adelina Gandarilla-Aispuro*

*Redactó: Javier Alejandro Picos-Contreras*

Las enfermedades desmielinizantes se caracterizan por la pérdida de mielina previamente normal, la cual puede deberse a tóxicos, lesiones vasculares, autoinmunidad o causas infecciosas. Es importante diferenciarlas de las enfermedades desmielinizantes o hipomielinizantes en las cuales hay una formación de mielina anormal.

El prototipo de este tipo de enfermedades es la esclerosis múltiple, una enfermedad crónico-degenerativa del sistema nervioso central que cursa con inflamación y neurodegeneración. Representa la principal causa de discapacidad no traumática en jóvenes. Se han estudiado causas tanto genéticas como ambientales, sin embargo un factor determinante no ha sido identificado aún. Fue descrita formalmente en 1868 por Jean-Martin Charcot, padre de la neurología moderna.

En cuanto a su epidemiología, esta enfermedad se presenta principalmente en adultos jóvenes con un pico de inicio entre los 20 y 40 años, siendo más frecuente en mujeres que en hombres con una relación de 2-3:1. En México se estima una prevalencia de más de 20,000 casos. Existe un desfase entre el inicio de la enfermedad y su diagnóstico de 5-10 años, siendo el principal motivo que un 50-70% de los pacientes debutan con síntomas sensitivos, pero acuden al médico hasta que presentan algún déficit motor; otro motivo es la falta de sospecha o identificación de la enfermedad por parte del médico de primer contacto. Respecto a la distribución de la enfermedad a nivel mundial, existe un “gradiente de latitud” hacia el norte, es decir, entre más al norte se esté mayor será la frecuencia o prevalencia de la enfermedad.

Sobre los factores de riesgo, la esclerosis múltiple se trata de una enfermedad multifactorial, donde se han encontrado factores tanto genéticos como ambientales. En cuanto a los primeros, los familiares de primer grado tienen un mayor riesgo (10-25 veces) de desarrollar la enfermedad que la población general, sobre todo si procede de la rama materna. Es más frecuente en la raza blanca, así como en los individuos de ascendencia europea. En cuanto a los factores ambientales, la esclerosis múltiple se ha

relacionado a la seropositividad del virus de Epstein-Barr, tabaquismo (asociado a enfermedades más agresivas) y niveles disminuidos de vitamina D.

Acerca de su fisiopatología, al tratarse de una enfermedad autoinmune, la respuesta inmune tanto humoral como celular está dirigida contra las vainas de mielina que recubren los axones de las neuronas. La cascada de inflamación terminará destruyendo la mielina e incluso los axones, lo cual se asocia a la neurodegeneración.

La esclerosis múltiple presenta una variedad de síntomas. La mayoría de los pacientes (40-70%) debutan con síntomas sensitivos, seguidos de los motores (39%), alteraciones visuales y fatiga (30%), y alteraciones del equilibrio (24%). La fatiga es bastante habitual y difícil de tratar. Asimismo, existen síndromes que son útiles para establecer un diagnóstico tales como la neuritis óptica, síndromes del tallo cerebral, síndromes medulares y síndromes cerebelosos.

El diagnóstico es clínico sustentado con exámenes de gabinete como la resonancia magnética. Los criterios actuales que se utilizan para establecerlo son los criterios de McDonald 2017. Los conceptos de diseminación en espacio y tiempo son de gran relevancia, “espacio” se refiere a la presencia de 2 o más lesiones que pueden darse en 4 localizaciones típicas: yuxtacortical, periventricular, fosa posterior y médula; mientras que “tiempo” se refiere a las lesiones nuevas desmielinizantes identificadas en una resonancia nueva o control, la cual se realiza de 3 a 6 meses luego de la resonancia basal, dichas lesiones pueden o no captar medio de contraste. Respecto a la morfología, las lesiones son ovoides, mayores de 0.5 cm, orientadas de forma perpendicular al eje mayor de los ventrículos, pueden adoptar una forma digitiforme (dedos de Dawson).

La esclerosis múltiple puede ser recurrente (más del 80% de los casos) que incluye los síndromes clínicos aislados y la esclerosis múltiple remitente recurrente, o bien progresiva (menos del 10% de los casos) que incluye la esclerosis múltiple progresiva



primaria y la secundaria, las cuales son formas más agresivas de la enfermedad.

Hay que tomar en cuenta que en etapas tempranas de la enfermedad predomina la inflamación con recaídas en la clínica y lesiones focales en la resonancia magnética, mientras que en etapas tardías predomina la neurodegeneración con discapacidad y pérdida de volumen cerebral progresivo.

Sobre el tratamiento de la esclerosis múltiple, existe una amplia variedad de fármacos con dianas terapéuticas distintas tales como el secuestro de los linfocitos activados en los nódulos linfáticos, impedir la diferenciación de linfocitos Th1 a Th2, interrumpir la expansión clonal y evitar el paso de los linfocitos activados a través de la barrera hematoencefálica. Entre estos se encuentran el interferón beta y el acetato de glatiramer.

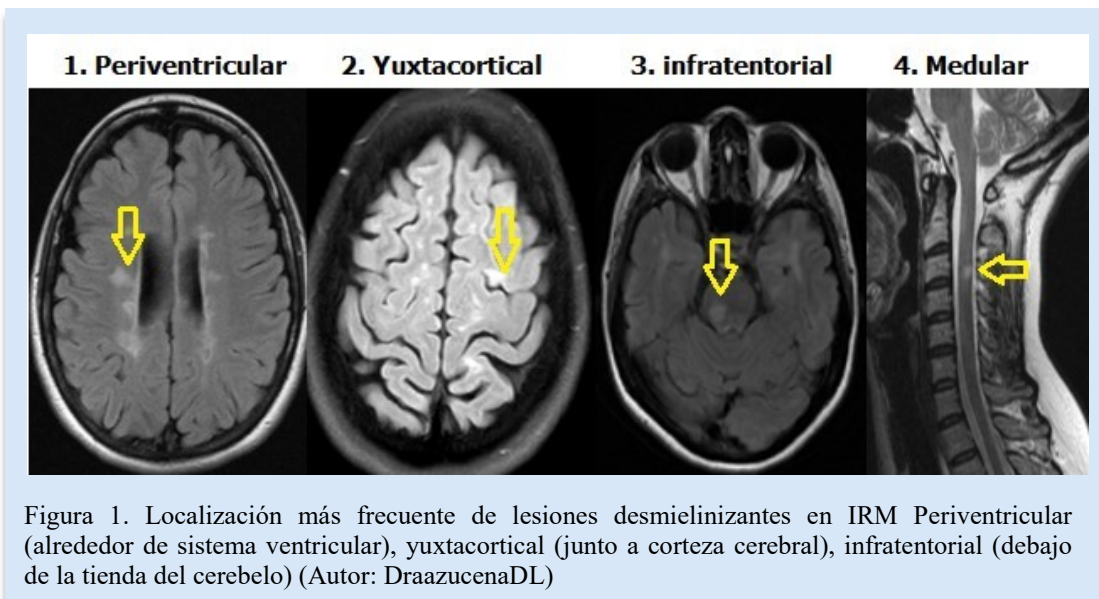


Figura 1. Localización más frecuente de lesiones desmielinizantes en IRM Periventricular (alrededor de sistema ventricular), yuxtacortical (junto a corteza cerebral), infratentorial (debajo de la tienda del cerebelo) (Autor: DraazucenaDL)

Es de gran relevancia que cualquier médico de primer contacto tenga la sospecha de esclerosis múltiple en pacientes que presenten síntomas sensitivos y que cuenten con antecedentes familiares y otros factores de riesgo, con la finalidad de reducir al máximo el desfase que existe entre el inicio de la enfermedad y su diagnóstico. La resonancia magnética, así como otros estudios de gabinete son herramientas muy útiles. Informar adecuadamente a la población también juega un rol muy importante para un diagnóstico temprano.

