

Artículo de Opinión |

How the Physician should make the diagnosis of Multiple Sclerosis.

# COMO DEBERÁ EL MEDICO HACER EL DIAGNOSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Dr. Edgardo Giron  
Flores

Profesor de Neurología Clínica  
Facultad de Medicina UNAH.

## RESUMEN

**La esclerosis múltiple no es frecuente en los países del trópico, su diagnóstico no es sencillo, requiriendo de datos clínicos, tests laboratoriales específicos, potenciales evocados, imagen de resonancia magnética, etc. Su pronóstico es impredecible. Recientemente han aparecido nuevos tratamientos, dentro de los cuales los nuevos neuro inmuno-moduladores tienen un efecto positivo sobre el curso de la enfermedad, (por ejemplo: interferon Ib).**

**Palabras claves: Esclerosis múltiple, diagnóstico, tratamiento.**

## ABSTRACT

Multiple sclerosis is not frequent in tropical countries, its diagnosis is not easy and requires clinical data, specific laboratory tests, evoked potentials, magnetic resonance imaging, etc. Its prognosis is unpredictable. Recently new treatments have appeared, among them are the new neuroimmune-modulators which have positive effects in the disease follow-up (i.e., interferon Ib).

Key words: Multiple sclerosis, diagnosis, treatment

El Diagnóstico de Esclerosis Múltiple (E.M.) no es sencillo, y no hay ningún test que pruebe, en forma inequívoca que un paciente tiene E.M., por lo que se le dice que tiene otro problema, o aun el diagnóstico no es dado. Esto significa que en muchos pacientes el diagnóstico es hecho después de un período largo de incertidumbre, y esta última durará, dependiendo de la clase de problemas que la enfermedad causa en los primeros meses en el paciente y de la astucia del médico. Cuando el diagnóstico de la E.M. es finalmente propuesto para explicar las

quejas del individuo, no es más que una mera opinión. Si el médico que hace el diagnóstico es un neurólogo u otro médico familiarizado con la E.M. esa opinión será usualmente correcta (1-9)

## SÍNTOMAS COMUNES EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Visión borrosa o visión doble  
Pérdida de la visión en un **ojo**  
Lentitud del lenguaje  
Fatigabilidad fácil  
Cambios psicológicos  
Debilidad o parálisis de los miembros  
Incoordinación pobre  
Temblor de los miembros  
Tartamudeo  
Balance alterado (equilibrio)  
Arrastre de los pies  
Adormecimiento y sensación de punzadas de aguja  
Alteraciones en el control de los esfínteres rectal y vesical.

## PATRÓN DE LOS SÍNTOMAS

Varía grandemente de una persona a otra  
Varía en el curso de tiempo en cada individuo afectado  
Primer síntoma en adultos

jóvenes  
 Síntomas tempranos son temporales  
 Los síntomas tempranos incluyen problemas visuales  
 Se desarrollan problemas en más de una parte del Sistema Nervioso.  
 Los síntomas agudos son seguidos de períodos asintomáticos por meses o años.

## RASGOS BÁSICOS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

La enfermedad afecta el SNC  
 Las abnormalidades son distribuidas en múltiples áreas.  
 Se desarrollan placas de tejido nervioso anormal. Los síntomas se desarrollan en forma impredecible en

diferentes épocas en la vida adulta.  
 Ningún test aislado establece el diagnóstico.  
 No se conoce la causa.  
 No hay cura.  
 No se conoce prevención.  
 La enfermedad no tiene efecto significativo sobre la expectativa de vida.

## PATRONES DE LA ENFERMEDAD

CURSO	CARÁCTER	FRECUENCIA
Benigno	Inicio agudo pocas exacerbaciones, no inhabilidad permanente.	20%
Exacerbante y remitente	Inicio agudo, períodos de remisión parcial o total inactiva por meses o años.	20 a 30%
Recurrente progresiva	Inicio abrupto, remisión inicial. Posteriormente curso progresivo.	40%
Crónica progresiva	Inicio lento de los síntomas incapacidad progresiva.	10 a 20%

## SISTEMAS FRECUENTEMENTE AFECTADOS

Visión coordinación lenguaje fuerzas sensibilidad control vesical, función sexual.

## ETIOLOGÍA

Infección  
 Enfermedad autoinmune  
 Virus que desata desórdenes autoinmunes.  
 Virus que distorciona la inmunidad y permite infección.

## CAUSAS QUE PRODUCEN DETERIORO TEMPORAL

Calor, hiperventilación, deshidratación, deprivación de sueño, infecciones de cualquier tipo, medicación, anemia, enfermedades renales, enfermedades hepáticas.

## CAUSAS QUE MEJORAN ESTADO EL GENERAL

Mantener una buena nutrición  
 Continuar con actividades apropiadas

Evitar el estrés físico y emocional  
 Independencia máxima  
 Vigilar por complicaciones

## PRONOSTICO

9 de 10 pacientes tienen largos intervalos sin síntomas o con pocos síntomas.  
 Uno de 3 tiene pocos o ningún síntoma después de años del inicio.  
 3 de 4 son activos e independientes muchos años después del diagnóstico.

La expectativa de vida no es acortada.  
Las exacerbaciones raramente ocurren después de los 45 años.

### PROBABILIDADES DE PADECER DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Mayor entre las edades de 15 a 45 años.  
Mayor en mujeres que en hombres.  
Mayor en personas que se desarrollan en zonas templadas  
Mayor en grupos étnicos específicos escandinavos y descendientes.  
Mayor en personas que viven en países desarrollados con buena sanidad.  
Mayor en familiares y niños de pacientes afectados.

### SIGNOS COMUNES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Alteración de los movimientos oculares  
Respuesta pupilar anormal  
Palidez del disco óptico  
Alteración de los campos visuales  
Reflejos hiperactivos  
Espasticidad de los miembros  
Debilidad localizada  
Alteración del patrón del lenguaje  
Disturbios sensoriales circunscritos

### HALLAZGOS COMUNES EN EL OJO

Nistagmus, atrofia del nervio óptico, pupila de Marcus Gunn oftalmoplejía internuclear,

compromiso de la agudeza visual, escotomas centrocecales  
compromiso de la visión a color.

### TESTS DIAGNÓSTICOS

Estudio del LCR Potenciales Evocados visuales Tomografía axial computarizada Imagen de Resonancia Magnética

### TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ACTH 40 UI diariamente I.V. o I.M. por 3 semanas  
Metilprednisolona 500 mg, Bid diluida en 250 cc de suero fisiológico cada 12 horas de 4 a 7 días seguido de prednisona 80 mg, por una semana seguida de dosis decrecientes (tapering off) en el curso de 2 semanas.  
Interferon Beta-Ib, Interferon Beta la, Copolymero-1, Oxígeno hiperbárico, dieta (1-9)

### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Cook S. Handbook of múltiple Sclerosis. *New York Marcel Dekker* 1990.
- 2 Hallpike JF, Adams CWM, Tourtelotte WW. Múltiple Esclerosis: Pathology diagnosis and management. *Baltimore Willians and Wilkins* 1993.
- 3 Borstein MB, Miller A, Slag S, et al. Apilottrial of Cop-lin exacerbating remitting

múltiple Sclerosis. *N Engl J Med* 1987; 317:408-414.

- 4 Myers LW, Treatment of múltiple Esclerosis with ACTH and corticoids. *in Rudick, RA. and Good.*
- 5 King DR. Treatment of Múltiple Esclerosis: Trial design, Result and future perspectives, Heidelberg. *Germany Springer-Verlag* 1992: 13-136.
- 6 Thompson AJ, Kermode AG, Wicks D, et al. Mayor diferencias in the dynamics of primary and secondary progresive múltiple Sclerosis. *Annals of Neurology* 1991; 29: 53-62
- 7 Francis DA. An assesment of disability rating scales in múltiple Sclerosis. *Archives of Neurology* 1991; 48:299-301.
- 8 Anarson BWG. Interferon Beta in Múltiple Sclerosis. *Neurology* 1993; 43:641-643.
- 9 Sadonick AD, et al. Cause of death in patient attending múltiple sclerosis clinics. *Neurology* 1991; 41: 1193-1196.