

**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**Nombre:**

**Erick Alexander Hernández López**

**Materia:**

**Neurología**

**Tema:**

**Resumen de ESCLEROSIS MÚLTIPLE PEDIÁTRICO: UNA  
REVISIÓN**

**Dr. José Luis Gordillo Guillen**

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 16/11/2020.**

## Esclerosis múltiple pediátrica

Esclerosis múltiple (EM), una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica del sistema nervioso central (SNC). Se diagnostica con mayor frecuencia en adultos (jóvenes) pero también puede afectar a los niños. La EM pediátrica, también conocida como EM de inicio pediátrico (POMS), EM de inicio temprano o EM juvenil, generalmente se define como EM con un inicio antes de los 16 años (a veces antes de los 18 años).

### Características clínicas.

Los niños pueden presentar una amplia variedad de manifestaciones que incluye neuritis óptica (ON), síntomas sensoriales, cerebelosos del tronco encefálico y motores. El fenotipo clínico difiere del de los pacientes adultos, en que los pacientes pediátricos con EM generalmente experimentan un inicio de la enfermedad más agresivo con síntomas clínicos incapacitantes. En general, los niños tienden a tener un resultado más favorable después de un primer evento clínico. También tiene una progresión de la enfermedad más lenta con el tiempo: tardan 10 años más en alcanzar la fase secundaria progresiva de la enfermedad en comparación con el adulto.

El daño axonal ocurre temprano en la EM y contribuye al grado de discapacidad clínica. En los niños con EM, hay un daño axonal agudo más pronunciado en las lesiones inflamatorias, desmielinizantes que en los adultos.



## Prevalencia e incidencia.

Uno de los dos enfoques metodológicos para calcular la prevalencia y la incidencia de la EM pediátrica se suele realizar en publicaciones científicas, lo que podría explicar la variación en los datos publicados. Los estudios de población y los series de casos y controles muestran que entre el 1,7% y el 5,6% de la población con EM es menor de 18 años.

## Factores de riesgo.

Existe un posible del virus de Epstein-Barr (VEB) en la patogenia de la EM.

Uno de los principales factores de riesgo de la EM también confirmado en la EM pediátrica, es la HLA DRB1.

## Riesgo de conversión

Los niños en CIS inicial tienen más probabilidades de desarrollar EM que aquellos con encefalomielitis diseminada aguda (ADEM) como diagnóstico inicial.

## Parámetros de resonancia magnética.

También se pueden usar para predecir el riesgo de EM en niños con CIS.



## Pronóstico

Se puede predecir un curso más agresivo de la enfermedad por la gravedad de la recaída y la discapacidad residual en la EM pediátrica temprana.

## Criterios diagnóstico para la EM pediátrica.

Para el diagnóstico de CIS pediátrico, se requiere lo sig.

- Un evento clínico del SNC monofocal o polifocal
- Ausencia de antecedentes clínicos de enfermedad desmielinizante del SNC
- Sin encefalopatía
- No se cumple el diagnóstico de EM

Para la ADEM pediátrica, se requiere de todo lo siguiente

- Un primer evento clínico polifocal del SNC.
- Encefalopatía que no puede explicarse por Afebr.
- Lesiones difusas, mal delimitadas, grandes (1-2cm).
- Puede presentarse lesiones profundas de la sustancia gris.
- Lesiones hipointensas en T1 en la sustancia blanca son raras.

Para la NMO pediátrica, se requieren todo lo siguiente.

- Neuritis Óptica
- Mielitis Aguda
- Lesión de resonancia magnética de la médula espinal contigua que se extiende sobre tres segmentos vertebrales.
- RM cerebral que no cumple los criterios de diagnóstico de EM
- Estado seropositivo para acuaporina IgG.



Para EM pediátrica, se requiere uno de los siguientes:

⇒ 2 eventos clínicos del SNC no encefalopáticos con presencia de inflamación, separados por  $\geq 30$  días y que afecte a más de un área del SNC.

- Un episodio no encefalopático típico de EM
- Un Ataque de ADEM seguido de un evento clínico no encefalopático
- Un primer evento agudo único.

Tratamiento de primera línea.

El tratamiento actual de 1ª línea de la EM en niños consiste en interferón beta (IFNB) o acetato de glatiramer (GA).

Tratamiento de segunda línea.

En niño con enfermedad irruptiva, se puede considerar la escalada a terapias de segunda línea de mayor eficacia, como natalizumab, fingolimod, mitoxantrona, ciclofosfamida, rituximab y daclizumab.