

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES”

ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA

SEMESTRE: 6

DOCENTE: DRA. MONICA GORDILLO RENDON

ASIGNATURA: NEUROLOGIA

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, DICIEMBRE 2020

Patología	Manifestaciones clínicas	Diferencias	LCR	RMN	Tratamiento
Esclerosis múltiple	Hipoestésias, parestesias, visión borrosa por neuritis óptica, debilidad de las extremidades, diplopía, luces centellantes, dolor paroxístico, prurito paroxístico o convulsiones tónicas que asumen la forma de un espasmo en flexión (distónico) en la mano, la muñeca y el codo, ataxia cerebelosa, signo de romberg, urgencia miccional, polaquiuria, incontinencia, impotencia, signo de lhermitte, disartria cerebelosa, nistagmo y temblor cinético, fatiga intensa con la marcha o ejercicio moderado, crisis comiciales, distonía, vértigo, acúfenos o neuralgia del trigémino.	<ul style="list-style-type: none"> • Curso ondulante con exacerbaciones y remisiones en su sintomatología. • Afecta preferentemente a pacientes entre los 20-45 años, principalmente mujeres. • Aparición de áreas o placas de desmielinización bien delimitadas a nivel del SNC, localizadas preferentemente a nivel periventricular y subpial, así como el tronco encefálico, médula espinal y nervio óptico • Es característica la sensibilidad al calor, con reaparición o empeoramiento de los síntomas con el aumento de la temperatura corporal. • La neuritis óptica es generalmente unilateral • Escotoma cecocentral y dolor con la movilización ocular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mononucleosis leve o moderada a base de mononucleares • Presencia de bandas oligoclonales de IgG 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de imágenes ponderadas en T2 de diversas lesiones asimétricas perfectamente demarcadas, muy junto a la superficie ventricular. • Lesiones de sustancia blanca ovoideas, periventriculares, cuerpo calloso y tronco 	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoesteroides: acelera la recuperación después de un ataque agudo • Amantadina y pemolina: fatiga • Toxina botulínica: parálisis espástica intensa y espasmos flexores dolorosos de las extremidades pélvicas • INF Beta 1a: pacientes con un primer episodio • Baclofeno y benzodiacepinas: epasticidad • Carbamazepina y gabapentina: síntomas paroxísticos • Betanecol: atonía vesical • Anticolinérgicos: hiperreflexia vesical

		<ul style="list-style-type: none"> • Paraparesia espástica asimétrica. • Ataques repentinos de déficit neurológico que duran segundos o minutos y a veces reaparecen varias veces al día 			
Síndrome de Devic (Neuromielitis óptica o mielopatía necrótica)	Mielitis transversa y comienzo agudo o subagudo de ceguera en uno o ambos ojos	<ul style="list-style-type: none"> • Es más frecuente la neuritis óptica bilateral. • Alteración en la percepción de colores y sensibilidad al contraste de la luz. • Más común en mujeres • No surgen lesiones desmielinizantes en tallo encefálico, cerebelo o cerebro • Afecta segmentos longitudinales contiguos de la médula espinal • Se detecta anticuerpo de tipo IgG 	No se detectan bandas oligoclonales	Las lesiones de la médula espinal en casos de neuromielitis óptica suelen ser necrosantes y no totalmente desmielinizantes, lo cual culmina en la aparición de cavidades que afecta por igual las sustancias blanca y gris	Altas dosis de corticoesteroides, plasmaféresis y concentrado inmunoglobulínico intravenoso, azatioprina y ciclofosfamida.
Enfermedad de Balo	Cefalea persistente, parálisis progresiva, espasmos musculares involuntarios,	<ul style="list-style-type: none"> • Más frecuente en la niñez y adolescencia. • Curso clínico monofásico. 	Se puede encontrar un incremento del índice de IgG y bandas oligoclonales	Imagen típica en “capas de cebolla”, de anillos concéntricos hipointensos en secuencias T1 e hiperintensos en T2, alternando con sustancia blanca normal	No se ha establecido tratamiento, se puede utilizar metilprednisolona

	convulsiones, y pérdida cognitiva, hemiparesia	<ul style="list-style-type: none"> Carece de episodios de exacerbación y remisión Se caracteriza a nivel anatomopatológico por áreas concéntricas de desmielinización en la sustancia blanca subcortical 		isointensa, tras la inyección de gadolinio las capas desmielinizadas muestran un realce en anillo	
Mielosis central pontina	Caracterizada por signos de parálisis pseudobulbar (disartria, disfagia), paraparesia o tetraparesia, conservando el parpadeo y los movimientos oculares verticales, confusión, hiperreflexia, anomalías del comportamiento, disartria y dislalia	<ul style="list-style-type: none"> Generalmente aparece 2-6 días después de la corrección rápida de estados de hiponatremia, pero también se ha descrito asociada a alcoholismo crónico y a trasplante hepático. Afecta toda o parte de la base del puente y puede ascender hasta el mesencefalo 	Suele ser normal, o mostrar una ligera hiperproteínoorraquia	Puede ser normal o presentar imágenes en la zona pontina como 'tridente' o de 'alas de murciélago', de baja intensidad	No existe un tratamiento óptimo, primero debe corregirse la hipokalemia. Otros tratamientos con plasmaféresis, inmunoglobulina, levodopa, desmopresina, minociclina o dextrosa tienen resultados variables
Encefalomielitis diseminada aguda	Inicio súbito, fiebre, cefalea, vomito, meningismo y deterioro progresivo del nivel de consciencia, hemiparesia, tetraparesia, paraplejía o cuadriplejía parcial o completa, hiporreflexia o	<ul style="list-style-type: none"> Generalmente asociada a inmunización previa o antecedente de enfermedad infecciosa exantemática. 	Pleocitosis linfocitaria y ligera proteinorraquia.	Se observan lesiones bilaterales de la sustancia blanca, que confluyen en ambos hemisferios cerebrales	<ul style="list-style-type: none"> Corticosteroides: antes de que surjan los signos neurológicos o inmediatamente después de que aparecen pueden modificar la intensidad de la encefalomielitis

	<p>arreflexia tendinosa, deficiencias sensitivas y grados variables de parálisis de la vejiga y el intestino, somnolencia, convulsión, rigidez de cuello, ataxia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Más frecuente en menores después de días o semanas de una enfermedad febril. • Curso monofásico • Paraplejía espástica y pérdida de la sensación dolorosa por debajo de un nivel en el tronco, pero que tiende a no afectar la sensibilidad de fibras gruesas • Presencia de innumerables focos de desmielinización en el cerebro y la médula espinal. • Infiltración meníngea multifocal 			<ul style="list-style-type: none"> • Plasmaferesis e IgG: si existe mala respuesta a esteroides
<p>Enfermedad de Marburg</p>	<p>Hemiplejía, afasia, espasticidad, deterioro del estado de conciencia y hemianopsia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación súbita y progresión rápida con curso monofásico. Lleva a la muerte en el curso de meses, sin que responda al tratamiento • Las lesiones son simultáneas en todas las áreas del sistema nervioso central afectadas 	<p>Hiperproteínorraquia, con la presencia de BOC</p>	<p>Presencia de extensas lesiones desmielinizantes de predominio en tallo y sustancia blanca de los hemisferios y también se pueden acompañar de edema perilesional.</p>	<p>Las altas dosis de esteroides son usualmente la primera línea de manejo; la segunda línea incluye inmunoglobulina o plasmaféresis y finalmente la tercera línea incluye terapia inmunosupresora con ciclofosfamida u otros medicamentos antineoplásicos como</p>

					mitoxantrona y hasta terapia biológica
Enfermedad de Marchiafava-Bignami	Demencia inespecífica, estados maníacos, depresivos, paranoides, etc, convulsiones, afasias, apraxias o hemiparesia, apatía, ataxias, disartrias, incontinencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes habituados al consumo de alcohol (vino). También aparece en pacientes desnutridos (malabsorción de vitamina B12 y ácido fólico). • Más frecuente en hombres en la edad media o tardía de la vida (40-60 años) 	<p>LCR y metabolitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El LCR puede ser normal. • En la fase aguda debido a la descomposición activa de la mielina se libera fosocolina y glicerolfosocolina. • La creatina se mantiene estable. • El lactato puede estar presente en las fases agudas y subagudas de la desmielinización 	Imágenes características de afectación del cuerpo calloso; aumento de señal del cuerpo calloso en T2 y FLAIR o zonas quísticas en T1 sagital con disminución de señal	No existe un tratamiento específico para la enfermedad de Marchiafava-Bignami, pero la atención sintomática incluye típicamente un suplemento vitamínico (sobre todo de tiamina, folato, y otras vitaminas del grupo B) y la corrección de la desnutrición así como altas dosis de corticosteroides
Leuco encefalopatía multifocal progresiva	Hemiparesia, afasia, disartria, hemianopsia, cefaleas, crisis convulsivas y deterioro cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Infección por el virus John Cunningham • Afecta principalmente a personas inmunodeprimidas (sobre todo con VIH) 	Es analizado para DNA del virus JC utilizando PCR	Lesiones únicas o múltiples de la sustancia blanca en las imágenes de T2	<ul style="list-style-type: none"> • Es principalmente sintomático • Antirretroviral en pacientes con sida

Bibliografía

1. Allan, H., & Robert, H. (2007). Principios de neurología de Adams y Victor. Londres: Mc Graw Hill.
2. Amosa, M. et al. (2017). Neurología. México: CTO.
3. Hernández-Clares, R. et al. (2010). *Esclerosis concéntrica de Baló*. Diciembre 07,2020, de Elsevier Sitio web: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-esclerosis-concentrica-balo-S0213485310001696>
4. Mayner-Tresol, G. et al. (2018). *Mielinólisis central pontina como complicación de hiperemesis gravídica*. Diciembre 07, 2020, de Scielo Perú Sitio web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300022
5. Caevajal, T. et al. (2012). Enfermedad de Marburg como variante de esclerosis múltiple: presentación de un caso atípico. Diciembre 07, 2020, de Scielo Sitio web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482012000200006#:~:text=La%20enfermedad%20de%20Marburg%20es,progresiva%20\(1%2D10\)](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482012000200006#:~:text=La%20enfermedad%20de%20Marburg%20es,progresiva%20(1%2D10))
6. O'Malley, G. et al. (2020). *Enfermedad de Marchiafava-Bignami*. Diciembre 07, 2020, de Manual MSD Sitio web: <https://www.msmanuals.com/es/professional/temas-especiales/drogas-recreativas-y-t%C3%B3xicas/enfermedad-de-marchiafava-bignami>
7. Greenlee, J. (2019). *Leucoencefalopatía multifocal progresiva*. Diciembre 07, 2020, de Manual MSD Sitio web: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neuro%C3%B3gicos/infecciones-cerebrales/leucoencefalopat%C3%ADa-multifocal-progresiva-imp>