



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“TABLA ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES”**

**DOCENTE: DRA. MONICA GORDILLO RENDON.**

**MATERIA: NEUROLOGÍA.**

**TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

PATOLOGÍAS.	CUADRO CLÍNICO.	EVOLUCIÓN CLÍNICA FRECUENTE..	PRUEBAS.	RM.	TRATAMIENTO.
ESCLEROSIS MÚLTIPLE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas sensitivos: parestesias o hipoestesias.</li> <li>• Visión borrosa por neuritis óptica.</li> <li>• Debilidad y otros síntomas motores.</li> <li>• Diplopía.</li> <li>• Ataxia.</li> </ul>	Forma remitente en brotes (recurrente remitente) 85%.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LCR: aparece una ligera elevación de los linfocitos y de las proteínas totales, aumento de las gammaglobulinas.</li> <li>• RM es la prueba más sensible en la EM.</li> </ul>	Compromiso de la sustancia blanca subcortical y profunda por áreas de hiperintensidad con tendencia a la confluencia, y extensión hacia el cuerpo caloso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoesteroides: acelera la recuperación después de un ataque agudo.</li> <li>• Amantadina y pemolina: fatiga.</li> <li>• Toxina botulínica: parálisis espástica intensa y espasmos flexores dolorosos de las extremidades pélvicas.</li> <li>• INF Beta 1a: pacientes con un primer episodio.</li> <li>• Baclofeno y benzodiazepinas: epasticidad.</li> <li>• Carbamazepina y gabapentina: síntomas paroxísticos.</li> <li>• Betanecol: atonía vesical.</li> <li>• Anticolinérgicos: hiperreflexia vesical.</li> </ul>
SÍNDROME DE DEVIC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuritis óptica unilateral.</li> <li>• Mielitis transversa.</li> </ul>	Monofásica o recurrente.	LCR: pleocitosis.	Evidenciando señal medular hiperintensa expansiva en múltiples segmentos. Hay aumento de señal en nervio óptico izquierdo.	Altas dosis de corticoesteroides, plasmaféresis y concentrado inmunoglobulínico intravenoso, azatioprina y ciclofosfamida.
ENFERMEDAD DE BALO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea persistente.</li> <li>• Parálisis progresiva.</li> <li>• Espasmos musculares involuntarios.</li> <li>• Convulsiones.</li> <li>• Pérdida cognitiva.</li> <li>• Hemiparesia.</li> </ul>	Monofásica.	Diagnóstico es estrictamente histológico y por resonancia magnética.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T2: anillos hiperintensos rodeando un área hipointensa (capas de cebolla).</li> <li>• T1: hipointensos, tras la captación de contraste puede observarse un realce en anillo, sobre todo en la periferia de la lesión.</li> </ul>	No se ha establecido tratamiento, se puede utilizar metilprednisolona.
ENFERMEDAD DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia inespecífica.</li> <li>• Estados maníacos.</li> <li>• Depresivos.</li> <li>• Paranoides.</li> <li>• Convulsiones.</li> <li>• Afasias.</li> <li>• Apraxias.</li> <li>• Hemiparesia.</li> <li>• Apatía.</li> <li>• Ataxias.</li> <li>• Disartrias.</li> <li>• Incontinencia urinaria.</li> </ul>		• LCR: puede ser normal .	Imágenes características de afectación del cuerpo caloso; aumento de señal del cuerpo caloso 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.

MIELOSIS CENTRAL PONTINA.	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.		RM y potenciales evocados auditivos.	• T1: Hipointenso. T2: Hiperintensidades confluentes.	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.	Mielitis transversa. Cuadro de paraparesia. Meningismo y deterioro progresivo del nivel de consciencia.	Monofásico.	• LCR: hay pleocitosis linfocitaria y ligera proteinorraquia.	Placas de desmielinización en tálamo, médula y sustancia subcortical.	• Corticosteroides: antes de que surjan los signos neurológicos o inmediatamente después de que aparecen pueden modificar la intensidad de la encefalomyelitis. • Plasmaferesis e IgG: si existe mala respuesta a esteroides.
LEUCO ENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemiparesia.</li> <li>• Afasia.</li> <li>• Disartria.</li> <li>• Hemianopsia.</li> <li>• Cefaleas.</li> <li>• Crisis convulsivas.</li> <li>• Deterioro cognitivo.</li> </ul>	Progresivo.	• LCR: puede ser normal.	Destrucción intensa de la sustancia blanca subcortical y es característica la presencia de múltiples hemorragias de pequeño tamaño en disposición perivenular, con intensa reacción inflamatoria de las meninges.	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.

1. 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](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300022)

2. 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>