



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

---

**Resumen de conferencia**

---

**Docente: Dr. José Luis Gordillo Guillén**

**Materia: Neurología**

**Alumno: Lara Vega Ismael**

**Semestre 6to Grupo A**

**29/marzo/2021**

## Resumen conferencia ESCLEROSIS MÚLTIPLE

En cuanto a la esclerosis múltiple, actualmente se ha reconocido el gen HLA-DRB1\*1501 que es el causal predominante, en lugares como Letonia, Norte y centro de Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda.

En cambio, en poblaciones maltesas, se han identificado genes protectores como HLA-DRB1\*11 que parecen conferir resistencia a la Esclerosis múltiple. Otros protectores son CD58, DBC2, HLA-B\*4402 en poblaciones suecitas, croatas, maltales, lituanas y africanas. En la fisiopatología, intervienen linfocitos circulantes reactivos que pasan por la barrera hematoencefálica que tienen una respuesta inmune que conlleva a activación y amplificación, lo que desencadena una respuesta inflamatoria que causa desmielinización y neurodegeneración por pérdida axonal neuronal y gliosis. Esto se traduce en lesiones que son corticales, perilesionales cortico-subcorticales (leucocorticales) que afectan la corteza y la sustancia blanca adyacente, lesiones puramente corticales y lesiones subcorticales contiguas directamente en el espacio subaracnoideo.

Por otra parte, la degeneración de los oligodendrocitos sigue diversos patrones. El patrón I y II parecen surgir de un daño inmunomediado. El patrón II representa el 50% de la carga lesional y el patrón III y IV que sugieren gliopatía por un ataque inmunomediado.

Las manifestaciones clínicas más comunes son la pérdida de la sensibilidad del dolor, problemas vesicales intestinales, disfunción sexual, fatiga constante, desordenes de movimientos, deterioro cognitivo, alteraciones visuales, disfunción motriz, debilidad en las extremidades.

des, espasticidad y parosias. Los síntomas suelen durar con una duración de 3 horas hasta 3 días que suelen recuperarse y sin estar asociados a un proceso infeccioso.

El diagnóstico de la esclerosis múltiple se basa en el cuadro clínico, que cumple diversos criterios y se pueda descartar la enfermedad, en base a criterios como los de McDonald. También puede existir algo conocido como síndrome clínicamente aislado que se considera el hallazgo de síntomas clínicos de un brote de EM con lesiones características.

Se puede diferenciar de una enfermedad aguda y una enfermedad con progresión, en donde la enfermedad clínicamente tiene presencia de brotes y en la neuroimagen tiene aparición de lesiones en T2, aumento del tamaño de lesiones preexistentes en T2 y captación de gadolinio, en contraste de la enfermedad con progresión que clínicamente tiene aumento confirmado de la discapacidad (al menos 6 meses después) y en la neuroimagen no hay cambios, aunque podría tener valor la presencia de lesiones en T2, atrofia o cambios en la transferencia o magnetización.

Se incluye el Síndrome Clínico Aislado, pero no el Síndrome Radiológico Aislado. y se recomienda realizar resonancia magnética una vez al año. En cuanto al síndrome radiológicamente aislado, se lo considera por el hallazgo de lesiones características desmielinizantes en pacientes asintomáticos.

Para diagnosticar esclerosis múltiple recurrente se tienen algunos criterios, como la presencia simultánea de una lesión que realice con Gadolinio y una que no en cualquier momento, o una nueva lesión hiperintensa en T2 o una

lesión que realiza con Glicidolato en una resonancia magnética de seguimiento con referencia a una RM inicial o basal, es sin importar el momento en el que se toma la RM basal. Un tratamiento temprano junto con las decisiones terapéuticas adecuadas y vigilancia reduce el potencial de retardo el curso de evolución de la enfermedad. Para eso se cuenta con un TME (Tratamiento Modificado de la Enfermedad) que tiene como objetivo reducir la actividad inflamatoria, modular el sistema inmunológico y eliminar la presencia de bratos.

Actualmente existen diferentes tratamientos modificados de la enfermedad y su elección depende de la eficacia y seguridad, y de las características del paciente. Para realizarlo existen 2 Marcos, un sistema de escalada y una indicación directa o inducción. El tratamiento en escala propone iniciar con un medicamento de plataforma o primera línea que cuenta con eficacia moderada y mucha seguridad. y un tratamiento de inducción se basa en la administración de medicamentos de alta potencia desde el inicio de la enfermedad.