



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina Humana

SEMESTRE:

6° A

MATERIA:

NEUROLOGIA

TRABAJO:

TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA NEUROMIELITIS ÓPTICA

DOCENTE:

DR. JOSE LUIS GORDILLO GUILLEN

ALUMNO (A):

YANIRA LISSETTE CANO RIVERA

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS, 22 DE NOVIEMBRE DE 2021

Trastornos del espectro de la Neuromielitis Óptica

El trastorno del espectro de la neuromielitis óptica es una enfermedad poco común del Sistema Nervioso Central mediada por anticuerpos. En el Reino Unido, los pacientes a menudo se presentan y son evaluados primero en los departamentos de emergencia o unidades médicas de agudos.

AQP4 es el canal de agua más ampliamente expresado en el cerebro, la médula espinal y los nervios ópticos. Dentro del cerebro AQP4 se localiza en regiones en contacto con el líquido cefalorraquídeo y se localiza específicamente en los procesos del pie de los astrocitos en la barrera hematoencefálica. Los AQP4-Abs son predominantemente del isotipo IgG1.

La incidencia y la prevalencia notificadas de NMOSD dependen de la ubicación geográfica y el origen étnico.

La neuritis óptica (ON) en el NMOSD también suele ser longitudinalmente extensa y tiene predilección por los segmentos del nervio óptico posterior, en particular el quiasma óptico. La afectación bilateral simultánea y la pérdida visual dolorosa severa con mala recuperación son a menudo pistas para el diagnóstico. El síndrome del área posterior produce náuseas, vómitos y hipotratables secundarios a inflamación en el centro reticular emético ubicado en la bolsa romboidal del 4º

Ventriculo. Los sindromes agudos del tronco
encefalico se superponen con el SAF,
pero tambien incluyen pacientes que presentan
disfuncion oculomotora u otras paralisias
de pares craneales, segun la ubicacion.

AQP4 Se expresa en gran medida en las
regiones periventriculares hipotalamicas
y las lesiones bilaterales pueden afectar
la funcion neuronal de la hipocretina hipota-
mica. Se han reportado casos de narcolepsia,
con lesiones difusas y niveles bajos
de hipocretina en el liquido cefalorraquideo.

Aunque el termino neuromielitis optica
podrian sugerir una inflamacion exclusiva de
la medula espinal y el nervio optico, la
afectacion cerebral se puede observar
en el 60% de los pacientes, aunque
la mayoria de los cambios observados
son inespecificos.

La afectacion cerebral puede ser asintomatica
pero puede causar anecefalopatia, con-
vulsiones y hemiparesia. Las lesiones a menudo
mejoran con el contraste en la resonancia
magnetica y pueden confundirse con un
tumor primario del SNC. AQP4 se
expresa a alta densidad en las regiones
periventriculares que limitan al sistema
ventricular y pueden verse lesiones que
involucran esta region.

La presencia de una de las seis caracteristicas
clave centrales con AQP4 Abs es suficien-
te para hacer un diagnostico de NMOSD.

En casos seronegativos, los criterios son mas
estrictos y tambien deben cumplirse.

> Tratamiento agudo:

El tratamiento agudo de un ataque de NMOSD consiste en dosis altas de esteroides, típicamente 1 gramo de metilprednisolona intravenosa al día durante 5 días, luego se continúa con prednisolona oral 1 mg/kg durante semanas, seguida de una disminución gradual durante meses.

El tratamiento temprano es ideal y con déficit neurológicos severos.

> Tratamiento a largo plazo =

sin tratamiento, aproximadamente el 50% de los pacientes con NMOSD serán ciegos, y un tercio habrá muerto dentro de los 5 años de su primer ataque. Por lo tanto, tratamos a todos los pacientes con AQP4-Ab en su primer ataque con inmunosupresión a largo plazo. Los inmunosupresores de primera línea más utilizados en la NMOSD son el micofenolato de mofetilo y la azatioprina.

Una revisión detallada del manejo de síntomas generales en NMOSD está más allá del alcance de este artículo, pero tres síntomas merecen una mención especial. Los espasmos tónicos que siguen a la mielitis transversa a menudo pueden tratarse eficazmente con una dosis baja de carbamazepina. El dolor neuropático es más severo e incapacitante en comparación con la EM y es útil la participación temprana de un equipo local de dolor. La depresión y la fatiga de moderadas a

Severas son comunes, asociadas con dolor neurológico y difícil de tratar. Idealmente se recomienda un enfoque multidisciplinario con revisión regular de la efectividad de las farmacoterapias.

Recientemente se informaron los resultados preliminares del primer ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado un placebo en NMOSD. Se espera la publicación de los resultados completos del ensayo, pero los resultados iniciales apoyan el uso de eculizumab en el arsenal de fármacos para el NMOSD, aunque su costo es una preocupación.

El Servicio NMOSD del Reino Unido está financiado por NHS y tiene como objetivo brindar atención multidisciplinaria de alta calidad, actualizada y basada en evidencia.

El equipo está formado por neurólogos adultos y pediátricos, becarios clínicos, enfermeras especialistas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, oftalmólogos, ortoptistas, dietistas y psicólogos clínicos.

Las presentaciones frecuentes incluyen mielitis extensa longitudinalmente, neuritis óptica grave y síndrome de oreja postrema.

El tratamiento rápido y agresivo de las recaídas con dosis altas de esteroides \pm intercambio plasmático mejora los resultados.

Todos los pacientes con anticuerpos contra aquaporina deben ser inmunosupresores indefinidamente para prevenir nuevos ataques. Este trastorno es una enfermedad poco común del SNC.

FUENTES DE INFORMACION

Saif Huda , Dan Whittam , Maneesh Bhojak , Jayne Chamberlain , Carmel Noonan , Anu Jacob y Rachel Kneen. (2019). Trastornos del espectro de la neuromielitis óptica. Recuperado de [neuromielitis optica 2.pdf](#)