



Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade Morales

Nombre del profesor: Sergio Jiménez Ruiz

PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del trabajo: Control de lectura del tema:
Esclerosis Múltiple**

Materia: Medicina física y de rehabilitación

Grado: 5°

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de septiembre del 2021.

"Esclerosis múltiple"

19/09/2021

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmunitaria del sistema nervioso central (SNC) caracterizada por la tríada de inflamación, desmielinización y gliosis y pérdida neuronal; su evolución puede consistir en recaídas-remisiones o ser progresiva. Las lesiones suelen ocurrir en diferentes instantes y en distintas localizaciones del SNC.

La esclerosis múltiple puede comenzar en forma repentina o insidiosa. Los síntomas pueden ser acentuados o tan insignificantes que la persona tal vez no acuda al médico durante meses o años.

De hecho, en la necropsia de algunas personas que no tuvieron síntomas durante toda su vida se ha descubierto de manera inesperada que tenían MS.

Los síntomas sensitivos son diversos e incluyen parestesia e hipoestesia. Las deficiencias sensitivas del tronco y los miembros pélvicos por debajo de una línea horizontal en el tronco sugieren que la médula espinal es el punto de origen de la perturbación sensitiva. Se suele acompañar de una sensación en banda y constricción alrededor del tronco.

La neuritis óptica (ON) incluye disminución visual, penumbra visual o menor percepción del color (desaturación) en el campo central

de la división. Los síntomas pueden ser leves o evolucionar hasta la pérdida visual grave. En raras ocasiones se pierde del todo la percepción luminosa. La debilidad de las extremidades se puede manifestar en la forma de pérdida de la potencia o de la destreza, fatiga o trastornos de la marcha. La debilidad inducida por el ejercicio es una manifestación característica de la MS que corresponde al tipo de neurona motora superior y a menudo se acompaña de otros signos piramidales como espasticidad, hiperreflexia y signo de Babinski.

La debilidad facial es consecuencia de la lesión en la protuberancia anular y puede tener manifestaciones similares a la parálisis de Bell idiopática. A diferencia de la parálisis de Bell, la debilidad facial en la MS no se asocia con pérdida de la sensibilidad ipsilateral del gusto o con dolor retroauricular.

La espasticidad se acompaña a menudo de espasmos musculares espontáneos e inducidos por movimiento. Más de 30% de los sujetos con MS tiene espasticidad que va de moderada a intensa, particularmente en las extremidades pélvicas.

La visión borrosa en la MS puede ser consecuencia de la neuritis óptica o de

la diplopía. La diplopía puede ocurrir a causa de oftalmoplejía internuclear (INO) o de parálisis del sexto par craneal.

Síntomas complementarios: Los síntomas paroxísticos se diferencian por ser breves (10 seg a 2 min), por la gran frecuencia con que aparecen (5 a 40 episodios al día), o por el hecho de que no alteran la conciencia ni alteran el electroencefalograma de fondo durante los episodios y siguen una evolución autolimitada que culmina en la desaparición espontánea.

El síntoma de Lhermitte es una sensación similar a un choque eléctrico que se irradia hacia la región dorsal y las piernas. En raras ocasiones lo hace en las extremidades superiores.

La miocimia facial está determinada por contracciones rápidas y persistentes de los músculos de la cara. En consecuencia de lesiones de los fascículos corticobulbares o el trayecto del nervio facial en el tallo encefálico (tallo cerebral).

La disfunción vesical se presenta en más de 90% de los pacientes con MS y, hasta en 33% de los pacientes, sobreviene disfunción con episodios de incontinencia semanales o más frecuentes.

Se han descrito tres tipos de MS:

Esclerosis múltiple recidivante/remitente (RRMS): que comprende 90% de los casos de MS al inicio y se caracteriza por ataques discretos con evolución de días o semanas. Con los ataques iniciales, a menudo hay recuperación sustancial o completa en las siguientes semanas o meses, pero los ataques que continúan con el paso del tiempo presentan recuperación menos evidente.

Esclerosis múltiple progresiva secundaria (SPMS): que siempre comienza como una RRMS. Sin embargo, en algún punto la evolución clínica de la forma recurrente cambia, produciéndose un deterioro continuo de las funciones, sin relación con los ataques agudos. La SPMS origina un grado mayor de discapacidad neurológica fija que la RRMS.

Esclerosis múltiple progresiva primaria (PPMS): que explica alrededor de 10% de los casos. Las personas no experimentan ataques, sino un deterioro funcional constante desde que inicia la enfermedad. Comparada con la RRMS, la distribución por género es más equitativa, la enfermedad inicia en etapas avanzadas de la vida (mediana de edad cercana a 40 años) y la incapacidad se desarrolla con rapidez.

Bibliografía

Larry, J. J. (2018). Harrison. Principios de Medicina Interna. McGraw-Hill