



**Nombre de alumnos: Oded Yazmin
Sánchez Alcázar**

**Nombre del profesor: Dr. jimenez
Ruiz Sergio**

**Nombre del trabajo: Esclerosis
múltiple**

**Materia: Medicina Fisica y
rehabilitación**

Grado: 5°

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas

Esclerosis Múltiple.

D

M

A

Scribe

Esclerosis múltiple es la enfermedad autoinmune que afecta al sistema nervioso central más frecuente en sujetos de entre 20-50 años y es la principal causa de discapacidad en este grupo, su cuadro clínico suele ser de cuadros agudos neurológicos con remisiones posteriores y en algunos casos suelen ser progresivos hasta la muerte, el diagnóstico se basa en el cuadro clínico y se apoya en la evidencia de las lesiones en resonancia magnética, los múltiples tratamientos en la actualidad no curan la enfermedad pero logran suprimir gran número la cantidad de brotes, manifestación clínica se clasifica en varios subgrupos: Remitente-Recurrente se caracteriza por cuadros agudos de síntomas neurológicos con recuperaciones, secundariamente progresivos, empeoramiento gradual de los síntomas neurológicos a lo largo de meses a años suelen quedar secuelas neurológicas. Primariamente progresiva, generalmente los síntomas son mielopáticos, progresivo-recurrente es un subtipo de la forma primaria recurrente que puede tener recardos raras sobrepuestas, este subtipo tiene escasez de lesiones cerebrales y espinales en la resonancia magnética también difiere la patología, inmunológica y clínicamente. Dentro de los factores de riesgo se han identificado que para el desarrollo de EM están infecciones víricas, especialmente por el virus de Epstein-Barr, sexo femenino, poca exposición a luz solar (deficiencia de vitamina D) tabaquismo, historia familiar genética, vivir en latitudes altas, nacer en mayo.

Fisiopatología: Patología clásica consiste en tres aspectos

Inflamación perivascular, desmielinización y gliosis

Epidemiología: Constituye una enfermedad que aqueja a 2 millones en el mundo. Cuadro clínico: tenemos los criterios

de McDonald, y manifestaciones clínicas como neuritis óptica, diplopía por oftalmoplejía internuclear, ataxia, fatiga, síntomas paroxísticos como neuralgia del trigémino

Diagnóstico: Depende de los eventos neurológicos centrales

Separados por tiempo y espacio se apoya de estudios paradiagnósticos

como resonancia magnética, bandas oligoclonales en líquido

cefalorraquídeo de los diagnósticos diferenciales se

encuentra encefalomiелitis, diseminada aguda, neuromielitis,

lupus eritematoso sistémico. Evaluación inicial, es una enfermedad

con un curso impredecible con una gran variedad de

síntomas neurológicos que incluyen afectación motora, sensitiva y

cerebelosa lo cual hace difícil la valoración integral y en algunas

ocasiones esta es innecesaria aunque absolutamente necesaria para

poder comparar la evolución de los pacientes de forma objetiva

y para realizar valoraciones clínicas del efecto de los tratamientos

en la práctica diaria y en estudios clínicos, las escaladas de las

que disponemos miden aspectos distintos del deterioro neurológico

producido por la enfermedad y de las consecuencias personales,

familiares y sociales de esta es la más usada la escala ampliada

del estado de discapacidad (EASS expanded disability Status Scale)

Diagnostico: No se dispone de un metodo definitivo para diagnosticar MS. Los sintomas deben de durar mas de 24 hrs y surgir como episodios separados por 1 mes o mas. En pacientes que solo tienen uno de los dos signos necesarios en la exploración neurologica, el segundo puede documentarse como una prueba animal, como MRI.

Estudios diagnosticos: Resonancia Magnetica, hay un incremento de la permeabilidad de la barrera hematoencefalica que se identifica por la fuga de gadolinio intravenoso al interior del parenquima pulmonar. El contraste de gadolinio persiste alrededor de 1 mes. Las lesiones son multifocales en encefalo, tallo encefalico y medula espinal.

Potenciales provocados (evocados): Permite conocer la función en las vias aferentes o eferentes, se miden los potenciales electricos del SNC provocados por la estimulación repetitiva de nervios periferos escogidos o del encefalo. Liquido cefalorraquídeo incluyen Pleocitosis de mononucleares y mayor concentración de IgG sintetizada de forma intratecal. Diagnostico diferencial.

Hay que pensar siempre en la posibilidad de que exista otra patologia en particular cuando:

- 1) los sintomas se localizan exclusivamente en la fascia posterior, la union craneo cervical o la medula espinal.
- 2) el paciente tiene < 15 o > 60 de edad
- 3) el historico clinico es progresivo desde el comienzo
- 4) la persona nunca experimentado sintomas de la vision o vejiga
- 5) los datos metodos de laboratorio (MRI, LCR, EP) son atipicos.

Pronóstico: La mayoría de los enfermos con MS presentan discapacidad neurológica progresiva, 15 años después de inicio solo el 20% no tenía limitaciones funcionales; Se sabe que después de 25 años del inicio alrededor del 80% del grupo de pacientes con MS alcanza SPMS y necesitava auxilio para desplazarse. Es difícil establecer el pronóstico en un individuo algunas manifestaciones clínicas sugieren un pronóstico más favorable.

Tratamiento: Se divide en varias categorías: 1) Tratamiento de los ataques agudos a medida que surgen. 2) Administración de fármacos que modifican la enfermedad y reducen la actividad biológica de la MS. 3) Medidas sintomáticas.

El tratamiento de glucocorticoides consiste en metilprednisolona por vía endovenosa a dosis de 500 a 1000 mg/día por 3-5 días sin una fase de disminución progresiva o seguida de un ciclo de prednisona por VO que comienza con dosis de 60 a 80 mg/día para disminuir la poco a poco en el curso de 2 semanas, el componente intravenoso del tratamiento puede ser sustituido por metilprednisolona o dexametasona VO (en dosis equivalente) aunque por esta vía son más frecuentes las complicaciones del aparato digestivo.

Alguno de los efectos adversos de la administración de glucocorticoides por lapsos breves son retención de líquidos, pérdida de potasio, incremento ponderal, flatulencias estomacales, acné y labilidad emocional es conveniente utilizar una dieta hiposódica abundante potasio y evitar el uso de diuréticos.

Referencia bibliográfica

Kasper F.. (2015). Harrison principios de medicina interna. Mexico : Mc Graw Hill.

- Mari M. (2019). Esclerosis Multiple. España: Elsevier