

Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Materia:
Medicina Física y De Rehabilitación

Trabajo:
Control de lectura “*Esclerosis Múltiple*”

Docente:
Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Alumno:
Polet Viridiana Cruz Aguilar

Grupo: 5 B

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 26 de septiembre del 2021

Eseleerose Multiple

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica caracterizada por la trada de la inflamación, desmielinización y gliosis (tejido cicatricial) y pérdida neuronal, se aduce en relapsos - remitencias o ser progresiva. Las lesiones secan ocurrir en diferentes instancias y en distintas localizaciones del SNC (en tiempo y espacio). Afecta a casi de 350 000 estadounidenses y 2.5 millones de personas en el mundo.

La evolución clínica puede ser enteramente variable, desde una enfermedad benigna hasta una alteración de rápida evolución e incapacitante que requiere ajustes notables en el estilo de vida.

Patología: las lesiones nuevas de MS comienzan con un mangito perivascular de tipo inflamatorio a base de monocitos, particularmente T y macrófagos que también infiltran la sustancia blanca vecina. Se transgrede la barrera hematoencefálica (BBB) en los sitios de inflamación por a diferencia de la vasculitis, se conserva y queda indemne la pared vascular. También se aduce afectación del sistema inmunitario humoral; una cantidad reducida de Linfocitos B infiltran en el sistema nervioso y en las vainas de mielina en degeneración aparecen autoanticuerpos específicos de dicha sustancia y el complemento es activado (contorno con acentuando las lesiones, existe participación prominente de astrocitos (gliosis). Con el paso del tiempo, las estructuras similares a células linfocíticas, que consisten en agregados de Linfocitos T y B, simulan tejido linfoide secundario lo que se observa en las meninges y en especial recubriendo las áreas corticales profundas y también las espinal perivasculares. Aunque es típica la indemnidad relativa de axones de la MS, también llegan a mostrar destrucción parcial o total, en particular dentro de las lesiones fuertemente inflamatorias. Por esa causa, la MS no es solo un trastorno que afecta a la médula

y se ha identificado cada vez más a las alteraciones neuronales como un factor fundamental que contribuye a la discapacidad funcional neuronal irreversible. En la zona cerebral se produce inflamación y formación de placas y se amplía la desmielinización de axones, lo cual resulta en la pérdida de las neuronas, en particular en casos avanzados.

Fisiología:

La conducción nerviosa en los axones mielinizados se realiza de manera saltatoria, lo cual significa que el impulso brinca de un nodo de Ranvier al siguiente sin despolarizar la membrana axónica entre los nodos. En la vaina mielinica en la zona internodal, esto permite posibles velocidades de conducción considerablemente mayores (alrededor de 70 m/s) que las bajas velocidades (alrededor de 1 m/s) generadas en la propagación continua de neuronas amielinizadas. Hay un bloqueo de la conducción cuando el impulso nervioso no puede atravesar el segmento desmielinizado; esto se observa cuando la membrana del axón en reposo se hiperpolariza por la exposición del conducto del potasio dependiente del voltaje que normalmente están ocultos debajo de la vaina de mielina. El fenómeno desmielinizante a menudo causa un bloqueo de conducción temporal, antes de que las conductas de sodio tengan la posibilidad de redistribuirse en el axón desnudo (sin mielina). Al final, la redistribución permite la propagación continua de potenciales de acción nerviosos en todo el segmento desmielinizado. El bloqueo de conducción es incompleto y afecta a los tipos de impulsos de alta frecuencia, pero no los de baja frecuencia. Es posible un bloqueo de conducción variable cuando hay hipertermia o un padecimiento alteración metabólica y puede explicar algunas fluctuaciones de una hora a otra.

Epidemiología: La MS es tres veces más frecuente en mujeres que en varones. La edad de inicio por lo general se encuentra entre 20 y 40 años de edad, pero la enfermedad se puede presentar en cualquier momento de la vida. Alrededor del 70% de los casos iniciales ocurren de los 18 años de edad, y en un porcentaje menor comienzan entre de los 70 años de edad. En la distribución de esclerosis múltiple se han observado repencias y variaciones geográficas, y su máxima prevalencia localizada, se localiza en las Islas Orkney, situadas al norte de Escocia. La prevalencia de esclerosis múltiple ha aumentado de manera constante en algunas regiones del mundo y en las últimas 50 años refleja la influencia de algún desplazamiento ambiental. Aún más, el hecho de que dicho incremento se haya observado principalmente en mujeres, indica que son más sensibles a dicho cambio ambiental. Los factores de riesgo bien establecidos para MS incluyen deficiencia de vitamina D, exposición al virus Epstein Barr (EBV) después de la infancia temprana y tabaquismo. La deficiencia de vitamina D se asocia con un incremento del riesgo de MS y los datos sugieren la deficiencia crónica pueden incrementar la actividad. Una vez ha iniciado la MS, el antecedente de tabaquismo también se ha asociado con el riesgo de MS. Datos recientes en modelos de MS también han demostrado que concentración elevadas de sodio dietético activan linfocitos T patógenos autoreactivos, lo que sugiere que el consumo de una dieta rica en sal, que a su vez es amplia en las países occidentales, pueden ser en parte la explicación del incremento observado en la prevalencia de MS en años recientes.

Consideraciones genéticas: Las caucásicas tienen un mayor riesgo de MS que las africanas o asiáticas, incluso cuando residen en entornos ambientales similares.

Manifestaciones clínicas

La esclerosis múltiple puede comenzar en forma repentina o insidiosa. Las anomalías pueden ser agudas o tener insidiantes que se pasan tal vez no acude al médico durante meses o años. De hecho en la mayoría de algunas personas que no fueron sometidas durante toda su vida a la detección de manera inesperada que tienen MS. Las manifestaciones clínicas son muy variadas y dependen de uno de SNC en que se encuentran las lesiones. En la exploración por lo general se identifican signos de MS automáticos, signos de desfincción neurológica a menudo en síntomas automáticos. La debilidad de extremidades se puede manifestar en forma de pérdida de la potencia o de caídas, 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.

Diagnóstico: No se dispone de un método definitivo para diagnosticar MS. Los criterios diagnósticos clínicamente definidos existen documentar dos o más episodios de síntomas y dos o más signos que reflejen alteraciones en las funciones de sustancia blanca anatómicamente, no células del SNC. Los síntomas deben durar más de 24h y surgir como episodios separados por un mes o más. En pacientes que tienen sólo uno de los dos signos necesarios en la exploración neurológica, el segundo puede documentarse como una prueba anormal.

Estudios diagnósticos:

Resonancia magnética: Más del 95% de los enfermos se detectan anomalías.

Potenciales provocados (avocados): La cuantificación de potenciales provocados permite conocer la vías aferentes (visual, auditiva y somatosensorial) o eferentes (muscular).

Wintrobe, T. R. (s.f.). Esclerosis múltiple y otras enfermedades. En Harrison Principios de Medicina Interna, 19a edición (págs. 2661-2667). México, D.F: McGrawHill