



# **Universidad del Sureste**

## **Escuela de Medicina**

**Materia: Medicina física y de rehabilitación**

**Dr. Sergio Jiménez Ruiz**

**Esclerosis múltiple**

**Alumna:**

**Guadalupe Elizabeth González González**

**Semestre y grupo**

**5 “B”**

**Lugar y fecha**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 28/09/2021.**

# Esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple es una enfermedad autoinmunitaria del SNC, se caracteriza por la tríada de inflamación, desmielinización y gliosis y pérdida neuronal; en cuanto a su evolución puede consistir en recaídas-remisiones o ser progresiva. La esclerosis múltiple puede comenzar de forma repentina o insidiosa. Como los síntomas pueden ser acentuados o tan insignificantes que la persona tal vez no acuda al médico durante meses o años. Las manifestaciones de la enfermedad son variadas, ya que dependen del sitio del SNC en que se encuentren las lesiones. En la exploración se identifican signos de disfunción neurológica y a menudo en sitios, asintomáticos. Los síntomas sensitivos son diversos e incluyen parestesia e hipoestesia. Así también son comunes sensaciones desagradables como de que algunas partes del cuerpo están edematosas o húmedas. Un síntoma frecuente en la MS es el dolor y lo presenta más del 50% de los pacientes. Puede surgir en cualquier sitio del cuerpo y cambiar con el paso del tiempo a otros sitios. La neuritis óptica incluye disminución de la agudeza visual, penumbra visual o menor percepción del color en el campo central de la visión. Los síntomas pueden ser leves o evolucionar hasta la pérdida visual grave. Generalmente los síntomas visuales son monoculares, pero pueden afectar ambos ojos. La debilidad de las extremidades se manifiestan en forma de pérdida de la potencia o de la destreza, fatiga o trastornos de la marcha. 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. La diplopía puede ocurrir a causa de oftalmoplejía internuclear o de parálisis del sexto par craneal. En el ojo en aducción se observa nistagmo acentuado y con una pequeña desviación asimétrica. La ataxia por lo general se manifiesta como temblores cerebelosos. También puede abarcar la cabeza y el tronco o la voz, produciendo una disartria cerebelosa característica (lenguaje entrecortado). Los síntomas paroxísticos se diferencian por ser breves de 10<sub>s</sub> a 2 min, por la gran frecuencia con que aparecen de 5 a 40 episodios al día. Los síndromes incluyen signo de Lhermitte, contracciones tónicas de una extremidad, la cara o el tronco (crisis tónicas); disartria y ataxia paroxísticas; perturbaciones paroxísticas de la sensibilidad y otros síndromes menos definidos. 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. Por lo general cede por sí solo, aunque puede persistir años. También se observa en otros trastornos de la columna cervical como es la espondilosis cervical. Cuando la lesión desmielizante abarca el punto de entrada (o salida) de la raíz de los pares craneales V, VII, y IX, surge a veces

neuralgia del trigémino, hemifacial espasmo y neuralgia del glosofaríngeo, respectivamente. La neuralgia del trigémino (tic doloroso) es un dolor facial muy breve y lacinante desencadenado a menudo por un impulso aferente que llega de la cara a los dientes. En la mayor parte de los casos de neuralgia del trigémino carece de relación con la MS; pero características atípicas como el inicio antes de los 50 años de edad, síntomas bilaterales, pérdida sensorial objetiva o dolor no paroxístico deben hacer sospechar que la causa es MS. Otro síntoma complementario es la miocimia facial que está determinada por contracciones rápidas y persistentes de los músculos de la cara. Es consecuencia de lesiones de los núcleos controladores o el trayecto del nervio facial en el talle del encéfalo. La sensibilidad del calor es otro de los síntomas del SN producidos por el aumento de la temperatura central del cuerpo. Por ejemplo durante una ducha caliente o con el ejercicio físico puede haber visión borrosa total o parcial pasajera en un solo lado (síntoma de Uhthoff). Estos síntomas relacionados con el calor quizá sean consecuencia de un bloqueo de conducción pasajero. La disfunción vesical se presenta en más de 90% de los pacientes con MS y hasta un 33% de los pacientes sobreviene disfunción con episodios de incontinencia semanales o más frecuentes. Durante la micción refleja normal, la relajación del esfínter vesical (con inervación adrenergica) se coordina con la contracción del músculo detrusor en

La pared vesical (Inervación colinérgica muscarínica).  
La hiperreflexia del detrusor por alteración de la inhibición suprasegmentaria causa polaquiuria, urgencia, nicturia y vaciamiento vesical incontrolado. La disinergría esfinteriana del detrusor es propiciada por pérdida de la sincronización entre los músculos detrusor y del esfínter, lo que causa dificultad para iniciar, o interrumpir (o ambos) el chorro de la orina. En más de 30% de los enfermos se observa estreñimiento. Con menor frecuencia (15%) se presenta urgencia para la defecación o incontinencia rectal, pero puede ser un factor socialmente adverso. La disfunción cognitiva puede incluir amnesia, disminución de la atención, dificultad para la solución de problemas, lentitud en el procesamiento de la información y problemas de desplazamiento entre las tareas cognitivas. Pronóstico → La mayoría de los enfermos con MS presenta discapacidad neurológica progresiva. El pronóstico a largo plazo para la MS no tratada parece haber mejorado en años recientes y la transición de RMs a sPMS ahora ocurre en una tasa anual aproximada de 1% comparada con el 2 a 3% en la era anterior al tratamiento. El tratamiento para la esclerosis múltiple se divide en tres categorías 1) el tratamiento de los ataques agudos a medida que surgen, 2) la administración de fármacos que modifican la enfermedad y que reproducen la actividad biológica de la MS y 3) medidas sintomáticas. A la fecha no existen tratamientos que favorezcan la remielinización o la reparación neuronal, pero se encuentran bajo investigación varios métodos.

## **Bibliografía**

- Jameson J. Larry, J. J. L. (Ed.). (2018). HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA 20 EDICION (20a ed., Vol. 2). McGraw-Hill.  
<https://doi.org/10.1177/0269891218606296>