



**Universidad del Sureste**  
**Escuela de Medicina**

**Materia:**  
**Medicina Física y rehabilitación**

**DR. Sergio Jiménez Ruiz**

**Presenta:**  
**Fátima Andrea López Álvarez**  
**5\* B**

**Lugar y fecha**  
**Comitán de Domínguez Chiapas a 28/09/21**

# ESCLEROSIS MÚLTIPLE

28/09/21

Es una enfermedad autoinmunitaria del sistema nervioso central, caracterizada por la tríada de inflamación, desmielinización y gliosis (tejido cicatricial) y pérdida neuronal. Puede consistir en recaídas-remisiones o ser progresiva.

Las lesiones suelen ocurrir en diferentes instantes y en distintas localizaciones del SNC. Afecta a casi 900 000 estadounidenses y millones de personas en el mundo. La evolución puede ser extremadamente variable, desde una enfermedad benigna hasta una alteración de rápida evolución e incapacitante que requiere ajuste en el estilo de vida.

Los síntomas pueden ser acentuados o tan insignificantes que la persona tal vez no acuda al médico durante meses o años. En las necropsias que no tuvieron síntomas se ha descubierto de manera inesperada que padecían esclerosis múltiples. Un estudio de resonancia magnética pueden revelar una esclerosis asintomática. Las manifestaciones son muy variadas y dependen del sitio del Sistema Nervioso Central (SNC) afectado.

A la exploración se identifican signos de disfunción neurológica, los síntomas sensitivos son diversos e incluyen parestesia (punzadas, comezón, hormigueo, prurito o ardor doloroso) e hipoestesia (disminución de la sensación, insensibilidad o una sensación de que la zona está "muerta"), sensaciones desagradables como partes edematosas, húmedas. Las deficiencias sensitivas del tronco y los miembros, el dolor es un síntoma frecuente, surge en cualquier sitio del cuerpo. La neuritis óptica existe disminución de la agudeza visual, Penumbra visual o menor percepción del color en el campo central de la visión. Pueden ser leves o evolucionar hasta la pérdida visual grave. La debilidad de las extremidades se puede manifestar en pérdida de la potencia o de la destreza, fatiga o trastornos de la marcha, es inducida por el ejercicio es una manifestación característica de MS que corresponde al tipo de neurona con

lesión, se acompaña de espasticidad, hiperreflexia y signo de Babinski. La debilidad facial es consecuencia de la lesión de la protuberancia anular y puede tener manifestaciones similares a la parálisis de Bell idiopática, se asocia con pérdida de la sensibilidad ipsilateral de gusto y con dolor retroauricular. La espasticidad se acompaña de espasmos musculares espontáneos e inducidos por movimiento, se suele acompañar de espasmos dolorosos e interfieren en la capacidad de desplazarse, trabajar o el cuidado personal. La visión borrosa puede ser consecuencia de la neuritis óptica o de la diplopía, la ataxia por lo general se manifiesta como temblores cerebelosos, el vértigo puede aparecer de repente por lesiones en el tronco del encéfalo, puede ocurrir hipoacusia pero es muy poco común. En los síntomas complementarios son los síntomas paroxísticos. Se diferencian por ser breves (10s a 20 min) por la gran frecuencia con que aparecen (cinco a 40 episodios al día) pueden ser desencadenados por la hiperventilación o el movimiento, incluyen signo de Lhermitte; contracciones tónicas de una extremidad, la cara o el tronco, disartria y ataxia paroxísticas; perturbaciones 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. Cuando la lesión desmielinizante abarca el punto de entrada de la raíz de los pares craneales V, VII, IX. La neuralgia del trigémino es un dolor muy facial muy breve y lancinante desencadenado a menudo por un impulso aferente que llega de la cara o los dientes, la masticación facial está determinada por contracciones rápidas y persistentes de los músculos de la cara, la sensibilidad al calor se refiere a los síntomas del sistema nervioso producidos por el aumento

de la temperatura central del cuerpo. También es frecuente que los síntomas de MS empeoren de manera transitoria y a veces en forma dramática durante la enfermedad febril, disfunción vesical sobreviene disfunción con episodio de incontinencia semanales o más frecuentes, disfunción sexual se manifiesta con disminución de la libido, 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, la depresión que se presentan en casi 50% de los pacientes. Puede ser reactiva, endógena o parte de la propia enfermedad y contribuir a la fatiga.

Evolución de la enfermedad se han descrito 3 tipos:

- ① Esclerosis múltiple recidivante/remitente = 90% de los casos, se caracteriza por ataques discretos con evolución de días o semanas.
- ② Esclerosis múltiple progresiva a secundaria = comienza como una RMS, en algún punto cambia, produciéndose un deterioro continuo de las funciones, sin relación con los ataques agudos.
- ③ Esclerosis múltiple progresiva primaria = alrededor del 10% de los casos, no experimentan ataques sino un deterioro funcional constante desde que inicia la enfermedad.

La MS progresiva y actividad de la enfermedad en ocasiones experimentan recaídas, aunque con mucho menor frecuencia que en la RMS.

La MS es 3 veces más frecuente en mujeres que en varones. La edad de inicio por lo general se encuentra entre 20 y 40 años, pero se puede presentar en cualquier momento de la vida. Se han observado repetidas veces gradientes geográficos y su máxima prevalencia conocida 250 casos por 100 000.

La prevalencia ha aumentado de manera constante en algunas regiones del mundo refleja la influencia de algún desplazamiento ambiental. Los factores de riesgo bien establecidos incluyen deficiencia de vitamina D se asocia a exposición al virus de Epstein - Barr después de la infancia temprana, y tabaquismo. la deficiencia de vitamina D se asocia al incremento del riesgo de MS y los datos sugieren que la deficiencia continua puede incrementar la actividad una vez que ha iniciado la MS. Estudios diagnósticos, la resonancia magnética en más de 95% de los enfermos se detectan anomalías características aunque más del 90% de las lesiones visualizadas por MRI son asintomáticas. Diagnóstico. No se dispone de un método definitivo, los criterios diagnósticos clínicamente definidos exigen documentar dos o más episodios de síntomas y dos o más signos que reflejen alteraciones en los fascículos de sustancia blanca anatómicamente no vecinos del SNC, deben durar más de 24 h y surgir como episodios por 1 mes o más. Diagnóstico diferencial = cuando los síntomas se localizan exclusivamente en la tosa posterior, la unión crancocervical o la médula espinal. El paciente tiene < 15 o > 60 años de edad. El trastorno clínico es progresivo desde el comienzo. La persona nunca experimenta síntomas de la vista, sensitivos o de la veliga y los datos de métodos de laboratorio (MRI, LCR o EP) son atípicos. Pronóstico la mayoría presentan discapacidad neurológica progresiva. a largo plazo algunas manifestaciones sugieren un pronóstico favorable, al contrario de quienes presentan ataxia del tronco, tienen una mayor probabilidad de sufrir incapacidad. El tratamiento se divide en 1 de los ataques agudos a medida que surgen, 2) administración de fármacos que modifican la enfermedad y reducen la act. biológica. y 3) medidas somáticas.

**Referencia:**

- Kasper., D. (2019). HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA (20.a ed., Vol. 2) [Libro electrónico].