



Caso clínico

Síndrome clínico aislado: A propósito de un caso.

Isolated clinical syndrome: On the subject of a case.

*Gracia Fernando APMC, ** Dondis David (2), ***Triana Ernesto (3), **** Martínez-Cerrato Jorge (4), *****Mercader Iván (5), *****Miranda Mario, Chow Sandra.

*Universidad Interamericana de Panamá, **Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS de Panamá, ***Clínica Hospital San Fernando Panamá, ****Hospital Metropolitano Vivian Pellas Nicaragua, *****Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra Republica Dominicana, ***** Universidad de Panamá, *****Universidad San Carlos de Guatemala.

El autor ha declarado que no tiene conflicto de intereses.

Palabras claves:

Síndrome Clínico Aislado, neuritis óptica, esclerosis múltiple.

Keywords:

Isolated Clinical Syndrome, optic neuritis, multiple sclerosis.

Correspondencia a:

Dr. Fernando Gracia

Correo electrónico:

fegra@medicospaitilla.com

Resumen

El síndrome clínico aislado (SCA) se define como la aparición de un cuadro clínico presumiblemente debido a un proceso desmielinizante, siendo el más frecuente aquel que afecta al tracto óptico (neuritis óptica), el síndrome del tallo cerebral y la mielitis transversa parcial.

Se presenta un paciente de 32 años, con Diagnóstico de Esclerosis Múltiple (EM) cuyo primer síntoma ocurrió cuando tenía 23 años iniciando con neuritis óptica. Su tratamiento fue irregular por lo cual hubo una evolución natural de la enfermedad con múltiples lesiones supra e infra tentoriales.

Se refuerza el concepto de tratamiento oportuno y temprano del SCA y la importancia de retrasar la conversión a Esclerosis Múltiple Clínicamente Definida.

Summary

Clinically isolated syndrome (CIS) is defined as the appearance of clinical symptoms presumably due to a demyelinating process, the most common one that affects the optic tract (optic neuritis), brainstem syndrome and partial transverse myelitis.

We present a 32 years patient with Multiple Sclerosis Diagnosis whose first symptom occurred when she was 23 years starting with optic neuritis. The treatment was irregular, so the disease has a natural evolution, with multiple lesions supra and infra tentorial.

The concept of early treatment is reinforced in CIS, and the importance of delaying conversion to clinically definite multiple sclerosis.

INTRODUCCIÓN

El síndrome clínico aislado (SCA) se define como la aparición de un cuadro clínico presumiblemente debido a un proceso desmielinizante, siendo el más frecuente aquel que afecta al tracto óptico (neuritis óptica), el síndrome del tallo cerebral y la mielitis transversa parcial[1].

El tratamiento del SCA ha suscitado controversias, sin embargo, se ha establecido que se debe tratar cuando la presencia de anomalías en la resonancia magnética

son de alto riesgo para desarrollar esclerosis múltiple clínicamente definida (EMCD) en los próximos años[2,3].

Es por eso que el diagnóstico y tratamiento temprano del SCA (EM) es crucial para mejorar el pronóstico y modificar la historia natural de la enfermedad[4,5].

El objetivo de reportar este caso es enfatizar el reconocimiento temprano de un SCA, que de no ser tratado oportunamente puede evolucionar con lesiones devastadoras del sistema nervioso central.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 32 años de edad, mestiza caucásica y sin antecedentes patológicos. Acude con historia de un cuadro de afectación a nervio óptico (neuritis óptica derecha) en 1999. La resonancia magnética cerebral mostró tres lesiones no activas: una en región semioval frontal izquierda, una yuxtacortical frontal izquierda y una periventricular posterior derecha. Fue tratada con metilprednisolona 1 gramo I.V. por tres días y se decidió iniciar tratamiento con interferón beta.

Evolucionó estable hasta 2003 cuando solicita una segunda opinión en EEUU donde se recomienda suspender el tratamiento. Permanece sin tratamiento hasta 2005 cuando presenta un cuadro caracterizado por parestias en miembro superior derecho, que resuelve espontáneamente en tres semanas, nuevamente permanece estable hasta 2008 cuando presentó disestesias a nivel de los dermatomos T8 a T10 derechos, la cual resolvió sin tratamiento a la cuarta semana.

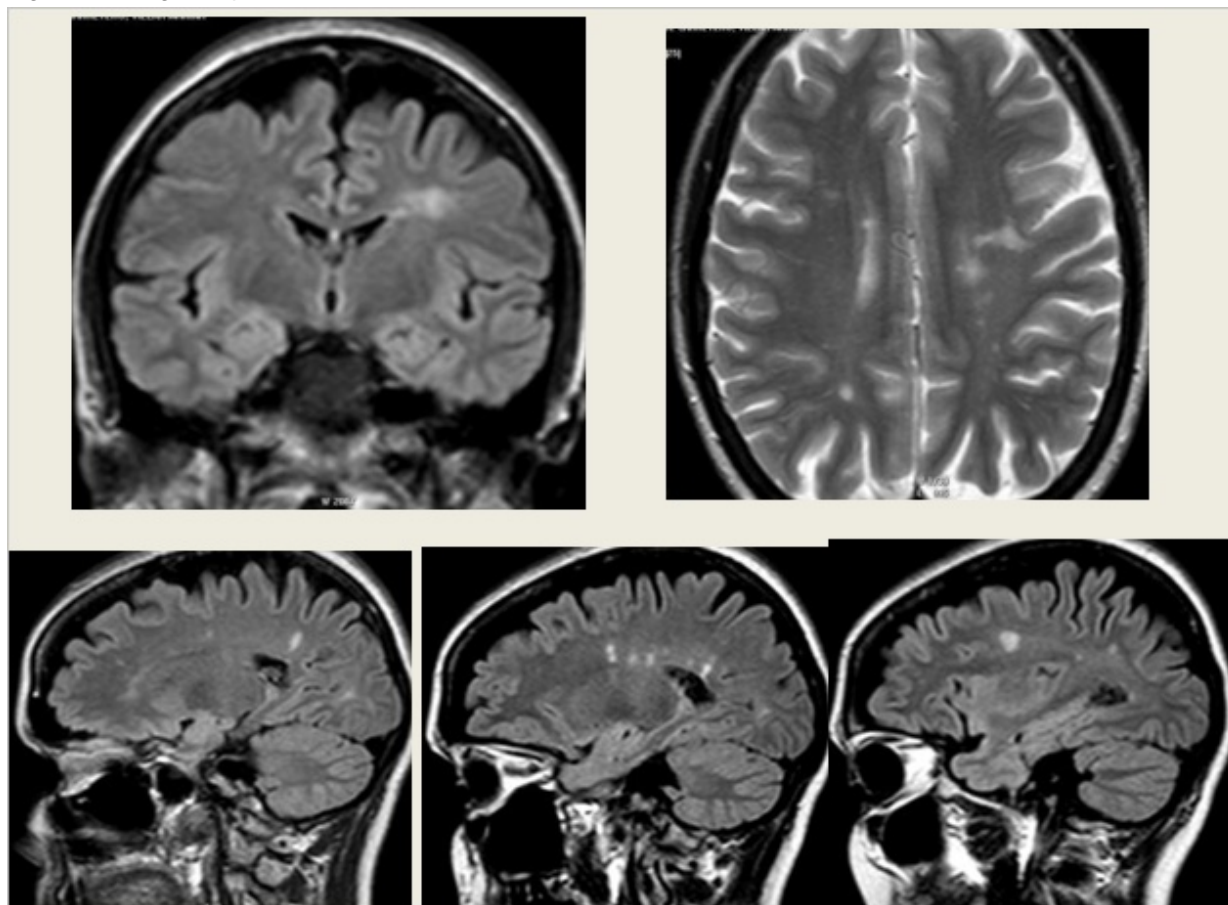
En 2011 presentó un cuadro de neuritis óptica izquierda con importante disminución de la agudeza visual decidiendo realizar una nueva resonancia magnética cerebral y medular que evidenció múltiples lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR y lesiones hipointensas en T1, lesión activa a nivel de médula cervical y del tronco encefálico (fig. 1).

Con esta evidencia se reinició tratamiento con interferón beta pero en 2012, desarrolló lesiones cutáneas que le causó mala adherencia por lo que se suspende interferón e inicia fingolimod, tratamiento que mantiene hasta la fecha, con buena tolerancia y efectividad terapéutica.

DISCUSIÓN

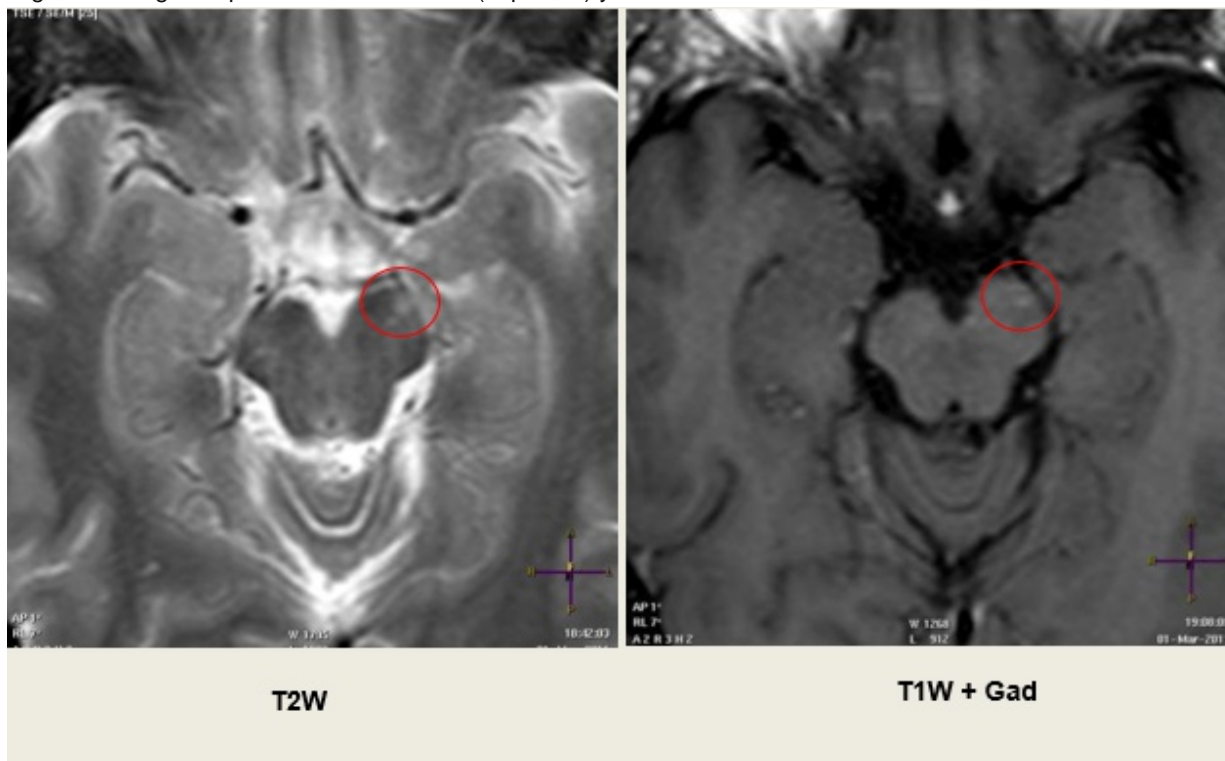
La manifestación inicial de este caso fue un SCA tipo neuritis óptica, con imágenes radiológicas de alto riesgo para el desarrollo de EMCD en los próximos años. Por lo que se inicia con tratamiento con inmunomoduladores teniendo una evolución satisfactoria sin presentar recaídas.

Figura 1. Imágenes potenciadas en FLAIR



Imágenes potenciadas en FLAIR, en el plano coronal (arriba y a la izquierda), y en el plano sagital (las tres de la segunda línea) muestran lesiones periventriculares perpendiculares a la superficie endimaria (dedos de Dawson). Arriba y a la derecha, aspecto de las mismas lesiones en un imagen potenciada en T2 SE en el plano axial.

Figura 2. Imágenes potenciadas en T2 SE (izquierda) y T1 SE



Imágenes potenciadas en T2 SE (izquierda) y T1 SE con Gadolinio I.V. (derecha) que muestran una lesión pequeña activa (con refuerzo) en el pedúnculo cerebral izquierdo adyacente al trayecto típico del Tracto Cortico Espinal izquierdo

Figura 3. Imágenes de la Médula Cervical.



Las tres imágenes de la izquierda (potenciadas en T2 SE, T1 SE sin contraste y T1 SE con contraste respectivamente) muestran una lesión activa de posición central en los cordones posteriores en el nivel C1-2. Las cuatro imágenes de la derecha (sagital T2 SE, axial T2 FFE, axial T1 SE con gadolinio, axial T2 SE) confirman la localización central posterior (típica) y el refuerzo discreto que implica actividad.

Al suspender el tratamiento presentó recaídas clínicas y un incremento de la carga lesional; este caso refuerza el concepto de tratamiento oportuno del SCA y la importancia de retrasar la conversión a EMCD así como enlentecer el incremento en la carga lesional[6].

El tratamiento puede ser con los beta interferones, acetato de glatirámico, como se documenta en los estudios ETOMS (2001), CHAMPS (2001), BENEFIT (2006) y PRECISE (2009)[7], y teriflunemide. Posiblemente en un futuro cercano, también se podrá utilizar Fingolimod o Natalizumab[6].

El SCA tipo neuritis óptica puede desarrollar esclerosis múltiple en términos de cinco años hasta un 50% de los casos[8].

CONCLUSIÓN

El SCA que muestra características de alto riesgo de convertirse en EM y debe ser tratado tempranamente en forma sostenida.

REFERENCIAS

- [1] Miller D, Barkhof F, Montalban et al. Clinically isolated syndromes suggestive of multiple sclerosis, part I, natural history, pathogenesis, diagnosis and prognosis. *Lancet Neurol* 2005; 4[5]:281-288.
- [2] Tintoré M, Rovira A, Rio J et al. Baseline MRI predicts future attacks and disability in clinically isolated syndromes. *Neurology* 2006; 67[6]:968-972.
- [3] Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. See comment in *PubMed Commons below Ann Neurol*. 2011 Feb; 69[2]:292-302.
- [4] Aboue Zeid NE, Pittock SJ. Clinically isolated syndromes. In Lucchinetti CF, Hohlfeld R (Eds) *Blue Books of Neurology*, Volume 35. Philadelphia: Elsevier; 2010. p213-214.
- [5] Kappos L, Polmon CH, Freedman MS, et al. Treatment with interferon beta 1b delays conversion to clinically definite and McDonald MS in patients with clinically isolated syndromes. *Neurology* 2006; 67:1242-1249.
- [6] Correale J et al. Management of relapsing-remitting multiple sclerosis in Latin America. *Journal of the Neurological Sciences* 339 (2014) 196 –206.
- [7] Documento de consenso de LACTRIMS para el tratamiento de la esclerosis múltiple y sus variantes clínicas. Abad P et al. *Rev Neurol* 2012; 55 (12): 737-748.
- [8] Optic Neuritis Treatment Trial (ONTT). *Arch Neurol* 1993 Aug;50[8]:841-6.