

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

Guía de Referencia Rápida

SEDENA

SEMAR

**Diagnóstico y tratamiento de
pacientes con primer brote y sospecha
de esclerosis múltiple**

Guía de Práctica Clínica

Numero de Registro: SSA-348-09

**Consejo de
Salubridad General**



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

VI Enfermedades del Sistema Nervioso

GO0-GO9 Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central

G35 Esclerosis múltiple

GPC Diagnóstico y tratamiento de pacientes con primer brote y sospecha de esclerosis múltiple

GPC Guía de Referencia Rápida

Definición

La **Esclerosis Múltiple EM** (CIE-10 G35) es una enfermedad crónica, inflamatoria, desmielinizante del **sistema nervioso central SNC** y constituye una de las causas más comunes de incapacidad neurológica en el adulto joven. Es caracterizada por la recurrencia de eventos neurológicos multifocales y signos y síntomas con grado variable de recuperación. Eventualmente, la mayoría de los pacientes desarrolla un curso clínico progresivo de la enfermedad.

Factores de riesgo

Al tratarse de una enfermedad compleja y multifactorial, existe una susceptibilidad genética a padecerla, requiere un factor desencadenante (ambiental) y un factor que perpetúe la enfermedad. Los factores epidemiológicos de riesgo identificados son: latitud más cercana a los polos (más allá de 65° Norte o Sur) y origen caucásico.

Educación para la salud

Se debe recomendar acudir a un médico ante la presencia de cualquier déficit neurológico focal que se instale en cuestión de días y que no mejore, sobre todo en adultos jóvenes.

Diagnóstico temprano

La sospecha ocurre en el primer nivel de atención. El médico a este nivel debe realizar historia clínica, exploración física, y en caso de encontrar datos de disfunción neurológica focal deberá enviar al paciente al especialista de segundo o tercer nivel de atención.

Signos de alarma:

- Pérdida de la agudeza visual de instalación gradual en más de 24 horas, que se acompaña de dolor a los movimientos oculares.
- Disminución de la fuerza en una o más extremidades de instalación gradual en más de 24 horas.
- Visión doble de instalación gradual en más de 24 horas y que no mejora.
- Pérdida del equilibrio y alteraciones para la marcha de instalación gradual en más de 24 horas, que no mejora.
- Sensación de adormecimiento en una o más extremidades con limitación parcial de las actividades de vida diaria de instalación gradual en más de 24 horas, que no mejora.

Envío a segundo y tercer nivel

- Pacientes con signos de alarma neurológica, de instalación gradual y que persisten por más de 24 horas deberán ser enviados al servicio de neurología correspondiente.
- Pacientes con signos de alarma neurológica, acompañados de otras manifestaciones sistémicas podrán enviarse al servicio de medicina interna.

Segundo y tercer nivel

- Pacientes con resultados de sospecha no confirmada: se realizara contrarreferencia a primer nivel.
- Pacientes con resultados positivos para enfermedad: serán evaluados y manejados por médico neurólogo especialista en enfermedades desmielinizantes para ofrecer las opciones terapéuticas según sea el caso.

Al confirmar presencia de EM:

- Se establecerá el tipo clínico del paciente
- Se realizarán los diferentes índices de severidad.

En base a ello se elegirá individualizará el tratamiento.

Algoritmo de diagnóstico y tratamiento en pacientes con primer brote y sospecha de esclerosis múltiple

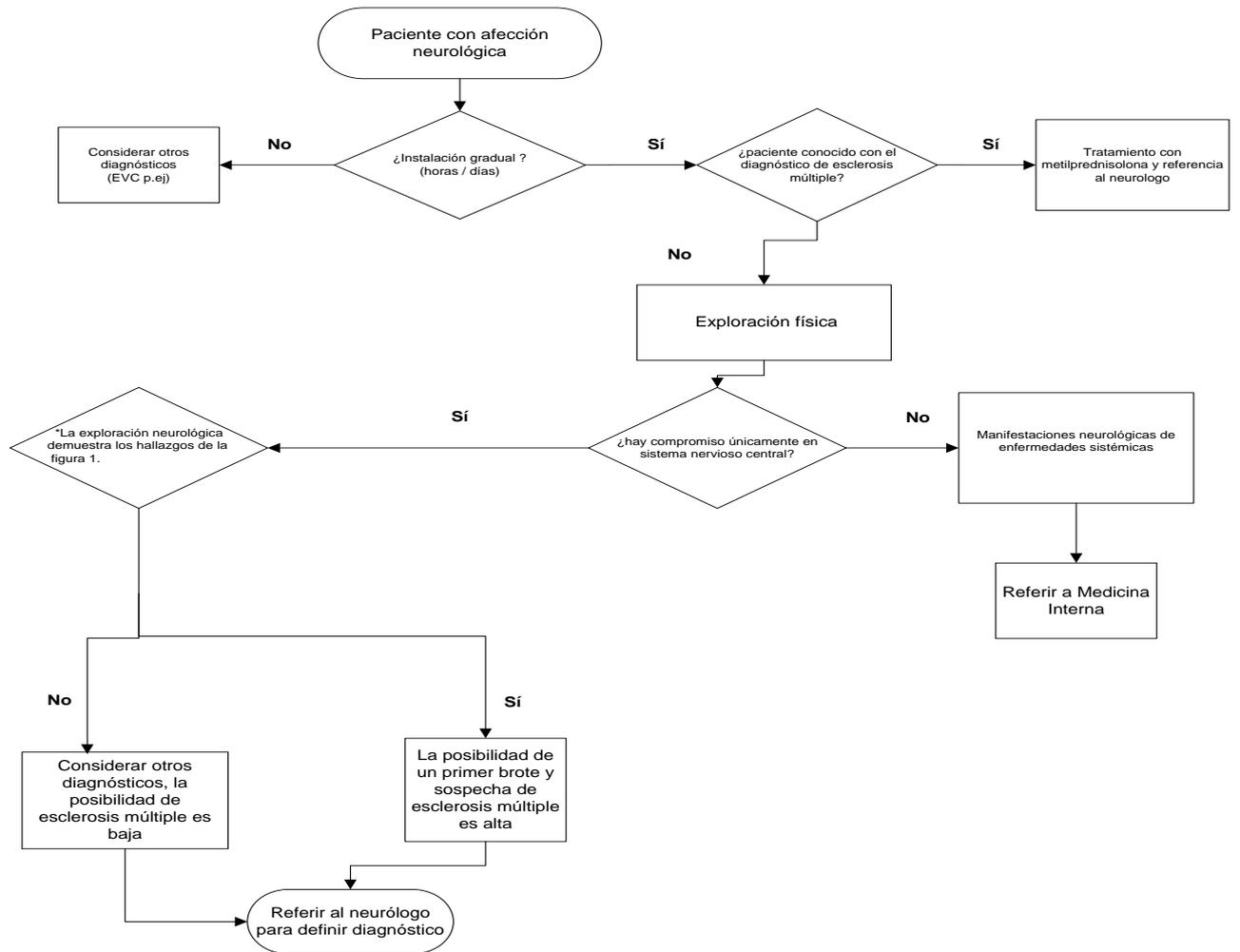


Figura 1. Signos y síntomas más comunes en esclerosis múltiple

- 1) Tallo cerebral: diplopía, parálisis de la mirada conjugada, oftalmoplejía internuclear, síndrome alterno.
- 2) Médula espinal: cuadriparesia, afección de esfínteres, nivel sensitivo.
- 3) Nervio óptico: dolor ocular al movimiento más disminución de la agudeza visual, discromatopia.
- 4) Cerebelo: .dismetria, disdiadococinesia, ataxia troncal.
- 5) Hemiparesia y/o hemihipoestesia.

* Los signos y síntomas pueden presentarse aislados o en combinación.

Anexo I

Criterios de McDonald

Presentación Clínica	Datos adicionales necesarios
2 o más ataques (recaídas) 2 o más lesiones clínicas objetivas	Ninguno; la evidencia clínica es suficiente (la evidencia adicional es deseable pero puede ser consistente con EM)
2 o más ataques 1 lesión clínica objetiva	Diseminación en <u>espacio</u> , demostrada por: RNM, LCR positivo y 2 o más lesiones en la RNM consistente con EM un futuro ataque clínico que comprometa un sitio diferente
1 ataque 2 o más lesiones clínicas objetivas	Diseminación en <u>tiempo</u> , demostrada por: RNM o un segundo ataque clínico
1 ataque 1 lesión clínica objetiva (presentación monosintomática)	Diseminación en <u>espacio</u> , demostrada por: RNM, LCR positivo y 2 o más lesiones en la RNM compatibles con EM, y Diseminación en <u>tiempo</u> demostrada por: RNM o un segundo ataque clínico
Insidiosa progresión neurológica sugestiva de EM (EM progresiva primaria)	LCR positivo, y Diseminación en <u>espacio</u> demostrada por: Evidencia en la RNM de 9 o más lesiones cerebrales en T2 2 o más lesiones en médula espinal 4-8 lesiones cerebrales y 1 lesión de médula espinal PE positivos con 4-8 lesiones en la RNM PE positivos con <4 lesiones cerebrales más 1 lesión de la médula espinal, y Diseminación en <u>tiempo</u> demostrada por: RNM o progresión continuada por 1 año

Fuente bibliográfica. McDonald WI, Compston A, Edan G, et al. Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from the International Panel on the Diagnosis of Multiple Sclerosis. Ann Neurol 2001; 50:121-27.

Anexo II

Sistemas Funcionales

Función piramidal

- 0. Normal.
- 1. Signos anormales sin discapacidad.
- 2. Discapacidad mínima.
- 3. Paraparesia o hemiparesia leve o moderada, monoparesia grave.
- 4. Paraparesia o hemiparesia marcada, tetraparesia moderada o monoplejía.
- 5. Paraplejía, hemiplejía o tetraparesia marcada.
- 6. Tetraplejía.
- V. Desconocida.

Función cerebelosa

- 0. Normal.
- 1. Signos anormales sin discapacidad.
- 2. Ataxia leve.
- 3. Ataxia moderada del tronco o las extremidades.
- 4. Ataxia grave de todas las extremidades.
- 5. Discapacidad para realizar movimientos coordinados debido a la ataxia.
- V. Desconocida.
- X. Se añade a cada cifra cuando la presencia de debilidad (función piramidal de grado 3 o mayor) dificulta el examen.

Función del tronco cerebral

- 0. Normal.
- 1. Presencia de signos.
- 2. Nistagmo moderado u otra discapacidad leve.
- 3. Nistagmo grave, debilidad extraocular marcada o discapacidad moderada relacionada con otros pares craneales.
- 4. Disartria marcada u otra discapacidad significativa.
- 5. Discapacidad para deglutir o hablar.
- V. Desconocida.

Función sensitiva

- 0. Normal.
- 1. Disminución de la sensibilidad vibratoria y del reconocimiento táctil de figuras sobre la piel en una ó dos extremidades.
- 2. Ligera disminución de la sensibilidad táctil, dolorosa o postural y/o disminución moderada de la sensibilidad vibratoria en 1 ó 2 extremidades o disminución de la sensibilidad vibratoria exclusivamente en 3 ó 4 extremidades.
- 3. Disminución moderada de la sensibilidad táctil, dolorosa o postural y/o pérdida de la sensibilidad vibratoria principalmente en 1 ó 2 extremidades o ligera disminución de la sensibilidad táctil o dolorosa y/o disminución moderada de todas las pruebas propioceptivas en 3 ó 4 extremidades.
- 4. Disminución marcada de la sensibilidad táctil o dolorosa, o pérdida de la propiocepción, solas o asociadas, en 1 ó 2 extremidades o disminución moderada de la sensibilidad táctil o dolorosa y/o disminución importante de la sensibilidad propioceptiva en más de dos extremidades.
- 5. Pérdida de la sensibilidad en 1 ó 2 extremidades como característica predominante o disminución moderada de la sensibilidad táctil o dolorosa y/o pérdida de la propiocepción en la mayor parte del cuerpo por debajo de la cabeza.
- 6. Pérdida de la sensibilidad por debajo de la cabeza como característica predominante.
- V. Desconocida.

Función visual

- 0. Normal.
- 1. Escotoma con agudeza visual corregida mejor que 20/30.
- 2. Escotoma con agudeza visual máxima corregida de 20/30-20/59 en el ojo peor.
- 3. Escotoma de gran tamaño en el ojo, peor, ó disminución moderada en los campos, pero con una agudeza visual máxima (corregida) de 20/60 a 20/99.
- 4. Disminución significativa del campo visual con una agudeza visual máxima corregida de 20/100-20/200 en el ojo peor; grado 3 más agudeza visual de 20/60 o menos en el ojo mejor.
- 5. Agudeza visual máxima corregida menor de 20/200 en el ojo peor; grado 4 más agudeza visual máxima de 20/60 o menos en el ojo mejor.
- 6. Grado 5 más agudeza visual máxima de 20/60 o menos en el ojo mejor.
- V. Desconocida.
- X. Se añade a los grados 0-6 cuando existe palidez temporal.

Función intestinal y vesical

- 0. Normal.
- 1. Goteo al inicio de la micción, urgencia miccional o retención urinaria de grado leve.
- 2. Goteo inicial, urgencia y retención intestinal o urinaria de grado moderado o incontinencia urinaria infrecuente.
- 3. Incontinencia urinaria frecuente.
- 4. Necesidad de sondaje prácticamente constante.
- 5. Pérdida de la función vesical.
- 6. Pérdida de la función vesical e intestinal.
- V. Desconocida.

Función cerebral (o cognitiva)

- 0. Normal.
- 1. Alteración del estado de ánimo (sin afectar a la puntuación de la EDSS).
- 2. Deterioro leve de la actividad mental.
- 3. Deterioro moderado de la actividad mental.
- 4. Deterioro marcado de la actividad mental (síndrome cerebral crónico moderado).
- 5. Demencia o síndrome cerebral crónico grave o incompetente.
- V. Desconocida.

Fuente bibliográfica. Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology 1983; 33: 1444-1452.

Anexo III

Anormalidades en resonancia magnética

Criterios que definen una RM anormal

(Diseminación en el espacio):

Al menos 3 de los 4 criterios de Barkhof:

- 9 lesiones en T2 o una lesión que capte Gadolinio
- Al menos 1 lesión infratentorial
- Al menos una lesión yuxtacortical
- Al menos 3 lesiones periventriculares

(Una lesión medular puede sustituir a una lesión cerebral)

Criterios que definen la diseminación en el tiempo de lesiones en RM:

- Presencia de una lesión que capte gadolinio en una localización diferente a la del brote, realizando este primer estudio de RM al menos 3 meses después del inicio del brote. Si no hay lesión captante en esta RM, se requiere una RM de seguimiento (recomendada 3 meses después del estudio negativo). Una nueva lesión en T2 o una lesión captante cumple la definición de diseminación en el tiempo o si la RM se realizó antes de los 3 primeros meses del inicio del brote, es necesario realizar una segunda RM 3 meses más tarde del brote, que demuestre una lesión que capte Gadolinio. Si no se observa dicha lesión, es necesario realizar un nuevo estudio no antes de 3 meses, que muestre una nueva lesión captante en T1 ó una nueva lesión en T2.

Fuente bibliográfica. McDonald WI, Compston A, Edan G, et al. Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from the International Panel on the Diagnosis of Multiple Sclerosis. Ann Neurol 2001; 50:121-27.