

Esclerosis múltiple en la infancia

Multiple sclerosis in childhood

LOSADA CASTILLO M^aJ², ABREU REYES A³, MARTÍN BARRERA F³ ABRALDES
LÓPEZ-VEIGA M¹, GONZÁLEZ DE LA ROSA M⁴

RESUMEN

La esclerosis múltiple es poco frecuente que debute en niños. Se presenta un caso de esclerosis múltiple en un niño de 12 años. La manifestación inicial fue una diplopia horizontal secundaria a una parálisis del VI par izquierdo. El resto de la exploración ocular y sistémica fue normal. El TAC craneal fue también informado como normal. Después de un corto tratamiento con esteroides estuvo asintomático, hasta que a la edad de 14 años debutó con una nueva diplopia e hipoestesia en el hemicuerpo derecho. El TAC resultó normal, pero en la RM se encontraron lesiones desmielinizantes periventriculares. Se encontró también un aumento de IgG en LCR y potenciales evocados alterados en el ojo izquierdo (onda P retrasada). Estos signos clínicos y paraclínicos encontrados son muy sugestivos de esclerosis múltiple. En conclusión, el correcto y precoz tratamiento de la EM es muy importante en todo paciente y sobre todo en niños, por tratarse de una patología con importantes implicaciones a lo largo de la vida.

Palabras clave: Esclerosis múltiple, enfermedad inflamatoria intestinal, niños.

SUMMARY

Multiple sclerosis (MS) has its unusual onset in childhood. A case of multiple sclerosis started in a 12 years old boy is presented. The initial clinical manifestation was a diplopia secondary a left VI nerve paralysis. The others ocular and systemic examinations were normal. The cranial computed tomography (CCT) was normal. After a short steroid treatment, he developed normally untill the age of 14 years, when he relapse with diplopia and right-side hypoesthesia. The CCT was normal but magnetic resonance imaging revealed periventricular demyelinating lesions. An increase of immunoglobulin G (IgG) as well as oligoclonal bands in his cerebrospinal fluid (CSF) were found. Visual evoked responses (VEP)

¹ MIR Oftalmología Hospital Universitario de Canarias.

² Médico Adjunto Hospital Universitario de Canarias.

³ Doctor en Oftalmología y Médico Adjunto Hospital Universitario de Canarias.

⁴ Catedrático de Oftalmología de la Universidad de La Laguna y Jefe de Servicio del Hospital Universitario de Canarias.

Correspondencia:

M.^a José Losada Castillo

C/ Heliodoro Rodríguez López, 5, 8º B

38005 Santa Cruz de Tenerife

Canarias

were also abnormal. These clinical symptoms and an paraclinical findings (MRI, CSF, VEP) were highly suggestive of MS.

Early and correct diagnosis of SM is very important for every patient, and especially for children, as the disease carries far reaching implications in later life.

Key words: Multiple sclerosis, inflammatory bowel disease, childhood.

INTRODUCCION

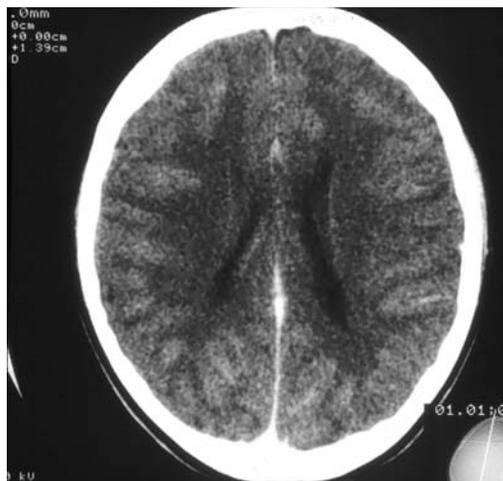
La esclerosis múltiple es una enfermedad conocida del adolescente y adulto joven. Durante mucho tiempo fue olvidada en niños, porque había una confusión entre los términos esclerosis múltiple y esclerosis difusa, término usado para la descripción de desmielinización inflamatoria o metabólica. Desde 1950 con la aparición de la bioquímica moderna, la inmunología y la genética molecular ha sido posible diferenciar entre causas inflamatorias y metabólicas de desmielinización, estableciendo la esclerosis múltiple en la infancia como una entidad. Por tanto aunque es rara a esta edad hay que tenerla presente para así poder realizar un diagnóstico precoz.

Se presenta un caso clínico de esclerosis múltiple en un niño y se realiza una revisión de la enfermedad en la infancia.

CASO CLINICO

Paciente varón de 12 años que presenta una diplopía horizontal secundaria a una

parálisis del VI par del ojo izquierdo. Entre los antecedentes personales, sólo cabe destacar, colitis ulcerosa diagnosticada 2 años antes y en la actualidad asintomática. Tanto la exploración oftalmológica como general fue normal. Se solicita TAC craneal siendo este también normal. Se instaura tratamiento con corticosteroides y la diplopía cede en 1 semana. A los dos años el paciente debuta con un nuevo cuadro de diplopía, pero acompañado de hipoestusias en hemicuerpo derecho. Se remite el paciente al Servicio de Neurología y se realiza un TAC, siendo normal (Fig.1 y 2). En la RM se observan lesiones desmielinizantes periventriculares: en ambas astas occipitales de ventrículos laterales y en región capsular derecha (Fig. 3). Con el fin de establecer un diagnóstico diferencial con las enfermedades neurometabólicas y neuroinfecciosas que pueden dar lugar a desmielinización en la infancia se realiza: hemograma y perfil bioquímico, serología VIH, sífilis, sarampión, parotiditis, rubeola y borrelia, además de determinación en sangre de T3, T4, TSH, vit.B y ácido fólico; también se estudia LCR y potenciales evocados. Todo ello fue negativo excepto la presencia



Figs. 1 y 2: TAC normal a nivel de los ventrículos laterales y de las astas occipitales.

de aumento de IgG con bandas oligoclonales en LCR y potenciales evocados de ojo izquierdo alterados. Esto junto la clínica en brotes y la imagen neurorradiológica de RM lleva al diagnóstico de esclerosis múltiple.

DISCUSION

Existen pocos estudios realizados sobre esclerosis múltiple infantil, pero en 1994 Folker A Hanefeld et al. (1) realizan un estudio prospectivo de 39 pacientes menores de 15 años. Este estudio fue basado en los criterios de Poser et al.(2) para el diagnóstico de la enfermedad. Establece dos formas de presentación: forma infantil (<10años) y forma juvenil (>10años y <15años). La forma infantil presenta un curso remitente recurrente, pero la progresión será poca o nula después de la pubertad. Las formas juveniles suelen ser más severas, con frecuentes recaídas y en un 16% tendrán un curso crónico progresivo. Nuestro paciente se encuadra en una forma juvenil.

La enfermedad antes de los 15 años suele tener un comienzo monosintomático en más del 50% de los casos. La neuritis ópticas, la ataxia y paresias (entre ellas las oculomotoras) aparecen como síntomas específicos, pero también se observan problemas menos característicos, de índole escolar y conductual, en la fase inicial de la enfermedad. Los hallazgos paraclínicos son muy parecidos a los de los adultos. La obtención de imágenes por resonancia magnética es la prueba más sensible para detectar lesiones desmielinizantes. No obstante, en la infancia hay un diagnóstico diferencial de la desmielinización muy amplio incluyendo enfermedades metabólicas (mitocondriales, ácidos orgánicos, aminoácidos...), leucodistrofias, neuroborreliosis, infecciones virales neurotróficas, VIH y enfermedades del tejido conjuntivo. Otras pruebas paraclínicas que nos ayudan al diagnóstico serán el estudio de LCR, donde se pueden encontrar niveles altos de IgG con bandas oligoclonales, como se pudo observar en nuestro paciente, y potenciales evocados visuales alterados.

En ocasiones la Esclerosis Múltiple se puede asociar a alteraciones inmunológicas

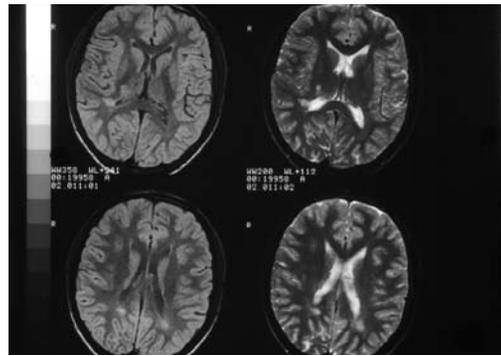


Fig. 3: En la RM se pueden ver placas de desmielinización a nivel periventricular y de las astas occipitales, dando hipersignal en T2.

como miastenia gravis, espondilitis anquilopoyética, colitis ulcerosa entre otras. Nuestro paciente presentaba una colitis ulcerosa diagnosticada años atrás, y actualmente inactiva.

En cuanto al tratamiento a seguir en los niños es similar a los adultos. Los corticosteroides continúan usándose para facilitar la recuperación de los ataques agudos; su beneficio a largo plazo es difícil de definir, aunque datos recientes hacen pensar que pudieran producir un beneficio prolongado. El interferon-B-1b parece reducir la actividad continuada de la enfermedad evidenciada por imágenes de RM; y también reducir la incidencia de recidivas clínicas en pacientes con una enfermedad recurrente-intermitente muy activa.

CONCLUSION

Los últimos estudios revisados y publicados demuestran claramente la existencia de esclerosis múltiple en niños. Un diagnóstico correcto y precoz es muy importante en todos los pacientes y sobre todo en niños porque esta enfermedad conlleva consecuencias en la vida del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Folker A Hanefeld et al.: Characteristics of childhood Multiple Sclerosis. The International MS Journal. Vol. 1 N°3.
2. Charles M Poser et al.: New Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines for Research Protocols. Annals of Neurology. Vol. 13, N° 3, March 1983.
3. Seyfert S, Klapps P, Meisel C, Fisclier T, Jungahan U: Multiple sclerosis and other immunologic diseases. Acta Neurol Scand 1990; 81: 37-42.