

Enfoque clínico y terapéutico de la esclerosis múltiple

Anexos:

Enfoque clínico y terapéutico de la esclerosis múltiple

Tabla. 1. Criterios diagnósticos de McDonald para la esclerosis múltiple (EM) revisados en 2010.

Presentación clínica	Datos adicionales necesarios para el diagnóstico de EM
≥ 2 brotes, ^a evidencia clínica objetiva de ≥ 2 lesiones, o evidencia clínica objetiva de 1 lesión con evidencia clínica razonable de un brote previo ^b	Ninguno ^c
≥ 2 brotes, ^a evidencia clínica objetiva de 1 lesión	DEE, demostrada por: • ≥ 1 lesión en T2 en al menos 2 de 4 regiones del SNC típicas de la EM (periventricular, yuxtacortical, infratentorial o médula espinal) ^d o • Espera a un brote clínico posterior ^a que afecte a una localización del SNC diferente
1 brote, ^a evidencia clínica objetiva de ≥ 2 lesiones	DET demostrada por: • Presencia simultánea de lesiones realizadas y no realizadas con gadolinio en cualquier momento o • Nueva(s) lesión(es) en T2 y/o realizada(s) con gadolinio en la RM de seguimiento, con independencia del momento de su aparición en relación con una imagen basal de referencia o • Espera a un segundo brote clínico ^a
1 brote, ^a evidencia clínica objetiva de 1 lesión (síndrome clínicamente aislado)	Diseminación en el espacio y el tiempo, demostrada por: • Para la DEE: ê ≥ 1 lesión en T2 en al menos 2 de 4 regiones del SNC típicas de la EM (periventricular, yuxtacortical, infratentorial o médula espinal) ^d o ê Espera a un segundo brote clínico ^a que afecte a una localización del SNC diferente • Para la DET: presencia simultánea de lesiones realizadas y no realizadas con gadolinio en cualquier momento o nueva/s lesión/es en T2 y/o realizadas con gadolinio en la RM de seguimiento con independencia del momento de su aparición en relación con una imagen basal de referencia o espera a un segundo brote clínico ^a
Progresión neurológica gradual indicativa de EM (EMPP)	1 año de progresión de la enfermedad (determinada retrospectiva o prospectivamente) más 2 de los 3 criterios siguientes: ^d • Evidencia de DEE en el cerebro basándose en ≥ 1 lesión en T2 en regiones características de la EM (periventricular, yuxtacortical o infratentorial) • Evidencia de DEE en la médula espinal basada en ≥ 2 lesiones en T2 en la médula • LCR positivo (evidencia de focalización isoelectrica de bandas oligoclonales y/o índice de IgG elevado)

Fuente: Polman CH, Reingold SC, Banwell B, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria, Ann Neurol 69:292–302, 2011.

Tabla 2. Fármacos empleados para la disfunción intestinal.

Medicamento	Dosis habitual en adultos	Inicio de acción	Efectos secundarios
Laxantes formadores de volumen*			
Psilio	Hasta 1 cucharada (\cong 3,5 gramos de fibra) 3 veces al día	12 a 72 h	Impactación por encima de las estenosis, sobrecarga de líquidos, gases e hinchazón
Metilcelulosa	Hasta 1 cucharada (\cong 2 gramos de fibra) o 4 comprimidos (500 mg de fibra por comprimido) 3 veces al día	12 a 72 h	
policarbofilo	2 a 4 pestañas (500 mg de fibra por pestaña) por día	24 a 48 horas	
Trigo dextrina [†]	1 a 3 cápsulas (1 gramo de fibra por cápsula) o 2 cucharaditas (1,5 gramos de fibra por cucharadita) hasta 3 veces al día	24 a 48 horas	
Surfactantes (suavizantes)			
Docusato de sodio	100 mg 2 veces al día	24 a 72 horas	Bien tolerado, pero menos efectivo que otros agentes. Use dosis más bajas si se administra con otro laxante. Dermatitis de contacto reportada.
calcio	240 mg 1 vez al día	24 a 72 horas	
Agentes Osmóticos			
Polietilenglicol (macrogol)	8,5 a 34 gramos en 240 ml (8 onzas) líquidos	1 a 4 días	Náuseas, hinchazón, calambres
lactulosa	10 a 20 gramos (15 a 30 ml) en días alternos. Puede aumentar hasta 2 veces al día.	24 a 48 horas	Distensión abdominal, flatulencia
Sorbitol	30 gramos (120 ml de solución al 25 %) 1 vez al día	24 a 48 horas	Distensión abdominal, flatulencia
Glicerina (glicerol)	Un supositorio (2 o 3 gramos) por recto durante 15 minutos 1 vez al día	15 a 60 minutos	Irritación rectal

Sulfato de magnesio	2 a 4 cucharaditas rasas (aproximadamente 10 a 20 gramos) de gránulos disueltos en 8 onzas (240 ml) de agua; puede repetirse en 4 horas. No exceda las 2 dosis por día.	0,5 a 3 horas	Heces acuosas y urgencia; precaución en insuficiencia renal (toxicidad por magnesio)
Citrato de magnesio	200 ml (11,6 gramos) 1 vez al día	0,5 a 3 horas	
Laxantes estimulantes			
bisacodilo	10 a 30 mg como tabletas con recubrimiento entérico 1 vez al día	6 a 10 horas	irritación gástrica
	óvulo de 10 mg por recto 1 vez al día	15 a 60 minutos	Irritación rectal
Sena	2 a 4 tabletas (8,6 mg de senósidos por tableta) o 1 a 2 tabletas (15 mg de senósidos por tableta) como dosis única diaria o dividida dos veces al día	6 a 12 horas	Melanosis coli
Otro			
lubiproston	24 microgramos 2 veces al día	24 a 48 horas	Náuseas, diarrea
linaclotida	145 microgramos 1 vez al día	12 a 24 horas	Diarrea, hinchazón
plecanatida	3 mg 1 vez al día	12 a 24 horas	Diarrea
prucaloprida	2 mg por día	6 a 12 horas	Náuseas, dolor de cabeza, diarrea

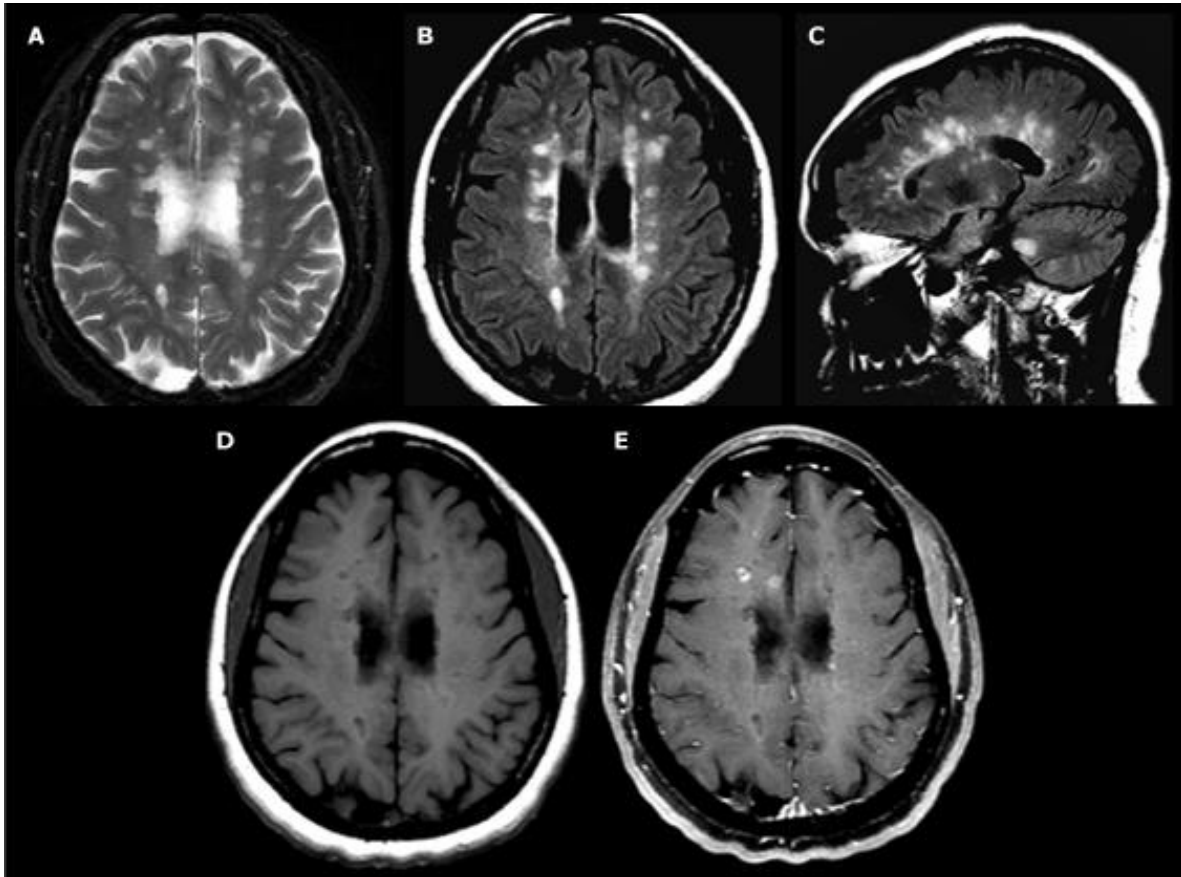
Fuente: Michael J. Olek, DORam N Narayan, MDElliot M. Frohman, MD, PhD, FANA, FAANTeresa C. Frohman, MSPA, PA-C, FANA. Symptom management of multiple sclerosis in adults. 2022. UpToDate.

Tabla 3. Medicamentos usados para el tratamiento de la esclerosis múltiple.

Fármaco	Vía de Administración	Dosis	Pauta
Interferón β1b	Subcutáneo	250 microgramos	A días alternos
Interferón β1a	Subcutáneo	30 µg, 22 y 44 µg, 125 µg pegilado	Semanal (menor eficacia), tres veces por semana, a semanas alternas
Acetato de glatirámero	Subcutáneo	20 mg o 40 mg	Diario o tres veces por semana
Fingolimod	Oral	0,5 miligramos	Diario
Teriflunomida	Oral	14 mg (o 7 mg, pero menor eficacia)	Diario
Dimetilfumarato	Oral	240 miligramos	Dos veces al día
Natalizumab	IV	300 miligramos	Cada 4 semanas
Mitoxantrona	IV	5-12 mg/m ²	Cada 3 meses, máximo 2 años
Alemtuzumab	IV	12 mg al día × 5 días (× 3 días tras el primer año)	Anual, posiblemente discontinuo
Ocrelizumab	IV	600 mg (inicialmente 300 mg cada 2 semanas × 2)	Cada 6 meses tras la dosis inicial

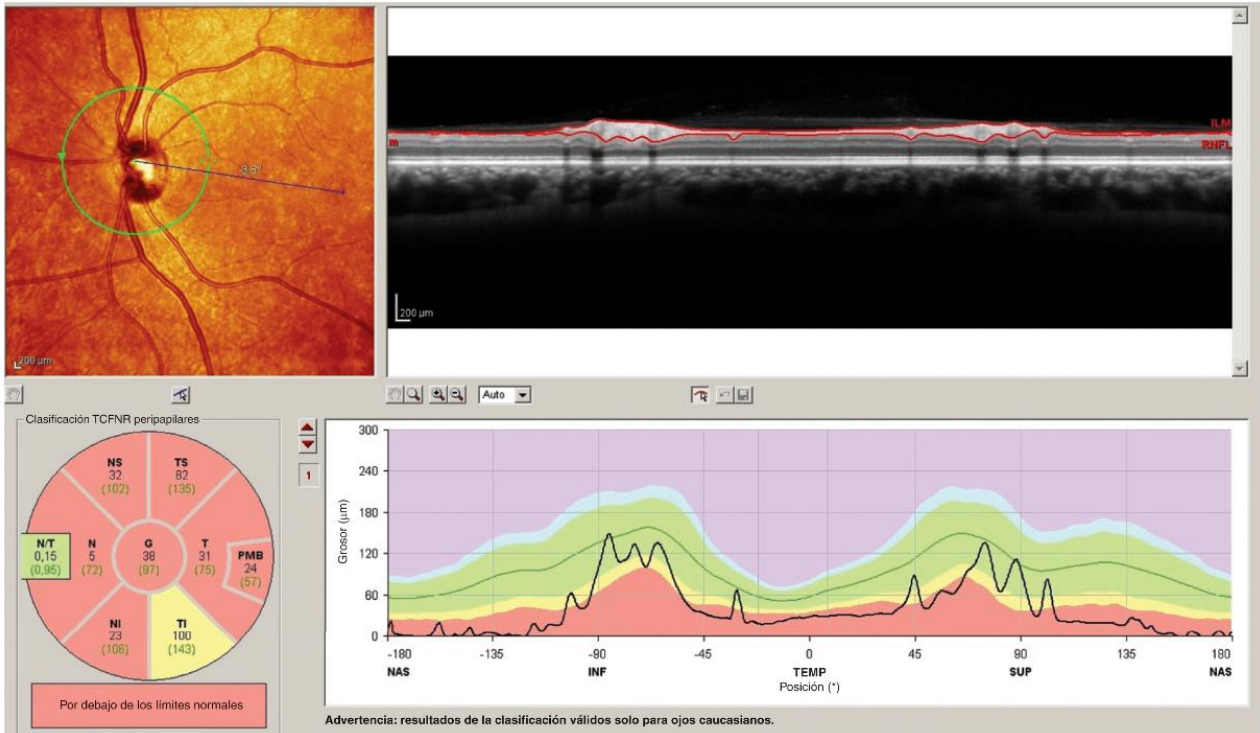
Fuente: Eric Williamson. Tratamiento de la esclerosis múltiple. Toma de decisiones en neurología, 112, 230-231. ELSEVIER.

Imagen 1. Resonancia magnética cerebral de una mujer de 42 años con esclerosis múltiple



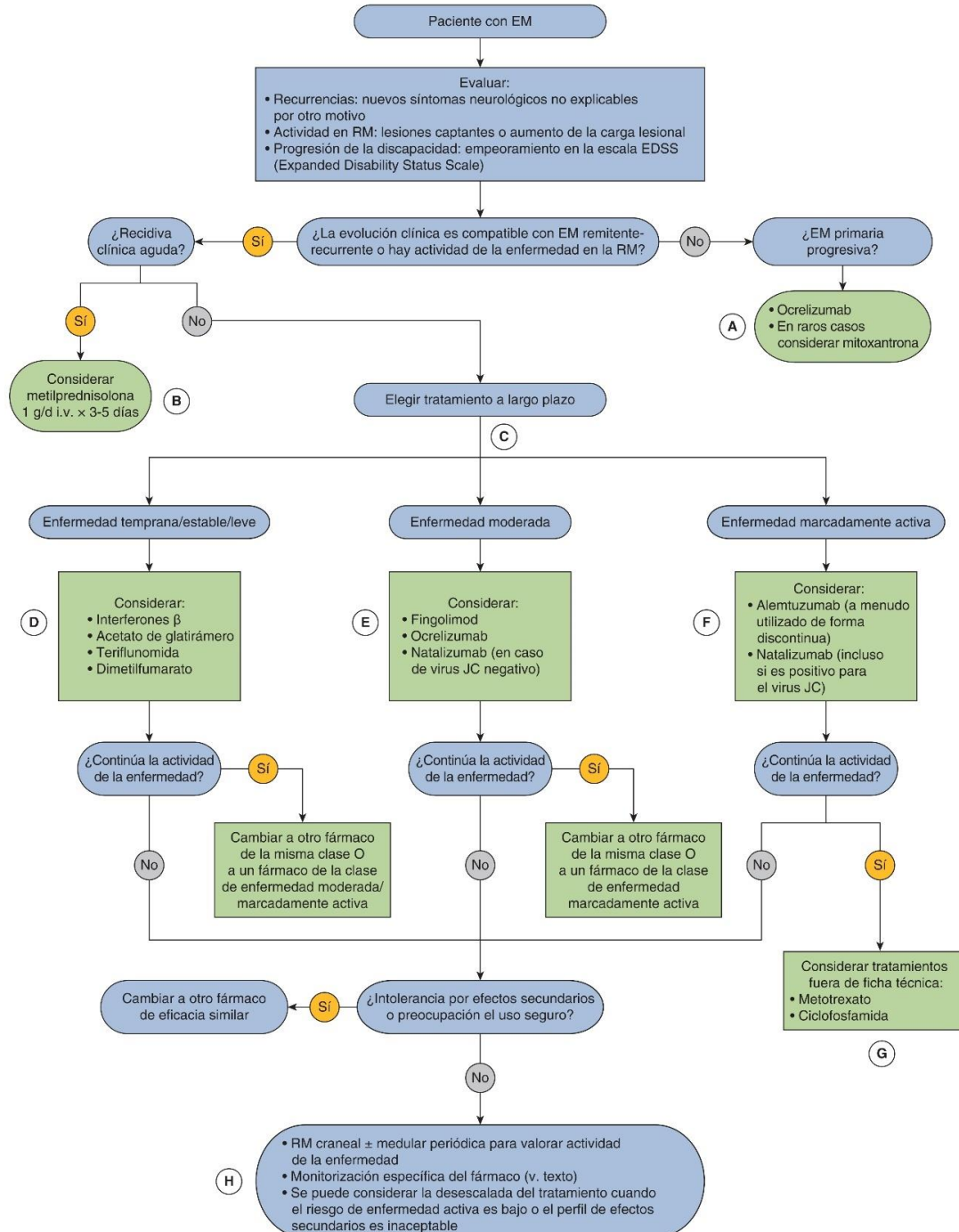
Fuente: 1. Filippi M, Preziosa P, Banwell BL, et al. Evaluación de lesiones en resonancia magnética en esclerosis múltiple: pautas prácticas. *Cerebro* 2019; 142:1858.

Imagen 2. Tomografía de coherencia óptica de dominio espectral de alta resolución.



Fuente: Peter A. Calabresi. Esclerosis múltiple y enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central. 383, 2435-2440. Elsevier.

Imagen 3. Diagrama de flujo para el tratamiento de un paciente con esclerosis múltiple (EM).



Fuente: Eric Williamson. Tratamiento de la esclerosis múltiple. Toma de decisiones en neurología, 112, 230-231. ELSEVIER.