

CAPITULO IV

DISCUSION

- Las enfermedades desmielinizantes son relativamente frecuentes y la EM es una enfermedad presente en nuestro medio.
- El presente trabajo no nos permite reunir los suficientes datos para hacer una evaluación epidemiológica en nuestro medio.
- Pensamos que en la actualidad el diagnóstico de EM resulta de una combinación de lo que nos cuenta el paciente, lo que ve el médico y lo que dicen las pruebas. Por tanto, en conjunto la clínica y la ayuda de los métodos de investigación paraclínicos (LCR, potenciales evocados, RMN) nos permiten llegar a un diagnóstico de certeza y cada vez más precoz en la mayoría de los casos.
- Hoy en día creemos que el diagnóstico clínico de EM se basa en una doble dispersión temporal y espacial. En el tiempo, porque en meses ó años ocurren episodios de disfunción neurológica. Y en el espacio porque los síntomas y signos indican que hay varias lesiones independientes.
- Si bien creemos que los casos expuestos reúnen los criterios clínicos y sobre todo radiológicos, debemos tener presente la amplia gama de enfermedades que entran en el diagnóstico diferencial.
- Los factores que tendrían peor pronóstico serían:
Pacientes de sexo masculino, inicio con sintomatología cerebelosa, las formas familiares, las formas de inicio tardío, las formas de inicio progresivo, intervalo corto entre

el primer y segundo brote y poca respuesta a los corticoides.

- Los factores que tendrían mejor pronóstico serían:
Pacientes de sexo femenino, inicio con sintomatología sensitiva, recuperación rápida de los síntomas, las formas que evolucionan en brotes y de inicio precoz (excepto en la infancia), intervalo largo entre brotes y buena respuesta a los corticoides.
- Pensamos que en los enfermos con compromiso medular la minusvalía física es mayor, mientras que los enfermos con compromiso cerebral es más evidente el deterioro mental.
- Aunque diversos factores han sido considerados como desencadenantes del comienzo de la enfermedad ó de la recurrencia de los brotes (infecciones, embarazo, traumas, operaciones, estrés, etc); éstas relaciones resultan dudosas en la mayoría de los casos. Sin embargo, el calor y en particular los baños de agua caliente, pueden desencadenar brotes.
- Si bien es cierto que dentro de los criterios antes mencionados estos constituyen una base diagnóstica, debemos resaltar que los criterios de Shumacher denominados como “criterios de oro” por los clínicos fueron diseñados para utilizarse en estudios terapéuticos siendo poco útiles para el clínico práctico. Igualmente los criterios de Poser que incluyen datos de laboratorio fueron elaborados con fines científicos mas que clínicos.
- Dentro de los criterios de RMN podemos deducir que a pesar de su gran sensibilidad, su limitada especificidad y alto nivel de resultados falsos-positivos la han convertido en una considerable fuente de confusión.
- Las nuevas técnicas (transferencia de magnetización y espectroscopia de RMN), prometen una gran sensibilidad

y mejorar el entendimiento de la fisiología de la placa, aunque su valor diagnóstico aún no ha sido estimado.

- En relación al estudio de LCR y específicamente a la presencia de bandas oligoclonales (BO) diremos que ésta constituye una prueba cualitativa (subjetiva) que puede dar como resultado una sobre ó infra interpretación generando un error de laboratorio. Sin, embargo su presencia es una prueba de extrema agudeza para EM ya que otras enfermedades que pueden producir bandas similares, rara vez son confundidas con EM.
- En cuanto a los potenciales evocados la sensibilidad y especificidad relativamente baja, probablemente lo vuelvan menos útil que la RMN ó el LCR. Sin embargo no debemos olvidar que el propósito de éstos exámenes tienen por objeto detectar lesiones silentes o la capacidad de confirmar una base orgánica para un síntoma vago.
- En relación a la evolución de la enfermedad, el 90% presenta un curso en brotes (forma recurrente-remitente) de los cuales tras 10 años, un 50% pasan a un curso progresivo (forma progresiva secundaria). Un 10 % de los pacientes muestran un curso progresivo desde el comienzo (forma progresiva primaria). Un reducido número de pacientes puede presentar tras un curso progresivo, ocasionales exacerbaciones (forma progresiva recurrente).
- Finalmente en cuanto al tratamiento de la EM mencionar que ésta ha experimentado una revolución en los últimos años , habiéndose podido diseñar tratamientos con base inmunológica; no dejando de lado además de la rehabilitación del cuerpo, la rehabilitación del alma y la rehabilitación del entorno social y familiar; en fin todo una estrategia que hace ver con gran esperanza el futuro de los pacientes afectos de esta enfermedad.