

J. Fleta Zaragoza, C. Iñiguez Martínez*,
J.I. Pina Leita**, M. Bueno Sánchez

An Esp Pediatr 1999;51:211-212.

Sr. Director:

La esclerosis múltiple (EM), también denominada esclerosis en placas, es una enfermedad desmielinizante crónica que afecta a la sustancia blanca del sistema nervioso central. Clínicamente se caracteriza por presentar sintomatología neurológica múltiple y variable que cursa con brotes remitentes o de forma progresiva. A continuación presentamos el caso de un niño afecto de esta enfermedad, a cuyo diagnóstico se llegó mediante resonancia magnética.

Varón de 12,8 años de edad con pérdida aguda de visión del ojo izquierdo, sin antecedentes traumático ni infeccioso. La exploración general no detectó nada patológico, incluyendo el sistema nervioso central, y la exploración oftalmológica detectó neuritis óptica retrobulbar del ojo izquierdo. Los potenciales evocados visuales detectaron prolongación de la latencia de P100 del ojo izquierdo (136 m/segundo.) y la campimetría objetivó gran escotoma central en dicho ojo. La resonancia magnética (RM) detectó gran número de lesiones desmielinizantes de diversos tamaños, sobre todo periventriculares y supratentoriales y algunas infratentoriales, así como atrofia corticosubcortical, compatibles con EM. Figura 1 (a, b y c). El resto de pruebas complementarias realizadas, como la prueba de la tuberculina, estudio serológico e inmunológico, fueron normales. Fue tratado con metilprednisolona, 1 gramo cada 24 horas en una sola dosis diaria, durante 4 días y posteriormente a dosis descendente durante 8 días más. La evolución ha sido favorable, recuperando el paciente la visión completa al 5º día de tratamiento. Tras seis meses de evolución, no ha vuelto a tener nuevo brote.

Comentario

La etiopatogenia de esta enfermedad es probablemente de carácter autoinmune, desencadenada, posiblemente, por una infección vírica y favorecida por factores genéticos. Afecta más a las mujeres y la edad de inicio de la enfermedad más frecuente es de los 30 a los 40 años, existiendo casos excepcionales descritos en la infancia, sobre todo antes de los 10 años de edad⁽¹⁻⁴⁾.

La clínica descrita más frecuentemente en los casos de aparición en la infancia consiste, fundamentalmente, en alteracio-

Valor de la resonancia magnética en el diagnóstico de la esclerosis múltiple en la infancia. A propósito de una observación

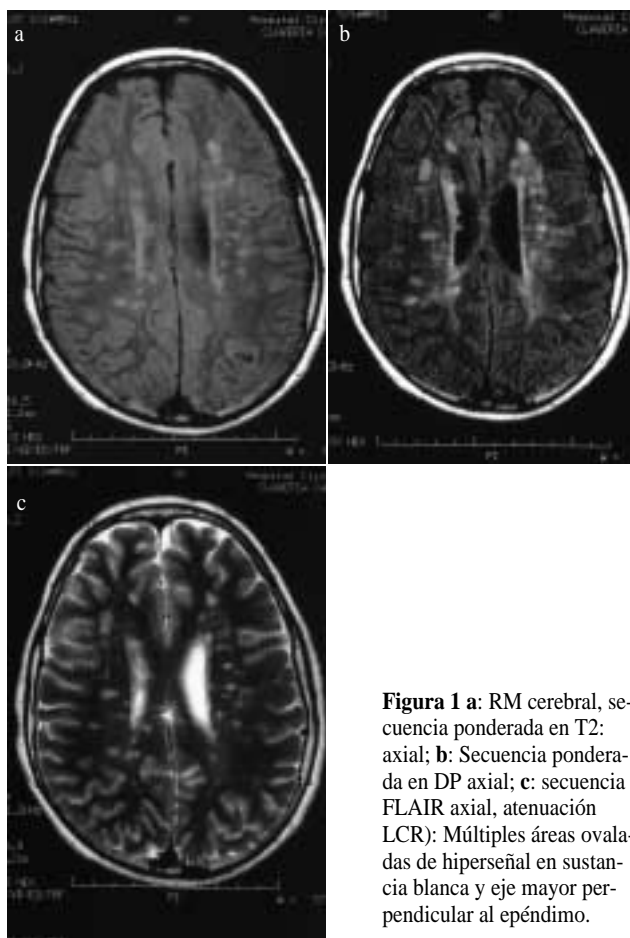


Figura 1 a: RM cerebral, secuencia ponderada en T2: axial; **b:** Secuencia ponderada en DP axial; **c:** secuencia FLAIR axial, atenuación LCR): Múltiples áreas ovales de hiperseñal en sustancia blanca y eje mayor perpendicular al epéndimo.

nes sensoriales, neuritis óptica y diplopia, seguido de otras manifestaciones motoras y oculares. Sin embargo otros autores encuentran patología inicial consistente en alteraciones motoras u oculares, como la observada por nosotros^(3,4).

El método diagnóstico de elección es la RM, tanto en adultos como en niños^(5,6) no existiendo actualmente ningún indicador biológico patognomónico de esta enfermedad⁽⁷⁾. No obstante Poser et al⁽⁸⁾ establecieron varias categorías de afectación clínica en función del número de brotes, evidencia clínica, evidencia paraclínica y hallazgos en el LCR. Entre la evidencia paraclínica se incluyen los hallazgos de la RM.

Departamento de Pediatría, Servicio de Neurología* y Sección de Neuroradiología**. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.
Correspondencia: Jesús Fleta Zaragoza. Hospital Clínico Universitario. San Juan Bosco nº 15. 50009 Zaragoza.

Las imágenes aportadas por la RM no son específicas de EM, por ello se han establecido criterios que deben sugerir su diagnóstico, como son: al menos tres lesiones que cumplan dos de los siguientes hechos: 1) una de las lesiones mayor de 5 mm; 2) que sean paraventriculares; 3) una de localización infratentorial⁽⁶⁾. En nuestro caso la RM fue de gran ayuda ya que permitió orientar el diagnóstico y además facilitará la valoración de la progresión de las lesiones.

Diferentes preparados se han aplicado en el tratamiento de esta enfermedad, pero no existe, hasta este momento, uno verdaderamente efectivo. En la actualidad lo más empleado en los brotes agudos es la administración de megalodosis de corticosteroides (Metilprednisolona i.v.), incluso hasta 1 gramo diario en una sola dosis, durante unos días y posteriormente a dosis descendentes durante varios días más^(7,9). También ha podido demostrarse que el interferón beta, recombinante o natural, puede reducir el número de brotes y lesiones por lo que sus resultados parecen ser esperanzadores en el tratamiento preventivo⁽¹⁰⁾.

Como conclusiones podemos indicar que la incidencia de la EM en la infancia puede ser mayor de lo esperado hasta ahora. Es importante que ante dos o más episodios de tipo motor, sensitivo u ocular se practique una RM; esta técnica permite diagnosticar esta enfermedad en edad infantil con alta fiabilidad, valorar el grado de afectación neurológica inicial y permitir el seguimiento de la enfermedad y de los resultados obtenidos con la terapéutica aplicada.

Bibliografía

- 1 Ruggieri M, Fiumara A, Grimaldi LM, Polizzi A, Pavone L: Multiple sclerosis with onset at 35 months of age. *Clin Pediatr (Phila)*, 1996; **35**:209-212.
- 2 Selcen D, Anlas B, Renda Y: Multiple sclerosis in childhood: report of 16 cases. *Eur Neurol* 1996; **36**:79-84.
- 3 Duquette P, Murray TJ, Leines J, Ebers GC, Sadovnick D, Weldon P, Warren S, Paty DW, Upton A, Hader W, Nelson R, Auty A, Neufeld B, Meltzer C: Multiple sclerosis in childhood: Clinical profile in 125 patients. *J Pediatr* 1987; **111**:359-363.
- 4 Rodríguez A, Redondo L, Cabanas R, Couselo M, Castro M: Esclerosis múltiple en la edad preescolar. Aportación diagnóstica de la resonancia magnética. *An Esp Pediatr* 1992; **37**:405-407.
- 5 Golden GS, Woody RC: The role of nuclear magnetic resonance imaging in the diagnosis of MS in childhood. *Neurology* 1987; **37**:689-693.
- 6 Heas G, Schroth G, Krageloh-Mann I, Buchwald-Saal M: Magnetic resonance imaging of the brain of children with multiple sclerosis. *Develop Med Child Neurol* 1987; **29**:586-591.
- 7 Boutin B, Esquivel E, Mayer M, Chaumet S, Ponsot G, Arthuis M: Multiple sclerosis in children: Report of clinical and paraclinical features of 19 cases. *Neuropediatrics* 1988; **19**:118-123.
- 8 Poser CM, Paty DW, Scheimberg L, McDonald WI, Davies FA, Ebers GC, Johnson KP, Sibley WA, Silberberg DH, Tourtellotte WW: New diagnostic criteria for MS guidelines for research protocols. *Ann Neurol* 1983; **13**:227-231.
- 9 Beck RW, Cleary PA, Trobe JD, Kaufman DI, Kupersmith MJ, Paty DW, Brown CH, and The Optic Neuritis Study Group: The effect of corticosteroids for acute optic neuritis on the subsequent development of multiple sclerosis. *N Engl J Med* 1993; **329**:1764-1769.
- 10 Goodkin DE: Interferon β therapy for multiple sclerosis. *Lancet* 1998; **352**:1486-1487.

FE DE ERRATAS

En el anexo “**Protocolo de diagnóstico y seguimiento de los enfermos con fibrosis quística**” publicado en *An Esp Pediatr* 1999;50:625-634, en la lista de participantes del Grupo de Trabajo Fibrosis Quística, donde dice:

“Dr. A. Ramos. Hospital Universitario San Carlos, Madrid”

debe decir:

“Dr. A. Ramos. Las Palmas de Gran Canaria.
Dr. S. Rueda Esteban. Hospital Universitario San Carlos,
Madrid”.

Rogamos disculpen las molestias ocasionadas.