



Tratamiento sintomático y del brote de esclerosis múltiple

José María Prieto González

Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, A Coruña, España

RESUMEN

Palabras clave:

Esclerosis múltiple
Tratamiento sintomático
Tratamiento del brote

En los últimos años asistimos a una explosión de nuevos fármacos que intervienen en la evolución de la esclerosis múltiple, pero se ha prestado menos interés al mejor conocimiento de los síntomas, de su patogenia y de su tratamiento, que es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes. El hecho de que durante su evolución muchos pacientes combinen distintos síntomas hace más complejo su manejo y, por ello, es muy importante saber reconocer qué síntomas son consecuencia directa de las lesiones degenerativas de la enfermedad. En este capítulo describimos todas las opciones terapéuticas disponibles en la espasticidad y los síntomas dolorosos asociados a esta, los síntomas paroxísticos, la fatiga, los trastornos genitourinarios y la disfunción sexual, el temblor, la ataxia, el trastorno de la marcha y la disfunción cognitiva, haciendo especial énfasis en las novedades terapéuticas. Por otra parte, describimos qué es un brote y cómo reconocerlo y cuáles son las opciones terapéuticas disponibles, fundamentalmente la administración oral de megadosis de metilprednisolona y la plasmaféresis.

© 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Treatment of multiple sclerosis symptoms and exacerbations

ABSTRACT

Keywords:

Multiple sclerosis
Symptomatic treatment
Treatment of exacerbations

In the last few years, there has been an explosion of new drugs acting on the clinical course of multiple sclerosis (MS) but less attention has been paid to better knowledge of the symptoms of this disease and their pathogenesis and treatment, which is essential to improve patients' quality of life. Because many patients have numerous concurrent symptoms during their clinical course, their management is complex and consequently it is important to know which symptoms are a direct result of the degenerative lesions of MS. The present article describes all the therapeutic options available for spasticity and its associated pain, paroxystic symptoms, fatigue, genitourinary disorders and sexual dysfunction, tremor, ataxia, gait disorder and cognitive impairment, with special emphasis on novel treatments. The article also defines exacerbations, how to recognize them and the available treatments, mainly oral administration of high-dose methylprednisolone and plasmapheresis

© 2014 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Tratamiento sintomático

En la esclerosis múltiple (EM), el aumento de la supervivencia derivado de la disponibilidad de mejores tratamientos y la mejora de la calidad de vida hace que cada vez sea mayor el número de pacientes en los que se debe utilizar un tratamiento sintomático. Por ello, en los libros de texto^{1,2} y en las guías de tratamiento^{3,4} hay capítulos específicos para cada uno de los síntomas, y ese es el esquema que seguiremos.

Espasticidad

La espasticidad es un aumento de la resistencia al estiramiento muscular pasivo debido a un incremento del tono por hiperexcitabilidad de las motoneuronas alfa secundaria a la desinhibición central del arco reflejo miotático. Su prevalencia es muy variable, pero puede observarse en algún momento de la evolución de la enfermedad en más del 60% de los pacientes y al menos en un tercio de ellos es moderada/grave. Aunque en ocasiones es beneficiosa al permitir la bipedestación, sus consecuencias son rigidez muscular con dificultad para deambular, espasmos dolorosos e interferencia en el autocuidado y autonomía del paciente. Aumenta con la fiebre y los estímulos nocivos (tejidos compresivos, dolor articular, ortesis inadecuada y posturas incorrectas y prolongadas) y habitualmente es más marca-

Correo electrónico: josemaoscar.prieto@usc.es

da por la noche. Las escalas evaluadoras de la respuesta al tratamiento más habituales y estandarizadas son la escala de Ashworth y la escala NRS.

Los objetivos del tratamiento son la mejoría de la función motora, de la postura y del dolor, así como facilitar el autocuidado y evitar contracturas fijas. Considerando que suelen coexistir otros déficits neurológicos se debe realizar un tratamiento combinado⁵.

1. Tratamiento rehabilitador. No suele ser suficiente de forma aislada y se encamina, fundamentalmente, a evitar posturas anómalas y contracturas. Para ello se realizarán movimientos pasivos y estiramiento de grupos musculares, asociados o no a ortesis de tobillo-pie u otros dispositivos mecánicos. La práctica regular de ejercicios aeróbicos y de métodos de relajación puede ser beneficiosa. El uso de bicicleta podría ser válido siempre que no se realice con una resistencia al movimiento. Los tratamientos físicos como estimulación eléctrica, estimuladores por vibración, compresas frías, etc., pueden ser de utilidad durante cortos períodos sobre algunos aspectos de la espasticidad.

2. Tratamiento farmacológico.

- Baclofen oral. Es un bloqueador de la liberación de aminoácidos excitadores y, además de la espasticidad, puede mejorar las funciones vesicales y el dolor. Se debe administrar de forma gradual (5 mg/8 h) hasta una dosis máxima de 75-125 mg diarios repartidos en 3-4 tomas. La suspensión brusca puede causar taquicardia, ansiedad, alucinaciones o crisis convulsivas y sus efectos secundarios más frecuentes son somnolencia, confusión, debilidad y ataxia.
- Tizanidina. Es un agonista alfa-2 adrenérgico, inhibidor de las vías facilitadoras espinales. La dosis inicial es 2 mg/día hasta un máximo de 36 mg/día repartidos en 3 o 4 tomas. Su eficacia es similar al baclofen, con menos debilidad muscular, y sus principales efectos secundarios son hipotensión arterial, somnolencia e inestabilidad.
- Cuando la respuesta es insuficiente se pueden asociar varios de estos fármacos. Menos utilizados en el control de la espasticidad son diazepam (10-20 mg/día), clonazepam (2-8 mg/día) y gabapentina (900 a 3.600 mg/día). El dandroleno podría estar más indicado en pacientes en silla de ruedas (25 mg/día hasta un máximo de 400 mg/día). En algunos casos se ha obtenido respuesta con clonidina, vigabatrina, levetiracetam y con la estimulación neurógena transcutánea eléctrica (TENS).
- Los cannabinoides están indicados en los pacientes con espasticidad dolorosa, moderada o grave, que no han respondido de forma adecuada a otros medicamentos antiespásticos, y que han mostrado una mejoría clínicamente significativa de los síntomas (superior al menos a un 20%) después de 1 mes de prueba del tratamiento^{6,7}. La tolerancia es buena y se utilizan en forma de *spray* oral en dosis media de 4-6 aplicaciones diarias hasta un máximo de 12 aplicaciones.
- Toxina botulínica. Se utiliza en trastornos focales y, sobre todo, en los músculos aductores de los muslos, con objeto de mejorar la higiene del sujeto⁸. Se administra en 2 o 3 puntos (hasta 100-200 U por músculo) y su efecto se mantiene unos 3 meses.
- Baclofeno intratecal. En la actualidad es el último escalón farmacológico y se emplea en la espasticidad grave y simétrica que no ha respondido a los tratamientos previos. Se administra a través de un catéter intratecal colocado en la región lumbar, que está conectado a una bomba subcutánea que se programa con un transductor y se recarga periódicamente.

Cuando todas las medidas previas han fracasado se puede realizar cirugía de la espasticidad con técnicas neuroquirúrgicas (neurectomías, rizotomías y mielotomías) u ortopédicas (tenotomías, alargamiento del tendón de Aquiles, artrodesis, inyección local de fenol o agentes neurolíticos).

Dolor

Su prevalencia es muy variable dependiendo del tiempo de evolución y de la forma clínica⁹ y, además, varía en función de múltiples circunstancias que van desde la ansiedad y el estrés hasta el calor o la hiperventilación¹⁰. No nos referiremos al dolor secundario a las anomalías osteomusculares causadas por las secuelas de la enfermedad que se tratan con antiinflamatorios no esteroideos, rehabilitación o calcitonina y calcio en ciclos periódicos. El dolor agudo es una manifestación paroxística que comentaremos posteriormente y el dolor subagudo de la neuritis óptica se trata con corticoides asociados o no a metamizol o tramadol.

El dolor crónico neuropático puede responder al tratamiento con amitriptilina (75 mg/día) o con imipramina (75 mg/día) en una dosis única por la noche, probablemente por inhibición de la recaptación de noradrenalina, aunque podría empeorar la retención urinaria, el estreñimiento, la función cognitiva o la fatiga. La gabapentina (1.200 mg/día) y la pregabalina (300 mg/día) han demostrado ser eficaces al interactuar con los sistemas monoaminérgicos a nivel espinal y supraespinal y estimular vías adrenérgicas espinales induciendo analgesia vía receptores α_2 . También pueden ser eficaces la fenitoína (300 mg/día), la carbamacepina (600 mg/día), la lamotrigina (200 mg/día) y el topiramato (200 mg/día). En ocasiones se obtienen mejores resultados con la asociación de antidepresivos y antiepilépticos y se han comunicado resultados variables con la venlafaxina, la duloxetina, la reboxetina, el tratamiento tóxico con lidocaína y la TENS¹¹.

El dolor asociado a la espasticidad debe responder al tratamiento de esta última. En los pacientes con espasmos dolorosos generalizados que no responden al tratamiento habitual (solo o combinado) se debe utilizar la combinación de 2 cannabinoides (tetrahidrocannabinol y cannabidiol), que se aplica en forma de *spray* sublingual de forma lentamente progresiva hasta un máximo de 12 pulverizaciones/día distribuidas en función de la respuesta que aprecie el paciente^{6,7}.

Trastornos paroxísticos

Son episodios recurrentes de disfunción neurológica de duración breve, que en ocasiones tienen factores desencadenantes reconocidos por el paciente. Existen múltiples fenómenos paroxísticos¹², que se referencian en la tabla 1. Deben evitarse los factores desencadenantes (movimientos o estímulos específicos, ansiedad, etc.). Los síntomas paroxísticos que aparecen durante un brote deben tratarse con megadosis de metilprednisolona.

La carbamacepina es el fármaco de primera elección en dosis de 100 mg/12 h, aumentando progresivamente hasta alcanzar la dosis mínima eficaz, que se mantendrá algunos meses tras el control de los síntomas; una alternativa es la gabapentina hasta una dosis máxima de 3.600 mg/día, de forma aislada o en combinación. Con ambos fármacos, los efectos secundarios más frecuentes son somnolencia, mareos y ataxia. La fenitoína en dosis de 100 mg/8 h se utiliza cada vez menos, aunque puede ser de utilidad en asociación con los anteriores. En caso de ineficacia, y asociado a cualquiera de los anteriores, puede ser de utilidad el baclofeno a dosis de 25 a 75 mg diarios repartidos en 3 tomas al día.

En asociación con cualquiera de los anteriores pueden utilizarse amitriptilina (25-75 mg/día), clonazepam (1-2 mg/día), lamotrigina (400 mg/día), topiramato (300 mg/día), ácido valproico (1.500 mg/día) o acetazolamida (500 mg/día).

En la neuralgia del trigémino que no ha respondido al tratamiento médico está indicada la descompresión microvascular, la termocoagulación del ganglio de Gasser por radiofrecuencia, la rizotomía parcial del nervio trigémino o la radiocirugía (*gamma knife* o *cyberknife*), aunque no se conoce bien la duración del beneficio y en algunos pacientes son necesarias varias intervenciones.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3799228>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3799228>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)