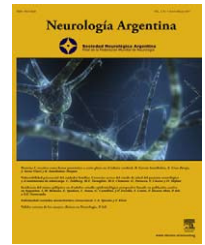




Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Destacados de la literatura

Ausencia de desmielinización cortical en la neuromielitis óptica

Absence of cortical demyelination in neuromyelitis optica

Popescu B, Parisi J, Cabrera-Gómez J, Newel K, Mandler R, Pittcock S, et al. Absence of cortical demyelination in neuromyelitis optica. *Neurology*. 2010;75:2103-2109.

Resumen

La neuromielitis óptica (NMO) es una enfermedad desmielinizante, autoinmune, inflamatoria crónica del sistema nervioso central (SNC) que evoluciona de forma monofásica o en brotes y remisiones. La presencia de un autoanticuerpo específico en sangre, llamado NMO-IgG, que se une a los canales de agua diseminados en el SNC llamados acuoporina-4 (AQP4) desempeña un rol muy importante en la patogenia de esta enfermedad. Asimismo, se hallan variadas características clínicas, de laboratorio, neuroimágenes y en la anatomía patológica que diferencian la esclerosis múltiple (EM) de esta enfermedad. Los déficits cognitivos y las anomalías en las neuroimágenes frecuentemente se describieron como normales en el SNC de estos pacientes. Sin embargo, la alta expresión de la AQP4 en la corteza normal hace prever que la desmielinización cortical puede ocurrir. Es por esto que se planteó como objetivo evaluar la presencia de desmielinización cortical en el cerebro de los pacientes con NMO.

Método: En el presente estudio neuropatológico (serie de casos) fueron analizadas autopsias de 19 pacientes con diagnóstico clínico y/o confirmación patológica de NMOSD (NMO spectrum disorders) en forma de corte transversal, en una clínica especializada entre 1958 y 2009. La edad promedio del síntoma de inicio fue 45 años (rango: 12-80) y de muerte 50 años (rango: 16-80). La duración media de la enfermedad fue 36 meses (rango: 8-180). La positividad del NMO-IgG se encontró solo en 6 casos. Las causas más frecuentes de muerte fueron la complicación respiratoria (n=14), seguida de las causas desconocidas (n=3), hemorragia subaracnoidea (n=1) y úlcera perforada (n=1). Según los criterios las placas corticales desmielinizadas

se clasifican en: a) lesiones desmielinizantes leucocorticales; b) lesiones desmielinizantes intracorticales; y c) lesiones desmielinizantes subpiales. Se analizaron 82 muestras de corteza cerebral o cerebelosa con inmunohistoquímica.

Resultados: Se visualizó ausencia de desmielinización cortical cerebral y cerebelar con conservación de la distribución de la AQP4. La mielina está conservada en todas las capas corticales. Estos resultados derivaron de autopsias realizadas en el cerebelo, cíngulo, hipocampo, ínsula, área visual primaria y neocórtex (frontal vs temporal vs parietal) cuando fue difícil la diferenciación entre las cortezas de asociación.

Discusión: La NMO es una enfermedad causada por un autoanticuerpo específico dirigido a la AQP4 que se encuentra distribuida en la sustancia gris (SG) y blanca del cerebro. En este estudio se marca la importancia de encontrar la SG sin alteraciones anatomopatológicas, a pesar de que existe abundante AQP4 y mielina. Esto se podría explicar por las diferencias estructurales y funcionales de la permeabilidad que adopta la barrera hemato-encefálica (BHE) en la SG y blanca. Asimismo, es interesante el hallazgo de conservación de la mielina, dato que la diferencia de la EM. En la EM la desmielinización crónica cortical cerebral (70%) y cerebelar (90%) se da desde el inicio y se mantiene en el tiempo, siendo un factor determinante en la discapacidad medida por el *Expanded Disability Status Scale* (EDSS). Esto puede estar relacionado con la acumulación y duración de la EM. Sin embargo, la preservación de la mielina cortical en la NMO es probable que sea por sesgo de la muestra, dado que solo había tres pacientes con más de 8 años de enfermedad, aunque hubo un variado muestreo. En lo que respecta a los déficits cognitivos sabemos que ambas entidades los presentan, pero los pacientes con NMO no desarrollan atrofia en la RMN. Estos hallazgos se correlacionan con lo encontrado en la anatomía patológica del muestreo. Sin embargo, los estudios no convencionales sugieren que la SG cortical está dañada en la NMO. Podemos concluir que este estudio proporciona una explicación posible para la ausencia de un episodio progresivo en la NMO. Además, el deterioro cognitivo no se correlaciona con atrofia cerebral por RMN ni con desmielinización cortical como sucede en la EM.

Comentario

Este es el primer estudio en la literatura que demuestra una ausencia de daño en la mielina cortical y en la AQP4, tanto en el cerebro como en el cerebelo de las muestras anatomopatológicas con NMO, indicando un mecanismo patogénico diferente al de la EM. Esto puede derivar en nuevos blancos terapéuticos que eviten las recaídas.

Edgar Carnero Contentti
Miembro Residente de la SNA,
Sección de Neurología, Hospital Dr. Carlos G. Durand,
Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: junior.Carnero@Hotmail.Com

1853-0028/\$ – see front matter

doi:10.1016/j.neuarg.2011.09.004

Riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes hospitalizados con vértigo aislado. Estudio de seguimiento de cuatro años

Risk of stroke in patients hospitalized for isolated vertigo. A four-year follow-up study

Lee CC, Su YC, Ho HC, Hung SK, Lee MS, Chou P, et al. Risk of Stroke in Patients Hospitalized for Isolated Vertigo. A Four-Year Follow-Up Study. *Stroke*. 2011;42:48-52.

Resumen

Consultas frecuentes realizadas en los centros de atención primaria y salas de urgencia son las de pacientes que refieren presentar vértigo; si bien la causa más frecuente es la afección vestibular periférica, siempre se debe plantear como diagnóstico diferencial las afecciones del sistema nervioso central, principalmente las causas cerebrovasculares, esclerosis múltiple, tumores de la fosa posterior, así como desórdenes neurodegenerativos.

Ha sido reportado en varias publicaciones que el episodio de vértigo aislado, sin otros signos ni síntomas neurológicos acompañantes, es una causa poco común de insuficiencia vertebrobasilar, considerándose al mismo como un hecho no predictivo de stroke, pero existen reportes en series pequeñas de estudios que describen al vértigo como única manifestación de stroke vertebrobasilar.

Muchas veces no es posible determinar si el vértigo es un síntoma de un síndrome vestibular central o periférico, por lo que ante esa duda se debería internar al paciente para una adecuada evaluación y tratamiento.

En este estudio, realizado en Taiwán, el objetivo fue determinar el riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes hospitalizados con episodios aislados de vértigo, ajustándose este riesgo a factores demográficos y clínicos. Se utilizó la base de datos del Instituto Nacional de Salud e investigaciones de Taiwán, realizando un estudio de cohorte de aquellos

pacientes hospitalizados con diagnóstico de vértigo durante 2004 y fue comparado con una población control, que consistió en pacientes apendicetomizados durante el año 2004, la cual no presentaba una diferencia apreciable con la población general. Los procedimientos relacionados con la apendicectomía no se asociaron con un mayor riesgo de ACV ni de vértigo.

Ambos grupos fueron controlados hasta el año 2007.

Fueron consideradas como variables independientes el sexo, comorbilidades (hipertensión arterial [HTA], diabetes [DBT], dilipemia [DLP] y enfermedad coronaria), área de residencia, nivel de urbanización y factores socioeconómicos.

Del análisis de este trabajo se observó que los pacientes con vértigo eran más frecuentemente mujeres, hipertensos, diabéticos, con enfermedad arterial coronaria e hiperlipidemia; residían en una zona rural o en el centro de Taiwán y pertenecían a un menor nivel socioeconómico que los controles. Tenían además un mayor riesgo acumulado de accidente cerebrovascular que los del grupo control.

Dentro del grupo de pacientes con vértigo, los subtipos de ACV más frecuentes fueron los isquémicos, seguidos de los hemorrágicos, y menos frecuentemente la hemorragia subaracnoidea (HSA).

Al compararlos con el grupo control se observó una mayor prevalencia de stroke isquémico en los pacientes con vértigo ($p=0,009$). Al ajustar los resultados por sexo, edad, comorbilidades, regiones geográficas, nivel de urbanización y socioeconómico el riesgo de ACV durante los 4 años de seguimiento, en los pacientes con vértigo fue 3 veces mayor ($p<0,001$) que en los casos controles. Seis factores de riesgo (mayor de 55 años, sexo masculino, HTA, DBT, DLP o enfermedad coronaria) fueron utilizados para estratificar a los pacientes con vértigo en tres grupos: bajo riesgo (sin FR), riesgo intermedio (1-2 FR) y alto riesgo (≥ 3 FR).