
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).

Se analizó el riesgo acumulado de 4 años para los tres diferentes grupos, evidenciándose que el riesgo de ACV fue mayor para los pacientes con vértigo que tenían al menos 3 factores de riesgo respecto al resto de los pacientes. Del grupo con vértigo y stroke el 35% se produjo en el primer año del inicio del vértigo y casi en un 62% se produjo dentro de los dos años.

Conclusión

Se deberían reforzar los esfuerzos para prevenir el desarrollo de stroke, los cuales tendrían que implementarse desde la aparición del vértigo y continuarse por lo menos

los dos primeros años. La estratificación de los factores de riesgo sería de utilidad en la toma de decisiones, tanto para cada caso en particular como para realizar nuevos diseños de estudios de vigilancia. Es posible que la sumatoria de factores de riesgo cardiovasculares influya en que tengan más riesgo, y se deberían optimizar las estrategias para su control.

M. Julieta Casen

Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: jucaexo@hotmail.com

doi:10.1016/j.neuarg.2011.09.005

Esclerosis múltiple y crisis epilépticas

Multiple sclerosis and epileptic seizures

Catenoix H, Marignier R, Ritleng C, Dufour M, Mauguière F, Confavreux C, et al. Multiple sclerosis and epileptic seizures. *Mult Scler*. 2011;17(1):96-102.

La prevalencia de crisis epilépticas en pacientes con esclerosis múltiple (EM) es tema de debate. Actualmente se puede afirmar que su asociación es frecuente (0,5-8%) respecto a la población general (0,27-1,76%); si bien la fisiopatología no está aún esclarecida se sospecha que desempeñarían un rol importante las lesiones inflamatorias corticales y la conducción anormal en las fibras desmielinizadas.

En un estudio de cohorte en la Clínica Neurológica de Lyon se analizó la semiología de las crisis comiciales en pacientes con EM.

De un total de 5.633 pacientes incluidos en la base de datos, 5.041 fueron clasificados como casos probables o definitivos de EM, según la clasificación de Poser. De este grupo de pacientes el 2% presentó al menos una crisis epiléptica, predominó en el sexo femenino (68 mujeres vs 34 hombres), con una mediana de edad de diagnóstico de EM de 26 años y una mediana de edad para el comienzo de las crisis comiciales de 29 años.

Las crisis se presentaron previas al diagnóstico de EM en 26 pacientes (el tiempo medio entre la primera crisis y el inicio de la EM fue de 18,8-10,9 años), al inicio de la EM en 7 y después en 69 pacientes.

En 35 pacientes la relación causal entre la EM y la epilepsia era improbable debido a que su aparición fue mucho antes del diagnóstico de EM ($n=24$), o debido a la coexistencia de otros trastornos neurológicos que pueden explicar la ocurrencia de crisis epilépticas.

Sesenta y siete pacientes (1,28%) presentaron al menos una crisis comicial que no pudo ser explicada por otra causa que no fuera la EM. Las crisis observadas durante las recaídas fueron

solo en un 6%, y en un 10,5% fueron evidenciadas retrospectivamente como forma de inicio de la EM.

Fueron más frecuentes las crisis parciales, principalmente motoras; también fue frecuente la generalización secundaria. Se describe al menos un episodio de estatus epiléptico en un 26,9%, de los cuales el 13,4% fue la forma de presentación de las crisis.

Comparado con una revisión de 29 series clínicas publicadas ($n=17.239$) la media y la mediana de prevalencia de crisis epilépticas fue del 2,3 y 2,7% respectivamente. La prevalencia de la epilepsia ajustada a la edad fue tres veces mayor que la encontrada en la población general.

Este estudio muestra que las crisis epilépticas pueden ser el primer síntoma de la EM, y subraya la alta incidencia del estatus epiléptico, a veces fatal, en esta población. Las convulsiones pueden ocurrir en cualquier momento de la historia de la EM, incluso en el curso temprano de la enfermedad, de hecho fue la primera manifestación clínica de la EM en el 10,5%. El tipo de crisis más reportadas fueron las crisis parciales simples de tipo motoras las que frecuentemente se generalizaban. El porcentaje de crisis parciales es mayor (> 50%) que en la población general de pacientes con epilepsia (30%); este punto sustenta el posible rol de las lesiones focales de la EM en la etiopatogenia de las crisis, como también el hecho de contar con registros de actividad paroxística focal en los EEG.

Conclusiones

Si bien no hay ningún estudio que demuestre una relación entre las crisis y el curso, subtipo o gravedad de la EM, en este estudio se observó una tendencia hacia una discapacidad irreversible más rápida en los pacientes con EM con epilepsia en