



## Sección I: capítulo 5

# Clasificación de las formas de esclerosis múltiple

## Classification of the forms of multiple sclerosis

Dr. Daniel Damián Dueñas\*

\* Neurólogo

Hospital Regional de Alta Especialidad "Centenario de la Revolución Mexicana" ISSSTE, Morelos.

**Citar como:** Damián DD. Clasificación de las formas de esclerosis múltiple. *Neurol Neurocir Psiquiatr.* 2023; 51 (2): 52-53. <https://dx.doi.org/10.35366/113404>

La clasificación de esclerosis múltiple ha sido establecida por Lublin en 1996<sup>1</sup> y revisada en 2013. La revisión incluye; síndrome clínico aislado, síndrome radiológico aislado, EM remitente-recurrente, primaria progresiva y secundaria progresiva. Finalmente se agregó el criterio de *actividad* (es decir, aparición de nuevas lesiones en resonancia magnética o recaídas clínicas) como calificador y *progresión de la enfermedad*, esto permite clasificar a los pacientes a lo largo de dos ejes, que se pueden evaluar por separado. Los pacientes con esclerosis múltiple pueden dividirse en activos o no activos y progresivos o no progresivos<sup>2</sup> (Figura 1).

### SÍNDROME CLÍNICO AISLADO (SCA)

El SCA describe un primer evento clínico de por lo menos 24 horas de duración, muy sugestivo de enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central (SNC), que aún no cumple el criterio de diseminación en tiempo ni en espacio para el diagnóstico de esclerosis múltiple (EM).

El síndrome clínico aislado denota al primer síntoma neurológico en adultos jóvenes sugestivo de EM, en ausencia de fiebre, procesos infecciosos y encefalopatía. Puede afectar al nervio óptico, hemisferios cerebrales, tronco encefálico o médula espinal. La estratificación temprana del SCA es indispensable ya que con herramientas predictoras clínicas, radiológicas y biológicas, se puede establecer el riesgo de conversión a EM.

### SÍNDROME RADIOLÓGICO AISLADO (SRA)

El SRA, término introducido por primera vez en 2009,<sup>3</sup> no se considera un fenotipo distinto de EM,<sup>4</sup> corresponde al hallazgo incidental por resonancia magnética (IRM) de imágenes hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 y FLAIR muy sugestivas de EM en ausencia de signos o síntomas clínicos.

### ESCLEROSIS MÚLTIPLE RECURRENTE-REMITENTE (EMRR)

El tipo más común de EM, encontrado en 85% de los pacientes, caracterizado por periodos alternos de brote (disfunción neurológica focal) y remisiones (periodos de relativa estabilidad clínica, libres de nuevos síntomas neurológicos), con recuperación parcial o total y sin aparente progresión de la enfermedad. Durante las remisiones, es posible que todos los síntomas desaparezcan o que algunos síntomas continúen y se vuelvan permanentes. No hay progresión evidente de la enfermedad durante los periodos de remisión. Por otro lado, la esclerosis múltiple remitente recurrente puede ser **activa** (con recaídas clínicas o evidencia de reforzamiento de alguna(s) lesión(es) al administrar medio de contraste en imágenes de resonancia magnética durante un período específico) o **no activa** (sin síntomas ni signos de lesiones nuevas y sin lesiones que capten contraste en la IRM) (Tabla 1).

Recibido: 15/04/2023. Aceptado: 09/05/2023.

Correspondencia: Dr. Daniel Damián Dueñas  
E-mail: dandam25@hotmail.com



### ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA (EMSP)

Ocurre en hasta 40% de los pacientes en seguimiento por 20 años después del evento inicial. Se caracteriza por progresión gradual (acumulación de discapacidad) después de haber tenido curso recurrente-remitente. Adicionalmente, puede ser **activa** (con recaídas y/o evidencia de nueva actividad observada en imágenes de resonancia magnética durante un período específico) o **no activa**, sin recaídas clínicas ni evidencia de actividad en imágenes de resonancia magnética) (Figura 1).

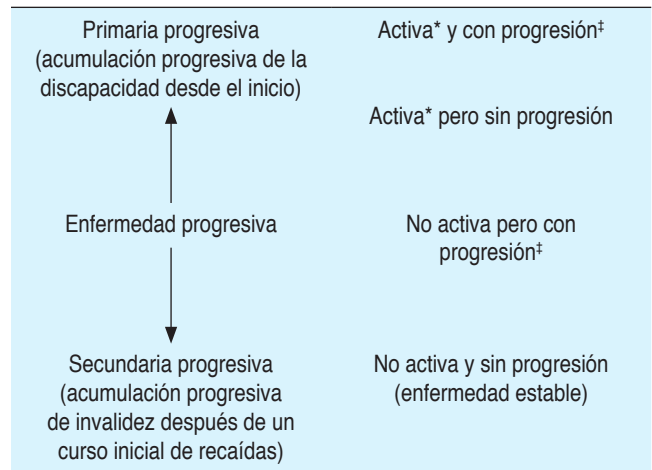
### ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA

Aproximadamente 15% de las personas presentan esta forma clínica. Se caracteriza por empeoramiento progresivo de la disfunción neurológica (acumulación de discapacidad) desde el inicio de la enfermedad, sin recaídas ni remisiones iniciales. Adicionalmente puede ser **activa** (con una recaída ocasional o evidencia de nueva actividad observada en imágenes de resonancia magnética durante un período específico) o **no activa** (Figura 1).

**Tabla 1: Descripciones del fenotipo de esclerosis múltiple de 2013: enfermedad remitente-recurrente.**

Síndrome clínicamente aislado	No activo Activo*
Enfermedad recurrente-remitente	No activo Activo*

\* Actividad = recaídas clínicas y/o resonancia magnética (lesiones de resonancia magnética realizadas con gadolinio; lesiones T2 nuevas/aumentadas).  
Fuente: Lublin FD, et al.<sup>5</sup>



\* Actividad = recaídas clínicas y/o resonancia magnética (lesiones de resonancia magnética realizadas con gadolinio; lesiones T2 nuevas/aumentadas)  
† Progresión medida por evaluación clínica al menos una vez al año.  
Fuente: Lublin FD, et al.<sup>5</sup>

**Figura 1:** Descripciones del fenotipo de esclerosis múltiple de 2013: enfermedad progresiva.

### REFERENCIAS

- Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National multiple sclerosis society (USA) advisory committee on clinical trials of new agents in multiple sclerosis. *Neurology*. 1996; 46: 907-911.
- Klineova S, Lublin FD. Clinical course of multiple sclerosis. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2018; 8: a028928.
- Okuda DT, Mowry EM, Beheshtian A, Waubant E, Baranzini SE, Goodin DS, et al. Incidental MRI anomalies suggestive of multiple sclerosis: the radiologically isolated syndrome. *Neurology*. 2009; 72(9): 800-805.
- Lublin FD. New multiple sclerosis phenotypic classification. *Eur Neurol*. 2014; 72(Suppl. S1): 1-5.
- Lublin FD, Reingold SC, Cohen JA, Cutter GR, Sorensen PS, Thompson AJ, et al. Defining the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revisions. *Neurology*. 2014; 83: 278-286.