



Sección II: capítulo 1

Tratamiento con glucocorticoides

Glucocorticoid therapy

Dra. Cecilia María Acosta Murillo

Clínica de Neuropsiquiatría Tlatelolco. México.

Citar como: Acosta MCM. Tratamiento con glucocorticoides. *Neurol Neurocir Psiquiatr.* 2023; 51 (2): 56-57. <https://dx.doi.org/10.35366/113406>

Los glucocorticoides pueden promover la recuperación funcional a corto plazo en las recaídas agudas de la esclerosis múltiple (EM) y neuromielitis óptica (NMO) y se han recomendado como tratamiento de primera línea para las recaídas. El tratamiento con corticosteroides ha sido la piedra angular en el manejo de estos episodios. El uso de plasmaféresis (PF) debe ser considerado en aquellos casos raros en que el brote se presenta de forma atípica, fulminante y que no responden a tratamiento esteroideo convencional.¹⁻³

GLUCOCORTICOIDE

Al considerarse la EM y la NMO un ataque inflamatorio en el sistema nervioso central (SNC) que involucra el sistema inmunitario, se ha planteado la hipótesis de múltiples mecanismos de desregulación del sistema inmunitario, los ataques (recaídas), caracterizados por periodos de deterioro neurológico agudo en cualquiera de las diversas modalidades, se tratan comúnmente con metilprednisolona (MTP) vía intravenosa (IV) durante un periodo breve.⁴ La MTP es un glucocorticosteroide sintético; una modificación química de un glucocorticosteroide natural, la hidrocortisona, y es capaz de atravesar la barrera hematoencefálica. La administración intravenosa conduce a altos niveles de MTP dentro del SNC.^{3,4} La MTP administrada por vía oral da como resultado una menor absorción debido a un efecto de primer paso; sin embargo, las dos formas

de administración se utilizan para tratar los brotes de la enfermedad. Los beneficios de la MTP se han demostrado clínicamente en el tratamiento de las recaídas, pero su mecanismo de acción es complejo, se especula que algunos de los beneficios se deben a la modulación del sistema inmunológico y a la restauración de la interrupción de la barrera hematoencefálica como lo sugieren los estudios de resonancia magnética realizados con gadolinio en serie.⁵ Existen varias formas para disminuir el ciclo inflamatorio: amortiguar la cascada de citocinas inflamatorias, inhibir la activación de las células T, disminuir la extravasación de las células inmunitarias en el SNC, facilitar la apoptosis de las células inmunitarias activadas e indirectamente disminuir los efectos citotóxicos de óxido nítrico y TNF- α .⁴

TRATAMIENTO DE BROTES EN EM

En la actualidad, se ha reportado como adecuada la megadosis de MTP de 1 g/día durante 3-5 días por vía intravenosa (IV), diluida en 250 mililitros de suero fisiológico, durante 1-3 horas, en pacientes con o sin tratamiento modificador de la enfermedad (TME), seguida o no de prednisona oral a dosis decreciente.^{2-4,6} Shuo y colaboradores publicaron un metaanálisis de ensayos controlados comparando MTP oral versus intravenosa, encontrando que no existía una diferencia significativa en la mejoría de la recaída en el día 28 entre MTP oral y la intravenosa, ambos tratamientos también mostraron ser igualmente seguros y bien tolerados,

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

Correspondencia: Dra. Cecilia María Acosta Murillo
E-mail: acosdana@yahoo.com.mx



utilizándose dosis bioequivalentes de MTP intravenosa (1,000 mg) y vía oral (1,250 mg).³ Sin embargo, y pese a la controversia, a la vista de estos estudios, no se puede afirmar que exista superioridad en la recuperación del brote entre la vía de administración IV sobre la oral con un régimen de dosis bioequivalente en pacientes. De manera que la elección de la ruta oral o IV vendría dictada por la conveniencia, el costo, la disponibilidad de recursos,^{3,4} la experiencia de cada unidad de EM y las circunstancias clínicas específicas de cada paciente; además, las comorbilidades relevantes, como disfagia marcada o dispepsia, también deberían ser consideradas por el médico a la hora de optar por una u otra vía.³

EMBARAZO Y BROTES DE EM

La esclerosis múltiple (EM) afecta predominantemente a mujeres en edad fértil. En la actualidad, la capacidad para concebir y dar a luz a un niño sano de manera segura y exitosa padeciendo EM es cada vez más cercana.¹ Es bien conocido el efecto protector en la ocurrencia de brotes debido a cambios hormonales; no obstante, se han reportado aumentos de los brotes posterior a los primeros meses del parto.⁷ Estos cambios en la tasa de brotes en el postparto, aunque influyen en la discapacidad a corto y mediano plazo, no han demostrado que incidan en la discapacidad a largo plazo.^{7,8} Los brotes durante el embarazo deben tratarse con MTP intravenosa en caso de ser necesario y deberá tomarse en cuenta que los corticoides no están exentos de riesgo durante este periodo.⁸

CORTICOSTEROIDES EN EL PUERPERIO Y LA LACTANCIA

Existen varios escenarios en esta etapa: la tasa de recaídas postparto dentro de los seis meses posteriores al parto es aproximadamente de 20 a 30%. La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda seis meses de lactancia materna exclusiva, seguidos de otros seis meses de lactancia materna complementada con fórmula para mejorar la salud infantil y materna.⁶ El efecto de la lactancia materna en la actividad de la enfermedad de la EM es controvertido y se han informado resultados contradictorios. De manera reciente, se ha publicado por Cavit Boz y su equipo un

estudio sobre la seguridad de la terapia con pulsos de metilprednisolona IV durante la lactancia en pacientes con esclerosis múltiple; la terapia con MTP IV en general se administró por 3-5 días, en donde demostraron que el nivel de transferencia de metilprednisolona a la leche materna es muy bajo. El RID (dosis infantil relativa) de metilprednisolona fue inferior al valor generalmente aceptado. Dado que el tratamiento con metilprednisolona es de corta duración, la exposición infantil sería muy baja si la madre decidiera amamantar una hora después de la infusión. Esperar de dos a cuatro horas después de la infusión limitará aún más la exposición del lactante. La terapia con metilprednisolona IV por lo general se administra durante tres o cinco días. La exposición infantil será muy baja para una madre lactando una hora después de la infusión. Las madres pueden preferir esperar de dos a cuatro horas si el médico o la madre desean limitar aún más la exposición del bebé.⁹

REFERENCIAS

1. Meca Lallana JE, Olascoaga Urtaza J. Tratamiento de los brotes y recaídas. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ediciones SEN; 2023. pp. 153-155.
2. Yamasaki R, Matsushita T, Fukazawa T, Yokoyama K, Fujihara K, Ogino M, et al. Efficacy of intravenous methylprednisolone pulse therapy in patients with multiple sclerosis and neuromyelitis optica. *Mult Scler*. 2016; 22 (10): 1337-1348.
3. Liu S, Liu X, Chen S, Xiao Y, Zhuang W. Oral versus intravenous methylprednisolone for the treatment of multiple sclerosis relapses: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2017; 12 (11): e0188644.
4. Sloka JS, Stefanelli M. The mechanism of action of methylprednisolone in the treatment of multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2005; 11 (4): 425-432.
5. Jarius S, Paul F, Weinshenker BG, Levy M, Kim HJ, Wildemann B. Neuromyelitis optica. *Nat Rev Dis Primers*. 2020; 6 (1): 85.
6. Caster O, Edwards IR. Quantitative benefit-risk assessment of methylprednisolone in multiple sclerosis relapses. *BMC Neurol*. 2015; 15: 206.
7. Zuluaga MI, Otero-Romero S, Rovira A, Perez-Hoyos S, Arrambide G, Negrotto L, et al. Menarche, pregnancies, and breastfeeding do not modify long-term prognosis in multiple sclerosis. *Neurology*. 2019; 92 (13): e1507-e1516.
8. Dobson R, Hellwig K. Use of disease-modifying drugs during pregnancy and breastfeeding. *Curr Opin Neurol*. 2021; 34 (3): 303-311.
9. Boz C, Terzi M, Zengin Karahan S, Sen S, Sarac Y, Emrah Mavis M. Safety of IV pulse methylprednisolone therapy during breastfeeding in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2018; 24 (9): 1205-1211.