

Esclerosis múltiple: ante una revolución terapéutica

■ Relevantes avances farmacológicos frente a la primera causa de incapacidad sobrevenida en adultos



Valentín Mateos
Coordinador del servicio
de neurología del Centro
Médico de Asturias

La esclerosis múltiple es la primera causa de discapacidad sobrevenida en el adulto joven. Se calcula que en España hay unos 46.000 afectados, con unos 1.800 nuevos diagnósticos cada año. Como bien se refiere en la página web que soporta esta efeméride (www.worldmsday.org) «cada caso es único, al igual que la persona que la padece». No les falta razón. La variedad de síntomas que pueden cobijarse bajo este diagnóstico es muy amplia. Así, en algunas personas (por lo general jóvenes, entre 25-30 años) el debut vendrá determinado por una disminución de la agudeza visual, mientras que en otras lo hará por un problema en la movilidad, una alteración sensitiva, un vértigo prolongado o una inestabilidad para la marcha. Esto es así porque lo que define a la esclerosis múltiple es la presencia de lesiones (que conocemos

Hoy se celebra el «Día mundial de la esclerosis múltiple», una enfermedad que en España afecta a unas 46.000 personas. La asociación asturiana de afectados instalará hoy una serie de mesas informativas sobre esta patología neurodegenerativa en Oviedo, Gijón, Avilés, Lugones y El Entrego. En este artículo, el neurólogo Valentín Mateos explica las claves de la «revolución terapéutica» que están generando los nuevos fármacos.

como «placas») en diferentes áreas del encéfalo y la médula espinal. Su ubicación concreta será la responsable del síntoma o síntomas de un paciente dado.

Un segundo aspecto característico de la esclerosis múltiple es su presentación recurrente, con episodios de recaídas o reactivaciones («brotes») que acontecen con una frecuencia variable de unas personas a otras y que aparecen tras períodos de tiempo de aparente estabilidad clínica. Estas dos características, la «dispersión temporal» (los brotes) y la «dispersión espacial» (placas diseminadas a lo largo y ancho del sistema nervioso central), son casi patognomónicas de la esclerosis múltiple.

Establecida esta sospecha, la confirmación diagnóstica no suele resultar dificultosa, en tanto los

Por primera vez, el tratamiento no se conformará con evitar recaídas, sino que permitirá revertir parte de la discapacidad provocada por brotes

medios disponibles, con la resonancia magnética a la cabeza, son lo suficientemente sensibles para objetivar las lesiones (placas) típicas de la enfermedad. En el plano pronóstico, la sucesión de «brotes» será la principal responsable de la discapacidad final del paciente en

tanto ésta se forja «cicatriz a cicatriz», recaída a recaída.

Siendo la esclerosis múltiple casi sinónimo de «paciente joven en silla de ruedas», no es menos cierto que los avances científicos en este campo han sido muy importantes en las últimas dos décadas. La introducción en clínica, allá por los noventa, de los primeros fármacos capaces de modificar el curso de la enfermedad, los interferones, representó un salto de gigante en el abordaje terapéutico de esta entidad. Por vez primera, médicos y pacientes podíamos actuar ralentizando la evolución de la enfermedad al disminuir la frecuencia de recaídas. El mito de la silla de ruedas comenzaba a derrumbarse y la esclerosis múltiple pasaba a ser para muchos pacientes una «enfermedad silenciosa», eso

sí, con necesidad de control médico permanente.

Este esfuerzo investigador se ha mantenido y, a día de hoy, esta entidad encabeza la innovación terapéutica en el campo de la neurología. Así, se espera que entre 2012 y 2016 podamos contar casi una media docena de nuevas moléculas. Las más recientemente comercializadas (y las de inmediato aterrizaje) vienen avaladas por unas altas tasas de eficacia (reducción superior al 50 por ciento en la frecuencia de recaídas). Además, por primera vez, el tratamiento no se conformará con evitar recaídas, sino que permitirá mejorar el estatus basal del paciente, esto es, revertir parte de la discapacidad provocada por brotes previos.

En definitiva, nos encontramos ante una auténtica revolución terapéutica. El objetivo último: conseguir que el paciente no rebase las «líneas rojas» que indican su entrada en lo que conocemos como «formas progresivas», en las que nuestras opciones terapéuticas siguen siendo más que limitadas.

El diagnóstico precoz y el abordaje multidisciplinar se configuran como básicos para conseguir ese objetivo. En cualquier caso, la dedicación y el esfuerzo de la comunidad científica también serán capaces de saltar esa frontera, seguro.