

FENÓMENO DE UHTHOFF ¿SIGNO PATOGNOMÓNICO, O REACCIÓN TERMAL EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE?

CEBALLOS HERNANSANZ, M^a Angeles*

RESUMEN

En 1890 Uththoff describió en los pacientes con Esclerosis Múltiple un fenómeno de disminución de agudeza visual tras someterse éstos a un baño de agua caliente. Con este artículo se trata de alertar sobre esta situación, que pueda surgir en los enfermos diagnosticados de Esclerosis Múltiple y que acudan a efectuar un tratamiento hidrotermal a los Balneario.

RESUMÉ

En 1890 UHTHOFF avait décrit dans les malades atteints de Sclérose multiple, des phénomènes tel que a diminution de la finesse visuel après le bain à l'eau chaude. Cet article à mis au courant ce fait, qui peut apparaitre dans les malades atteints de Sclérose multiple et qui doivent suivre le traitement hydrothermale au Balnéaire.

SUMMARY

In 1890 UHTHOFF described in the patients with Multiple Sclerosis a state of visual diminution after having taken a bath with hot water. Through this article we try to warn about this situation, which might appear in the patients who suffer Multiple Sclerosis and are submitted to hydrothermal treatment.

PALABRAS CLAVE (Key words):

Esclerosis múltiple - Fenómeno Uththoff - Balneación hipertermal.

La esclerosis múltiple (E. M.), también denominada esclerosis en placas (E. P.), y esclerosis desmeninada, es una enfermedad inflamatoria, mediada por mecanismos inmunes, desmielinizante crónica, que produce una destrucción parcheada de la mielina dentro del Sistema Nervioso Central

(SNC) que afecta esencial e inicialmente entre los 20 y 40 años de edad, y que se caracteriza desde el punto de vista clínico por presentar episodios de alteraciones focales neurológicas diversas, que remiten en grado variable y recurren durante años, implicando por lo tanto, distintas localizaciones en la sustancia blanca del SNC. (Figs. 1, 2 y 3).

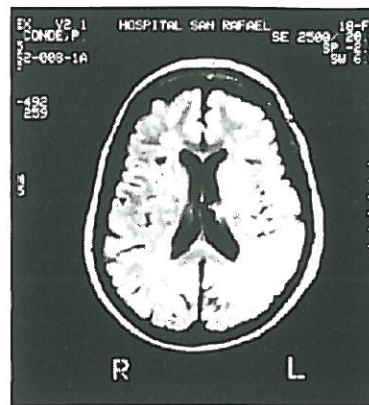


FIG. 1. RM cerebral: Corte transversal del encéfalo mostrando imágenes hemisféricas potenciadas en T2, en las que se aprecian lesiones hiperintensas de predominio periventricular, propias de afectación desmielinizante.

Es una enfermedad de distribución universal, España se encuentra entre los países considerados de un riesgo medio de la enfermedad, siendo una prevalencia media-alta cercada a los 50 y 60 casos por 100.000 habitantes, cifra similar a la del resto

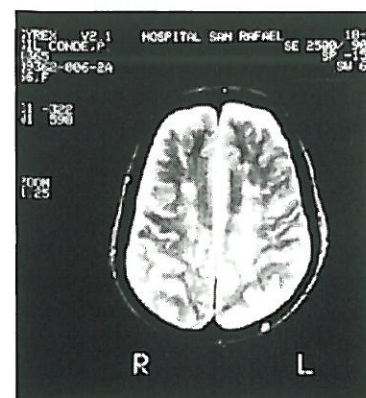


FIG. 2. RM cerebral: Corte transversal del encéfalo mostrando imágenes hemisféricas potenciadas en T2, en las que se aprecian lesiones puntiformes, ovales, en corona radiata.

* Adjunto de Neurología Hospital 12 Octubre. Madrid.
Profesora Asociada de Hidrología Médica U.C.M.



FIG. 1. RN cervico-dorsal mostrando un corte sagital en T2 con incremento de señal en la mitad posterior, de la médula por focos difusos de desmielinización.

de países del sur de Europa y dentro de esto, al igual que en el resto del mundo, se da con más frecuencia en la mujer.

La E. M. no tiene hoy por hoy una causa conocida, se sabe por los estudios realizados hasta ahora que existe una cierta susceptibilidad genética, de probable carácter poligénico, para padecer la E. M. pero el componente etiológico más esencial debe de tratarse de una agente ambiental de distribución universal, aun no identificado, y este agente, probablemente un virus, determinaría una respuesta inmunitaria anómala y retardada.

El cuadro clínico de la E. M. es el que eminentemente sirve para llegar al diagnóstico y como ya quedó apuntado previamente es diverso y puede variar de unos pacientes a otros, o incluso de un brote a otro aun en el mismo paciente, así podemos encontrar síntomas tan diversos como:

1.- *Transtornos motores:* se encuentran entre el 85-90% de los casos, suelen estar presentes en casi todos los pacientes afectados de E. M. en algún momento de la evolución de la enfermedad, incluso es una forma frecuente de comienzo, lo más común es que se trate de una paraparesia asimétrica, o de una paresia aislada. Suele iniciarse como fatiga, posterior claudicación del miembro afecto, para terminar en los grados más avanzados incluso con un cierto grado de atrofia muscular, en paquetes musculares pequeños, como los músculos de las manos.

2. - *Transtornos sensitivos:* aparecen en un 60% de los casos, son por tanto también muy frecuentes, se dan en cualquiera de las fases de la enfermedad, cursan como disestesias, distermias, parestesias o claros déficits sensitivos, cuya localización puede ser de lo más variable. Así puede iniciarse por una zona distal del cuerpo y progresar de forma ascendente hasta comprometer a toda

la extremidad, o quedar localizada en forma distal pero afectando también a distintas áreas geográficas corporales, aparentemente sin ninguna relación anatómica.

3.- *Transtornos cerebelosos:* en un 87% de los casos, dando síntomas tan variados como dismetría, ataxia tanto troncal como de la marcha, y/o alteración de la voz cursando con una voz escándida, presencia de nistagmus, y apareciendo un temblor de carácter intencional, que da lugar a la Triada de Charcot.

4.- *Transtornos del tronco cerebral:* es muy frecuente la presencia de diplopia por una afectación aislada del VI par o del III par craneal. Afectación trigeminal bien con sensaciones anestésicas o neurálgicas. Se ha descrito también la presencia de parálisis faciales, hipoacusias, acúfenos, vértigos, y afectaciones de pares craneales bajos cursando como un síndrome pseudobulbar.

5.- *Transtornos de la función automática:* lo más frecuente es una alteración en el control de la micción (oscilan entre el 60 y el 80%, según los autores), siendo lo más frecuente una urgencia urinaria por una hiperreflexia del detrusor. en otras ocasiones lo que existe es una dificultad para vaciar correctamente la vejiga, aunque puede llegar a darse el caso en el tipo de enfermedad progresiva que exista una micción por rebosamiento.

Respecto al esfínter anal, es más rara su afectación, pudiendo cursar bien con urgencia o bien con incontinencia fecal.

6.- *Transtornos de la esfera sexual:* Se da casi en el 50% de los pacientes afectados, tanto hombres como mujeres, en los primeros cursa con impotencia, o con alteraciones en la eyaculación y en el orgasmo, en el caso de las mujeres además de la anorgasmia, hay una alteración de la lubricación vaginal y alteraciones sensitivas vulvovaginales que dan una mayor complicación.

7.- *Transtornos visuales:* en más del 50% es frecuente la Neuritis óptica (N. O.), de instauración bien aguda o subaguda, habitualmente unilateral aunque puede en un 20% ser bilateral, cursa con un dolor oculo-orbitario coincidente con los movimientos oculares, así como disminución de la agudeza visual, e incluso presentando a modo de escotomas, o refiriendo ver más brillo en los objetos del que realmente presentan, siendo interpretados como fosgenos con los movimientos oculares.

La papila puede tener un aspecto normal (caso de la neuritis retrobulbar) o presentar signos de papilitis. Aunque en el primer episodio la recuperación suele ser buena, más del 50% de los pacientes presentan palidez papilar después de un primer episodio de Neuritis óptica.

8.- *Trastornos psiquiátricos*: la depresión es un síntoma muy frecuente en estos pacientes, que estando previamente bien, debutan de forma brusca, o progresiva con una serie de síntomas variados como ha quedado expuesto y que son limitantes o incapacitantes para las actividades que hasta ese momento venían realizando.

Pero también podemos encontrar episodios de risa o de llanto espasmódico dentro de un síndrome pseudobulbar, o un cierto grado de estado mórico.

9.- *Miscelánea*: Afasia (cuando la dismielinización del hemisferio izquierdo es muy extensa), Anosmia, Cefaleas (similar a la de la hipertensión intracraneal), Crisis comiciales, Crisis tónicas (episodios desencadenados por un movimiento, que cursan con contracción muscular que pueden afectar a una extremidad de forma aislada, o a todo un hemicuerpo, y que se acompañan de parestesias y dolor), Movimientos anormales (como distonias, mioclonias, corea...), etc.

Al ser tan diversos los síntomas, al tener que indicar al paciente que no se sabe a ciencia cierta cual es la causa que ocasiona la enfermedad, y por lo tanto, al no existir un tratamiento preventivo de los brotes, sino sólo tratamiento para el momento de producirse un brote o agudización, estos pacientes acuden a todo tipo de consultas y se someten a todo tipo de prácticas médicas y paramédicas buscando un alivio de su dolencia.

Es frecuente que pacientes diagnosticados de E. M. y contando en su haber con varios brotes o con formas progresivas acudan a los Balnearios a fin de encontrar un alivio para sus dolencias, de ahí que el médico Hidrólogo deba tener muy en consideración la situación basal en que se encuentra el sujeto antes de someterle a ninguna práctica termal, ya que si bien hay situaciones como las contracturas musculares, tanto dolorosas como indoloras que pueden presentar, y la rigidez, que mejorarán en un elevado porcentaje, puede presentarse en signo de Uhthoff, con la consiguiente alteración física para el sujeto que padece la E. M. y la desorientación para el médico prescriptor.

Esencialmente el fenómeno de Uhthoff, descrito por este autor en 1890, consiste en la sensación subjetiva por parte del paciente afecto de E. M. de una disminución de la agudeza visual, que puede constatarse al efectuar las pruebas de agudeza visual, y que surgen tras haberse sometido el sujeto a un baño de agua caliente.

En las fases iniciales del desarrollo de los fenómenos de Uhthoff se ha encontrado que los potenciales visuales evocados (PVE) son patológicos, con un alargamiento de la latencia P100. También se han encontrado alteraciones de la visión de los colores, con alteración en la percepción rojo-verde.

Pero este mismo fenómeno puede surgir tras una elevación de la temperatura corporal o después de haber efectuado un ejercicio físico que aunque no se considere como excesivo, si ha podido ser desproporcionado para la actividad física habitual del paciente. El ejercicio y la hiperpnea puede empeorar los síntomas preexistentes pero es improbable que modifique el curso de la enfermedad.

También puede ocurrir aunque de forma más excepcional, que sujetos sin sintomatología previa sugerente de E. M., presenten tras las prácticas termales una disminución progresiva de la agudeza visual, hay que considerarlo como una forma de inicio, aunque excepcional, de la enfermedad.

Está actualmente demostrado que estos efectos obedecen a la sensibilidad de las fibras desmielinizadas a cambios mínimos de la temperatura. Los síntomas paroxísticos se deben a una descarga espontánea en una placa desmielinizada, que se propaga de modo efáctico a los axones vecinos, y origina un trastorno breve de la función. Cuando se produce la crisis por hiperpnea la transmisión efáctica se propiciaría por la alcalosis que resulta de aquella.

Por todo ello, al recibir en un Balneario a un sujeto diagnosticado de Esclerosis múltiple, se le deberá de informar, según el tipo de aguas que exista en cada uno de ellos, de los posibles síntomas que puede notar en los primeros días de inicio de la terapia, propios de una reacción termal, pero así mismo se le informará sobre el fenómeno de Uhthoff, para caso de surgir, suspender rápida y definitivamente la práctica termal.

En todo caso, es sabido de todos los especialistas en Hidrología Médica, que no debe de existir un tratamiento estandarizado a aplicar a todas las personas que acudan a un Balneario, menos aún en el caso de pacientes afectados de E. M., donde hay que aplicar técnicas de breve duración, y con

temperaturas los más próximas a la indiferencia, ya que los baños de agua caliente (hipertermal), y en menos casos, pero también descritos, de agua fría (hipotermal), además de poder agravar transitoriamente la sintomatología, se han señalado por algunos autores como desencadenantes de

nuevos brotes de la enfermedad, sumándose la hiperpnea que el sujeto presenta dentro de un baño con agua caliente, y que también es precipitante, y respecto a la presión, con que se apliquen las posibles duchas o chorros, siempre que no provoque dolor en el sujeto.

BIBLIOGRAFIA

AGUILAR BARBERA, M., ARBIZU URDIAIN, T. "Enfermedades desmielinizantes, capítulo 12 Glosario de Neurología". pág. 265-273 Sociedad Española de Neurología, Editorial MCR. 1989.

ANEMA JR, HEIJENBROK NW., FAES TJC, HEIMANS JJ, LANTING P., POLMAN CH. "Cardiovascular autonomic function in multiple sclerosis". J. Neurol Sci., 1991; 104: 129-134.

CODINA PUIGGROS, A. "Tratado de Neurología". pág. 212-223. ELA. 1994.

FRANCIS GS, ANTEL JP, DUQUETTE P. "Inflammatory Demyelinating Diseases of the Central Nervous System". Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Marsden CD (eds). Neurology in Clinical Practice. Vol. II Boston. Butterworth-Heinemann, 1991.

HERNANDEZ PEREZ, M.A., FERNANDEZ, O. "Alteraciones paroxísticas y transtorias de la Esclerosis Múltiple". Nuevas perspectivas en el diagnóstico de la Esclerosis Múltiple, pág. 19-28. XLV Reunión Anual de la S.E.N. Prodisa, S.A. 1994.

MATTHEWS WB, COMPSTON A, ALLEN IV, MARTYN CN (eds). "MacAlpine's Multiple sclerosis, 2nd edn. Edimburgh". Churchill Livingstone, 1991.

MATTHEWS WB. "Multiple sclerosis and other demyelinating diseases. Clinical features". Swask M, Oxbury (eds) Clinical Neurology. Edinburg. Churchill Livingstone, 1991.

MORNAL GARCIA, L., MARTINEZ MARTIN, P. "Aspectos clínicos. Evaluación y Diagnóstico de la Esclerosis Múltiple". Interferón B en esclerosis múltiple. ARKÉ, S.L. 1994.



balneario

Termas



Victoria

HOTEL*** en el mismo BALNEARIO

Aguas hipertermales, clorurado-sódicas, litínicas

**REUMATISMOS CRONICOS ARTICULARES, MUSCULARES,
NEURALGIAS**

RECUPERACION DE ALTERACIONES TRAUMATICAS

AFECCIONES CRONICAS DE VIAS RESPIRATORIAS

Abierto todo el año
Personal Sanitario Especializado

08140 CALDES DE MONTBUI (BARCELONA)
(a 28 kms. de Barcelona y a 200 m. sobre el nivel del mar)
Teléfono: (93) 865 01 50 - Fax: (93) 865 08 16