

Síndrome radiológico aislado (RIS)



Félix J. Fojo, MD
felixfojo@gmail.com
ffojo@homeorthopedics.com

Al paciente Alberto M –ingeniero de 42 años de complexión atlética y con muy buena salud– se le indica una resonancia magnética cerebral luego de sufrir un golpe severo en la cabeza mientras practicaba natación. No presenta signos neurológicos ahora, y nunca los ha tenido. No toma medicamentos, salvo algunos antiinflamatorios OTC en los últimos 3 días. No tiene historia de alcoholismo ni abuso de sustancias.

Al momento del examen, 3 días después del accidente, no refiere síntoma alguno, salvo un hematoma alrededor del ojo derecho. Él explica que se hace la resonancia porque su médico se la indicó y el seguro asume el costo, pero que la considera realmente innecesaria. “Creo que esto es una pérdida de tiempo”, les dice a los técnicos que realizan el estudio.

Tal y como se esperaba, el estudio de resonancia magnética es negativo de lesiones traumáticas profundas y hemorragias u otros signos vasculares, pero, para sorpresa de sus médicos y del paciente, se encuentran varias lesiones ovoides hiperintensas y bien delimitadas en la sustancia blanca de más de 3 mm, que no parecen tomar aún el cuerpo caloso pero que sugieren un proceso de desmielinización como el establecido para la esclerosis múltiple (EM). Estamos, por tanto, en presencia de un hallazgo radiológico que puede tener, o no, una gran significación futura para la salud y la vida de esta persona. Acabamos de etiquetar, con todas sus consecuencias médicas, psicológicas y éticas, a este paciente como portador de un “síndrome radiológico aislado”, conocido en inglés como RIS.

¿Qué significa esto?

El uso generalizado de la resonancia magnética en la práctica médica ha determinado que encontremos con creciente frecuencia imágenes sin correlato clínico y, por tanto, de muy difícil interpretación pronóstica. Algunos

estudios estiman que entre un 4% y un 5% de las resonancias magnéticas cerebrales de alta resolución que se hacen en el mundo muestran hallazgos incidentales o fortuitos: meningiomas, quistes aracnoideos, infartos silentes, aneurismas y, con cierta frecuencia, los referidos a la esclerosis múltiple. Fue Okuda, en 2009, el primero en definir y establecer este problema y sus consecuencias.

¿Qué hacer?

Okuda y otros investigadores han establecido, en unos 22 estudios distintos en 5 países y en unos 1,000 pacientes, que cerca de dos tercios de los casos de RIS terminan por presentar progresión en el número de lesiones observadas y que un tercio de estos últimos desarrollarán una esclerosis múltiple clínica en unos 5 a 10 años. Si al inicio hay ya lesiones demostrables en la médula espinal cervical, si la captación de gadolinio es muy alta, si hay lesiones infratentoriales, si el paciente es joven, si es de sexo femenino, si el líquido cefalorraquídeo es positivo y si hay ya algunos síntomas que se han pasado por alto –depresión, espasmos musculares, micción exagerada–, la frecuencia de aparición de la EM es mucho mayor. Curiosamente, en 1961 ya se había hecho una observación sobre hallazgos similares en unas 14,000 necropsias.

Para algunos autores, el RIS no es más que una esclerosis múltiple (EM) de momento asintomática, pero que, al dársele tiempo suficiente, se hará clínica. Sea o no así, lo importante es que el portador de un RIS sea manejado y seguido en el tiempo, con el máximo profesionalismo. Adrede hemos obviado en esta nota todo intento de clasificación, conductas a seguir, posibles tratamientos, etc., entendiendo que todo ello pertenece exclusivamente a los especialistas –neurólogos, radiólogos, etc.– más calificados. **G**

Referencias

- Okuda, DT. Siva A, et al. Radiologically Isolated Syndrome: 5-year-risk for an initial clinical event. PLOS ONE; 2014;9 (3).