

DIAGNÓSTICO DE NEUROMIELITIS ÓPTICA

He leído de manera detallada el reporte de caso titulado “**Neuromielitis óptica (Enfermedad de Devic)**” (1). En él se presenta la evolución común así como las dificultades del manejo de esta patología, en particular en su proceso diagnóstico. Como se pudo observar en esta paciente, es común la confusión entre neuromielitis óptica y esclerosis múltiple, y este error puede deteriora la calidad de vida y empeorar el cuadro del paciente, dado que tanto su etiologías como su manejo son bastantes diferentes (2–5). Por esta razón, es necesario contar con exámenes paraclínicos que permitan diferenciarlas; las pruebas inmunológicas para la detección de anticuerpos contra acuaporina 4 (AQP4), disponibles desde hace más de diez años, permiten clasificar estas enfermedades de manera adecuada (6).

Debido a la capacidad de las pruebas de laboratorio para distinguir entre estas dos enfermedades, y a la inexistencia de laboratorios para su detección en el país, en 2014, con financiación del Ministerio de Salud y Protección Social, y bajo supervisión del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), la Universidad Javeriana realizó un estudio para evaluar las características operativas de los anticuerpos contra AQP4 (7). De esta manera, nuestro grupo de trabajo encontró que existen tres tecnologías disponibles comercialmente para la detección de estos anticuerpos y, mediante técnicas metaanalíticas, se calcularon sus respectivas sensibilidades y especificidades, obteniendo los siguientes resultados (8):

- Estudio basado en células: sensibilidad 76% (IC 95% 67-82 %) y especificidad 99% (IC 95% 97-99)
- Estudio de inmunohistoquímica: sensibilidad 59% (IC 95% 50-67%) y especificidad 98% (IC 95% 97-99%)
- ELISA: sensibilidad 65% (IC 95% 53-75%) y especificidad 97% (IC 95% 96-99%)

En resumen, al comentar las características operativas de la prueba diagnóstica es necesario aclarar de qué técnica se está hablando. En todo caso, las técnicas actuales tienen unas mejores características operativas que las mencionadas por los autores de este caso clínico, cuya referencia data de 2007.

Rafael Ruiz Gaviria M.D

Asistente de Investigación

Departamento de Epidemiología

Clínica y Bioestadística,

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

REFERENCIAS

1. Zamora-Bastidas T. Neuromielitis óptica (Enfermedad de Devic). *Medicina*. 2015;3(4):376–84.
2. Palace J, Leite MI, Nairne A, Vincent A. Interferon Beta treatment in neuromyelitis optica: increase in relapses and aquaporin 4 antibody titers. *Arch Neurol*. 2010;67(8):1016–7.
3. Uzawa A, Mori M, Hayakawa S, Masuda S, Kuwabara S. Different responses to interferon beta-1b treatment

- in patients with neuromyelitis optica and multiple sclerosis. *Eur J Neurol*. 2010;17(5):672–6.
4. Papadopoulos MC, Verkman AS. Aquaporin 4 and neuromyelitis optica. *Lancet Neurol*. 2012;11(6):535–44.
 5. Kim S-H, Kim W, Li XF, Jung I-J, Kim HJ. Does interferon beta treatment exacerbate neuromyelitis optica spectrum disorder? *Mult Scler*. 2012;18(10):1480–3.
 6. Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, Cabre P, Carroll W, Chitnis T, et al. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology*. 2015;85(2):177–89.
 7. Rosselli D, Castañeda Cardona C, Ruiz R, De la Hoz A, Quitian H, Castaño N, et al. Validez diagnóstica de la detección de anticuerpos anti-acuaporina 4 (AQP4) para el diagnóstico clínico de neuromielitis óptica (NMO) (Internet). 2014 (consultado 8 de febrero de 2015). Recuperado a partir de: <http://www.iets.org.co/reportes-iets/Documentacin%20Reportes/Validez%20diagn%C3%B3stica%20neuromielitis.pdf>
 8. Ruiz Gaviria R, Baracaldo I, Castañeda C, Ruiz Patiño A, Acosta Hernandez A, Rosselli D. Specificity and sensitivity of aquaporin 4 antibody detection tests in patients with neuromyelitis optica: A meta-analysis. *Mult Scler Relat Disord*. 2015;4(4):345–9.

RESPUESTA DE LOS AUTORES

Popayán, 15 de febrero de 2016

El propósito de los autores del artículo relacionado con el Síndrome de Espectro Clínico de Neuromielitis Óptica fue el de afirmar que es una patología neurológica diferente de la Esclerosis Múltiple.

La clínica de la paciente se fue configurando con el paso del tiempo y con el apoyo de la neuroimagen de médula espinal, se logró plantear el diagnóstico. Las técnicas para detectar anticuerpos actuales con estudios metanalíticos han encontrado grupos de pacientes sin anticuerpos AQP4 IgG-MOG-IgG, es decir existe Síndrome de Espectro Clínico de Neuromielitis Óptica seronegativos (1-

2) y por tanto las características operativas por avanzadas que sean, nos parece no necesarias de aclarar, en un artículo del medio académico en donde se busca tener competencias para solucionar problemas; tenemos que aceptar que un aspecto es la investigación excelente y otra el ejercicio clínico certero que generalmente se realiza en un Hospital Universitario (3).

Por otra parte si analizamos los resultados de la referencia de R. Ruiz Gaviria, nos damos cuenta que las tres tecnologías disponibles comercialmente en Colombia para la detección de anticuerpos tiene igual especificidad en sentido general 99 % - 98 % - 97 %. La sensibilidad para el estudio de inmunohistoquímica es del 59 %, estamos seguros que esta no fue la de nuestra paciente, de las dos restantes tendríamos que saber, cual es el precio o valor de cada prueba.

En el presente caso y en otros similares una vez se da la orden, al familiar del paciente le piden tres cotizaciones con sello, si la IPS encuentra una disminución de \$ 50 - \$ 20 o \$ 10, escoge la más barata, la razón es “austeridad” aquí no vale la autonomía médica, ni el tipo de diagnóstico, ni las características operativas de los anticuerpos. Lo anterior para decir que no depende del médico elegir lo mejor.

Estamos muy agradecidos de la carta al ilustre Editor de la Revista Medicina Bogotá, publicación que tiene apertura al trabajo clínico en los hospitales universitarios.

Quiero terminar mencionando que en el año 2.006, se dio el primer consenso de criterios sobre neuromielitis óptica y en el año 2.007 se tuvo precisamente la aplicación de AQP4-IgG para diferenciarla de la Esclerosis Múltiple.

Ante tantas dificultades para la aprobación de pruebas especiales como en éste caso, los autores del trabajo consideramos que los puntales del diagnóstico están dados por los hallazgos clínicos y las imágenes que se obtienen por resonancia magnética nuclear espinal (4) en la augusta Universidad del Cauca, le damos aún prevalencia a la semiología y a la correlación clínica.

De nuestro mayor respecto,

***Tomas Zamora Bastidas,
Antonio Valencia Cuellar
y demás coautores.***

REFERENCIAS

1. E.D. vant Pelt, Y.Y.Wong, IA Ketelslegers et al Neuromyelitis óptica spectrum disorders: comparison of clinical and magnetic resonance imagin characteristics of AQP4-IgG versus MOG-IgG seropositive cases en the Nether lands.. Eur J. Neurol 2.015.O:1-8.
2. Bernard Valnet R, Liblau RS, et al. Neuromyelitis Óptica: a positive appraisal of seronegative cases. Eur J. Neurol 2.015. doi;10:1.111-1.126.
3. Mckeen A, Fryer JP, et al. Diagnosis Neuromyelitis spectrum disorders study comparative. Ach Neurol 2.009; 66:1.134-1.138.
4. Kim HJ, Paul F, Lana-Peixoto, et al. MRI characteristics of neoromyelitis óptica spectrum disorders: an international update. Neurology 2.015; 84: 1.165-1.173.