



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía de Chile  
Chile

Nogales-Gaete, Jorge; Vargas-Silva, Paola; Vilches-Jofré, Nelson  
Síndrome radiológico aislado, aproximación clínica  
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 51, núm. 4, diciembre-, 2013, pp. 287-289  
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331530949008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Síndrome radiológico aislado, aproximación clínica

## Radiologically isolated síndrome, clinical view

Jorge Nogales-Gaete<sup>1,2</sup>, Paola Vargas-Silva<sup>1,2,3</sup> y Nelson Vilches-Jofré<sup>1,2,3</sup>

**Key words:** Radiologically isolated syndrome, incidental findings in neuroimaging, multiple sclerosis, asymptomatic demyelinating lesions.

**Palabras clave:** Síndrome radiológico aislado, hallazgos incidentales en neuroimágenes, esclerosis múltiple, lesiones desmielinizantes asintomáticas.

*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2013; 51 (4): 287-289*

### Sr. Director

El uso intensivo de la resonancia magnética (RM) ha determinado que nos enfrentemos con creciente frecuencia a la presencia de imágenes sin correlato clínico y de difícil interpretación.

Los hallazgos incidentales en la RM cerebral están estimados en un 2,7% en la población general, lo que aumenta con la mayor resolución de las imágenes, siendo un 4,7% en aquellos estudios con RM de alta resolución<sup>1</sup>. Los hallazgos fortuitos incluyen tumores (meningiomas), quistes aracnoidales y lesiones vasculares (aneurismas), infartos silentes y lesiones inespecíficas de la sustancia blanca que aumentan con la edad de los pacientes<sup>1</sup>.

En el 2009 Okuda, et al<sup>2</sup>, emplearon el término “síndrome radiológico aislado” (radiologically isolated síndrome-RIS), para describir imágenes sugerentes de lesión desmielinizante, sin correlato clínico con la RM, situándolas en el ámbito de entidades eventualmente relacionadas con Esclerosis Múltiple (EM), cuya especificidad y valor predictivo aún desconocemos. Habitualmente las

imágenes se expresan como: a) Hiperintensas en T2, homogéneas, ovoideas, bien delimitadas y de un tamaño mayor de 3 mm; b) Cumplen 3 de 4 criterios de Barkhof para diseminación en el espacio; c) Con o sin captación de gadolinio en T1; d) Con o sin compromiso del cuerpo calloso; e) Sin patrón vascular o leucoaraiosis, ni antecedentes de abuso de sustancias, tóxicos o fármacos; f) Sin historia de signos ni síntomas neurológicos remitentes; g) Con ausencia de otra mejor explicación sobre los hallazgos<sup>2</sup>.

Con esta entidad se ha intentado emular el concepto de alerta y necesidad de seguimiento relacionado con el Síndrome Clínico Aislado (CIS), condición de riesgo de conversión en EM, pero que no cumple con los criterios clínicos-imagenológicos de diseminación en tiempo o espacio.

La potencial relación del RIS con la EM se expone en un estudio retrospectivo realizado por Okuda y colaboradores, que siguieron 44 pacientes con RIS. Como resultado un 59% presentó progresión radiológica definida como la presencia de una nue-

Recibido: 26/8/2013

Aceptado: 14/11/2013

No se contó con apoyo financiero.

<sup>1</sup> Servicio de Neurología Complejo Asistencial Barros Luco, Santiago de Chile.

<sup>2</sup> Departamento de Neurología Sur, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago de Chile.

<sup>3</sup> Programa de especialización en Neurología, Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago de Chile.

va lesión de más de 3 mm en T2, una nueva lesión captante de gadolinio o bien el aumento en tamaño de una lesión anterior. En 10 de un subgrupo de 30 de estos pacientes se observó un CIS, con una media de 5,4 años (1,1-9,8)<sup>2</sup>. Como elementos de eventual sentido pronóstico fueron planteadas la existencia de lesiones captantes de gadolinio (Gd) y la existencia de familiares consanguíneos con CIS o EM.

Otra investigación de Okuda, planteó que existen hallazgos que serían más predictivos de EM, tales como la presencia de lesiones medulares. Esta investigación retrospectiva incluyó 71 sujetos con RIS y estudio con RM de columna cervical. El 85% de estos pacientes desarrollaron CIS o EM en un promedio de 1,6 años. Dentro del grupo con lesiones cerebrales que no presentó imágenes cervicales sólo el 7% desarrolló EM<sup>3</sup>.

Un meta-análisis reciente, que incluye 12 estudios con 388 pacientes, considerando entre otros, los trabajos de Okuda *et al*, muestra que aproximadamente dos tercios de los pacientes diagnosticados con RIS al ser controlados, presentan progresión en el número de lesiones y un tercio presentaría síntomas clínicos en 5 años, ya sea manifestando un CIS o EM<sup>4</sup>.

Dentro del diagnóstico diferencial encontramos dos grandes grupos: aquellos con lesiones que realzan con gadolinio: leucoencefalopatía multifocal progresiva, isquemia crónica, daño hipóxico isquémico, enfermedades mitocondriales, angiopatía amiloidea y CADASIL, y los relacionados a lesiones hiperintensas en T2: migraña, cambios relacionados con la edad y enfermedad cerebrovascular<sup>5</sup>.

Un estudio retrospectivo en pacientes adultos que se realizaron RM por migraña, evalúa las “lesiones en sustancia blanca, hiperintensas en T2, considerables como incidentales”. Se describe que un 2,4 a 7,1% de estas lesiones cumplen criterios de Barkhof y 24,4% a 34,5% cumple los criterios de Mc Donald 2010 para diseminación en espacio. Aún cuando la muestra no tiene una evaluación dirigida en la presencia de enfermedades desmielinizantes, enfatiza la importancia de contextualizar clínicamente los hallazgos imagenológicos<sup>6</sup>.

Se han planteado distintas conductas relacio-

nadas con el RIS: a) control con RM sólo ante aparición de síntomas; b) monitorización con RM a los 6 meses y luego a los 2 años, si no se presentan síntomas sugerentes de progresión; c) identificar un eventual grupo con mayor riesgo de progresión a EM para monitorizarlos en forma dirigida; d) aunque el tratamiento es claramente controversial, existen grupos que apoyan el uso de “terapias de prevención” a evaluar “caso a caso”, aun cuando la evidencia actual indica que su uso no está justificado; e) Se ha postulado la prevención de una conversión con vitamina D, basado en la argumentación teórica que la administración de vitamina D podría ser beneficiosa en EM en países lejanos al Ecuador, donde la escasa exposición a la luz del sol, disminuiría su síntesis. Sin embargo, no existen aún estudios que demuestren categóricamente la eficacia de la vitamina D en la disminución de recurrencias en EM (si el nivel sérico es normal).

En conclusión el RIS es un concepto sobre el hallazgo de lesiones que cumplen determinados criterios para considerarlas de aspecto desmielinizante en la RM, las que podrían eventualmente convertirse en EM. El número de estudios prospectivos sobre la evolución natural del RIS y número de pacientes en cada uno de ellos ha sido suficiente para llamar la atención sobre esta condición, pero es insuficiente para concluir sobre sensibilidad, especificidad y sentido clínico final de la entidad. No obstante, se ha sugerido que los RIS con existencia de lesiones captantes de Gd, compromiso medular, existencia de familiares con RIS, CIS o EM tendrían mayor valor predictivo positivo, tanto en su progresión lesional misma como en la conversión a CIS o EM, lo que enfatiza la necesidad de controlar periódicamente a estos pacientes.

## Referencias bibliográficas

1. Morris Z, Whiteley W, Longstreth W, Weber F, Lee Y, Tsushima Y, *et al*. Incidental findings on brain magnetic resonance imaging: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009; 17: 309 b3016.
2. Okuda D, Mowry E, Beheshtian A, Waubant E, Baranzini S, Goodin D, *et al*. Incidental MRI anomalies suggestive of multiple sclerosis: the

- radiologically isolated syndrome. *Neurology* 2009; 72 (9): 800-5.
3. Okuda D, Mowry E, Cree B, Cabtree E, Goodin D, Waubant E, *et al.* Asymptomatic spinal cord lesions predict disease progression in radiologically isolated syndrome. *Neurology* 2011; 76 (8): 686-92.
  4. Granberg T, Martola J, Kristoffersen-Wilberg M, Aspelin P, Fredikson S. Radiologically isolated syndrome-incidental magnetic resonance imaging findings suggestive of multiple sclerosis, systematic review. *Mult Scler* 2013; 19 (3): 271-80.
  5. Charyl A, Yousry T, Rovaris M, Barkhof F, De Stefano, Fazekas F. MRI and the diagnosis of multiple sclerosis: expanding the concept of “no better explanation”. *Lancet Neurol* 2006; 5 (10): 841-52.
  6. Liu S, Kullnat J, Bourdette D, Simon J, Kraemer D, Murchison C, *et al.* Prevalence of brain magnetic resonance imaging meeting Barkhof and McDonald criteria for dissemination in space among headache patients. *Mult Scler* 2013; 19 (8): 1101-5.

---

Correspondencia:

Jorge Nogales-Gaete

E-mail: [nogalesjorge65@gmail.com](mailto:nogalesjorge65@gmail.com)