

I CONGRESO VIRTUAL IBEROAMERICANO DE NEUROLOGÍA
SIMPOSIO DE NEUROEPIDEMIOLOGÍA

Editor: A. Pérez-Sempere

Epidemiología de la esclerosis múltiple en España.
Datos de prevalencia e incidencia

J. Mallada

THE EPIDEMIOLOGY OF MULTIPLE SCLEROSIS IN SPAIN.
DATA ON PREVALENCE AND INCIDENCE

Summary. Introducción. Traditionally, Spain has been considered to be an area with a low prevalence of multiple sclerosis. However, the most recent studies show much higher figures than those previously described. Objective. We aim to summarize the current data on prevalence and incidence of the disorder in Spain so as to determine the true situation regarding multiple sclerosis in this country. Development. We have evaluated all the epidemiological data published on the descriptive epidemiology of multiple sclerosis in Spain, and analysed the differences in method which might explain the disparity between the figures quoted. We also studied the data on incidence available, mainly in the Alcoi health district, where we carried out the most prolonged incidence study in Spain. Conclusions. The figures for prevalence given by the most recent studies include Spain in the area of moderate risk. The analysis of prevalence figures seem to indicate that these have varied with time and, at least in some zones, the incidence has increased in recent years [REV NEUROL 1999; 29: 864-7].

Key words. Epidemiology. Incidence. Multiple sclerosis. Prevalence. Spain.

En 1975, Kurtzke planteó la existencia de áreas geográficas de distinta prevalencia de esclerosis múltiple (EM), de forma que la enfermedad aumentaría conforme nos alejáramos del ecuador [1]. Las zonas de alto riesgo presentarían tasas superiores a 30 casos por 100.000 habitantes, y abarcarían a Norteamérica, centro y norte de Europa, así como el sur de Australia y Nueva Zelanda. España estaba englobada en la zona de riesgo medio junto al resto de la Europa mediterránea, sur de Estados Unidos y norte de Australia y Nueva Zelanda, con prevalencias esperadas de entre 5 y 30 casos. Los países asiáticos, África y Latinoamérica serían zonas de bajo riesgo, con prevalencias inferiores a 5.

Sin embargo, la repetición de estudios epidemiológicos en las distintas zonas ha variado esta visión de la distribución mundial de la EM. Aunque en líneas generales se mantiene la existencia de un gradiente norte-sur, se ha observado que puede haber grandes diferencias de prevalencia en áreas geográficamente cercanas, como Sicilia (prevalencia de 53,3 casos por 100.000 habitantes) y Malta (cifras de sólo 4,2 casos por 100.000 habitantes) [2,3], o en áreas de la misma latitud aunque más alejadas (p. ej. la prevalencia en Rochester, Minnesota, es de 173 casos por 100.000 habitantes, mientras que en London, Ontario, es de 94 y en Newfoundland de 55, regiones todas ellas situadas en el norte de Estados

Unidos o Canadá) [4]. Por otra parte, los estudios realizados más recientemente en Italia [5] y—como veremos más tarde—en España han revelado cifras de prevalencia superiores a las esperadas según las áreas de Kurtzke que sitúan la Europa mediterránea dentro del área de riesgo elevado.

Ello hace que no se puedan extrapolar los datos de un área a otra, solamente sobre la base de proximidad geográfica o de latitud. Si realmente se quiere conocer la prevalencia de la enfermedad en una zona se debe realizar un estudio en dicha área.

Los estudios epidemiológicos realizados en España no son abundantes y hasta fechas recientes la metodología empleada sesgaba los resultados, de forma que los datos que han aportado deben interpretarse con cautela (Tabla). Hasta hace pocos años, casi todos los estudios realizados obtenían la información de registros hospitalarios, de manera que los casos leves pueden estar infravalorados, ya que la EM es durante años una enfermedad de curso insidioso que puede dejar pocas o ninguna secuela y el paciente puede tardar en consultar a un neurólogo. Otro de los problemas de estos estudios radica en que, con frecuencia, han abarcado poblaciones muy amplias, repartidas en zonas geográficas extensas, lo que dificulta enormemente la recogida de datos y ocasiona también que se subestime la prevalencia de la enfermedad.

Los primeros estudios llevados a cabo en Cataluña en 1968 calculaban una prevalencia de únicamente 6,5 casos por 100.000 habitantes [6].

El siguiente estudio publicado fue el de Sosa et al en la provincia de Las Palmas [7], basado en los registros de los dos grandes hospitales públicos de la provincia. Se contabilizaron 44 casos de EM definitivos, probables o posibles con una prevalencia de 6,28 casos por 100.000 habitantes y una incidencia de únicamen-

Recibido: 23.03.99. Aceptado: 03.07.99.

Servicio de Neurología. Hospital General de Elda. Alicante, España.

Correspondencia: Dr. Javier Mallada. Servicio de Neurología. Hospital General de Elda. Crta. Elda-Sax por La Torreta, s/n. E-03600 Alicante. E-mail: jmallada@meditex.es

© 1999, REVISTA DE NEUROLOGÍA

te 0,6 casos por 100.000 habitantes/año; la más baja de las descritas hasta entonces, exceptuando la encontrada en Corea [8].

El estudio publicado en 1984 por Miró et al recogía 30 pacientes con EM definida o probable diagnosticados en Cantabria entre 1976 y 1980 [9]. Era un estudio retrospectivo basado en registro hospitalario. La prevalencia era de 5,6 casos por 100.000 habitantes y la incidencia de 1,21 casos por 100.000 habitantes/año.

En 1986, Fernández et al recogieron en su estudio los datos de los registros hospitalarios de Málaga, así como los resultados de dos encuestas postales a los médicos de la provincia y de la publicación de anuncios en prensa. Se encontraron 84 casos definidos y 29 probables, con una prevalencia de 10,9 casos por 100.000 habitantes, aunque los propios autores comentaban que probablemente esta cifra debería ser mayor, ya que habían tenido problemas en la obtención de los casos dada la escasa respuesta obtenida en las encuestas postales y la gran población abarcada en el estudio [10].

Barduzal et al publicaron en 1987 los resultados de un estudio epidemiológico retrospectivo realizado en Aragón [11]. Se basaron en registros hospitalarios y abarcaba una población de más de 1.200.000 habitantes; fue un estudio retrospectivo (desde 1975 a 1985) e incluyeron también casos posibles. Los autores hallaron 33 casos definidos, 44 probables y 46 posibles, con una prevalencia global de 9,1 casos por 100.000 habitantes, pero con cifras claramente inferiores en Huesca (4,6) y Teruel (7,8) que en Zaragoza (10,8), provincias rurales con mayor dificultad de acceso a los hospitales.

El estudio castellano en las provincias de Salamanca y Zamora encontró 64 casos, teniendo en cuenta que no incluyó casos posibles [12]. La incidencia en ambas provincias fue de 1,35 y la prevalencia algo mayor en Zamora (11,6 casos por 100.000 habitantes) que en Salamanca (10,6 casos por 100.000 habitantes).

El trabajo epidemiológico de 1988 en el área de Alcoi, Alicante, encontró la prevalencia más alta de las publicadas hasta esa fecha en España [13,14]. Se valoraron casos definidos y se encontraron 23 pacientes, con una prevalencia de 17,17 casos por 100.000 habitantes y una incidencia de 2,24 casos por 100.000 habitantes/año. La particularidad de este estudio es que se centró en un área geográfica más reducida, aislada y dependiente de una única Unidad Neurológica, así como que no se basó únicamente en registros hospitalarios sino que se llevó a cabo un exhaustivo estudio de campo, evitando de esta forma los problemas de estudios anteriores. En este estudio se llamaba la atención sobre una subárea dentro de la zona, donde se acumulaban 15 de los pacientes con una prevalencia de 45,59 casos por 100.000 habitantes, y también una mayor prevalencia de la enfermedad entre la población emigrante, aunque este último dato no se confirmó con estudios posteriores.

En la comarca de Osona (Girona), Bufill y Blesa encontraron en 1988 una prevalencia global de 18,7, con 21 casos. También llama la atención en este estudio el cúmulo de casos: 11 de ellos, en tres poblaciones, con una prevalencia de 32; en concreto, en la población de Manlleu se hallaron siete casos, con una prevalencia de 43. La valoración de esta 'bolsa' de EM es difícil, y en tan reducido número de casos no se puede descartar la posibilidad de azar [15].

Los siguientes trabajos empezaron a mostrar cifras más altas: en Lanzarote, la prevalencia fue de 15 casos por 100.000 habitantes [16], y en Navarra se halló una prevalencia de 16,4 y una incidencia media de 0,49, registrándose un aumento gradual de la misma desde 1951 a 1986 [17].

Tabla. Estudios epidemiológicos sobre esclerosis múltiple realizados en España.

Zona	Latitud	Autor	Año	Prevalencia	Incidencia
Cataluña	42°	Oliveras	1968	6,5	
Las Palmas	28°	Sosa	1983	6,2	0,6
Cantabria	44°	Miró	1984	5,6	1,21
Málaga	37°	Fernández	1986	10,9	
Aragón	40-44°	Barduzal	1987	9,1	0,7
Salamanca	41°	Ruiz	1988	10,6	1,35
Zamora	42°	Ruiz	1988	11,6	1,35
Alcoi (Alicante)	38°	Martín	1988	17	2,9
Osona (Girona)	41°	Bufill	1988	18,7	
Cantabria	44°	Miró	1989	15,6	0,9
Lanzarote	28°	García	1989	15	
Navarra	43°	Antón	1991	16,4	0,49
Gijón	43°	Uría	1991	23,3	
Alcoi (Alicante)	38°	Ribera	1992	27,6	2,8
Vélez Málaga	36°	Fernández	1994	53	
Segovia	40°	Pérez Sempere	1995	56	3,2
Osona (Girona)	41°	Bufill	1995	58	
Teruel	40°	Modrego	1997	32	2,2
Gijón	43°	Uría	1997	65	3,7
Alcoi (Alicante)	38°	Mallada	1997	41,2	2,8

En Gijón, un estudio en un área reducida (81.000 habitantes), con una investigación retrospectiva de los casos y también prospectiva a lo largo del período del estudio, se encontró una prevalencia de 23,32 casos por 100.000 habitantes; la diferencia con el estudio asturiano previo, y con las prevalencias descritas en otras zonas, se atribuyó a las diferencias metodológicas [18].

En el área de Alcoi, en 1991, se contabilizaron de nuevo los casos, continuando el estudio iniciado en 1986 de forma prospectiva [19]; en esta ocasión, existían 37 casos, con una prevalencia de 27,67 casos por 100.000 habitantes, claramente superior a la encontrada en esa zona tres años antes por el mismo equipo investigador, y una incidencia a lo largo del estudio de 2,8 casos por 100.000 habitantes/año.

Los últimos estudios realizados, publicados a partir de 1994, difieren en la metodología empleada. Ajustándose a criterios más estrictos incluyen, por regla general, casos de EM clínicamente definida o probable; se trata de estudios que abarcan zonas geográficas más reducidas, con buena red sanitaria, con una población menor (entre 30.000 y 70.000 habitantes), en los que la recogida de datos es más fructífera y las cifras de prevalencia probablemente más cercanas a la realidad de esta enfermedad en nuestro país.

El estudio realizado en Vélez Málaga abarca una población de 36.014 habitantes [20]. En este estudio, se revisaron los archivos

hospitalarios, los certificados de defunción y se realizó un estudio de campo; se utilizaron los criterios de Poser de EM clínicamente definida y clínicamente probable. Así, se contabilizaron 19 pacientes (18 definida y una probable), resultando una prevalencia de 53 (intervalo de confianza (IC) del 95%: 32-82), que disminuye a 50 si se cuentan sólo los casos definidos. De los 19 enfermos, 13 pacientes eran mujeres y seis varones (ratio: 2,1/1) con una prevalencia por sexos de 74 y 33 (27 si se cuentan sólo los definidos).

En Segovia, con una población de 53.774 habitantes, se encontraron 30 pacientes con EM clínicamente definida (23 mujeres y siete varones; ratio: 3,28/1, la más alta de las descritas en nuestro país), con una prevalencia de 56 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 36-76) y una incidencia de 3,2 durante los años 1980-93 (IC 95%: 2-4,6) [21].

El estudio de Osona tuvo una metodología similar, aunque se debieron revisar también los datos de los hospitales barceloneses y de los neurólogos privados. Este estudio se realizó a lo largo de cinco años, de octubre de 1989 a septiembre de 1994 [22], y la fecha de prevalencia fue el 31 de diciembre de 1994. El estudio abarcó una población de 71.985 habitantes y se encontraron 42 pacientes con EM definida o probable (28 mujeres y 14 varones) con una prevalencia de 58 casos por 100.000 habitantes, que descendía a 54 por 100.000 habitantes, si sólo se contaban los casos definidos (75,5 para mujeres y 40 para varones).

El estudio de Teruel ofrece cifras inferiores: 46 pacientes en una población de 143.000 habitantes atendida en dos hospitales. La prevalencia fue de 32 por 100.000 habitantes (IC 95%: 22,8-41,3), por sexos, 23,5 en varones y 40,6 en mujeres. La ratio por sexos fue 1,7/1. La incidencia aproximada obtenida es de 2,2 casos por 100.000/año en los últimos cinco años [23]. A pesar de que algunos de los pacientes se recogieron a través de médicos generalistas, cabe la posibilidad de que la menor prevalencia encontrada esté relacionada con la gran distancia existente desde muchas zonas de la provincia hasta los dos únicos hospitales de la provincia, sin olvidar el hecho de que la población turolense – como reflejan los autores – es una población envejecida, ni la posibilidad de que la prevalencia real en la zona sea inferior a la de otras partes de España.

El último trabajo publicado sobre la prevalencia de la enfermedad en España es el de Gijón [24]. Sobre una población de 33.775 habitantes, se encontraron 22 casos (17 clínicamente definida, 4 probables y una definida apoyada por laboratorio). La prevalencia fue de 65,1 casos por 100.000 habitantes (IC 95%: 37,9-92,3), que descendió a 53,2 si se consideraban sólo los casos definidos clínicamente. La incidencia fue de 3,7 casos por 100.000 habitantes/año (IC 95%: 1,4-7).

En Alcoi, los últimos datos – no publicados – del estudio iniciado en 1986, con fecha de prevalencia de 31 de diciembre de 1997, muestran una prevalencia de 41,28 casos por 100.000 habitantes (54 casos de EM clínicamente definida para una población de 130.786 personas) con un IC 95% de 31-53,6; mientras que la incidencia media a lo largo de 12 años, valorada prospectivamente, ha sido de 2,82 casos por 100.000 habitantes/año (IC 95%: 2,05-3,77).

Los trabajos publicados en nuestro país en los últimos cuatro años han cambiado la visión de la epidemiología de la EM en España. Se ha demostrado claramente que no es una enfermedad infrecuente y la prevalencia de esta patología es, al menos, de 40 a 60 casos por 100.000 habitantes, lo que nos sitúa en un área de riesgo moderadamente elevado. La distri-

bución de la enfermedad no parece homogénea y van a ser necesarios más estudios para terminar de definir el mapa de la EM en España.

Es importante que los estudios futuros se ajusten a una serie de características que permitan compararlos:

1. Es necesario utilizar criterios diagnósticos comunes de forma estricta; se recomienda usar los criterios de Poser de EM clínicamente definida y probable [25], evitar la inclusión de casos posibles y especificar los casos diagnosticados con test paraclínicos, que no siempre es posible realizar en todas las zonas.
2. Las zonas estudiadas deben ser áreas geográfica y socialmente bien definidas, evitando en la medida de lo posible las divisiones meramente administrativas [26].
3. La población estudiada no debe ser muy amplia. Aunque un número de habitantes entre 30.000 y 60.000 ofrece grandes ventajas en la recogida de la información, los intervalos de confianza son muy amplios y variaciones de uno o dos casos dan lugar a grandes cambios en la prevalencia. Probablemente, estudios en poblaciones algo superiores, entre 100.000 y 150.000 habitantes, si la red sanitaria es buena y se realiza un intensivo trabajo de campo, permitan dar cifras más ajustadas.

Sin embargo, los estudios que analizan únicamente la prevalencia nos ofrecen una imagen muy estática de la enfermedad y nos dicen poco de la evolución a lo largo de los años. Existen datos que apoyan la posibilidad de que la incidencia de la enfermedad puede variar a lo largo de los años en algunas zonas del mundo [4,27] y también en nuestro país. En España, el estudio navarro [17], aunque basado en datos retrospectivos – hecho que relativiza las conclusiones –, encontraba un significativo aumento de la incidencia en las décadas comprendidas entre 1951 y 1986, y Pérez Sempere en su estudio de la provincia de Segovia [21] llama la atención sobre la desproporción entre la prevalencia encontrada y la esperada según los datos de incidencia (una prevalencia de 56 para una incidencia de 3,2 casos anuales, la cual, dada la duración media de la enfermedad, debería haber llevado a una prevalencia cercana a 90). Finalmente, los datos de Alcoi, donde se ha seguido un estudio prospectivo de incidencia a lo largo de 12 años, muestran un progresivo aumento de la prevalencia, que en 1997 es más del doble que la descrita en la primera publicación, mientras que la incidencia ha permanecido estable, alrededor del 2,8 casos por 100.000 habitantes/año. Esta incidencia, como en Segovia, debería haber dado lugar a una prevalencia de más de 80 casos por 100.000 habitantes, si hubiera sido la misma en décadas pasadas.

Es conocido que la prevalencia de la enfermedad se incrementa aproximadamente en un 25-50%, si se repiten los estudios en una zona; además, el mayor número de enfermos se ha atribuido a una mejor asistencia, mejor y más precoz diagnóstico y mayor supervivencia. No obstante, en el área de Alcoi, si ajustamos la prevalencia al comienzo de la enfermedad [26] – no al momento del diagnóstico –, de forma que un caso de reciente diagnóstico se incluye como prevalente en el año en que ya tenía síntomas – no en el año que se diagnosticó, evitando de este modo el sesgo introducido por el diagnóstico –, el incremento se mantiene y la mortalidad por la enfermedad no disminuye, pues se mantiene en cifras de 0,37 fallecimientos por 100.000 habitantes/año, similar a la descrita en nuestro país en la década de los 70 [28].

La posibilidad de variaciones en la incidencia es razonable

si pensamos en un factor exógeno, probablemente infeccioso, necesario en la génesis de la EM, y confirmarlo tiene importantes implicaciones epidemiológicas y en la búsqueda de posibles factores exógenos que influyan en el desarrollo de la enfermedad.

Los estudios de incidencia presentan innegables dificultades, fundamentalmente establecer el comienzo de la enfermedad y la necesidad de estudiar poblaciones durante períodos prolon-

gados, pero sólo este tipo de estudios permitirán valorar la evolución de la EM y descubrir si existen fluctuaciones significativas en la incidencia. A pesar de su complejidad, es necesario continuar los estudios iniciados, como se ha realizado en los últimos años en Alcoi, y ampliarlos a otras zonas para obtener datos a largo plazo y conocer no sólo el impacto de la enfermedad en un momento determinado, sino también la evolución a lo largo de los años.

BIBLIOGRAFÍA

- Kurtzke JF. A reassessment of the distribution of multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 1975; 51: 110-36.
- Dean G, Grimaldi G, Kelly R, et al. Multiple sclerosis in Southern Europe. I. Prevalence in Sicily in 1975. *J Epidemiol Commun Health* 1979; 33: 107-10.
- Vasallo L, Elian M, Dean G. Multiple sclerosis in Southern Europe. II. Prevalence in Malta in 1978. *J Epidemiol Commun Health* 1979; 33: 110-3.
- Sadovnick AD, Ebers GC. Epidemiology of multiple sclerosis: a critical overview. *Can J Neurol Sci* 1993; 20: 17-29.
- Granieri E, Casetta I, Tola MR. Epidemiology of multiple sclerosis in Italy and in Southern Europe. *Acta Neurol Scand* 1995; (Suppl 161): 60-70.
- Oliveras de la Riva C, Aragón JM, Mercadé J. Estudio de la incidencia relativa y absoluta de la esclerosis múltiple en nuestra región. *An Med Cir* 1968; 54: 13-5.
- Sosa M, Betancor P, Rosas C, Navarro MC. La esclerosis múltiple en la provincia de Las Palmas. *Arch Neurobiol* 1983; 46: 161-6.
- Park CS. Multiple sclerosis in Korea. *Neurology* 1966; 16: 919-26.
- Miró J, Rebollo M, Combarros O, Polo JM, Leno C, Berciano J. Esclerosis múltiple en Cantabria. Estudio retrospectivo de 30 casos. *Rev Clin Esp* 1984; 175: 153-6.
- Fernández O, Izquierdo G, Campos VM, Pastor M. Epidemiología de la esclerosis múltiple en la provincia de Málaga (España). Un estudio de prevalencia. *Neurología* 1986; 1: 3-5.
- Barduzal S, Oliveros A, Manubens JM, Morales F. Esclerosis múltiple: estudio epidemiológico retrospectivo en Aragón (1975-1985). *Neurología* 1987; 2: 97-100.
- Ruiz JJ, Ortín A, López JT, Cacho J. Epidemiología de la esclerosis múltiple (Salamanca y Zamora). *Neurología* 1988; 3 (Supl): 57.
- Martín R, Matías-Guiú J, Calatayud E, Moltó JM, Insa R, Aranaz J. Epidemiología de la esclerosis múltiple en la comarca de Alcoi (Alicante). *Neurología* 1988; 3: 56-7.
- Matías-Guiú J, Bolumar F, Martín R, Insa R, Casquero P, Moltó JM, et al. Multiple sclerosis in Spain: an epidemiological study of the Alcoi health region, Valencia. *Acta Neurol Scand* 1990; 479-483.
- Bufill E, Blesa R. High prevalence of multiple sclerosis in Catalanian area. *International MS Conference. Rome, 1988.*
- García JR, Rodríguez S, Sosa M, Batista E, Corujo E, Font de Mora A, et al. Prevalence of multiple sclerosis in Lanzarote (Canary Islands). *Neurology* 1989; 39: 265-7.
- Antón E, Martínez-Lage JM, Maraví E, Gállego J, de Castro P, Villanueva JA. Epidemiología y aspectos clínico-evolutivos de la esclerosis múltiple en Navarra. *Neurología* 1991; 6: 160-9.
- Uría DF, Virgala P, Alonso P, Crespo JR, Calatayud T, Arribas JM. Epidemiología de la esclerosis múltiple en Asturias. *Neurología* 1991; 6: 41-5.
- Rivera C. Epidemiología de la esclerosis múltiple en el área sanitaria de Alcoi. Estudio de prevalencia e incidencia desde 1986-1991. Tesis doctoral. Universidad de Alicante; 1991.
- Fernández O, Luque G, SanRomán C, Bravo M, Dean G. The prevalence of multiple sclerosis in the sanitary district of Vélez-Málaga, Southern Spain. *Neurology* 1994; 44: 425-9.
- Sempere AP, Clavería LE, Duarte J, Coria F, Cabezas C. Multiple sclerosis in Spain [Letter]. *Neurology* 1995; 45: 202.
- Bufill E, Blesa R, Galán I, Dean G. Prevalence of multiple sclerosis in the region of Osona, Catalonia, Northern Spain. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 58: 577-81.
- Modrego PJ, Pina MA, López A, Errea JM. Prevalence of multiple sclerosis in the province of Teruel, Spain. *J Neurol* 1997; 244: 182-5.
- Uría DF, Calatayud MT, Virgala P, Díaz A, Chamizo C, Dean G. Multiple sclerosis in Gijón health district, Asturias, Northern Spain. *Acta Neurol Scand* 1997; 96: 375-9.
- Poser CM, Paty D, Scheinberg L. New diagnostic criteria for multiple sclerosis. *Ann Neurol* 1983; 13: 227-31.
- Poser CM. The epidemiology of multiple sclerosis. A general overview. *Ann Neurol* 1994; 36 (Suppl 2): S180-93.
- Rosati G, Aiello I, Mannu L. Incidence of multiple sclerosis in the town of Sassari, Sardinia, 1965 to 1985: evidence for increasing occurrence of the disease. *Neurology* 1988; 38: 384-8.
- Navarro X. Geographical distribution of multiple sclerosis mortality in Spain. *Acta Neurol Scand* 1987; 76: 306-9.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN ESPAÑA. DATOS DE PREVALENCIA E INCIDENCIA

Resumen. Introducción. Tradicionalmente se ha considerado a España como un área de baja prevalencia de esclerosis múltiple, si bien los estudios más recientes han mostrado cifras muy superiores a las previamente descritas. Objetivo. Se intenta resumir los datos actuales de prevalencia e incidencia de la enfermedad en España para conocer la situación real de la esclerosis múltiple en nuestro país. Desarrollo. Se han evaluado todos los datos epidemiológicos publicados sobre epidemiología descriptiva de la esclerosis múltiple en España y se han analizado las diferencias metodológicas que pueden justificar la disparidad entre las cifras encontradas. Se han estudiado también los datos de incidencia de los que se dispone y fundamentalmente los del área sanitaria de Alcoi, donde se ha realizado el estudio de incidencia más prolongado de los llevados a cabo en España. Conclusiones. Las cifras de prevalencia encontradas en los últimos estudios engloban a España dentro del área de riesgo moderadamente elevado. El análisis de las cifras de incidencia parece indicar que éstas han variado a lo largo del tiempo y que, al menos en algunas zonas, la incidencia se está incrementando en los últimos años [REV NEUROL 1999; 29: 864-7].

Palabras clave. Epidemiología. Esclerosis múltiple. España. Incidencia. Prevalencia.

EPIDEMIOLOGIA DA ESCLEROSE MÚLTIPLA EM ESPANHA. DADOS DE PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA

Resumo. Introdução. A Espanha tem sido tradicionalmente considerada uma área de baixa prevalência de esclerose múltipla, no entanto estudos muito recentes mostraram valores muito superiores aos previamente descritos. Objectivo. Tentam-se resumir os dados actuais de prevalência e incidência da doença em Espanha, para conhecer a situação real da esclerose múltipla no nosso país. Desenvolvimento. Avaliaram-se todos os dados epidemiológicos publicados sobre a epidemiologia descriptiva da esclerose múltipla em Espanha e analisaram-se as diferenças metodológicas que podem justificar a diferença entre os valores encontrados. Estudaram-se os dados de incidência disponíveis, sobretudo para a área de saúde de Alcoi, onde se realizou o estudo de incidência mais prolongado, dos estudos efectuados em Espanha. Conclusões. Os valores de prevalência encontrados nos últimos estudos, incluem a Espanha na área de risco moderadamente elevado. A análise dos valores de incidência parece indicar que estes variaram ao longo do tempo e que, pelo menos nalgumas zonas, a incidência tem vindo a aumentar nos últimos anos [REV NEUROL 1999; 29: 864-7].

Palavras chave. Epidemiologia. Esclerose múltipla. Espanha. Incidência. Prevalência.