



Neurology perspectives



18265 - DE ICTUS VERTEBROBASILAR A CRISIS MIASTÉNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rojas Fernández, N.¹; Durán Borrella, Ó.²; Fernández Díaz, Á.²; Barraza García, G.³

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo; ²Servicio de Neurología. Hospital El Bierzo; ³Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital El Bierzo.

Resumen

Objetivos: Varón de 62 años, trasladado a planta desde UCI tras fibrinólisis endovenosa (FEV) por sospecha de ictus vertebrobasilar. Durante adquisición inicial de imágenes presenta parada respiratoria en relación a administración de contraste yodado (CY).

Material y métodos: Antecedentes personales: ptosis palpebral izquierda (PPI) crónica. Enfermedad actual: disartria, disfonía y disfagia de instauración brusca. Sobre-esfuerzo físico horas antes con cervicalgia derecha. Exploración física en planta: PPI. Facies miopática. Disartria, disfonía y disfagia completa. Paresia musculatura flexoextensora cervical 4/5, dificultad para sujeción cefálica. Maniobras de fatigabilidad: patológicas. Test del hielo: desaparición de PPI.

Resultados: TC-multimodal código ictus: ASPECTS 10. Angio-TC: normal. RM craneal-angioRM TSA-Willis: disección V3-V4 de arteria vertebral derecha. Estimulación repetitiva musculatura distal, proximal y craneal: respuesta decremental mayor del 10% en cuarto estímulo. Test del mestinón: mejoría clínica. TC torácico: anodino. Anticuerpos antirreceptor de acetilcolina: positivos. Antimusk negativos. Pruebas alergia a CY: negativas. Diagnóstico: crisis miasténica (CM) por CY en paciente con miastenia gravis (MG) no conocida. Disección arteria vertebral derecha.

Conclusión: La CM es una complicación potencialmente mortal de la MG caracterizada por insuficiencia respiratoria neuromuscular grave que requiere intubación y/o ventilación mecánica. En un 20% de casos es la primera manifestación de una MG, debiéndose confirmar con pruebas inmunológicas o electrofisiológicas. Puede desencadenarse por múltiples factores, entre ellos CY. Presenta una tasa de mortalidad hospitalaria del 15-20% a pesar de cuidados intensivos. Las terapias rápidas para la CM incluyen inmunoglobulinas endovenosas/recambio plasmático asociadas a inmunoterapia. No existe contraindicación clara para la FEV en código ictus por disección arterial cervical aguda.