



20295 - *MIASTENIA GRAVIS* Y POLINEUROPATÍA AGUDA INMUNOMEDIADA SIMULTÁNEAS Y DE NUEVO DIAGNÓSTICO

Martínez Palicio, M.; Pinzón Benavides, P.; Rozas Fernández, P.; Cordero Novo, A.; Alonso Vallín, D.; Orejon Sánchez, A.; Suárez Moro, R.; Sánchez-Suárez López, M.

Servicio de Neurología. Hospital de Cabueñes.

Resumen

Objetivos: La *miastenia gravis* (MG) y las polineuropatías agudas inmunomediadas son entidades mediadas por autoanticuerpos frente a receptor de acetilcolina en la MG y antigangliósidos en la polineuropatía. Ambas son poco frecuentes, siendo su asociación simultánea aún más inhabitual. Describimos dos casos de pacientes con diagnóstico *de novo* y simultáneo de MG y polineuropatía aguda inmunomediada.

Material y métodos: Mujer de 59 años que consulta 3 días tras vacunación de gripe por cuadro de disfagia a líquidos, debilidad de 4 extremidades y dificultad respiratoria. Varón de 71 años, ingresa en cardiología por síncope cardiogénico, tras administración de procainamida sufre bajo nivel de consciencia, debilidad arrefléxica de extremidades izquierdas y acidosis respiratoria que requiere ventilación; en días previos hipoestesia en manos y piernas.

Resultados: En ambos el diagnóstico de polineuropatía fue clínico y apoyado por electroneurografía, polineuropatía axonal motora aguda la mujer; polineuropatía sensitivo-motora aguda desmielinizante y anticuerpos antigangliósidos positivos el varón. Los dos presentaban fatigabilidad durante la hospitalización y se ampliaron estudios siendo compatibles con MG seropositiva (además anticuerpos antititina con timoma). Como tratamiento ambos recibieron piridostigmina, corticoides, inmunoglobulinas y rehabilitación con mejoría. En el seguimiento ambulatorio la mujer mejoró con tratamiento sintomático, intervenida de timoma a los 2 meses, posteriormente clínicamente estable sin tratamiento. El varón falleció 4 meses tras el alta debido a una hemorragia digestiva baja masiva.

Conclusión: La MG y las polineuropatías inmunomediadas son entidades de asociación infrecuente. La orientación diagnóstica de ambas es clínica, apoyándonos en pruebas complementarias para su confirmación. Es importante sospecharlas para optimizar el tratamiento y lograr una evolución favorable.