



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

424/1802 - MIASTENIA GRAVIS EN EL PUERPERIO

W. Pérez Aguilar¹, A. Hermoso Sabio², A. Quitián Martín³ y P. Fernández López⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Zubia. Granada. ²Médico de Familia. Centro de Salud de la Zubia. Granada. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. ⁴Médico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Huétor Vega. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 21 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que posteriormente a una cesárea complicada con infección de la herida quirúrgica, presenta un cuadro de hipoestesia hemifacial y disartria leve, diagnosticada inicialmente como parálisis facial de Bell.

Exploración y pruebas complementarias: Hipoestesia hemicara izquierda, disartria leve, dificultad para soplar, tono disminuido en miembro superior izquierdo, sensibilidad preservada, tras la ausencia de respuesta al tratamiento inicial por sospecha de parálisis facial de Bell (corticoides y piridoxina) se deriva a urgencias donde se le realiza TAC torácico que no muestra alteraciones significativas y una serie de pruebas analíticas entre las que destaca antiacetilcolina positivos.

Orientación diagnóstica: Miastenia gravis puerperal.

Diagnóstico diferencial: Parálisis facial periférica, con una presentación predominante en mujeres en la segunda década y con aumento del riesgo durante el embarazo. Lesiones cerebrales con sintomatología acorde al territorio afectado. Esclerosis lateral amiotrófica por la sintomatología de debilidad muscular y alteraciones del habla.

Comentario final: El abordaje inicial se realizó sospechando un cuadro de Bell, ante la no mejoría/empeoramiento de la paciente se emprendió un estudio ampliado a través de las urgencias hospitalarias, descartando patologías con componentes de riesgo vital. La miastenia gravis es un trastorno neuromuscular autoinmune, el doble de frecuente en mujeres, más en la segunda y tercera décadas de vida. El primer trimestre del embarazo y el primer mes posparto son de alto riesgo para exacerbaciones. Durante el embarazo, el tratamiento debe ser individualizado. Puede ser necesario un parto vaginal asistido por vacío o con fórceps. A embarazadas con miastenia gravis hay que seguirlas con un equipo multidisciplinar que involucre a obstetra, anestesiólogo, pediatra y neurólogo. La plasmáferesis o inmunoglobulina se pueden usar de manera segura para tratar las manifestaciones graves de la enfermedad o las crisis miasténicas. Los recién nacidos pueden desarrollar un cuadro miasteniforme transitorio. Si las manifestaciones son leves sobre todo en el puerperio se puede dar piridostigmina oral.

Bibliografía

1. Hassan A, Yasawy ZM. Myasthenia Gravis: Clinical management issues before, during and after pregnancy. Sultan Qaboos Univ Med J. 2017;17 (3):e259-67.

2. Hamel J, Ciafaloni E. An Update: Myasthenia Gravis and Pregnancy. *Neurol Clin.* 2018;36(2):355-65.

Palabras clave: Miastenia gravis. Embarazo. Posparto.