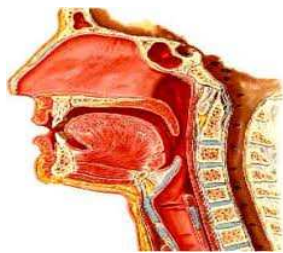
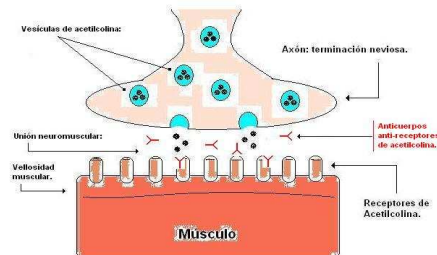


Hombre de 29 años sin antecedentes patológicos relevantes, que se quejaba de disfagia y "voz gangosa" de una semana de evolución sin otros síntomas acompañantes. En la exploración se encontraron signos vitales normales y se apreció edema de úvula y amígdala izquierda con abundantes exudados; no presentaba ni adenopatías ni fiebre. Durante dos meses fue visto por ORL y Alergología donde se efectuaron múltiples pruebas de laboratorio y gabinete. Se indicó tratamiento con antiinflamatorios, corticoides, antibióticos y antihistamínicos, además haberse efectuado amigdalectomía.

El curso de su enfermedad se caracterizó por una sucesión de recidivas del mismo cuadro clínico que, en ocasiones, se acompañaba de febrícula, pérdida de fuerza en brazos y debilidad general, que se asociaban al cuadro reumático-infeccioso. El cuadro clínico progresó y se complicó con debilidad muscular que le dificultaba subir escaleras, por lo que se envió a Neurología donde a la exploración donde se encontró debilidad muscular en bíceps izquierdo y ambos tríceps; los campos visuales, sensibilidad, coordinación, reflejos musculares y plantares normales. Las pruebas de fatigabilidad mostraron ptosis palpebral bilateral.



UNIÓN NEUROMUSCULAR ATACADA POR ANTICUERPOS ANTI-RECEPTORES DE ACETILCOLINA.



DIAGNOSTICOS	% PARTICIPANTES
Miastenia Gravis	85.7%
Fiebre reumática	14.3%
Miopatas inflamatorias y mitocondriales	14.3%
Lupus Eritematoso Sistemico	7.1%
Timoma	7.1%

PROBABLE ETIOLOGIA	% PARTICIPANTES
AUTOINMUNE	78.6%
INFECCIOSA	35.7%
NEOPLASICA	7.1%
METABOLICA	7.1%
GENETICA	7.1%

LABORATORIO	% PARTICIPANTES
ASO + PCR + FR	57.1%
BH VSG	57.1%
Ac. Anti Tiroglobulina+ Func Tiroidea	50.0%
Ac. Anti Receptor de Acetilcolina	42.9%
Acs Epstein Barr	21.4%
Ac. Anti Péptido Citrulinado	14.3%
Ac. Anti músculo liso	7.1%
Acs Anti Tiroideos	7.1%
Banda oligoclonal IgG en LCR	7.1%
Crioglobulinas	7.1%
Cultivo Exudado Faringeo	7.1%
Enzimas musculares: CK, Aldolasa	7.1%

GABINETE	% PARTICIPANTES
TAC Torax	78.6%
Electromiografía	64.3%
RMN Torax	42.9%
Biopsia muscular	21.4%
Prueba Tensilon Cloruro de Edrofonio	14.3%

DIAGNOSTICO	MIASTENIA GRAVIS: MG
DEFINICION	Enfermedad neuromuscular crónica autoinmune que se caracteriza por grados variables de debilidad de los músculos esqueléticos. Debuta con un cuadro insidioso de pérdida de fuerza, que rápidamente se recupera con el descanso pero que reaparece al reiniciar el ejercicio. Suele iniciarse en los músculos periorbitales generalmente de forma gradual.
INMUNOLOGIA	Es probable que el timo genere señales incorrectas sobre la producción de anticuerpos receptores de acetilcolina, creando así el ambiente perfecto para un trastorno en la transmisión neuromuscular. Se ha demostrado que el 65% de los pacientes miasténicos tienen un timo hiperplásico. Los timomas generalmente son benignos, pero pueden llegar a ser malignos. Suelen ser por la aparición de células mioideas (similares a miocitos), que también pueden actuar como productoras del autoantígeno, y generar una reacción autoinmune contra el timo.
DIAGNOSTICO FARMACOLOGICO:	La Prueba con cloruro de edrofonio (prueba de Tensilon) endovenosa la cual tiene una sensibilidad del 80 a 95% en pacientes con miastenia gravis presentando mejoría inmediata sobre todo ante su facies característica. La dosis inicial es de 1 mg, seguida de 2,3 y 5 mg, en intervalos de 3 a 5 minutos. Para poder controlar síntomas gastrointestinales (o en casos menos frecuentes bradicardia e hipotensión) es necesario tener a mano una jeringa con atropina. Un 20% de los pacientes con MGO tiene una prueba falsa negativa.
DIAGNOSTICO ELECTROMIOGRAFICO:	Se basa en la estimulación eléctrica repetitiva de distintos nervios para detectar una alteración de la transmisión neuromuscular. El estudio se realiza aplicando de cuatro a seis estímulos a una frecuencia de 2 Hz, antes y después de 30 segundos de ejercicio. Se repiten estos estímulos en intervalos de 1 minuto hasta 5 minutos después de finalizado el ejercicio. La prueba se considera positiva cuando existe una diferencia de amplitud de más del 10% entre el primer y quinto potencial evocado. Esta prueba no es específica de la Miastenia ya que puede ser positiva en otras enfermedades neuromusculares. Otro método diagnóstico es la electromiografía de fibra aislada.
DIAGNOSTICO INMUNOLOGICO	Anticuerpos contra receptores de acetilcolina: Esta prueba es la más fidedigna donde se va a identificar la presencia de ACRA en pacientes compatibles con miastenia gravis. Existen tres tipos de anticuerpos: bloqueantes, moduladores y de ligadura. Los ACRA están presentes en un 75-85% de los pacientes con Miastenia gravis generalizada. En entre un 10 y 50% de estos enfermos se detectan otros anticuerpos frente a un enzima muscular (MuSK, siglas en inglés de "muscular specific kinase"). Aunque los falsos positivos son raros, se han observado en pacientes con lupus eritematoso y con enfermedades hepáticas autoinmunes.
TRATAMIENTO.	Medicamentos anticolinesterasa (Piridostigmina), inmunosupresores (prednisona ,azatioprima y ciclosporina). Plasmaféresis.
BIBLIOGRAFIA	www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/myastheniagravis.html ,