

“MIASTENIA GRAVIS/GUILLIAN BARRE”

DOCENTE: RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

**MATERIA: CLÍNICAS MÉDICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

MIASTENIA GRAVIS.

DEFINICION.

Es una enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica, mediada por autoanticuerpos contra el receptor nicotínico de acetilcolina.

EPIDEMIOLOGIA.

La miastenia gravis afecta a individuos de todas las edades, sin embargo, existe un incremento de incidencia bimodal, el primero involucra población en edad productiva, se presenta en la tercera década de la vida, con una relación mujer:hombre de 3:1 y el segundo pico, se manifiesta entre la sexta y séptima década de la vida, con predominio del sexo masculino.

CLASIFICACION

Se puede clasificar de acuerdo a la edad de inicio (neonatal o del adulto), la presencia o ausencia de anticuerpos anti-AchR (seropositiva o seronegativa), la gravedad (ocular, generalizada, crisis miasténica) y con base en su etiología (adquirida, neonatal transitoria, inducida por fármacos y congénita).

ETIOLOGIA.

Es el resultado de un ataque autoinmunitario contra los receptores de acetilcolina postsinápticos, que interrumpe la transmisión neuromuscular.

El desencadenante para la producción de anticuerpos es desconocido.

DIAGNOSTICO.

Los síntomas principales son debilidad muscular fluctuante y fatiga de músculos estriados voluntarios. La debilidad muscular aumenta durante los períodos de actividad y disminuye después de períodos de reposo. Los músculos oculares, faciales y bulbares son los más frecuentemente afectados. Las principales manifestaciones clínicas incluyen: diplopía, ptosis unilateral, debilidad progresiva de los músculos masticatorios, debilidad de la musculatura bulbar (la disfagia de esfuerzo y la debilidad del paladar producen regurgitación nasal de líquidos y

comidas), debilidad facial, disfonía de esfuerzo, debilidad de los músculos del cuello (casi siempre tardía, afecta a los extensores y aparece en los casos severos), debilidad de la musculatura de los hombros. Incluso cuando una prueba junto a la cama del paciente es inequívocamente positiva, se requieren uno o ambos de los siguientes para confirmar el diagnóstico: niveles séricos de anticuerpos AchR y electromiografía (EMG). Los anticuerpos contra el AChR están presentes en 80 a 90% de los pacientes con miastenia generalizada, pero sólo en el 50% con la forma ocular.

TRATAMIENTO.

Los medicamentos utilizados para tratar la miastenia gravis incluyen los fármacos anticolinesterasicos, tales como la neostigmina y piridostigmina, inmunosupresores (prednisona, azatioprina, ciclosporina, metotrexate, mofetil micofenolato, ciclofosfamida, rituximab) e inmunoglobulina y plasmaféresis.

GUILLAIN BARRE.

DEFINICION.

Enfermedad desmielinizante aguda que causa el rápido desarrollo de debilidad de las extremidades y a menudo de los músculos faciales, respiratorios y de deglución.

EPIDEMIOLOGIA.

Es considerado como la causa más frecuente de parálisis flácida. Suele afectar a personas de cualquier edad y sexo con 2 picos de presentación: uno en la etapa adulta joven (15-34 años) y otra en ancianos (60-74 años), es rara en niños menores de un año de edad.

CLASIFICACION.

Escala funcional de Huges

0 Paciente sano.

1 Paciente con mínimos síntomas motores con capacidades manuales conservadas.

- 2 Camina sin ayuda, pero capacidades manuales limitadas.
- 3 Requiere ayuda para la de ambulación.
- 4 Confinado a silla de ruedas o cama.
- 5 Requiere ventilación mecánica.
- 6 Muerte.

ETIOLOGIA.

La mayoría de pacientes refieren un proceso infeccioso de vías aéreas o digestivas cuatro semanas previas al inicio de los síntomas. La infección por *Campilobacter jejuni* es la más común de las infecciones asociadas con el síndrome de Guillain Barré, seguida por los citomegalovirus, el virus de Epstein Barr, *Hemophylus influenzae*, el virus de la varicela-zoster y *Mycoplasma pneumoniae*. En algunas ocasiones el embarazo, las cirugías o las vacunas pueden desencadenar el síndrome.

DIAGNOSTICO.

Los síntomas y signos alcanzan un máximo alrededor de los 12 días de evolución; 98% de los casos ya han alcanzado una meseta a los 28 días, tiempo promedio en que inicia la mejoría, y se recuperan a los 200 días. El diagnóstico se basa principalmente, en: los datos clínicos (parálisis flácida con arreflexia, trastorno sensorial variable) y los hallazgos en la electroneuromiografía, así como en el resultado del estudio del LCR (proteínas arriba del límite de referencia, sin pleocitosis, y leucocitos <50/mm³).

TRATAMIENTO.

El tratamiento con inmunoglobulina administrada en las 2 primeras semanas del inicio de los síntomas ha demostrado eficacia para acortar el tiempo de recuperación. Por su parte la plasmaféresis ha probado beneficio en pacientes con enfermedad leve, moderada y severa así como mayor utilidad cuando se realiza dentro de los siete días posteriores al inicio de la enfermedad.

Bibliografía.

Guía de Práctica Clínica Tratamiento de la Miastenia Gravis en el adulto. México; Secretaría de Salud, 2010.

Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Guillain Barré en el Segundo y Tercer nivel de Atención. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 03/11/2016.