

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**ASIGNATURA: CLINICA MEDICA COMPLEMENTARIA.**

**DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ.**

**SEPTIMO SEMESTRE.**

**ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.**

**CUARTO PARCIAL.**

**TEMA:**

**MEDICINA HUMANA.**

## **MIASTENIA GRAVIS/ GUILLAIN BARRE**

La característica principal de la miastenia grave, que suele referirse sólo como miastenia, es la debilidad fluctuante de ciertos músculos secundarios, en particular los inervados por los núcleos motores del tallo cerebral, es decir, oculares, masticatorios, faciales, de la deglución y linguales. La debilidad manifiesta durante la actividad continua, la pronta restauración de la fuerza con el reposo y su mejoría impresionante tras la administración de anticolinesterasas, como la neostigmina, son otros aspectos notables.

**Manifestaciones clínicas** La miastenia grave, como su nombre lo implica, es una debilidad muscular con un pronóstico grave (antes). La actividad repetida o persistente de un grupo muscular agota su fuerza contráctil y conduce a paresia progresiva, y el reposo restaura la fuerza al menos en parte. Éstos son los atributos de identificación de la enfermedad; en ocasiones su demostración, si el paciente colabora por completo, es suficiente para establecer el diagnóstico. La especial vulnerabilidad de algunos músculos determina que la miastenia sea un trastorno característico. A menudo los primeros en afectarse son los párpados y los músculos extraoculares, y con menor frecuencia los de la cara, la masticación, la faringe y el cuello. En ocasiones las molestias iniciales se sitúan en las extremidades. De manera más específica, la debilidad del elevador de los párpados o de músculos extraoculares es la manifestación inicial en cerca de 50% de los pacientes, y estos músculos terminan por comprometerse en más de 90% de los casos. Las parálisis y la ptosis oftálmicas (debilidad para la abertura del párpado) suelen acompañarse de debilidad para el cierre palpebral, combinación que casi siempre constituye un indicador de la enfermedad; no obstante, puede observarse en ciertas distrofias musculares. La diplopía en la miastenia no corresponde a la distribución de un nervio, sino que es resultado de debilidad asimétrica de varios músculos en los dos ojos. Al tiempo que la enfermedad avanza muestra diseminación insidiosa, a partir de los músculos craneales hacia aquéllos de extremidades y tronco, a pesar de lo cual existen casos en los que hay un desarrollo bastante rápido, en ocasiones desencadenado al parecer por alguna infección (casi siempre de tipo respiratorio).

En casos aislados, los músculos distales de las extremidades pueden afectarse, como el cuadro de la “mano miasténica” descrito por Janssen et al. Es posible que los síntomas aparezcan por vez primera durante el embarazo o, con más frecuencia, en el puerperio o en respuesta a los fármacos usados para la anestesia.

Clasificación clínica Para facilitar la determinación clínica de la fase de la terapia y el pronóstico, sigue siendo útil la clasificación propuesta por Osserman: Clase I Cualquier debilidad de músculos oculares Puede haber debilidad para el cierre palpebral Fuerza muscular normal en el resto de los músculos. Clase II Debilidad ligera en músculos distintos a los oculares Puede existir debilidad de cualquier grado en los músculos oculares. IIa Predominio en músculos de extremidades, axiales o Ambos Puede existir afectación menor de los músculos orofaríngeos. IIb Afectación predominante de músculos orofaríngeos, respiratorios o ambos. También puede existir afectación menor o idéntica de músculos de extremidades, axiales o ambos. Clase III Debilidad moderada en músculos distintos a los oculares. Puede existir debilidad de cualquier grado en los músculos oculares. IIIa Afectación predominante de músculos de extremidades, axiales o ambos. También puede existir afectación menor de músculos orofaríngeos. IIIb Afectación predominante de músculos orofaríngeos, respiratorios o ambos. También puede haber afectación menor o idéntica de músculos de extremidades, axiales o ambos. Clase IV Debilidad intensa en músculos distintos a los oculares Puede existir debilidad de cualquier grado en los músculos oculares IVa Afectación predominante de músculos de extremidades, axiales o ambos. También puede existir afectación menor de músculos orofaríngeos IVb Afectación predominante de músculos orofaríngeos, respiratorios o ambos. También puede haber afectación menor o idéntica de músculos de extremidades, axiales o ambos. Clase V Intubación, con o sin ventilación mecánica, excepto al utilizarse durante el tratamiento posquirúrgico de rutina. El uso de una sonda para alimentación sin intubación coloca al paciente en la clase IVb.

Evolución y pronóstico: La evolución de la enfermedad varía sobremanera. En algunos casos ocurre diseminación rápida de un grupo muscular a otro, pero en otros el trastorno se mantiene sin cambios durante años hasta que avanza, o no lo hace en lo absoluto. Las remisiones pueden presentarse sin explicación, por lo

general en los primeros años, pero se producen en menos de la mitad de los casos y muy pocas veces duran más de un mes o dos. La enfermedad que remite durante un año o más y a continuación reaparece tiende a ser progresiva. Las recaídas pueden ser ocasionadas por los mismos sucesos que precedieron el inicio de la enfermedad, en especial infecciones.

### **SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ**

La entidad patológica en cuestión es la causa más frecuente de parálisis generalizada aguda o subaguda en la práctica. (En épocas pasadas su frecuencia era rebasada por la de la poliomielitis.) El GBS surge en todas las zonas del mundo y en todas las estaciones, y afecta por igual a niños y adultos de todas las edades y los dos sexos. En años recientes, datos de estudios serológicos han permitido observar que *Campylobacter jejuni*, microorganismo entérico, constituye el patógeno que causó una infección previa más frecuente e identificable, pero solamente explica una fracción más o menos escasa de casos. Otros fenómenos antecedentes o enfermedades coexistentes incluyen exantemas víricos en niños y otras enfermedades víricas en adultos y niños, en particular las causadas por grandes virus de las familias de los herpes (citomegalovirus [CMV], virus de Epstein-Barr [*Epstein-Barr virus*, EBV], VIH) y, con menor frecuencia, infecciones bacterianas diferentes de la producida por *Campylobacter* (*Mycoplasma pneumoniae*, enfermedad de Lyme). La incidencia de GBS ha variado de 0.4 a 1.7 casos por 100 000 personas al año; la última cifra quizá sea la más precisa.

Cuadro sintomático: Es fácil identificar el caso típico. Algunos de los síntomas más tempranos son las parestesias y la insensibilidad leve de dedos de pies y manos; sólo en contadas ocasiones no aparecen tales alteraciones durante la enfermedad. La manifestación clínica más notable es la debilidad que evoluciona de manera más o menos simétrica en cuestión de días, a una o dos semanas, o a veces más. Afecta los músculos proximales y también los distales de las extremidades, por lo común las pélvicas antes que las escapulares (situación que explica el antiguo término de *parálisis ascendente de Landry*); más adelante puede haber ataque del tronco, zonas intercostales, cuello y músculos craneales. La debilidad evoluciona en aproximadamente 5% de los pacientes a la parálisis motora total con insuficiencia

respiratoria, en cuestión de días. En casos graves hay parálisis de los nervios motores del ojo e incluso puede haber falta de reactividad de las pupilas. Más de la mitad de los pacientes señala dolor y una molestia sorda de los músculos, en particular los de caderas, muslos y dorso. La hipoestesia es variable en los primeros días; en el comienzo apenas si se detecta, de tal forma que en el caso típico conlleva el costo de una neuropatía predominantemente motora. Al finalizar una semana, por lo común disminuye el sentido de vibración y posición articular en dedos de pies y manos, y al aparecer tal deficiencia, hay una tendencia a que la sensibilidad profunda (tacto-presión-vibración), muestre mayor menoscabo que la superficial (dolor-temperatura). Signos congruentes son la hiporreflexia tendinosa y después la arreflexia. Puede desaparecer solamente el reflejo aquiliano en la primera semana de la enfermedad.

Diagnóstico: Los métodos de gabinete y laboratorio más importantes son los estudios electrodiagnósticos y de líquido cefalorraquídeo.

Tratamiento, Medidas generales En casos graves son de máxima importancia las medidas de asistencia respiratoria y generales, porque la enfermedad muestra remisión natural y el pronóstico en cuanto a recuperación es satisfactorio en la mayor parte de los enfermos. En lo referente a los pacientes atendidos por los autores, en promedio 25% necesitaron ventilación mecánica. El estado de la persona puede deteriorarse de modo impredecible y rápido en los primeros días de la enfermedad, lo cual (salvo las situaciones poco graves) obliga a hospitalizar al enfermo para observación de sus funciones respiratoria, autónoma y motora. Los comentarios aquí expuestos son aplicables a las demás formas de insuficiencia respiratoria neuromuscular aguda y subaguda, que incluye la miastenia grave y el daño medular alto.

Referencias:

Allan H. Ropper, MD, Martin A. Samuels, MD, (2011). ADAMS y VICTOR. PRINCIPIOS DE NEUROLOGÍA. Mexico: Mc Graw Hill.