



Ensayo

Nombre del alumno: Hannia González Macías

Nombre del tema: Miastenia gravis

Grado: 2do semestre **Grupo:** "A"

Nombre de la materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del Solar Villarreal

Licenciatura: Medicina Humana

Tapachula, Chiapas. 04 de junio del 2023

Introducción

La miastenia gravis es un trastorno que puede hacer que los músculos se debiliten y se cansen fácilmente. El trastorno puede afectar a los músculos que controlan el movimiento de los ojos y los párpados. Esto puede causar la caída del párpado o visión doble.

La mayoría de las personas con estos síntomas oculares de miastenia pueden desarrollar debilidad en otras partes en un año o dos. Este tipo más amplio de miastenia afecta a los músculos de la cara, los ojos, los brazos y las piernas. También afecta a los músculos que se usan para masticar, tragar y hablar. Puede afectar a los músculos que se usan para respirar. Cuando esto sucede, ocurre una situación potencialmente fatal llamada crisis miasténica.

Si tiene miastenia gravis, es normal tener períodos de debilidad muscular seguidos por períodos sin síntomas o pocos síntomas.

Esquema

Miastenia gravis

fisiopatología

La reducción de los RACH produce disminución de los potenciales de la placa neuromuscular por consecuencia no se puede desencadenar la contracción muscular.

Clínica

- El dato clave es la fatigabilidad de los músculos voluntarios aparece al someterlos a un ejercicio prologado, mejora con el esfuerzo y un ambiente frío.
- La gravedad de esta enfermedad se establece dentro de los primeros meses, puede que comience de forma localizada y se generalice.

Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), la clasifica en:

MG ocular o clase I.

- Restringida a los músculos oculares y/u orbicular de los ojos.

MG generalizada o clases II a V.

- Se subdivide en cuatro clases y cada una de ellas, en A (si afecta m. de extremidades) o B (si los m. son bulbares).

Clase II: Debilidad leve que afecta a músculos distintos de los oculares.
 IIA: predominantemente m. de extremidades y orbitales.
 IIB: predominantemente m. orofaríngeos, respiratorios o ambos.
 Clase III: Debilidad moderada que afecta a músculos distintos de los oculares.
 IIIA: Predominantemente músculos de las extremidades y orbitales.
 IIIB: predominantemente m. orofaríngeos, respiratorios o ambos.
 Clase IV: Debilidad grave que afecta a músculos distintos de los oculares.
 IVA: predominantemente m. de extremidades y orbitales.
 IVB: predominantemente m. orofaríngeos, respiratorios o ambos.
 Clase V: Definido por la necesidad de intubación.
 La necesidad de apoyo fisiológico sin necesidad de intubación se debe incluir en clase IV.
 La intubación que se pueda requerir en un postoperatorio no se incluye en clase V.

Clasificación de Osserman & Genkins

Grado.	Tipo	Síntomas.
I	Ocular.	Afección exclusivamente ocular.
II a	Generalizada leve.	Comienzo lento. Afección generalizada leve. Sin afección respiratoria.
II b	Generalizada moderada grave.	Comienzo gradual. Afección generalizada moderada a grave con alteración de la musculatura bulbar. Sin afección respiratoria.
III	Aguda fulminante.	Debilidad generalizada aguda o subaguda y en menos de 6 meses afección de musculatura bulbar o respiratoria. Pronóstico grave.
IV	Grave tardía.	Afección generalizada grave tardía tras años de miastenia en fase I o II.

Diagnóstico

Se deben de cumplir los siguientes rubros para demostrar la presencia de la enfermedad:

- Demostrar que se trata de una enfermedad de la unión neuromuscular mediante pruebas fisiológicas.
- El efecto neuromuscular es reversible por los anticolinesterásicos (prueba del edrofonio).
- Naturaleza autoinmune.
- Estudiar presencia de otras enfermedades asociadas (neoplasias ocultas, timomas, enfermedades autoinmunes).
- Excluir enfermedades que puedan presentar síntomas parecidos.

Evolución y pronóstico

La evolución es muy variable y depende en lo general de como se comporte en los primeros 5 años, el 80% de los casos consigue una remisión farmacodependiente y un 10% tiene una enfermedad refractaria al tratamiento.

Tratamiento

Tratamiento sintomático.

- **Anticolinesterásicos:** bloquean hidrólisis de ACh y mejoran la transmisión neuromuscular.
- **Bomuro de piridostigmina:** V.O. 60 mg. Se empieza con 30 mg al día y se aumenta hasta que los síntomas remitan raramente hasta una dosis de 120 mg/día. E.S: Muscarínicos colinérgicos.
- **Neostigmina:** no tiene ventajas sobre la piridostigmina y tiene menor vida media con mas efectos secundarios.

Tratamiento patogénico: impedir la síntesis y liberación de anticuerpos.

- **Prednisona:** fármaco de primera opción, 5-10 mg/ día con incrementos graduales de 5 mg c/3er día, hasta una dosis de 1.5 mg/kg/día por 1-3 meses, después se reducirá gradualmente.
- **Azatioprina:** inmunosupresor más utilizado pese a que produce un síndrome pseudogripal o depresión de médula ósea.
- **Micofenolato de mofetilo:** Efecto citostático de linfocitos T y B, la dosis utilizada es de 1 gr/día.

Hannia González Macías

Conclusión

A manera de conclusión podemos decir que el sistema inmunitario del organismo daña los receptores de los músculos y provoca miastenia gravis. En la miastenia gravis, su sistema inmunitario genera anticuerpos que interfieren con los receptores. Esta interferencia daña la conexión entre la sustancia química que viaja entre las terminaciones nerviosas y los receptores. Sus músculos necesitan esta conexión para funcionar correctamente. Sin ella, los músculos se vuelven débiles.

El oftalmólogo trabajará con un neurólogo para determinar el mejor tratamiento. El tratamiento dependerá de varias cosas, como cuáles son los músculos afectados y cuán débiles se encuentran.

Bibliografía

Vinay Kumar, M. M., & Edited by Vinay Kumar, A. K. (2018). *ROBBINS. PATOLOGÍA HUMANA. 10ª*. Elsevier.