

COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

ID: 02841

VISIÓN BINOCULAR / OPTOMETRÍA PEDIÁTRICA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA MIASTENIA GRAVIS OCULAR VS PARÁLISIS IV PAR CRANEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: MARISA TESÓN YUDEGO¹, Madrid; BELÉN PUENTE GETE¹, Madrid; GEMMA ESQUIVEL BENITO¹, Madrid; MARTA GUERRERO CARRETERO¹, Madrid; YOLANDA CONDE BACHILLER¹, Madrid; PEDRO FERNÁNDEZ PÉREZ¹, Madrid; ÁLVARO ARBIZU DURALDE¹, Madrid.

1 - Hospital Universitario La Paz.

Palabras clave: parálisis par craneal, miastemia gravis, diagnostico diferencial.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La miastenia gravis ocular (MGO) es una enfermedad autoinmunitaria mediada por anticuerpos que intervienen en la lesión y destrucción de los receptores de acetilcolina del músculo estriado. El deterioro resultante de la conducción neuromuscular causa debilidad y fatigabilidad de la musculatura esquelética, pero no de los músculos cardíacos e involuntarios.

Es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. No obstante, existen formas específicas asociadas a anticuerpos anti-ACh que son más prevalentes en hombres. En España (2016) existen cerca de 10.000 casos de MGO. La incidencia es de unos 700 nuevos casos al año, de los cuales, un 70% debuta con afectación ocular y un 20% se limita a este territorio.

Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son ptosis, diplopía y movimientos nistagmoides, por lo que es frecuentemente diagnosticada como parálisis del IV pc., siendo por tanto clave el diagnóstico diferencial entre ambas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Historia clínica: Varón 42 años acude a urgencias (15/01/2021) con diplopía binocular vertical de 3 días de evolución. Dificultad para bajar escaleras. No fluctuación

con fatiga, traumatismo ni dolor orbitofacial. No antecedentes personales ni oftálmicos de interés. No alergias medicamentosas.

Exploración clínica: Agudeza visual 1.0 en ambos ojos. No alteraciones pupilares. Musculatura ocular extrínseca (MOE): Hipertropía OI en posición primaria de mirada (ppm). Hiperfunción de recto superior (RS) ojo izquierdo (OI). Diplopia vertical a la supralevo y levoversión. No nistagmo. Bielschowsky: positivo a la izquierda. Resto de exploración, TAC craneal y exploración neurológica sin hallazgos relevantes.

RESULTADOS

Diagnóstico: Parálisis del IV pc OI con hiperfunción secundaria del músculo RS OI.

Tratamiento: seguimiento.

Evolución

29/01/2021. El paciente refiere diplopía horizontal y dificultad para visión cercana. AV: 1.0 AO. MOE: Fluctuación en la exploración. Bielschowsky no claramente positivo a la izquierda. Impresiona exotropía (XT) que se conforma al cover test. JC: posible parálisis IV pc OI.

COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

- ▶ **25/03/2021.** Acude a urgencias por ptosis derecha de 24hs con empeoramiento progresivo. Persiste sintomatología ocular previa con fluctuaciones en la intensidad de la sintomatología con empeoramiento vespertino. Analítica: anticuerpos antirreceptor de acetilcolina 1.25nmol/L (0-0.45). JC: probable MGO. Se pauta piri-dostigmina 30mg c/8hs.
- 09/04/2021.** El paciente refiere mejoría de ptosis y casi fusionar inclinando la cabeza sobre hombro derecho. MOE: hipotropía OD. Bielchowsky + a la izquierda. Mejora con prisma 3-4 D base superior OD.
- 21/05/2021.** OI en hipertropía+exotropía. Ptosis OD + limitación a la supraducción OD.
- 16/07/2021.** No ptosis en el momento actual. Ortotropía en ppm. Limitación a la infraducción del OD. Refiere diplopía oblicua en todas las posiciones de mirada, pero consigue fusión tras unos segundos.

17/09/2021. Diplopía mayor en visión lejana compensada con giro de cabeza al lado derecho. MOE: diplopía en todas las posiciones de mirada. No limitación. Exo e hipertropía OI. Mejora con prisma 7 D base inferior OI. Empeora con cabeza hombro izquierdo.

CONCLUSIONES

La MGO puede simular cualquier parálisis de pc, siendo sus manifestaciones clínicas fácilmente atribuibles a una parálisis de IV pc. Sin embargo, para su diagnóstico diferencial son fundamentales las re-evaluaciones que ponen de manifiesto variaciones en la diplopía, la sintomatología y en las restricciones oculares del paciente, no características de una afectación de pc, en donde son constantes.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA



PARTNER PREFERENTE

