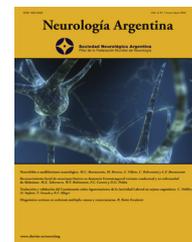




Sociedad Neurológica Argentina
Filiat de la Federaci3n Mundial
de Neurología

Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Artículo original

Crisis miasténica: ¿predispone la demora en el diagnóstico o el error diagnóstico a su aparición?

Guillermo Javier Zalazar^{a,*}, Melina Alejandra Diaconchuk^a, Carlos Mario Martínez^b,
Lorena Guadalupe Wettstein^c y Erika Soledad Milessi^d

^a Médico neurólogo, Hospital de San Luis, San Luis, Argentina

^b Médico neurólogo, Hospital J.M. Cullen, Santa Fe, Argentina

^c Médico neurólogo, Sanatorio Esperanza, Esperanza, Santa Fe, Argentina

^d Médico neurólogo, Sanatorio Garay, Santa Fe, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de enero de 2016

Aceptado el 21 de junio de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Crisis miasténica

Error diagnóstico

Miastenia gravis

R E S U M E N

Introducción y objetivos: La crisis miasténica (CM) ocurre en general dentro de los 2 primeros años de la enfermedad. Evaluamos si la demora en el diagnóstico o un diagnóstico erróneo influye en la aparición de CM antes del diagnóstico de la enfermedad.

Material y métodos: Se evaluaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Neurología del Hospital J.M. Cullen desde 2006 hasta 2014, donde se hallaron 22 pacientes. Se consideraron las CM que precedieron al diagnóstico de la enfermedad. Los síntomas iniciales se clasificaron en oftalmológicos, bulbares y debilidad en miembros. Los diagnósticos erróneos se clasificaron como enfermedad médica o enfermedad psiquiátrica.

Resultados: De 22 pacientes, un 86,4% fueron mujeres, con una edad media \pm desviación estándar (DE) de 44 7,4 años; solo el 27% presentó la CM antes del diagnóstico. La demora en el diagnóstico fue en promedio \pm DE de 8,6 \pm 7 meses. No hubo correlación entre la presencia de CM y la demora en el diagnóstico, encontrando una relación con el diagnóstico de enfermedad psiquiátrica ($p < 0,05$).

Conclusión: El diagnóstico erróneo de enfermedad psiquiátrica (depresión, ansiedad, fobia) se asoció a la presencia de CM antes del diagnóstico de la enfermedad. Esto es posible si se tiene en cuenta que los síntomas de disnea, disfonía, disfagia y debilidad fluctuante pueden ser malinterpretados como de origen psicógeno, por lo que se necesita sospechar miastenia gravis en estos casos para evitar la progresión de los mismos hasta la aparición de la CM.

© 2017 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guille.zalazar87@gmail.com (G.J. Zalazar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2017.06.007>

1853-0028/© 2017 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Myasthenic crises as presentation: Delay in diagnosis and misdiagnosis

A B S T R A C T

Keywords:

Myasthenic crisis
Misdiagnosis
Myasthenia gravis

Introduction and objectives: Myasthenic Crisis (MC) generally occurs within the first 2 years of the disease. Assess whether the delay in diagnosis or misdiagnosis influences the appearance of MC as a presentation of the disease.

Material and methods: Case histories of patients treated at the Neurology Department of the Hospital JM Cullen from 2006-2014, where 22 patients were found were evaluated retrospectively. MCs that were the presentation of the disease were considered. Initial symptoms were classified into eye, bulbar and weakness in limbs. Misdiagnosis was classified as medical illness or psychiatric illness.

Results: Of 22 patients, 19 (86.4%) were women, with an average age of 44 (SD \pm 7.4); only 6 (27%) presented the MC as presentation. The delay in diagnosis averaged 8.6 months (SD \pm 7). There was no correlation between the presence of MC and the delay in diagnosis, finding a relationship with the diagnosis of psychiatric illness ($p < 0.05$).

Conclusion: The misdiagnosis of psychiatric illness (depression, anxiety, phobia) was associated with the presence of MC as a form of disease onset.

© 2017 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción y objetivos

La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por el compromiso de la placa neuromuscular, lo que conduce a la aparición clínica de debilidad y fatigabilidad muscular^{1,2}. El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, sustentado por la presencia de anticuerpos —los más frecuentes son aquellos dirigidos contra el receptor de acetilcolina— y los hallazgos en la neurografía/electromiografía^{1,2}.

La crisis miasténica (CM), definida como aquella exacerbación de la enfermedad que conduce a un cuadro de insuficiencia respiratoria con requerimiento de intubación y asistencia respiratoria mecánica (ARM), ocurre en general dentro de los 2 primeros años de la enfermedad². Aquellos que la desarrollan, en su gran mayoría tienen factores precipitantes, aunque hasta en un 30-40% no se halla ninguno²⁻⁴. Entre los factores más frecuentes están las infecciones respiratorias (40%), las microaspiraciones (10%), los cambios en la medicación (8%), la cirugía, el trauma y el estrés emocional²⁻⁴.

Si bien en general los pacientes que desarrollan una CM presentan el diagnóstico de MG previamente, algunos de ellos comienzan con una crisis en el contexto de una enfermedad médica o procedimiento quirúrgico^{4,5}.

El presente trabajo evalúa si la demora en el diagnóstico o un diagnóstico erróneo influye en la aparición de CM previo al diagnóstico de la enfermedad.

Material y métodos

Se realizó un estudio de casos y controles, definiendo como «casos» aquellos pacientes que presentaron CM antes de tener el diagnóstico de MG pero que presentaron síntomas/signos de enfermedad neuromuscular previos, y «controles» a aquellos

que no la presentaron, para lo cual se evaluaron retrospectivamente historias clínicas de pacientes internados y atendidos en el Servicio de Neurología del Hospital J.M. Cullen desde el 1 de enero del 2006 hasta el 31 de diciembre del 2014, donde se hallaron 22 pacientes. Como criterio de inclusión se consideró el haber sido diagnosticado de MG en el momento del alta, ya sea con anticuerpo antirreceptor de acetilcolina (ACRA) positivo o con electromiografía con estimulación repetitiva compatible. Se consideraron las CM que ocurrieron antes de realizar el diagnóstico de la enfermedad. Se definió la CM como aquella exacerbación que requirió intubación y ARM. Todos los pacientes tuvieron síntomas/signos compatibles con enfermedad neuromuscular previos a la CM. Los síntomas iniciales, previo al diagnóstico de la enfermedad, se clasificaron en oftalmológicos, bulbares y debilidad en miembros. Los diagnósticos erróneos se clasificaron como enfermedad médica o enfermedad psiquiátrica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS. Para comparar las muestras se utilizaron el test exacto de Fisher y el test de Mann-Whitney, según corresponda.

Resultados

Se incluyó a 22 pacientes, 19 (86,4%) mujeres, con una edad media \pm DE de 44 \pm 7,4 años; solo 6 (27%) presentaron con CM sin diagnóstico previo de MG, todos presentaron síntomas/signos bulbares y debilidad en miembros previo a la misma, sin afectación ocular. Solo 4 (25%) de los controles presentaron síntomas/signos oftalmológicos, el resto, presentaron debilidad fluctuante en miembros. La demora en el diagnóstico fue en promedio de 8,6 meses considerando a todos los pacientes, siendo de 12 meses (mediana: 9; máximo: 24; mínimo: 2) para los que presentaron CM y de 7,44 (mediana: 5; máximo: 23; mínimo: 1) para los que no la presentaron. Los ACRA fueron positivos en 14 (63%) pacientes; no hubo timoma

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8689250>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8689250>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)