



242/3938 - PTOSIS PALPEBRAL. ESTUDIO DE UN CASO EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

M. Martínez Pérez^a, M. Santamaría Martínez^b, C. Astruga Tejerina^c, M. Sánchez Soberón^a, L. Rodríguez González^a y M. Gómez Llata^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Vargas. Santander. Cantabria. ^bEnfermera. Servicio Cántabro de Salud.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años que acude por dificultad para abrir el ojo izquierdo desde hace un mes, precisa ayudarse con la mano, fatigabilidad, no diplopía. AP: exfumadora, no fact. riesgo cardiovascular, enf. de Crohn, cefalea crónica perfil mixto, s. ansioso-depresivo. Tratamiento habitual mesalazina, azatioprina, amitriptilina, lorazepam.

Exploración y pruebas complementarias: Ptosis palpebral bilateral más acusada en ojo izquierdo, facies miasteniforme, no signos de fatigabilidad, no signos de afectación oculomotora ni de vías largas.

Juicio clínico: La ptosis podría deberse a distensión de la aponeurosis del elevador del párpado, unido al ojo seco dificulta la movilidad. El tratamiento con azatioprina puede enmascarar una miastenia gravis (MG) ocular que se manifiesta también por ptosis.

Diagnóstico diferencial: La ptosis palpebral o caída del párpado, puede ser uni/bilateral. Se clasifica en leve, hasta reborde pupilar, moderada, cubre parcialmente la pupila y grave, cubre totalmente. Según la causa, adquiridas, pueden ser miogénicas, disfunción del m. elevador del párpado, la más frecuente la miastenia gravis (MG); aponeuróticas: desinserción o dehiscencia por adelgazamiento de la aponeurosis del elevador del párpado; neurogénicas: defecto en inervación del párpado, parálisis adquirida del III par por causa isquémica o compresiva; la migraña oftalmopléjica y el síndrome de Horner. Causas mecánicas por aumento de peso o volumen del párpado. La MG es una enfermedad autoinmune que cursa con debilidad y fatiga muscular, afecta a distintos grupos de músculos. Empeora con la actividad y mejora con el reposo. Los músculos oculares, faciales y bulbares son los más afectados. El fallo en la transmisión sináptica causa de la clínica es debido a los anticuerpos anti-receptores de acetilcolina (ACRA) de la membrana postsináptica en la unión neuromuscular. Prevalencia 5/100.000, afecta a cualquier edad. El diagnóstico de sospecha es clínico y se confirma con la presencia de anticuerpos ACRA. Se trata con Inmunosupresores: azatioprina sola o combinada con corticosteroides.

Comentario final: El interés de nuestro caso es que la de azatioprina para tratamiento de la enfermedad de Crohn puede enmascarar una MG.

Bibliografía

1. Ortiz-Pérez S. Ptosis palpebral. *Annals d'Oftalmologia*. 2009;17(4):203-13.
2. Tellez Zenteno JF. Patogénesis de la Miastenia Gravis. *Rev Invest Clínica*. 2000;52(1):80-5.

Palabras clave: Ptosis. Miastenia gravis.