

Crisis miasténica e infección por Covid19: combinación letal

Kevin Doello¹, Victor Amezcua¹, Javier Valdivia¹, Javier García¹.

1.Servicio de Oncología Médica, Hospital Virgen de las Nieves, Granada

Autor de correspondencia: Kevin Doello

Correo electrónico: kevindoello@gmail.com

La miastenia gravis es una patología neuromuscular autoinmune caracterizada por debilidad muscular proximal que empeora con el uso y a lo largo del día. Se asocia, asimismo, a ptosis palpebral, disfagia y en casos más graves trastornos respiratorios de tipo ventilatorio. Dentro de todas ellas, la más grave es la crisis miasténica que se asocia a insuficiencia respiratoria global de causa ventilatoria neuromuscular y que requiere la aplicación de medidas intensivas como la ventilación mecánica. La patología respiratoria concomitante suele ser un desencadenante y un agravante de la crisis miasténica.

Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de un timoma y que ingresa por un cuadro de insuficiencia respiratoria global de causa ventilatoria en el que concurre una infección por Covid 19. Paciente de 60 años diagnosticado de timoma localmente avanzado en 2009 y que había sido tratado con cirugía, radioterapia y quimioterapia de diversas recaídas. Actualmente, se encontraba en tratamiento quimioterápico con paclitaxel semanal por recaída pleural. Ingresó por un cuadro de insuficiencia respiratoria que en un principio es tratado como una infección respiratoria de vías bajas con antibioterapia de amplio espectro. Sin embargo, con el paso de los días el estado respiratorio del paciente empeora, presentando una mayor necesidad de oxigenoterapia y un estado de obnubilación.

Destacaba, asimismo, una marcada ptosis palpebral, debilidad intensa proximal de miembros superiores e inferiores y disfagia. Se realizó gasometría venosa que evidencia hipercapnia. Al estudiarse más detenidamente sus pruebas de ingreso se constata la normalidad de los reactantes de fase aguda y la ausencia de imágenes compatibles con infección respiratoria en el TAC torácico del ingreso. Por todo ello, se sospechó la posibilidad de que se tratase de un trastorno ventilatorio y en el contexto del paciente una posible crisis miasténica paraneoplásica. Se realizó por ello la prueba del hielo sobre el párpado derecho que fue positiva y el test de edrofonio bajo monitorización cardíaca estricta obteniéndose respuesta a los 4mg de edrofonio y 2 minutos de prueba. Es por ello, que con la alta sospecha de crisis miasténica se consultó con neurología que confirmó la sospecha. Esa misma tarde, el paciente sufrió un severo empeoramiento respiratorio entrando en una situación de gasping requiriendo finalmente de intubación orotraqueal y ventilación mecánica en UCI. Una vez en UCI el paciente comenzó tratamiento específico en situación de sedoanalgesia para la crisis miasténica con corticoterapia con 150mg de metilprednisolona y 45 g de inmunoglobulinas intravenosas durante 5 días. Tras 48 horas de reposo respiratorio se avanzó sin éxito en las maniobras de

weaning por lo que se añadió al tratamiento piridogstigmina 30mg/ 6 horas. Los anticuerpos anti-acetilcolina fueron altamente positivos. A pesar de ello, el paciente comenzó con un deterioro de la PaO₂/FiO₂, lo que orientaba a algún proceso parenquimatoso pulmonar y presentó fiebre. Se solicitó la PCR de SARS-CoV2 que fue positiva. En los diez días siguientes persistió el deterioro de la PaO₂/FiO₂ tras lo cual fue mejorando el mismo. Es por ello que se trató de retomar las maniobras de weaning pero sin éxito. Se aumentó la piridostigmina a 60mg cada 6 horas. A pesar de ello, fue imposible la extubación del paciente. A ello, se añadió una bacteriemia por *Acinetobacter baumannii* multirresistente que fue tratada con Meropenem (con sensibilidad intermedia al mismo) y Colistina. A pesar el tratamiento antibiótico no se produjo un descenso de los reactantes de fase aguda y a ello se añadió un fracaso renal agudo y una situación finalmente de fracaso multiorgánico que no revirtió con ninguna de las medidas intensivas utilizadas, falleciendo finalmente el paciente.

No existen datos bibliográficos acerca de cómo la infección por SARS-CoV2 afectaría al devenir de una miastenia gravis y menos aún de una crisis miasténica. Se encuentra descrito que ciertas infecciones virales pueden desencadenar una crisis miasténica tales como el virus Zika, el virus del Nilo occidental o incluso hay algún caso descrito de SARS-CoV2, sin embargo, su influencia el pronóstico es incierta. En nuestro caso, el paciente descrito era negativo para SARS-CoV2 a su ingreso hospitalario y la clínica miasténica llevaba meses de evolución, por lo que creemos que el SARS-CoV2 no fue el desencadenante de la crisis miasténica. Sin embargo, muy probablemente esta infección haya marcado el pronóstico de la crisis miasténica ya que existen casos descritos de cómo el SARS-CoV2 puede provocar la aparición de autoanticuerpos y exacerbar la patología autoinmune. El caso que presentamos es el primer caso de un paciente con infección con SARS-CoV2 y concomitancia de la misma con una crisis

miasténica. Es muy probable que en estos casos haya que ser más intensivo con el tratamiento inmunosupresor frente a la crisis miasténica planteando fármacos como el Rituximab o inmunosupresores como la ciclofosfamida