

MIASTENIA GRAVIS, CONSIDERACIONES EN LA PRACTICA PSIQUIATRICA

GENERALIDADES

Miastenia gravis es una enfermedad autoinmune de la unión neuromuscular, clínicamente se presenta con debilidad de uno o varios grupos musculares y fatiga que mejora con el reposo, sin compromiso de reflejos, coordinación o sensibilidad. En algunos casos solo se manifiesta con ptosis palpebral unilateral, pero regularmente el compromiso es generalizado con diversos síntomas secundarios a la disfunción musculoesquelética, como diplopía, disartria, disfagia, ortopnea hasta cuadros de severa dificultad respiratoria que requieren ventilación mecánica. Un 75% de los pacientes tienen anomalías del timo. El curso es crónico, progresivo y con presencia de exacerbaciones de síntomas respiratorios que configuran las llamadas "crisis miasténicas". El diagnóstico se hace con la clínica, pruebas electrodiagnósticas, imagenología (exploración de timomas), determinación de anticuerpos y en algunos casos pruebas farmacológicas.

La prevalencia se encuentra entre 50 y 150 casos por millón, para Colombia solo se ha estimado en Antioquia, con 27,7 casos por millón.

Entre los enfoques de tratamientos disponibles según las características específicas del cuadro están: aumento de la conducción de acetilcolina (inhibidores de la acetilcolinesterasa), inmunosupresión a corto plazo con plasmaféresis o inmunoglobulinas vía intravenosa, inmunosupresión a largo plazo con corticoesteroides, azatioprina, ciclosporina A, micofenolato mofetil y abordajes quirúrgicos (timectomía).

COMPROMISO PSIQUIATRICO

Los síntomas psiquiátricos son frecuentes en pacientes con miastenia, los retos propios de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento, la tensión por el riesgo de aparición de crisis miasténicas y el deterioro de la calidad de vida proporcionan un ámbito propicio para dichas manifestaciones psíquicas. Al parecer, existe relación entre el estado emocional, estresores y el curso de la enfermedad, encontrándose empeoramiento de los síntomas de miastenia ante eventos vitales demandantes e inestabilidad anímica. Síntomas como ptosis palpebral, voz nasal y debilidad general pueden resultar en aislamiento social y conductas de evitación.

Se han postulado alteraciones del sueño y de la neurotransmisión colinérgica central como responsables del componente psiquiátrico, sin embargo la evidencia no es concluyente, no siendo posible establecer si el compromiso mental es primario o secundario.

El cuadro de miastenia puede confundirse con trastornos depresivos o somatomorfos, existen series en las que hasta un 20% de pacientes con miastenia fueron diagnosticados como enfermos mentales. El curso y la variabilidad de los síntomas durante el día, son condiciones que pueden ayudar a establecer un correcto diagnóstico diferencial.

Se ha estimado que hasta un 51% de pacientes con miastenia pueden tener diagnósticos psiquiátricos en eje I y II, siendo los afectivos los más comunes con un 32%; mujeres y aquellos con síntomas más severos tienen mayor riesgo de padecer psicopatologías. En otros estudios se ha determinado que casi dos tercios de pacientes con miastenia gravis tienen un diagnóstico psiquiátrico, entre los que se destacan los trastornos de ansiedad. Entre los pacientes que requieren ventilación mecánica, las cifras de enfermedad mental llegan hasta 84,6% (ansiedad y depresión).

En cuanto al enfoque terapéutico de miastenia gravis, hay evidencia de aparición de depresión, ansiedad y psicosis asociadas al uso de corticoesteroides. También existen reportes de hipomanía y delirium por estos medicamentos. Con micofenolato mofetil hay reportes de psicosis.

TRATAMIENTO DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS DE PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

Hay muy pocas publicaciones al respecto. Psicoterapias de orden cognitivo conductual tienen evidencia de eficacia en el tratamiento de ansiedad y depresión en estos pacientes.

Fluoxetina y citalopram han mostrado ser seguros y bien tolerados, con efectividad antidepressiva estudiada solo en citalopram, datos no relacionados a ensayos clínicos controlados.

Los antidepressivos tricíclicos estarían contraindicados al tener un perfil anticolinérgico importante.

Benzodiacepinas de larga vida como diazepam deben utilizarse con cautela en aquellos pacientes con riesgo alto de depresión respiratoria.

Los betabloqueadores están contraindicados totalmente.

Litio puede exacerbar o desenmascarar episodios de miastenia, se ha postulado una disminución de los receptores colinérgicos o la reducción de la síntesis de acetilcolina por antagonismo competitivo de calcio en la placa neuromuscular. Otros moduladores como ácido valpróico y carbamazepina no poseen estudios recientes.

Hay algunos reportes que muestran seguridad y efectividad de la terapia electroconvulsiva.

PUNTOS CLAVE

Enfermedad neuromuscular frecuente, con alta comorbilidad psiquiátrica.

Los psiquiatras deben hacer el diferencial de miastenia frente a síntomas afectivos o ansiosos.

Los neurólogos deben estar entrenados en detectar síntomas psiquiátricos.

El manejo integral requiere el abordaje por un equipo interdisciplinario.

El curso crónico y muchas veces incierto representa un reto para los pacientes.

Es posible ayudar en la adaptación a esta enfermedad crónica con un adecuado enfoque psiquiátrico.

Debe evaluarse detalladamente el tratamiento farmacológico de la enfermedad con sus posibles consecuencias psiquiátricas.

A pesar de la poca evidencia de la terapéutica psiquiátrica, la psicoterapia y varios fármacos pueden ser útiles y seguros.

BIBLIOGRAFIA

Vincent A, Rothwell P. Myasthenia gravis. Autoimmunity. 2004; 37(4): 317-319

Mortensen S. Myasthenia gravis: diagnosis and treatment. Journal of the American academy of nurse practitioners. 2003; 15(2): 72-80

Conti-fine S, Milani M. Myasthenia gravis: past, present and future. The journal of clinical investigation. 2006; 116(11): 2843-2856

Turner C. A review of myasthenia gravis: Pathogenesis, clinical features and treatment. Current Anaesthesia & Critical Care. 2007; 18: 15-23

Gold R, Scheider-gold C. Current and Future Standards in Treatment of Myasthenia Gravis. The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics. 2008; 5: 535-541.

Keeseey J. Does myasthenia gravis affect the brain?. Journal of the Neurological Sciences. 1999; 170: 77-89.

Sanchez J, Uribe C, Franco A, Jimenez M, Palacio L. Prevalencia de la miastenia grave en Antioquia, Colombia. Revista de neurología. 2002; 34 (11): 1010-1012

Paul R, Cohen R, Goldstein J. Severity of mood, self-evaluative and vegetative symptoms of depression in myasthenia gravis. Journal of neuropsychiatry and clinical neuroscience. 2000; 12-14.

Koler W. Psychosocial aspects in patients with myasthenia gravis. *Journal of neurology*. 2007; 254: 90-93.

Kanner, A. Should neurologists be trained to recognize and treat comorbid depression of neurologic disorders? Yes. *Epilepsy & Behavior*. 2005; 6: 303–311.

Vincent A. Myasthenia gravis. *The Lancet*. 2001; 357: 2122-2129.

Baral I. Mood and Anxiety Disorders in Patients with Myasthenia Gravis Aetiology, Diagnosis and Treatment. *CNS Drugs*. 2007; 21 (6): 473-481

Paradis C, Friedman S. Anxiety disorders in a neuromuscular clinic. *American Journal of psychiatry*. 1993; 150:1102-1104.