



IF-033 - MIASTENIA GRAVIS TARDÍA. DIFERENCIAS EN EL PACIENTE ANCIANO

L. Mas Maresma¹, E. Oviedo del Águila¹, M. Navarro Sáez¹, X. Pla I Salas², M. Viguera Martínez³, O. Barrachina Esteve³, R. Comet Monte¹ y J. Oristrell Salvà¹

¹Medicina Interna, ³Neurología. Parc Taulí. Sabadell (Barcelona). ²Medicina Interna. Hospital General de Vic. Vic (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Evidenciar las peculiaridades de la miastenia gravis (MG) de aparición tardía. Ésta se define por un diagnóstico a partir de los 40, 50, 60 o 65 años, a falta de consenso. Su incidencia está en aumento, detectándose algunas diferencias clínicas respecto al grupo de pacientes clásicamente jóvenes.

Material y métodos: Se han analizado de forma retrospectiva los casos de MG atendidos en el Hospital Parc Taulí entre 1998 y 2018. Se han comparado datos demográficos, clínicos, diagnósticos, de tratamiento y evolución de forma global y de tres subgrupos según distintos puntos de corte: 1) menores y mayores de 65 años 2) menores y mayores de 75 años, 3) menores de 40 años y mayores de 80 años.

Resultados: 72 pacientes fueron incluidos (56% mujeres y 43,1% hombres), con una edad media al diagnóstico de 64,96 años. El análisis con el punto de corte a los 65 años es el más concluyente (41,6% menores vs 58,3% mayores). En este subgrupo se observa mayor frecuencia de clínica ocular inicial en menores de 65 años (82,8% vs 58,1%, $p = 0,028$), siendo la diplopía el síntoma principal (79,3% vs 39,5%, $p = 0,001$). En mayores de 65 años hay más debilidad de los músculos del cuello (41,4% vs 65,1%, $p = 0,047$), de los maseteros (27,6% vs 53,3%, $p = 0,029$), y más afectación bulbar, en forma de disfagia (31% vs 62,8%, $p = 0,008$) y disfonía (20,7% vs 48,8%, $p = 0,0016$). La autoinmunidad positiva (AChR) es más frecuente en mayores de 65 años (71,4% vs 90,2%, $p = 0,045$). Hay una mayor tasa de exitus globales (6,9% vs 25,6%, $p = 0,043$) y un menor tiempo desde el diagnóstico hasta el exitus en mayores de 65 años ($p = 0,026$). Se observa una tendencia a un mayor retraso diagnóstico en pacientes mayores de 65 años, sin llegar a la significación estadística ($p = 0,071$). En el subgrupo de 75 años se detecta, y no en el subgrupo previo, un menor uso del TAC torácico (97,7% vs 82,1%, $p = 0,030$) y menor afectación tímica (31,8% vs 6,2%, $p = 0,014$) en mayores de 75 años. Se observan más timectomías (25% vs 3,6% $p = 0,015$) y más corticoterapia (52,3% vs 10,7%, $p = 0,0001$) en menores de 75 años.

Discusión: Hay más de un 50% de los pacientes diagnosticados más allá de los 65 años, tal y como se había descrito a la literatura. Según algunos estudios, en la MG de inicio tardío es más típica la presentación generalizada y la clínica bulbar. Estos datos concuerdan con nuestro estudio, donde detectamos más debilidad de los músculos del cuello, de los maseteros, disfagia y disfonía en los pacientes mayores. A causa de esta clínica inespecífica y la fisiología del viejo, se produce un importante retraso y error diagnóstico. La mayor afectación ocular observada en jóvenes podría estar infravalorada por la dificultad para valorar esta clínica en los ancianos, a causa de la disminución de la agudeza visual y la ptosis fisiológica. Hay estudios contradictorios sobre la prevalencia de pacientes seropositivos en la MG de aparición precoz y tardía. En nuestra cohorte hay una proporción más elevada de seropositivos entre los pacientes ancianos. También se

evidencia un menor uso de corticoides, probablemente por los efectos adversos, así como una menor realización de timectomía en este grupo de edad. La enfermedad se caracteriza por un buen pronóstico, con una mortalidad menor del 3%, aunque solo una minoría conseguirá una remisión completa. Como era de esperar, en nuestro estudio hemos detectado una mayor tasa de exitus global y un menor tiempo hasta el exitus en la MG de aparición tardía. La principal limitación del estudio es la N relativamente pequeña de pacientes y los posibles sesgos de información de todo estudio retrospectivo.

Conclusiones: La incidencia de MG en el anciano está aumentando los últimos años. Las comorbilidades, la propia vejez y la clínica inespecífica contribuyen a un infra y error diagnóstico elevado. Es importante conocer las características clínicas y diagnósticas en los pacientes mayores respecto los jóvenes para poder sospechar la enfermedad.