

MIASTENIA GRAVIS Y EMBARAZO, REPORTE DE CASO

Elisa Jácome Sánchez¹, Katherine Borja Riera², Lenin Solano Patiño³



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International.

1. Hospital Gineco-Obstétrico y Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, Médico Internista. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Orcid: 0000-0002-3185-9112
2. Hospital Gineco-Obstétrico y Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, Médico Gineco-obstetra. Hospital Vozandes. Orcid: 0009-0007-6625-6542
3. Hospital Gineco-Obstétrico y Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, Médico Internista. Orcid:0009-0003-6230-2063

ORCID ID:

Elisa Jácome Sánchez:
orcid.org/0000-0002-3185-9112
 Katherine Borja Riera:
orcid.org/0009-0007-6625-6542
 Lenin Solano Patiño:
orcid.org/0009-0003-6230-2063

***Corresponding author:** Elisa Jácome Sánchez
E-mail: elisajacome@yahoo.es

Received: 12 – Feb– 2025
Accepted: 17 – Feb– 2026
Publish: 30– Abr– 2026

Conflict of interest: The authors were free to prepare the manuscript and declares that there are no potential conflicts of interest.

Financial disclosure: The authors have no financial relationships relevant to this article to disclose.

CRedit – Contributor Roles

Taxonomy: : Conceptualization, Data curation, Formal analysis, Investigation, Methodology, Visualization, Writing – original draft, Writing – review & editing:: EJS, KBR, LSP



DOI: 10.48018/RMV362.rc1

Forma de citar este artículo: Jacome Sanchez E., Borja Riera K., Solano Patino L. Miastenia Gravis y embarazo, reporte de caso . Rev Med Vozandes. 2025; 36 (2): 49 -54

Resumen

La miastenia gravis (MG), enfermedad autoinmune que se caracteriza por afectar a la unión neuromuscular, representa una de las enfermedades neurológicas poco comunes, con reportes de casos durante el embarazo en Latinoamérica escasos. ⁽¹⁾

Se presenta el caso de una paciente de 31 años de edad cursando su segunda gesta, con diagnóstico de MG de 5 años de evolución y antecedente de óbito fetal hace 2 años secundario a preeclampsia severa con consecuente hipertensión arterial más taquicardia sinusal crónicas; transferida a nuestra casa de salud por pielonefritis, crisis hipertensiva y preeclampsia sobreañadida, con modificación de su tratamiento neurológico e instauración de medicamento antihipertensivo, causando descompensación de su MG.

El objetivo de la presentación de este caso clínico es conocer que medicamentos pueden usarse y cuales no en MG por el riesgo de exacerbación de la enfermedad.

Palabras clave: Miastenia Gravis, Síndromes miasténicos, Enfermedades autoinmunes del sistema nervioso central.

MYASTHENIA GRAVIS AND PREGNANCY, CASE REPORT

ABSTRACT

Myasthenia gravis (MG), an autoimmune disease characterized by affecting the neuromuscular junction, represents one of the rare neurological diseases, with few reports of cases during pregnancy in Latin America.

We present the case of a 31-year-old patient in her second pregnancy, diagnosed with myasthenia gravis (MG) for 5 years and a history of fetal death 2 years prior secondary to severe preeclampsia with consequent chronic hypertension and sinus tachycardia, transferred to our health center due to pyelonephritis, hypertensive crisis, and superimposed preeclampsia, with a modification of her neurological treatment and the initiation of antihypertensive medication, causing decompensation of her MG.

The objective of presenting this clinical case is to know which medications can and cannot be used in MG due to the risk of exacerbating the disease.

Keywords: Myasthenia Gravis, Myasthenic Syndromes, Nervous System Autoimmune Disease.

INTRODUCCIÓN

La miastenia gravis (MG) es una enfermedad neurológica crónica mediada por anticuerpos que afecta a la unión neuromuscular, que provoca debilidad del musculo esquelético, debilidad ocular con ptosis y diplopía, existiendo 5 grados de MG que va desde la ocular pura hasta la generalizada grave. ⁽²⁾⁽³⁾

Aproximadamente afecta a 12.4 personas por cada 100.000 hab con una mortalidad del 5 al 9%, su afectación predominantemente es a mujeres entre 20 a 30 años. En occidente, la incidencia durante el embarazo es de 1 cada 20.000 hab, en tanto que en Latinoamérica los estudios epidemiológicos son escasos. ⁽²⁾

El curso evolutivo de la enfermedad durante el embarazo es variable, sin embargo, entre el 19 al 50% de las gestantes pueden presentar agravamiento, siendo las exacerbaciones más comunes durante el primero o segundo trimestre y en el puerperio. ⁽²⁾⁽⁴⁾

El objetivo del presente caso es conocer los factores que pueden agravar el curso de la enfermedad en una mujer gestante con patologías que pueden requerir de fármacos que no son recomendados en la MG, pero que son de primera línea en patologías obstétricas.

REPORTE DE CASO



Figura 1. Evolución temporal de afectación ocular de la MG

Femenina de 31 años de edad, con antecedente de MG ocular desde hace 5 años, en tratamiento con Piridostigmina 60mg vía oral (VO) cada 4 horas, Micofenolato 50mg VO cada día (QD) y Prednisona 10mg VO QD de manera regular. Ti-mectomizada hace 5 años, óbito fetal (26 semanas) hace 2 años por preeclampsia con severidad dejando secuela de hipertensión arterial crónica (HTA) y taquicardia sinusal. Última crisis miasténica hace 2 años por uso de betabloqueante para control de patología cardiovascular.

Tabla 1. Estudios de gabinete

Parámetro	Valor
ANA	Negativo
Anti DNA	Negativo
Beta dos glicoproteínas (IgG, IgM)	Negativo
Anticardiolipina (IgG, IgM)	Negativo
Anticoagulante Lúpico	Negativo
Anticuerpos AChR	Positivos
TSH	2.39
FT4	1.13
Anti TPO	Negativo
TORCH	Negativo
Proteinuria 24 horas	378
Biometría	Normal
Glucosa y TTOG	Normales
Creatinina	0.35
Bilirrubina total	0.35
LDH	116
EMO	Negativo
Urocultivo	Negativo
Hemocultivos X 3	Negativos
ECO renal	Normal
EKG	Normal

Fuente: Elaborado por Jácume C. Md

Referida a nuestra casa de salud gestante de 28 semanas con HTA crónica descompensada más preeclampsia sobreañadida, taquicardia sinusal e infección de vías urinarias, bajo tratamiento con Azatioprina 50mg VO QD, Piridostigmina 60mg VO cada 8 horas, Prednisona 5mg VO QD, fosfomicina 3 gr VO dosis única (DU) más nifedipina 30mg VO cada 8 horas y administrada 2 dosis de hidralazina por TA 161/108 y FC 119.

Ingresa con TA 140/90, FC 105 y T 38.5C, cicatriz medio esternal de 14 cm, parálisis del 3er, 4to y 6to par craneal bilateral, ptosis palpebral bilateral de mayor predominio derecho (A), fuerza muscular proximal 4/5, distal 5/5. Se cambió tratamiento antihipertensivo por alfa metildopa 250mg VO cada 8 horas y se corrigió dosis de Piridostigmina a 60mg cada 4 horas, prednisona 10mg VO QD y se mantuvo Azatioprina 50mg VO QD y se solicitaron estudios de laboratorio que se muestran en la **tabla 1**. Ginecológicamente eco reporta retraso del crecimiento intrauterino tipo I más alteración de las arterias uterinas.

Una vez modificado el esquema terapéutico se evidencia mejoría clínica global y es dada de alta para control ambulatorio. La paciente retoma controles con médico particular quien al evidenciar incremento de las tensiones arteriales añade al tratamiento farmacológico nifedipina 30mg VO cada 8 horas presentando empeoramiento de su ptosis palpebral y debilidad muscular evidenciada en su control ambulatorio en nuestra casa de salud (B), por lo que se procede nuevamente al retiro del medicamento y se ajusta dosis de alfametildopa hasta obtener control de las tensiones arteriales y mejoría de los síntomas neurológicos. (C). Se mantiene tratamiento hasta el final del embarazo lográndose un parto por cesárea a las 37 semanas sin complicaciones para la madre ni el producto.

DISCUSIÓN

La MG es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por debilidad del músculo esquelético, generalmente de aparición en menores de 40 años de edad y predominantemente en mujeres en etapa fértil.⁽⁴⁾ El curso clínico durante el embarazo es muy variable, así, entre el 19 al 50% puede agravarse, entre el 30 al 59% permanecer estable y alrededor del 20% podría presentar mejoría; las exacerbaciones son comunes durante el primer trimestre, segundo trimestre o en el post parto.⁽⁴⁾ No se conoce que la MG afecte directamente al embarazo, sin embargo, la literatura ha reportado solo 11 casos de MG con preeclampsia grave, tal como es el caso de nuestra paciente en sus dos gestas, planteando un desafío terapéutico por los medicamentos a ser utilizados para ambas patologías, en nuestro caso se modificaron dosis y fármacos adecuados para las dos enfermedades logrando un control óptimo. Para el control de la MG la piridostigmina y la prednisona (dosis bajas) son seguras antes y durante la gestación y no representan riesgo ni para la madre o el feto; la azatioprina y las anticalcineurinas deber utilizarse con precaución, aunque no están contraindicadas; micofenolato, metotrexato y ciclofosfamida están contraindicados por ser teratogénicos.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

En la gestación las exacerbaciones de la MG pueden ser provocadas por la introducción de medicamentos para el control de patologías típicas del embarazo como antibióticos, antihipertensivos o neuro protectores como el magnesio, por lo que es importante conocer que medicamentos no pueden ser utilizados en la MG por riesgo de empeoramiento de la enfermedad como ocurrió con nuestra paciente en sus dos gestas y cuáles son las alternativas terapéuticas a usarse durante el embarazo como se demuestra en la **tabla 2**.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾

La vía de finalización del embarazo tampoco es necesariamente por cesárea, puede ser cefalovaginal con anestesia regional para pacientes bien controladas o aquellas con enfermedad leve a moderada, siendo la anestesia epidural preferida sobre la raquídea al ser segura durante el parto con anestésicos amidas (lidocaína, bupivacaina, ropivacaina, etc); en el caso de requerir cesárea la vía epidural sigue siendo preferente. La MG no es indicación de cesárea per se, sin embargo, hay que considerar la gravedad de los síntomas e indicaciones obstétricas. En casos graves con alteración bulbar y respiratoria la finalización del embarazo será por cesárea con anestesia general evitando el uso de bloqueadores neuromusculares.⁽⁴⁾⁽⁷⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

CONCLUSIONES

El tratamiento de la MG con inhibidores de la colinesterasa (Piridostigmina) son seguros durante el embarazo, parto y lactancia. Las dosis bajas de corticosteroides orales son de uso controversial, sin embargo, pueden mejorar el curso clínico o reducir la intensidad de las crisis miasténicas. Un manejo adecuado de las comorbilidades intra útero evitan complicaciones intrapartos que requieran de tratamientos contraindicados en esta patología y existen alternativas terapéuticas para su manejo sin agravar la MG, siendo la asociación MG y preeclampsia poco frecuentes. El desconocimiento de la enfermedad puede ocasionar interrupciones innecesarias o interacciones farmacológicas que empeoren el curso de esta patología. Se prefiere el parto cefalovaginal sobre la cesárea para evitar el uso de fármacos que puedan exacerbar la enfermedad.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El manuscrito ha sido elaborado siguiendo las guías CARE para informes de casos. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito y firmado por la paciente una vez se le hubo explicado la total reserva de datos y confidencialidad, con pleno conocimiento y aceptación del mismo permite la publicación de este caso.

Tabla 2a . Fármacos que exacerban la MG y alternativas terapéuticas en la gestación

Fármacos que exacerban la MG		Alternativas en MG/Embarazo	
Antibióticos	Fluoroquinolonas Macrólidos Aminoglucósidos	Antibióticos/Antisépticos	Cefalosporinas Fosfomicina Nitrofurantoína Penicilinas Clindamicina
Estatinas	Atorvastatina Pravastatina Rosuvastatina Simvastatina	Contraindicadas en el embarazo	
Betabloqueantes	Atenolol Propranolol Metoprolol Bisoprostol Labetalol Carvidolol Nadolol Timolol	---	
Antimaláricos/ Antiarrítmicos	Quinina Cloroquina Hidroxicloroquina Procainamida	---	
Vacunas de virus atenuados	Rubeola Varicela Influenza Polio Adenovirus Herpes Zoster Rotavirus Tifoidea Fiebre amarilla Viruela Sarampión Paperas	Contraindicadas en el embarazo	
Bloqueadores neuromusculares	Toxina Botulínica Rocuronio Vecuronio Atracurio Mivacurio	Contraindicadas en el embarazo	
Agentes Iodados	Contraindicados en el embarazo		
Anestésicos ésteres	Benzocaína	Anestésicos amidas	Lidocaína
	Procaína		Bupivacaina
	Tetracaína		Ropivacaina
Preeclampsia/ Eclampsia	Magnesio	Preeclampsia/Eclampsia	Hidralazina intravenosa Fenitoína Levetiracetam
Antihipertensivos	Bloqueadores de los canales de calcio (Nifedipina, Verapamilo)	Antihipertensivos	Agonista de los receptores alfa ₂ adrenérgicos (Alfametildopa) Hidralazina oral
Antimuscarínicos	Atropina Hioscina	---	

Tabla 2b . Fármacos que exacerban la MG y alternativas terapéuticas en la gestación

Fármacos que exacerban la MG		Alternativas en MG/Embarazo
Benzodiazepinas	Clonazepam Diazepam Lorazepam	Efectos no conclusos
Antipsicóticos	Chlorpromazine	
	Clozapine Olanzapine Sulpiride Risperidone	Contraindicados en el embarazo
Litium		Contraindicados en el embarazo

Tomado de: Sheikh, 2021⁽⁵⁾ & Narayanaswami, 2020⁽⁶⁾, Ozcan, 2015⁽⁷⁾; Falla, 2021⁽⁹⁾

REFERENCIAS

1. Poleszak J, Szabat P, Jasielski P, et al. Diagnostic and therapeutic challenges of Myasthenia Gravis: A report of 2 cases. *WNOFNS* 31. 2020. 138-145.
2. Alfaro K, Aguiar C, Aguirre R, Schultz H. Miastenia Gravis y embarazo: impacto y abordaje. *Rev Neurol* 2022; 75 (5): 117-122
3. Banner H, Niles K, Ryu M, et al. Myasthenia gravis in pregnancy: Systematic review and case series. *Obstetric Medicine*. 2022. 15(2) 108–117. DOI: 10.1177/1753495X211041899
4. Grover K and Sripathi N. Myasthenia Gravis and Pregnancy. *Muscle Nerve*. 2020. 62(6):664-672. doi: 10.1002/mus.27064. Epub 2020 Sep 28.
5. Sheikh Sh, Alvi U, Soliven B. Drugs That Induce or Cause Deterioration of Myasthenia Gravis: An Update. *J Clin Med*. 2021. 6;10(7):1537. doi: 10.3390/jcm10071537
6. Narayanaswami P, Sanders D, Wolfe G, et al. International Consensus Guidance for Management of Myasthenia Gravis: 2020 Update. *Neurology*. 2021.19;96(3):114-122. doi: 10.1212/WNL.0000000000011124.
7. Ozcan J, Balson I, Dennis A. New diagnosis myasthenia gravis and preeclampsia in late pregnancy. *BMJ Case Rep* 2015. doi:10.1136/bcr-2014-208323.
8. Bleecker J, Remiche G, Alonso A, et al. Recommendations for the management of myasthenia gravis. *Acta Neurologica Belgica*. 2024. 124:1371–1383 <https://doi.org/10.1007/s13760-024-02552-7>
9. Falla L, Cleves J y Saldarriaga W. Eclampsia treatment and myasthenia gravis: case report and review of literature. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 202. 86(6):583-590
10. Gilhus N. Myasthenia Gravis Can Have Consequences for Pregnancy and the Developing Child. *Front Neurol*. 2020.12;11:554. doi:10.3389/fneur.2020.00554.