

Ptosis palpebral: su relación con el timoma

A propósito de un caso

A. Alomar

Institut Oftàlmic
de Mallorca
Hospital Son Llàtzer
Palma de Mallorca
Illes Balears

Resumen

La ptosis palpebral es una patología frecuente de etiología muy variada. Hay que tenerla en cuenta, valorarla muy bien y hacer un buen diagnóstico diferencial porque puede ser expresión de un problema médico sistémico subyacente importante.

Resum

La ptosis palpebral és una patologia freqüent d'etiologia molt variada. Cal tenir-la en compte, valorar-la molt bé i fer un bon diagnòstic diferencial perquè pot ser l'expressió d'un problema mèdic sistèmic subjacent important.

Summary

Ptosis is a common eyelid disorder. The treatment of ptosis requires accurate and consistent evaluation. A good differential diagnosis is necessary as may be the initial symptom of an important systemic disorder.

Caso clínico

Paciente varón de 55 años de edad, sin antecedentes oftalmológicos ni sistémicos de interés, conocido habitual de mi consultorio, que consulta por ptosis palpebral del párpado superior derecho (psd) de una semana de evolución, sin variabilidad horaria. Asimismo refería ronquido nocturno en los dos últimos meses.

A la exploración se evidencia una ptosis palpebral del psd (Figura 1). La exploración ocular era completamente normal en ambos ojos.

En la exploración palpebral se objetiva una ptosis psd de 2 mm, siendo la fuerza del elevador (fe) normal en ambos párpados (15 mm). Ligerá retracción de la ceja derecha compensadora. Fenómeno de Bell normal.

La motilidad ocular extrínseca e intrínseca es normal, así como la exploración de la sensibilidad en todo el territorio del trigémino. La prueba de esfuerzo es negativa en el psd.

En resumen, se trataba de una ptosis palpebral unilateral aguda aislada.

La incidencia de los diferentes tipos de ptosis varía según diferentes autores¹, descrita en la Tabla 1.

Ante la evolución aguda del cuadro y aunque la prueba de esfuerzo fue negativa, solicito anticuerpos antirreceptor de acetilcolina que fueron positivos 1,21 nmol/L (positivos a partir de 0,20 nmol/L). Niveles superiores a 0,50 son indicativos de miastenia gravis. Los valores comprendidos entre 0,20 y 0,50 pueden ser compatibles con otras enfermedades neuromusculares o autoinmunes.

Los anticuerpos son positivos en alrededor del 80% de los pacientes con enfermedad generalizada y en el 50% de los pacientes que presentan la forma ocular.

La ptosis que aumenta con la fatiga no es patognomónica de la miastenia gravis y viceversa.

Se diagnostica el paciente de *miastenia gravis ocular* incipiente y se remite al neurólogo para valoración sistémica.

La miastenia gravis presenta compromiso ocular en el 90% de los casos y dicho compromiso ocular constituye el complejo sintomático inicial en el 75% de

Correspondencia:
Antonio Alomar
Dalmau de Rocaberti, 19
07013 Palma de Mallorca
E-mail:
a.alomar@vodafone.es

los casos. La ptosis palpebral es el modo de presentación más frecuente en esos casos, aunque puede expresarse de diferentes formas (Tabla 2).

El 10% de los pacientes con miastenia tienen timoma². Las células epiteliales normalmente presentes en el timo se asemejan desde el punto de vista histológico al músculo esquelético completo, con receptores para la acetilcolina y estas células pueden volverse antigénicas.

Los anticuerpos responsables de esta enfermedad (Ig G contra receptores nicotínicos postsinápticos de la acetilcolina) son producidos por los linfocitos T, que se hallan a nivel del tejido tímico. Esta glándula presente en la infancia involuciona y sólo restos fibróticos son el vestigio de su existencia en el adulto. Está demostrada su presencia en los pacientes con miastenia gravis.

Se realizó TAC torácico que mostró masa compatible con timoma (Figura 2). El paciente fue intervenido quirúrgicamente realizando resección completa de la masa que fue biopsiada (Figura 3) e informada como timoma predominantemente mixto (epitelial y linfoide). El tratamiento fue completado con quimio y radioterapia, con buena evolución del cuadro.

Hasta el momento el paciente está asintomático, sin medicación y con recuperación funcional y estética completa de la ptosis (Figura 4).

En la miastenia gravis el timo actúa como productor de Ig G. El 77% de los pacientes a los que se realiza timectomía mejoran clínicamente (26% de ellos sin medicación permanecen asintomáticos), 18% permanecen estables sin cambios clínicos, 5% empeoraron de sus síntomas y un 6% morirán por miastenia siendo la causa de muerte más frecuente las crisis miasténicas (supervivencia media 34,3 +/- 3,6 meses)³.

La presencia de timoma influye negativamente el pronóstico de la timectomía.

El momento ideal para intervenir a los pacientes es dentro de los tres primeros años del inicio de los síntomas. Alteraciones irreversibles a nivel de la placa motriz es observada con el tiempo de sufrir la enfermedad y generalmente son los responsables de la persistencia de los síntomas en pacientes tratados exitosamente con la timectomía.

Conclusión

Es importante para el oftalmólogo general y el oculoplástico en particular tener en cuenta las posi-



Figura 1.
Ptosis párpado superior derecho

Incidencia etiológica de ptosis

Miogénicas	52,1%
Aponeuróticas	27,4%
Neurogénicas	4,4%
Traumática	12,4%
Mecánica	3,7%

Tabla 1.

Manifestaciones oculares de la miastenia gravis

- Ptosis palpebral
- Signo de "peekaboo": apertura palpebral al cierre sostenido de los párpados
- Contracción palpebral (lid twitch)
- Deriva centripeta a la mirada o nistagmo
- Diplopía secundaria a paresia de uno o múltiples músculos extraoculares pudiendo simular parálisis de uno o varios nervios oculomotores, oftalmoplejía internuclear, parálisis supranucleares y síndrome del uno y medio.
- Hipometría de los sacádicos de gran amplitud, hipermetría de los sacádicos de pequeña amplitud, intrusiones sacádicas al inicio del movimiento de refinación, lentificación progresiva de los sacádicos del nistagmo optocinético sostenido.
- Hipermetría sacádica y oscilaciones macrosacádicas post-test de tensilón.

Tabla 2.

bilidades etiológicas de la ptosis, realizar una buena historia clínica y exploración física. Ante cualquier trastorno adquirido confuso de la motilidad ocular

Figura 2.
TAC torácico
Imagen nodular sólida en
espacio graso prevascular
en mediastino anterior



Figura 3.
Biopsia
Hematoxilina-eosina

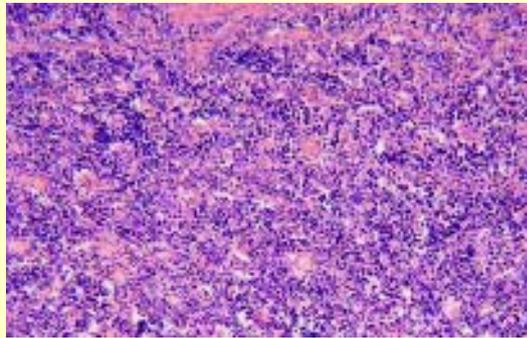


Figura 4.
Resultado final
Simetría palpebral



con ptosis o sin ella y con pupilas normales hay que tener en cuenta el diagnóstico de miastenia gravis.

Está descrito en la literatura un caso de un paciente con ptosis palpebral unilateral diagnosticado de miastenia ocular que a los dos años y medio se diagnosticó de meningioma de seno cavernoso⁴, de aquí la importancia en estos pacientes de estudiar tanto la sensibilidad corneal como la respuesta pupilar.

En el caso presentado, un síntoma como puede ser el ronquido nocturno, al cual no le di importancia durante la visita al paciente, estaría plenamente justificada por la compresión de la masa tímica sobre estructuras torácicas.

En el caso particular de la ptosis en la miastenia, debemos tener en cuenta la posibilidad del timoma, tanto por la influencia que tiene su tratamiento en la evolución de la enfermedad, como en la supervivencia del enfermo.

Bibliografía

1. Salcedo G, Salcedo M. Ptosis palpebral: diagnóstico y tratamiento. México DF. *Composición editorial láser* 1995;27-8.
2. Weder-Cisneros N, Tellez-Zenteno JF, Velásquez-Paz A, Cantu-Brito C, Orozco A, Mimenza-Alvarado A, García-Ramos G. Response to thymectomy in patients with thymoma. *Rev Invest Clin* 2003;55(6):629-34.
3. Petkov R, Kutev N, Mladenovski V, Todorov G, Gavrillov N, Atanasov A, Goranov N. *Thymectomy for myasthenia gravis: 25-year experience*. *Khirurgiia (Sofia)* 2004; 60(3):27-9.
4. Glass JP, Halpern J, Grossman RG. Uncovering ocular pseudomyasthenia. *Ann Ophthalmol* 1993;25(11): 418-21.