

**INTRODUÇÃO:** A miastenia gravis é uma doença autoimune da transmissão neuromuscular que pode agravar na gravidez e trazer complicações, principalmente quando associada à pré-eclâmpsia. A ocorrência de ambos os quadros em gestantes é muito rara e não parece estar associada. **RELATO DE CASO:** Gestante, 42 anos, diagnóstico de miastenia gravis prévio, em tratamento com piridostigmina 60mg. Ultrassonografia com Doppler na 12ª semana identificou aumento no índice de pulsatilidade, iniciou-se AAS. Com 32 semanas, foi internada com pré-eclâmpsia, sendo prescrito betametasona 2 doses e iniciado metildopa. Durante a US para avaliação do desenvolvimento fetal foi identificada CIUR com Doppler normal, sendo sugerida US sequencial semanal. Na 34ª semana de gestação, foi admitida novamente com quadro de aumento da pressão arterial e cefaléia, apesar do uso contínuo do anti-hipertensivo. Realizou-se propedêutica de pré-eclâmpsia e cesariana sob raquianestesia. Após 2 dias, paciente recebeu alta e recém-nascido foi encaminhado para CTI neonatal. **DISCUSSÃO:** O pré-natal adequado em pacientes miastênicas garante que o tratamento esteja em consonância com a gestação, sendo importante mantê-lo no pós-parto, prevenindo a piora dos sintomas. A piridostigmina e corticosteróides na menor dose necessária são medicamentos de escolha. Já o recém-nascido deve ficar em observação, pois há risco de desenvolvimento de miastenia gravis transitória. Ademais, quando houver pré-eclâmpsia, institui-se tratamento farmacológico com anti-hipertensivos e intensifica-se a vigilância da grávida. O sulfato de magnésio, medicamento profilático para eclâmpsia, deve ser evitado em miastênicas por predispor crises. Quanto ao parto, anestesia peridural ou raquidiana são seguras; evita-se anestesia geral pois, nestas pacientes, o bloqueador neuromuscular tem duração prolongada, além de potencializar o efeito dos anticorpos atuantes sobre os receptores colinérgicos. **CONCLUSÃO:** O rígido seguimento do pré-natal e o manejo adequado das comorbidades em gestantes de alto risco é fundamental para redução das taxas de morbimortalidade materno-fetais e, nesse caso, permitiu um desfecho satisfatório.

#### REFERÊNCIAS:

- AMARAL, Walter Toledo; PERAÇOLI, José Carlos. Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia. **Comun. ciênc. saúde**, p. 153-160, 2011.
- DUCCI, Renata Dal-Prá et al. Miastenia gravis durante a gestação: quais cuidados devem ser realizados?. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 79, p. 624-629, 2021.
- HAMEL, Johanna; CIAFALONI, Emma. An update: myasthenia gravis and pregnancy. **Neurologic Clinics**, v. 36, n. 2, p. 355-365, 2018.

HOFF, Jana Midelfart; DALTVET, Anne Kjersti; GILHUS, Nils Erik. Myasthenia gravis: consequences for pregnancy, delivery, and the newborn. **Neurology**, v. 61, n. 10, p. 1362-1366, 2003.

OZCAN, John; BALSON, Ian Frank; DENNIS, Alicia T. New diagnosis myasthenia gravis and preeclampsia in late pregnancy. **Case Reports**, v. 2015, p. bcr2014208323, 2015.

NORWOOD, Fiona et al. Myasthenia in pregnancy: best practice guidelines from a UK multispecialty working group. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, v. 85, n. 5, p. 538-543, 2014.

PERAÇOLI, José Carlos et al. Pre-eclampsia/eclampsia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, p. 318-332, 2019.

WATERS, Janet. Management of myasthenia gravis in pregnancy. **Neurologic Clinics**, v. 37, n. 1, p. 113-120, 2019.