Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2362

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2385 - A PROPÓSITO DE UNA PTOSIS PALPEBRAL

D. Martínez Revuelta[a], J. Bustamante Odriozola[b], C. San José Fresco[c], A. Ruíz Urrutia[d], I. Rivera Panizo[e] y M. Nielfa González[f]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Isabel II. Cantabria. [c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. [f]Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Una mujer de 67 años fumadora activa de 60 paq-año e hipertensa en tratamiento con doxazosina, losartán/hidroclorotiazida, sin alergias conocidas, acude a consulta por deterioro del estado general de 3-4 meses de evolución con pérdida de peso de 8 kg. Refiere deterioro más marcado en el último mes presentando ptosis llamativa de predominio vespertino y debilidad generalizada. Consulta por aumento de la debilidad y dificultad respiratoria, tras evaluación inicial se deriva a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Saturación de oxígeno 91% tras gafas a 2l (98%). TA 165/104 mmHg; FC: 104 lpm. Ligera taquipnea. Neurológica: Debilidad de musculatura facial (diplejía facial), con dificultad para el cierre mandibular. Debilidad de musculatura paracervical (extensión y lateroflexión 4-4+/5; flexión 2/5). Peak flow: inferior a 100. Lenguaje y comprensión normal, con cierta dificultad para la articulación del mismo. Debilidad de MMSS 3/5; MMII 4/5. Ptosis palpebral bilateral que empeora con maniobras repetitivas. Analítica normal, GSA (con O2) normal. Rx tórax: normal. TAC: nódulo e imagen de masa en mediastino anterior compatible con timoma. Inmunoestimulación repetitiva: sugestivas de un trastorno en la transmisión neuromuscular post-sináptica. EMG y ENG normales. Ac anti-receptor acetilcolina > 20,00, resto inmunología normal.

Juicio clínico: Crisis miasténica por timoma.

Diagnóstico diferencial: Guillain-Barré, distrofia muscular oculofaríngea, síndrome miasténico Eaton-Lambert, miopatía mitocondrial, botulismo.

Comentario final: Tras confirmarse el diagnóstico de sospecha, se inicia tratamiento con inmunoglobulina, corticoides y anticolinesterásico con mejoría progresiva. Cabe destacar la importancia de la anamnesis y exploración física en la práctica diaria encaminada como en este caso a identificar situaciones potencialmente graves desde atención primaria para su correcto tratamiento.

Bibliografía

1. Bedlack RS, Sanders DB. On the concept of myasthenic crisis. J Clin Neuromuscul Dis. 2002;4:40.
2. Wendell LC, Levine JM. Myasthenic crisis. Neurohospitalist. 2011;1:16.
3. Berrouschot J, Baumann I, Kalischewski P, et al. Therapy of myasthenic crisis. Crit Care Med. 1997;25:1228.
4. Gajdos P, Tranchant C, Clair B, et al. Treatment of myasthenia gravis exacerbation with intravenous immunoglobulin: a randomized double-blind clinical trial. Arch Neurol. 2005;62:1689.

Palabras clave: Miastenia. Ptosis. Timoma.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.