Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2429

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3446 - DAME UN GUIÑO

B. Blanco Sánchez[a], J. Sánchez Sánchez[b], L. Tomás Ortiz[c], M. Navarro Miralles[c], M. Muñoz Ayuso[d] e I. Asunción Sola[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. [d]Médico de Familia. Urgencias Hospital Los Arcos. Murcia. [e]Médico Residente 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años que acude a nuestra consulta por astenia, anhedonia y debilidad generalizada de dos meses de evolución. Refiere además que le cuesta subir escaleras, acabado muy fatigada, y que empeora al volver del trabajo por la noche (lo relaciona con estrés laboral). Ayer además presentó un episodio de visión borrosa de 20 minutos de duración por la noche. Sin patología respiratoria o digestiva, ni pérdida de peso reciente. Fumadora activa, sin otros antecedentes de interés. Se remite a Urgencias de Hospital de referencia para descartar ACV o neoformación intracraneal.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, con buena coloración e hidratación de piel y mucosas. Sin palpación de adenopatías ni bocio. Constantes dentro de la normalidad. Auscultación pulmonar y cardiaca normales. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, sin dolor a la palpación. Exploración neurológica pares craneales simétricos y conservados. Fuerza ligramente disminuida en MMII, sensibilidad conservada. ROT conservados. Imposibilidad de mantener brazos en alto en maniobra de Barany, por lo que se completa con maniobras de fatigabilidad (brazos en alto, mirar a un punto fijo) ante la sospecha de miopatía, que resultan positivas (con disminución de fuerza en cintura pelviana y escapular). Analítica previa con hemograma, coagulación, VSG, bioquímica y perfil tiroideo normales. Se ingresa en el Hospital donde se completa analítica con estudio de serologías y marcadores tumorales negativos, autoinmunidad positiva para Ac. Anti-FML y Ac. Anti-FME, estudio neurofisiológico compatible con la afectación de unión neuromuscular; y prueba de respuesta terapéutica a piridostigmina oral con mejoría significativa.

Juicio clínico: Miastenia gravis.

Diagnóstico diferencial: Hipertiroidismo. ACV. Tumores intracraneales.

Comentario final: La MG es una enfermedad de la unión neuromuscular que está aumentando su prevalencia en nuestro medio, quizás a la mejora del diagnóstico precoz. Desde Atención Primaria con una buena historia clínica, y una buena exploración se puede encauzar el diagnóstico teniendo

en cuenta la complejidad del proceso, con síntomas tan inespecíficos al inicio.

Bibliografía

1. Lopomo A, Berrih-Aknin S. Autoimmune Thyroiditis and Myasthenia Gravis. Front Endocrinol (Lausanne). 2017;8:169.
2. Evoli A. Myasthenia gravis: new developments in research and treatment. Curr Opin Neurol. 2017.

Palabras clave: Debilidad muscular. Miastenia gravis.

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