



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/568 - ¡Doctor, veo doble!

M.L. Abalde Castro^a y A. Fraga Bau^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teis. Vigo. ^bMédico Especialista en Neurología. EOXI. Vigo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 92 años sin antecedentes personales de interés que consulta a su MAP porque desde hace 6 meses presenta episodios de visión doble intermitentes, cuando ve la televisión o lee. Empeora por la noche y se resuelve si tapa un ojo. En general es una diplopía vertical, sin otra sintomatología. Acude acompañada de un familiar que refiere también ptosis vespertina.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: anodino. Neurológica: funciones superiores normales. Pupilas isocóricas normorreactivas. Fondo de ojo normal. Campimetría por confrontación normal. Movimientos oculares extrínsecos normales. No asimetrías ni paresias faciales. Pares bajos normales. Sistema motor: normal, sin parkinsonismo ni piramidalismo. No fatigabilidad. Sistema sensitivo: normal. Coordinación: normal y marcha: normales. IC a Oftalmología: diplopía vertical intermitente, descartan patología oftalmológica. IC a Neurología: ante la sospecha diagnóstica de una forma ocular de MG se solicita analítica: hemograma normal, bioquímica (glucosa 141 mg/dL, colesterol 267 mg/dL, resto normal), función tiroidea (TSH 5,85 ?UI/mL, T4L 1,24 ng/100 mL. Anticuerpos antitiroideos: positivos), anticuerpos anti receptores de acetilcolina: positivos (5.66 nmol/L). Se realiza ensayo terapéutico con piridostigmina oral (60 mg), tras el cual la paciente refiere gran mejoría.

Juicio clínico: Miastenia gravis ocular (Osserman I).

Diagnóstico diferencial: Entre las posibles causas de diplopía binocular sin afectación a nivel pupilar debemos contemplar la patología vascular isquémica, oftalmopatía tiroidea, miastenia gravis y otras menos frecuentes como miopatías. Cabe destacar una característica que hace que la principal sospecha sea la Miastenia Gravis, que es el carácter fluctuante de la misma.

Comentario final: La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune en la que lo más frecuente es que se generen autoanticuerpos contra los receptores de acetilcolina en la membrana postsináptica, a nivel de la unión neuromuscular. Su principal síntoma es la debilidad muscular fluctuante. La mitad de los pacientes presentan afectación ocular al inicio de la enfermedad y en aproximadamente un 15% de los casos se mantiene como forma exclusivamente ocular. Afecta más a mujeres y puede presentarse a cualquier edad. Hasta en un 5% de los casos se asocia a otras patologías autoinmunes y también con frecuencia a patología tímica, por lo que es recomendable realizar TAC torácico, que en esta paciente dada la edad y de acuerdo con su familia se desestimó. El papel del MAP es importante a la hora de establecer la sospecha diagnóstica mediante una cuidada historia clínica y una correcta exploración, derivar a Neurología y realizar el

seguimiento conjuntamente con ellos, ya que diferentes patologías y fármacos pueden empeorar los síntomas de MG y es preciso que el médico de familia los conozca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Victoria SP, Dianna Q. Ocular myasthenia gravis. UpToDate. 2014. Disponible en: www.uptodate.com
2. Allan HR, Martin AS, Joshua PK. Myasthenia Gravis and Related Disorders of the Neuromuscular Junction. Principles of Neurology. 10th ed. McGraw-Hill; 2014. p. 1472-89.
3. Juel VC, Massey JM. Myasthenia gravis. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2007;2:44.