



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3643 - Miastenia gravis: una sospecha en Atención Primaria

A.B. Lara Muñoz<sup>a</sup>, L. Barrios Blasco<sup>b</sup>, J.M. Navarro Frutos<sup>a</sup>, A. Morales Valverde<sup>a</sup>, M.Á. López Martínez<sup>b</sup> y E. Salas Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Santa Rosa. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 71 años que acude a consulta por debilidad generalizada desde hace dos meses que se acentúa con la actividad. Refiere dificultad para la deglución, más acentuada para sólidos, y disartria tras unos segundos. Refiere ptosis palpebral. No parestesias. No otra sintomatología. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. HTA. Diabetes mellitus. Cáncer de colon. Síndrome ansioso. HBP. No otras patologías. Tratamiento actual: losartan 50 mg/24h, glicazida 30 mg/24h, silodosina 8 mg/24h, lorazepam 1 mg/8h, diazepam 5 mg/24h, zolpidem 10 mg/24h.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: regular estado general. Consciente, orientado. Rinolalia. Exploración neurológica: debilidad muscular en MMII, musculatura facial (ptosis bilateral asimétrica que se incrementa a la supraversion) y cervical. Paresia facial bilateral. Disartria flácida. Pronunciación más afectada durante la conversación. Sensibilidad y ROT conservados. Resto de la exploración: normal. Analítica: hipergammaglobulinemia policlonal. Hemograma y coagulación normal. TSH, CK, PCR y resto de bioquímica normal. ANA, ANCA, FR, VHC y VHB negativos. RX y TC tórax: sin alteraciones. Se deriva a neurología para continuar estudio.

**Juicio clínico:** Sospecha de miastenia gravis.

**Diagnóstico diferencial:** Debe realizarse con: miopatías, parálisis agudas motoras (botulismo), alteraciones primarias oculares, lesiones cerebrales, ELA y esclerosis múltiple entre otras.

**Comentario final:** La miastenia grave (MG) es una enfermedad autoinmune mediada por anticuerpos. Tiene una presentación bimodal, con un pico entre los 15-35 años, de predominio en mujeres, y otro, en mayores de 60 años. Se caracteriza por debilidad fluctuante y fatigabilidad de determinados músculos que mejora con el reposo, conservando sensibilidad y reflejos. Sin embargo, sus síntomas de presentación (diplopía, disartria, disnea, ptosis...) en el grupo de edad más avanzada, son atribuidos generalmente a patologías más frecuentes, por lo cual, la MG es una enfermedad infradiagnosticada. Su comorbilidad inmunológica, descartada en nuestro paciente, es elevada. El tratamiento debe ser individualizado, debiendo conocer aquellos fármacos que puedan empeorar la sintomatología. Entre las opciones de tratamiento se encuentran: tratamiento sintomático, inmunológico, timectomía e inmunomoduladores en situaciones graves y transitorias. En nuestro caso, la sospecha de MG se confirmó tras ampliación de estudio, presentando mejoría clínica tras un ciclo de inmunoglobulinas intravenosas. En conclusión, su sospecha debe ser prioritaria en atención primaria ya que se trata de una enfermedad con buena respuesta al tratamiento que sin él puede ser grave. Por ello, una buena anamnesis junto a una correcta exploración neurológica en una clínica compatible pueden ser suficientes para establecer la misma y, derivar a atención especializada para inicio precoz del tratamiento.

## Bibliografía

1. Aragonés JM, Altimiras J, Roura P, Alonso F, Bufill E, Munmany A, et al. Prevalence of myasthenia gravis in the Catalan county of Osona. *Neurología*. 2014.

*Palabras clave:* Senescencia inmunológica. Miastenia gravis.