



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2385 - A PROPÓSITO DE UNA PTOSIS PALPEBRAL

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

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Isabel II. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. <sup>f</sup>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 O<sub>2</sub>) 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.