



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2596 - NO VEO DOCTOR, ¿QUÉ ME PASA?

M. Macías Cristo<sup>a</sup>, A. Ribao García-Verdugo<sup>b</sup>, I. Solar Gil<sup>c</sup>, G. Cattabriga León<sup>b</sup>, R. Peiro Gómez<sup>a</sup> y J. García Pascual<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arganda del Rey. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Arganda del Rey. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arganda del Rey. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 81 años con parálisis del III PC que oftalmología diagnóstica de oftalmoplejía, empeoramiento progresivo con ptosis y cambio en la voz con dificultad para tragar, inicialmente líquidos y posteriormente sólidos, tolera con dificultad. Derivada a neurología sospecha de causa isquémica. Comienza de forma brusca con disnea progresiva hasta hacerse mínimos esfuerzos, pasando a ser dependiente, se deriva a urgencias por sospecha de Guillen Barré precisando ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria con broncoespasmo asociado.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ptosis bilateral, completa en OI, vence algo gravedad en derecho (ceguera funcional). Oftalmoplejía completa. Campimetría por confrontación (abriéndole los ojos) normal. Debilidad en orbicularis oculi y oris leve. Poca elevación de paladar bilateral, sin acumulo de secreciones. Lengua en tridente, sin limitación evidente. R. Nauseoso presente. Debilidad de miembros globalmente 4+ en MMSS y 4 en MMII. Sensibilidad normal. ROT presentes, simétricos. RCPFB. Clonus aquileo agotable bilateral. Marcha muy limitada por disnea. Test del hielo no claramente positivo. AS: Leuc 11.000 (PMN 8.800). GA: pH 7,27, pCO<sub>2</sub> 66. pO<sub>2</sub> normal. BQ: Creat 1,58 (FG 31). TC craneal: sin alteraciones de interés. En el estudio neurofisiológico se objetivan cambios leves miopáticos en el EMG (pueden parecer en miastenia) y ER a bajas frecuencias normal, a altas frecuencias aumento de 30%. El electromiograma muestra potenciales de unidad motora de baja amplitud, duración breve y polifásicos, de características miopáticas, en musculatura cervical, proximal de extremidades superiores e inferiores y craneal y cambios neurogénicos crónicos de grado leve en los músculos explorados correspondientes a los miotomas L3 y L4 derechos. TC toraco-abdominal: no presencia de timoma, bocio multinodular a expensas de LTD, lesión quística de 6 cm en región anexial derecha. Ac anticolinérgico positivo > 20. Ac. antimuscarínico negativo 0,17. CEA 125 54.

**Juicio clínico:** Miastenia gravis.

**Diagnóstico diferencial:** Miastenia gravis. Oftalmoplejía. AIT/ictus. Guillen Barré.

**Comentario final:** Existe dificultad a la hora de diagnosticar miastenia gravis en el anciano puesto que la disartria y la dificultad en la deglución pueden ser confundidos con origen isquémico. Es fundamental la exploración y la observación en nuestros pacientes mayores.

### Bibliografía

1. Wang L, Zhang Y, He M. Clinical predictors for the prognosis of myasthenia gravis. BMC Neurology. 2017;17(1).

**Palabras clave:** Miastenia. Anciano. ACVA.