



242/3658 - PTOSIS PALPEBRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Barragán Gamero, C. Gutiérrez Elvar y A. Pino Lijarcio

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón 69 años. EPOC grado II. Exfumador 42 paquetes-año. Independiente para actividades vida diaria. Cuidadora principal: hija.

Exploración y pruebas complementarias: Ptosis izquierda que aumenta con test de fatiga (elevación de la mirada, parpadeo repetido). Pares craneales normales, pupilas isocóricas con reflejos normales. Movimientos oculares conservados. No signos autonómicos. Reflejos miotáticos simétricos. No disminución de fuerza en cintura escapular ni pelviana al mantener miembros elevados. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Ante los hallazgos se deriva a Neurología y se pide analítica completa. En una segunda visita se asocia diplopía. Desde neurología se solicita para confirmación diagnóstica: Anticuerpos antirreceptor acetilcolina: elevados. Electromiografía fibra aislada: jitter aumentado. Estimulación nerviosa repetitiva: reducción amplitud en respuestas evocadas. Para descartar la presencia de timoma se realiza TAC torácica sin apreciarse imágenes compatibles. En segmento posterior del lóbulo superior pulmonar derecho: imagen nodular sólida 20 × 17 mm, bordes espiculados. No adenopatías. Se indica ampliar la exploración: PET-TAC: sin hallazgos. Fibrobroncoscopia y biopsia: negativa. Estadiaje: IA (T1bN0M0). Considerando la reseccabilidad del tumor y operabilidad del paciente se realiza segmentectomía anatómica S6 y linfadenectomía. Carcinoma epidermoide. Ausencia de infiltración vascular, linfática, perineural o pleural. Margen quirúrgico libre.

Juicio clínico: Carcinoma epidermoide en paciente con miastenia gravis ocular.

Diagnóstico diferencial: Miastenia gravis ocular vs tumor Pancoast vs síndrome Eaton-Lambert. La miastenia y el síndrome de Eaton podrían explicar la ptosis y la diplopía. Si bien la miastenia es más propia de mujeres en la tercera década y el síndrome Eaton aparece en el contexto del carcinoma de células pequeñas en varones fumadores, la ausencia de afectación pupilar con reflejos miotáticos normales hace inclinarnos hacia la miastenia. En el síndrome de Horner la ptosis asocia miosis pupilar arreactiva a diferencia de la miastenia.

Comentario final: Por sospecha de miastenia gravis se remite el caso a Neurología desde atención primaria. Se confirma el diagnóstico y se descarta timoma mediante TAC. Como hallazgo incidental se diagnostica de nódulo pulmonar que se reseca y analiza obteniéndose al alta el diagnóstico de carcinoma epidermoide en paciente con miastenia gravis ocular.

Bibliografía

1. User S. Diagnóstico diferencial. Asociación Miastenia de España (AMES). 2017. Disponible en: <http://miastenia.org/index.php/miastenia/diagnostico-diferencial>
2. Caballero Martín M. Presentación clínica de miastenia gravis en Atención Primaria. 2017. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script = sci_arttext&pid = S1131-57682001000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000300006)

Palabras clave: Miastenia gravis. Ptosis. Carcinoma epidermoide.