



242/1595 - SÍNDROME DE CABEZA CAÍDA EN EL ANCIANO

F. Mateo Mateo^a, E. Sánchez Díaz^b y V. Llamazares Muñoz^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas. Córdoba. ^bMédico de Familia. Centro de Posadas. Córdoba. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Carlota. Distrito Sanitario Guadalquivir. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: AP; no AMC. HTA, dislipemia, FA, IA leve, IM moderada, cervicoartrosis, HBP. Tratamiento habitual; sintrom, digoxina, carvedilol, diazepam, fenofibrato, dutasteride, omeprazol, torasemida. Varón de 85 años, traído a consulta por cervicalgia de días de evolución que no cede con paracetamol. Presenta dolor a la palpación a nivel de musculatura paravertebral cervical con limitación de la rotación. Pautamos metamizol e ibuprofeno. Posteriormente reconsulta en varias ocasiones y se pauta tratamiento con tramadol/paracetamol, tramadol sin mejoría. Se solicita Rx cervical donde se observa pérdida completa de curvatura cervical, gran cervicodiscartrosis, anterolistesis C2-C3. Refiere su hija que constantemente la cabeza cae hacia adelante y no puede sostenerla.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente es derivado a rehabilitación sin mejoría. Presenta déficit de musculatura extensora cervical. Se pauta tratamiento con fentanilo parches y collar cervical. A continuación derivamos a neurología. Exploración; debilidad fatigable de extensores de cuello, flexores normales, cuello caído. Ptosis bilateral, no otros hallazgos. Test de hielo sobre OI: 1 mm de diferencia: negativo. Electromiografía: el estudio muestra importantes signos miopáticos limitados a extensores vertebrales cervicales y trapecio, acompañados de una ER patológica en trapecio y de un jitter alterado en músculo deltoides sin alteraciones miopáticas en el EMG convencional. Estudio compatible con trastorno postsináptico de la transmisión neuromuscular. Analítica: normal. ANA negativos. Anticuerpos anti-receptor de acetilcolina positivos. Rx tórax: pendiente. Se pauta tratamiento con piridostigmina. En revisión, asintomático con mejoría del dolor.

Juicio clínico: Miastenia gravis generalizada autoinmune manifiesta como síndrome de cabeza caída.

Diagnóstico diferencial: Polimiositis, polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, ELA, miositis por cuerpos de inclusión.

Comentario final: La miastenia gravis es una enfermedad inmunológica caracterizada por debilidad y fatiga muscular. Afecta predominantemente a los ancianos. Aunque puede afectar a cualquier grupo muscular, la clínica de inicio habitual es la ocular y bulbar. Una forma de inicio excepcional es la cabeza caída.

Bibliografía

1. Aragonès JM, Roca-Rabionet C, Altimiras-Roset J, Roura-Poch P. Cabeza caída como inicio de la miastenia en la enfermedad de Parkinson: ¿una asociación característica? Rev Neurol. 2016;62:429-30.

Palabras clave: Cervicalgia. Miastenia gravis.