



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3849 - DISARTRIA NO SIEMPRE ES IGUAL A ACVA

M. Moreno Morales<sup>a</sup>, G. Domínguez Alonso<sup>b</sup> y J. Fernández González<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. SCCU. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital de Jerez. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 58 años con AP de HTA, Ansiedad y apendicectomizado en juventud, realiza tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg, Alprazolam 0,5 mg. Anamnesis: Acude a servicio de URG por presentar desde hace unos 4 días dificultad para hablar, que ha incrementado en las últimas horas, acompañado de astenia y de pérdida de fuerza en MMSS más acentuada en izquierdo. No cefalea acompañante, no náuseas o vómitos.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, COC, BHyP, normocloración de piel y mucosas, eupneico en reposo. ACR: tonos rítmicos sin soplos audibles, MVC en ambos campos. Exploración neurológica con disartria, sin alteraciones a la motilidad de lengua, fuerza disminuida en MMSS 2/5, PINRLA, MOEC, resto de PPCC sin hallazgos. Romberg negativo, no déficit sensitivo, Babinski negativo. Resto de exploración sin alteraciones. Se realiza toma de constantes con TA de 153/78 mmHg, SatO<sub>2</sub> 99%. Se realiza EKG: sensual a 78 l/m con QRS normales, PR no aumentado y sin alteraciones de la repolarización. Se realiza analítica con hemograma y bioquímica sin alteraciones. Se decide realizar TC craneal por la sospecha de ACVA lacunar

**Orientación diagnóstica:** Con la sospecha clínica de ACVA se decide la realización de TC craneal que no evidencia sangrado, lesiones ocupantes de espacio u otras alteraciones.

**Diagnóstico diferencial:** Apraxia oral, disartria de origen cerebrovascular,

**Comentario final:** El paciente a la semana de ser valorado empeoró clínica objetivándose ptosis palpebral antes no presente. Se decidió ingreso en neurología y realización de prueba de tensilon para miastenia gravis, que fue diagnóstica mejorando facies que presentaba. Se comenzó con tratamiento con inmunoglobulina IV, piidostigmina y prednisona con las que el paciente mejoró.

### Bibliografía

1. Martínez Torre S, Gómez Molinero I, Martínez Girón R. Puesta al día en la miastenia gravis. Medicina de Familia SEMERGEN. 2018;44(5):351-4.
2. Behin A, Le Panse R. New Pathways and Therapeutic Targets in Autoimmune Myasthenia Gravis. Journal of Neuromuscular Diseases. 2018:1-13.

**Palabras clave:** Disartria. ACVA. Apraxia oral.