

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

424/667 - DOCTORA, SE ME CAE EL PÁRPADO

A. Uceda Riera¹, A. Martínez González², R. Isaac Forte² y A. Rodríguez Benítez²

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Jávea. Alicante. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Deltubre. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: AP: NAMC. HTA, dislipemia. No hábitos tóxicos. Mujer de 70 años que acude al servicio de urgencias por ptosis palpebral derecha de 24 horas de evolución, que había ido aumentando progresivamente. Negaba otra sintomatología, aunque sí refería estar más nerviosa de lo habitual. Se le realiza analítica y TAC craneal, que son normales, dada de alta orientándose como ansiedad. Acude a la consulta del MAP al día siguiente, continúa con la ptosis, y además refiere dificultad al deglutar y cambio en la voz.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Consciente, orientada, Glasgow 15. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No nistagmus. Ptosis palpebral derecha, y debilidad de la musculatura palpebral bilateral, disartria, no afasia.

Orientación diagnóstica: La clínica que comenta la paciente, junto con prueba de imagen normal, nos hace sospechar en un debut de miastenia gravis. Derivamos de nuevo a urgencias, siendo revalorada y realizándose test de tensilon, siendo positivo, ingresa en Neurología con tratamiento corticoideo y piridostigmina con sospecha de miastenia gravis. Se le realiza analítica con Ac antireceptor acetilcolina y EMG, compatible con enfermedad de placa neuromuscular postsináptica, y TC torácico, que descarta timoma. La paciente evoluciona favorablemente sin complicaciones, desapareciendo la disartria y la disfagia y con mejoría de la ptosis. Se da de alta a los pocos días para seguir tratamiento y controles ambulatorios. Llamamos a la paciente desde AP tras el alta para ver cómo está, refiriendo que muy bien. A la visita a Neurología al mes, está asintomática con el tratamiento pautado, los Ac son positivos, por lo que se orienta como MG oculobulbar en remisión y se le desescaliza tratamiento, citándola de nuevo en 2 meses (pendiente).

Diagnóstico diferencial: ACV; EM; síndrome de Wernicke; tumores orbitarios; miopatías; ELA; síndrome de Lambert-Eaton.

Comentario final: En AP podemos ver casos de miastenia gravis. No debemos quedarnos tranquilos con pruebas de imagen normales, una vez más, vemos que la exploración física y la anamnesis desde Atención Primaria es primordial para sospechar patologías y orientar el diagnóstico.

Bibliografía

1. Benatar M, Kaminski H. Tratamiento médico y quirúrgico para la miastenia ocular. En: Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd.

Palabras clave: Ptosis. Disartria. Disfagia.