

## 424/3575 - CUANDO LA VOZ ES EL SÍNTOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Pastor Correas<sup>1</sup>, E. Algárate Linares<sup>2</sup> y L. Martín de Eugenio Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Babel. Alicante. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Babel. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 77 años. Antecedentes personales de hipertensión arterial, asma bronquial y síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por psiquiatría. Consultó en mayo de 2019 por rinolalia de reciente aparición. No disfagia ni otra alteración relevante. Tras la exploración física y ante la falta de hallazgos se solicita radiografía de senos, se deriva a Otorrinolaringología, se pauta tratamiento corticoideo nasal y se cita en 2 semanas. Durante este transcurso, el paciente acudió a urgencias hospitalarias por empeoramiento de la clínica y no mejoría tras la corticoterapia. En urgencias hospitalarias fue revisado por otorrinolaringólogo de guardia descartando patología a ese nivel tras fibrolaringoscopia. Se solicitó TAC craneal hallando ocupación de senos esfenoidales. Es dado de alta con diagnóstico de sinusitis estando pendiente de valoración en consulta por ORL. El paciente volvió a consulta de primaria en junio de 2019. Refirió disfagia a sólidos y líquidos, y se deriva a urgencias hospitalarias. Allí refirió disminución de 10 kg de peso en un mes y sensación de stop a nivel esofágico. Valorado por digestivo que solicitó endoscopia digestiva, objetivándose candidiasis esofágica. Se solicitó valoración por Neurología que ingresa por disfagia y debilidad facial. Se solicitó electromiograma compatible con miastenia gravis, resonancia magnética que no mostró alteraciones y pautan Piridostigmina y metilprednisolona con mejoría de la clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física mayo 2019: rinoscopia anterior sin detectar alteraciones. No presenta alteraciones neurológicas. Exploración física junio 2019: ptosis de ojo derecho, debilidad facial y cervical, disfagia y disfonía con voz nasal de 2 meses de evolución, con empeoramiento de la clínica a última hora del día y mejoría tras el descanso. TAC craneal: senos esfenoidales ocupados. Rx senos: sin alteraciones. Fibrolaringoscopia: normal. Endoscopia digestiva: candidiasis esofágica. Rx tórax: sin alteraciones. Analítica: anticuerpos AChR y MuSK+ positivos. Electromiograma: compatible con miastenia gravis.

**Orientación diagnóstica:** Miastenia gravis.

**Diagnóstico diferencial:** Pólipos nasales. Tumores de cabeza o cuello o digestivos. Sinusitis aguda. Enfermedades neurodegenerativas. Polimiositis.

**Comentario final:** La miastenia puede presentar síntomas otorrinolaringológicos, por lo que es común que la búsqueda del diagnóstico esté enfocada a esta esfera retrasando su diagnóstico y tratamiento.

### Bibliografía

1. López-Alburquerque T. Miastenia grave y otras enfermedades de la unión neuromuscular. Neurología clínica básica, pp. 480-99.

**Palabras clave:** Rinolalia. Miastenia Gravis. Disfagia.