

424/239 - DIPLOPIA Y DEBILIDAD MUSCULAR EN PACIENTE ANCIANO

J. López Regal¹, C. Barrera Duarte² y B. Muntadas Moler³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Institut Català de Salut. Àrea Básica de Salud Santa Eugenia de Berga. Barcelona. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Àrea Básica Manlleu. Barcelona. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP El Remei. Vic. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 71 años con alcoholismo leve sin alergias medicamentosas con antecedente patológico de HTA y hipercolesterolemia que presenta desde el verano pasado diplopía fluctuante que empeora al final del día y con la mirada desviada a la izquierda. Se acompaña de debilidad muscular a nivel del tronco superior. A destacar paciente fue visitada hacia unos meses en oftalmología con retinografía y exploraciones normales.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica campimetría por confrontación sin déficits, MOES sin restricciones. No diplopía en ninguna dirección aun manteniendo la mirada más de 30 segundos. No ptosis ni paresia ni hipostesia facial. Analítica: anticuerpos antireceptor de acetilcolina positivos y resto de valores dentro de la normalidad. TAC Craneal: no desplazamientos significativos de las estructuras de línea media supra e infratentorial. Sistema ventricular de tamaño, configuración y posición normales. Cisternas basales y peritronculares libres. Discreto ensanchamiento de los surcos corticales de la convexidad cerebral frontal. Fosa posterior y parénquima cerebral sin otras alteraciones morfológicas ni densitométricas valorables. Discreta macroftalmia bilateral y se objetiva nervio óptico tortuoso. EMG: del músculo frontal con presencia de Jitter patológico y algunos con bloqueos en los pares de potenciales aislados compatible con disfunción de placa motora tipo miastenia gravis ocular.

Orientación diagnóstica: Miastenia gravis del anciano.

Diagnóstico diferencial: Hipertiroidismo, síndrome de Lambert-Eaton, neurastenia y lesiones intracraneales ocupantes de espacio. En el caso de diplopía aislada pensaremos en posibles causas locales, miositis o infiltraciones orbitarias o lesiones de pares craneales oculomotores.

Comentario final: Es necesario cambiar el concepto clásico de miastenia gravis como patología del adulto joven y considerarla, como una patología emergente en la población anciana. Es una enfermedad que debemos conocer, dado que la detección y el tratamiento precoces consiguen generalmente una mejoría física y funcional del paciente mayor. Delante de un paciente con debilidad de reciente aparición especialmente en musculatura craneal deberíamos de considerar esta entidad una posibilidad diagnóstica. Por parte del médico de familia debemos contar con una historia y exploración adecuadas, y confirmar la sospecha con anticuerpos anti receptor de acetilcolina en suero y la electromiografía.

Bibliografía

1. Aragonès JJ, Roura-Poch P, Hernández-Ocampo EM, Alonso F, Pont-Lluelles M, Xandri I, et al. Myasthenia gravis: A disease of the very old. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62:196-7.

Palabras clave: Diplopía. Debilidad muscular. Miastenia gravis.