

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

424/3628 - ¡DOCTORA, NO VEO!

M. Trigueros Guerra¹, I. Blancas Sánchez² y F. González Martínez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. ²Médico de Familia. Hospital Reina Sofía de Córdoba. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Posadas. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, ictus ACM derecha e infarto agudo de miocardio. En tratamiento con AAS 300 mg y candesartán/HCT. Acude al servicio de urgencias por visión doble desde hace 6 meses y caída palpebral bilateral. Indagando acerca de otros síntomas nos indica que la clínica presentada se acompaña de cansancio al masticar, empeorando en el transcurso del día. Refiere ocasionalmente cambios en la voz y dolor en la musculatura del cuello cuando se encuentra en bipedestación mantenida.

Exploración y pruebas complementarias: Ptosis bilateral con mínima fatigabilidad. Limitación para la abducción y elevación del ojo izquierdo, con nistagmo del OD que aduce. No fatigabilidad en voz, cuello ni extremidades en las maniobras de repetición. Marcha autónoma, paretoespástica izquierda. Se solicitó Fibra simple: Proceso compatible con proceso postsináptico de la transmisión neuromuscular con alteraciones del jitter y bloqueos en el músculo craneal estudiado. Analítica con Anticuerpo Ach: resultado > 10 y actividad TPMT 16. TAC de tórax: se descarta timoma.

Orientación diagnóstica: Síndrome miasteniforme por sintomatología ocular y generalizada.

Diagnóstico diferencial: Causa miogénica: por disfunción del músculo elevador del párpado superior pudiendo ser congénita o adquirida. Causa neurogénica: por defecto en la inervación del párpado superior, parálisis del III par craneal, migraña oftalmopléjica, ptosis de Marcus-Gunn, síndrome de Horner, síndrome de Guillain-Barré o esclerosis múltiple. Causa Mecánica: Cualquier aumento del peso o volumen palpebral puede occasionar una ptosis. Pseudoptosis: causada por blefaroespasmos, espasmo hemifacial, regeneración aberrante del nervio facial, alteraciones orbitarias como la cavidad anoftálmica.

Comentario final: El paciente presenta un brote inicial de miastenia gravis, confirmado tras las pruebas complementarias solicitadas. Con la exposición de este caso queremos destacar la importancia de la exploración física y realización de una buena anamnesis, preguntando por la clínica presentada por el paciente no sólo en el momento de la entrevista. Realizarla correctamente nos proporciona una alta sospecha diagnóstica que podría diluirse si nos centramos sólo en los minutos que tenemos al paciente en las consultas.

Bibliografía

1. Expósito Ordóñez L, Jiménez Murillo V, Palomar Alguacil L, Llamas Quiñones y Montero Pérez FJ. Urgencias neurológicas. En: Jiménez Murillo L. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 6^a ws. Elsevier; 2018. p. 444-6.

2. Ortiz S, Sánchez BF. Ptosis Palpebral. Annals d'Oftalmología. 2009;17(4):203-13.

Palabras clave: Anticolinesterasa. Miastenia gravis. Ptosis.