



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/779 - QUIÉN NO SABE LO QUE BUSCA, NO COMPRENDE LO QUE ENCUENTRA

P. Mendivil López¹, M. Mestre de Juan², E. Espinosa de los Monteros Márquez¹ y R. Morales López³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alperchines. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Los Alperchines. Madrid. ³Médico Residente. Centro de Salud María Ángeles López Gómez. Leganés. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años, como único antecedente, temblor esencial. Acude a consulta por debilidad proximal de musculatura en cintura escapular y pélvica sin claras mialgias. Ha ido progresando lentamente por ello, no había consultado antes. Además, hoy refiere clínica respiratoria infecciosa. Se inicia tratamiento antibiótico. Se cita para revisión; presenta mejoría respiratoria, pero, marcado empeoramiento neurológico, que se objetiva en la exploración: Disartria leve. No afasia. Restricción a la supravversión, no diplopía. Ptosis palpebral bilateral. Debilidad de músculo frontal bilateral. Debilidad en elevación de lengua. Marcha cautelosa, no atáxica. Ante la sospecha de debilidad neuromuscular, se deriva a Hospital del Henares.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a urgencias, analítica y TAC craneal normales. Punción lumbar descartando disociación albúmino-citológica o infección del SNC. Ingresa para completar estudio, realizándose: EMG: enfermedad de la unión neuromuscular. Analítica: Hb; 12,7 g/dl; TSH y serologías normales. ANAs negativos. Ac células parietales: 1/280; VSG: 33; beta2 glicoproteína elevada. Resto de marcadores oncológicos negativos. Manotux: negativo. Se inicia tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas. Se realiza prueba de mestinon resultado positiva. La paciente mejora siendo dada de alta con control en su CS. A los 10 días, acude a consulta con la práctica resolución del cuadro. Se revisan pruebas pendientes: Ac anti-receptor acetilcolina positivos; reforzando el diagnóstico de miastenia gravis (MG).

Orientación diagnóstica: Parálisis facial aguda, ptosis bilateral y disartria en relación con probable enfermedad neuromuscular.

Diagnóstico diferencial: Miastenia gravis generalizada; Crisis miasteniforme desencadenada por bronquitis. ELA bulbar; variante Guillain Barré.

Comentario final: La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune, con anticuerpos contra la membrana postsináptica de la unión neuromuscular. De este caso, destacar la edad de inicio y el desencadenante infeccioso sin tener diagnóstico previo de MG. Las enfermedades neuromusculares son patologías con baja incidencia que requieren una buena exploración neurológica para poder sospecharlas. Por tanto, la anamnesis y exploración física en consulta de atención primaria son fundamentales.

Bibliografía

1. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2019 [cited 29 May 2019]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-myasthenia-gravis>.
2. Aragonès JM. Under-diagnosis of neuromuscular diseases in patients of 80 years and older. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30522774>

Palabras clave: Debilidad. Neuromuscular. Ptosis palpebral.