



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/540 - RELEVANCIA DEL ANÁLISIS SINTOMATOLÓGICO EN EL DIAGNÓSTICO DE ENTIDADES GRAVES. MIASTENIA GRAVIS

M. Álvarez Valle¹, M. Contreras Carrasco² y N. García Espinosa²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Punta de Europa. Cádiz. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años derivado a urgencias hospitalarias desde atención primaria por mareos y diplopía binocular fluctuante de mes y medio de evolución con predominio vespertino y acompañada de leve ptosis palpebral izquierda. Previamente valorado por oftalmología (descartando patología oftalmológica) y con resultado de TAC normal. Antecedentes personales de hipertensión arterial HTA y meniscectomía rodilla izquierda.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido (tensión arterial 180/70 mmHg). Auscultación cardiopulmonar con murmullo vesicular conservado, rítmica y a buena frecuencia (60 lpm). Saturación de oxígeno: 95%. Abdomen sin hallazgos. Extremidades: no edemas, no signos de TVP trombosis venosa profunda, pulsos pedios presentes. Reflejos osteotendinosos, sensibilidad y movilidad conservados. Exploración neurológica: pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y a la acomodación. Limitación a la abducción de ojo izquierdo, oftalmoparesia fluctuante, con pérdida de los movimientos oculares conjugados y fatigabilidad en la mirada horizontal y vertical. Ptosis palpebral izquierda inducible. Reflejos osteomusculares hipoactivos de manera global. Reflejos cutáneo plantares bilaterales flexores. Marcha y lenguaje normales. En urgencias: Bioquímica: glucemia 111 mg/dl, creatinina 1,61 mg/dl, urea 34 mg/dl. Iones normales. CPK 616 mg/dl, mioglobina 218 ng/ml, PCR 5,14. TAC craneal sin hallazgos. En planta: Bioquímica: glucemia 120 mg/dl, creatinina 1,41 mg/dl, urea 40 mg/dl. CPK normal. Pruebas reumáticas: normales. Marcadores tumorales normales. Proteinograma, inmunoglobulinas y complemento normal. Autoinmunidad: ANA negativo, Ac antiTG y antiTPO negativos. Ac antimitocondriales negativos. AC AML positivos a título de 160. Ac antiRach positivos a título de 26 nmol/ml. Ac antiMUSK negativo. Ac antiLKM1 negativo. Mantoux negativo. Serologías VHC y VHC negativas. Actividad tiometilpurintransferasa 18,6 U/ml. TAC torácico: bocio multinodular con extensión mediastínica. TAC abdominopélvico: sin hallazgos.

Orientación diagnóstica: Oftalmoparesia fluctuante, afectación musculatura extraocular (III PC).

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Horner, síndrome de Eaton Lambert, neoplasias intracraneales, adenoma hipofisario, parálisis del III PC, neuropatía postinfecciosa, oftalmoplejia internuclear.

Comentario final: Es importante para el médico de familia considerar enfermedades potencialmente graves que pueden presentarse con una sintomatología leve y autolimitada. Referido a la miastenia, tener en especial consideración síntomas tales como ptosis advertidas por el paciente en asociación a síntomas como diplopía,

debilidad y fatigabilidad en otras zonas. Se deberá derivar a neurología en tal circunstancia y hacer partícipe al paciente de potenciales situaciones de gravedad en relación a síntomas y toma de fármacos.

Bibliografía

1. Kaminski HJ, ed. Myasthenia Gravis and Related Disorders, 2ª ed. Totowa, NJ: Humana Press; 2009.

Palabras clave: Miastenia gravis. Enfermedades de placa motora. Anticuerpos antirreceptor.