



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/561 - MIASTENIA GRAVIS

R. Navas Pariente<sup>1</sup>, M. Gómez García<sup>2</sup>, A. Muñiz Abecia<sup>3</sup> y L. Sainz de la Maza Herrero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria. <sup>2</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>3</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vargas. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 67 años que acude al centro de salud por una semana de evolución de ptosis palpebral. Posteriormente, el paciente ha ido desarrollando incapacidad para mantener la cabeza erguida, voz gangosa fluctuante y de predominio vespertino, claudicación mandibular durante las comidas ("me tengo que mover yo la mandíbula cuando llego al segundo plato") y disfagia para líquidos. Refiere diplopía vertical. Motivo por el cual decide acudir a consulta. Niega episodios de disnea. No clínica a otro nivel.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Exploración neurológica: Alerta. Consciente y orientado. Obedece órdenes complejas. Lenguaje sin alteraciones de su contenido. Voz gangosa que se acentúa a lo largo de la conversación. No disartria. No alteraciones campimétricas. Ptosis palpebral bilateral, de predominio izquierdo. MOE conservados, con fatigabilidad a la supraversion mantenida. BM 5/5 en todos los territorios explorados a excepción de flexión cervical 4+. No alteraciones de la sensibilidad. No dismetrías. Marcha normal. Se deriva al servicio de urgencias donde realizan pruebas complementarias: TC cerebro: no signos de isquemia ni hemorragia aguda cerebral. Sin evidencia de focalidades parenquimatosas cerebrales. Estructuras de línea media centradas y simétricas. Sistema ventricular normal. Cisternas basales libres. Se decide ingreso en neurología por alta sospecha de miastenia gravis. ac anti-receptor acetilcolina: pendiente.

**Orientación diagnóstica:** Miastenia gravis.

**Diagnóstico diferencial:** Miastenia gravis. Neoformación cerebral.

**Comentario final:** La miastenia gravis es la enfermedad de la unión neuromuscular más frecuente. Se trata de un trastorno adquirido autoinmune, se detectan diferentes anticuerpos contra elementos del receptor muscular postsináptico. Los síntomas iniciales suelen aparecer en un grupo muscular aislado, preferentemente en la musculatura ocular con aparición de ptosis y diplopía. Posteriormente, los síntomas progresan con afectación muscular generalizada, apareciendo disfagia y disartria, debilidad de la musculatura cervical y a nivel proximal de extremidades. Si la progresión clínica continúa, los pacientes desarrollan una crisis miasténica, asociando fallo respiratorio. El hallazgo de niveles elevados de anticuerpos en un paciente con sospecha es la prueba diagnóstica más específica.

### Bibliografía

1. Altimiras J, Roura P, Alonso F, Bufill E, Munmany A, et. al. Prevalence of myasthenia gravis in the Catalan county of Osona. Neurologia. 2017.

**Palabras clave:** Miastenia gravis.