



242/2731 - SÍNDROME DE CABEZA CAÍDA

D. Roldán Lafuente^a, A. Ruiz Nicolás^a, A. García Ros^a, M. Boksan^b, S. Rodríguez Sanz^c y A. García Pérez.^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena-Casco. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena-Casco. Murcia. ^cMédico Residente de Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años, acude a consulta de atención primaria por presentar desde hace una semana debilidad en la musculatura extensora cervical con imposibilidad para levantar y mantener la cabeza erguida en bipedestación. De aparición brusca y atraumática. Presenta ligera mejoría tras un descanso prolongado, empeorando tras la actividad. Refiere que tras ingreso por fibrilación auricular (FA) bloqueada a 35 lpm y trastornos secundarios de la repolarización que requirió marcapasos en noviembre de 2016 siente cansancio muscular. No presenta debilidad franca en otros grupos musculares. Antecedentes: HTA, dislipemia y diabetes II, arteriopatía periférica, cardiopatía isquémica, ictus vertebrobasilar en 2000, aneurisma de aorta intervenido y FA 2013.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado. Lenguaje normal, hipofonía con cabeza caída. Campimetría normal, MOEs conservados. No presenta nistagmos, diplopía, ni ptosis palpebral. No claudicación en maniobras de fatigabilidad. Lengua sin fasciculaciones. Balance motor en extremidades 5/5, flexión del cuello 5/5, extensión 0/5. No atrofia. ROTs exaltados de forma difusa. Sensibilidad conservada. No disimetrías objetivables. Bipedestación y marcha estables, con caída de la cabeza hacia delante de forma continua. Se derivó a urgencias donde se ingresó para estudio: Jitter sin microestimulación (limitado por ser portador de marcapasos): No concluyente. Estabilidad de placa neuromuscular. RNM cervical y craneal: Sin cambios que sugieran mielopatía compresiva ni otros hallazgos significativos. RNM miembros inferiores: leve infiltración grasa. CPK normal, Anticuerpo anti-receptor acetilcolina positivo, anti-muscarínicos normal, anticuerpo-anticanales de calcio normal.

Juicio clínico: Miastenia gravis con afectación bulbar.

Diagnóstico diferencial: ELA, miopatías focales, miastenia gravis, distrofia facioescapulohumeral.

Comentario final: La peculiaridad radica en la afectación de un grupo muscular poco común en el debut de miastenia gravis y sin afectación de la musculatura más frecuentemente. Se sospecha que el bloqueo de fibrilación auricular en 2016 pudiera ser el primer signo de la miastenia, ya que posterior al mismo comienza con debilidad muscular subjetiva.

Palabras clave: Miastenia. Cabeza caída.