



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/814 - PRIMERO DISFAGIA. LUEGO DISNEA

E. López Berrocal<sup>a</sup>, M. Argudo Lobatón<sup>b</sup> y E. Vázquez Gandullo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Ubrique. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio Bajo. Cádiz.

<sup>c</sup>FEA de Neumología. Hospital Punta de Europa.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 73 años consulta en Atención Primaria por disnea y dolor precordial agudo, en los días previos por disfagia y glosodinia en relación a micosis tras tratamiento con aerosoles. Antecedentes personales: EPOC, obesidad, prótesis de cadera izquierda hace dos meses, hipertensión arterial, hernia discal L4-L5. Tratamiento: ramipril 2,5 mg, bromuro de tiotropio, miconazol gel oral.

**Exploración y pruebas complementarias:** Taquipneico, sudoroso, respiración abdominal. Ptosis palpebral derecha con legañas y disartria. acp. Disminución global del murmullo. Abdomen anodino. TA 180/120 mmHg. Sat. 80% remontando a 90% con alto flujo. EKG. Ritmo sinusal a 100 lpm con bloqueo de rama izquierda. Se deriva a urgencias hospitalarias, sufriendo hipotensión y empeorando su disnea pese Bipap, se ingresa en UCI. Donde realizan: Bq. ácido láctico 17,4. Albúmina 4,23, fosfatasa alcalina 115, CK 97, creatinina 0,89, GGT 106, glucosa 166, GOT 15, GPT 12.9, bilirrubina directa 0,22, total 0,49, sodio 146, potasio 4,06. TAC craneal normal. RM infarto lacunar crónico de corona radiada derecha. Rx tórax: atelectasia/condensación bibasal. Ante sospecha de enfermedad neuromuscular es valorado por neurología iniciando tratamiento con piridogtagmina e inmunoglobulina con mejoría clínica. Se confirma con estudio AChR-Ac positivos.

**Orientación diagnóstica:** Miastenia gravis (crisis miasténica por infección respiratoria).

**Diagnóstico diferencial:** Accidente cerebro vascular agudo, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple.

**Comentario final:** La prevalencia de la miastenia ha aumentado debido a la longevidad de la población. La afectación de musculatura de cara y garganta está presente hasta en un 15% de los casos. Estos síntomas pueden generar dudas diagnósticas en el anciano, siendo ingresados con sospecha de otros cuadros. Se estima la mortalidad de las crisis entre 6-10%. Es fundamental diagnosticar y tratar la causa precipitante.

## Bibliografía

1. Fernández JA, Fernández-Valiñas A, Aldrete-Velasco J, et al. Crisis miasténica. Med Int Méx. 2016;32(3):341-54.
2. Verschuuren JJGM, Huijbers MG, Plomp JJ, et al. Pathophysiology of myasthenia gravis with

antibodies to the acetylcholine receptor, muscle-specific kinase and low-density lipoprotein receptor-related protein. *Autoimmun Rev.* 2013;12(9):918-23.

**Palabras clave:** Disartria. Ptosis. Disfagia.