



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/698 - DEBILIDAD PROGRESIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Mallet Redín<sup>1</sup>, B. Cabañuz Plo<sup>1</sup>, A. Guillén Bobé<sup>2</sup>, L. Hernáiz Calvo<sup>3</sup>, C. Aranda Mallén<sup>2</sup>, J. Díaz Salazar Chicon<sup>4</sup> y M. Escorihuela Gimeno<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. <sup>2</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte y Centro. Zaragoza. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. <sup>4</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. <sup>5</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 77 años con antecedentes de EPOC, adenocarcinoma ductal de próstata e intervenido de herniorrafia inguinal derecha. En tratamiento con aclidinio/formoterol 340/12 µg (2-0-0), Ventolin 100 µg/inhalación, lormetazepam 1 mg (1-0-0), esomeprazol 40 mg (1-0-0). Acude a la consulta por cuadro de debilidad de MMII de carácter subagudo con pérdida ponderal de al menos 8 kg en 3 meses. El cuadro se inicia con dificultades progresivas para la marcha por fatiga y debilidad muscular de predominio proximal en ambas piernas, curso fluctuante fundamentalmente al caminar o por la tarde. En las últimas semanas se suma dificultad para la articulación y disfagia sobre todo a líquidos aunque también a veces a sólidos. Refiere visión doble en los últimos días sobre todo cuando ve la televisión y más acentuado en la tarde-noche, y caída palpebral bilateral.

**Exploración y pruebas complementarias:** Glasgow 15. Consciente, orientado. Lenguaje en contenido sin alteraciones. Disartria moderada. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares: imposibilidad para la supravversión con ambos ojos, paresia de recto lateral y oblicuo superior de ojo izquierdo, paresia de recto interno de ojo derecho. Diplopía a la supravversión, infraversión y dextroversión de la mirada. No ptosis palpebral ni tras maniobra de fatigabilidad. Pares craneales: impresiona de debilidad leve de orbitar orbitarios bilateral. Fuerza: EESS 4/5, abducción y aducción de MMII 5/5, cuádriceps, psoas, flexoextensión de pies 4/5. Flexión cervical 4/5, extensión cervical 3/5. Sensibilidad sin alteraciones. Fatigabilidad con claudicación al agotamiento palpebral. Acentuación de la ptosis y debilidad del recto interno.

**Orientación diagnóstica:** Paciente con debilidad moderada/intensa en músculos bulbares y generalizada. Se realiza EMG y ENG, donde se observa una disminución de la amplitud en la estimulación nerviosa repetitiva posttetanizante en nervio facial derecho. La exploración es compatible con patología de placa motora de origen postsináptico. El TAC tóraco-abdominal realizado no demuestra masa mediastínica sospechosa de timoma.

**Diagnóstico diferencial:** Se realizó el diagnóstico diferencial con otras enfermedades neurológicas como enfermedad de motoneurona, hidrocefalia..

**Comentario final:** El paciente evoluciona favorablemente no presentando progresión de la enfermedad, actualmente en tratamiento con piridostigmina y corticoides a dosis bajas para el control de la clínica.

### **Bibliografía**

1. Álvarez-Cordovés MM. Onset of myasthenia gravis in primary care, Elsevier 39(7).

**Palabras clave:** Miastenia gravis.