



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/936 - Efectos secundarios poco frecuentes

M.D. Corbacho Loarte^a, A. Fernández Villar^b, E. Díaz García^c y J.C. García Álvarez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Zona Sur. Madrid.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Leganés. Zona Sur. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 71 años natural de Leganés. Como antecedentes familiares presenta tres hermanos con glaucoma, un hermano con poliposis colónica y uno con infarto agudo de miocardio. Presenta alergia a AAS y sensibilidad a la tinta china y los conservantes de lata. Fumador desde hace 25 años de 8 paquetes años, sin criterios de bronquitis crónica. Bebedor de dos cervezas al día. Sin antecedentes personales de HTA, DM o DL ni antecedente quirúrgicos. VHB en la infancia. Miastenia gravis de predominio bulbar estadio IIIa. Glaucoma bilateral intervenido recientemente de ojo derecho, pendiente de intervenir ojo izquierdo. Como tratamiento habitual toma prednisona y mestinon. Acude a nuestra consulta por un cuadro de un mes y medio de evolución con aumento de disfagia para líquidos y sólidos. El paciente ha sido intervenido de glaucoma y tratado posteriormente con gotas de tobramicina. Además en los últimos días comienza con ptosis palpebral.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Bien hidratado, nutrido y perfundido. TA 125/73. Fc 52 lpm. Peso 63,8 kg. Talla 1,79. Afebril. CyC: No adenopatías. Carótidas rítmicas y sin soplos. No ingurgitación yugular. AC: rítmico, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: normal. EEII: No edemas, no signos de TVP. Neurológica: consciente y orientado en las tres esferas. Fatigabilidad con el habla. PICNR. Ptosis palpebral de OD con dificultad para el cierre palpebral. No diplopía. Reflejo nauseoso conservado. Fuerza conservada. Sensibilidad tactoalgésica, vibratoria y posicional sin alteraciones. ROT conservados y simétricos. RCP flexor bilateral. No disimetría ni disdiadococinesia. Mínima fatigabilidad en la marcha. Radiografía tórax: sin alteraciones. Analítica: bioquímica, hemograma, hemostasia sin alteraciones.

Juicio clínico: Brote de miastenia gravis de predominio bulbar.

Diagnóstico diferencial: Neuromusculares (ictus vertebrobasilar, trastorno extrapiramidal, EM, ELA, GB, botulismo, PCI). Obstrucción mecánica (absceso, divertículo Zenker, osteofitos, bocio, cirugía previa). Patología del músculo estriado (polimiositis, distrofias musculares, miastenia gravis, mixedemas, amiloidosis). Trastorno del esfínter esofágico superior. Obstrucción mecánica (estenosis péptica y cáusticas, neoplasias, membranas y anillos, divertículos, cuerpos extraños, anomalías vasculares, alteraciones mediastínicas). Trastornos de la motilidad (acalasia, esófago en cascanueces, Chagas, esofagitis infecciosa, esofagitis eosinofílica).

Comentario final: Las complicaciones de la miastenia son muy variadas y a veces son desencadenadas como efecto secundario a fármacos. Es importante destacar la labor del MAP en cuanto al uso de las diferentes vías de administración de fármacos, como en este caso la vía oftálmica, ya que esta también puede tener efectos secundarios a nivel sistémico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Skeie GO, Apostolski S, Evoli A, et al. Guidelines for treatment of autoimmune neuromuscular transmission disorders. *Eur J Neurol.* 2010;17:893.
2. Farrugia ME, Vincent A. Autoimmune mediated neuromuscular junction defects. *Curr Opin Neurol.* 2010;23:489.
3. Silvestri NJ, Wolfe GI. Myasthenia gravis. *Semin Neurol.* 2012;32:215.
4. Díaz-Manera J, Rojas García R, Illa I. Treatment strategies for myasthenia gravis: an update. *Expert Opin Pharmacother.* 2012;13:1873.