



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/937 - Disfagia en atención primaria

E. Díaz García^a, A. Fernández Villar^b, M.D. Corbacho Loarte^c e I. Tejero García^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Zona Sur. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mendiguchía Carriche. Zona Sur. Madrid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María Ángeles López Gómez. Leganés. Zona Sur. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 71 años natural de Leganés. Alergia a AAS y sensibilidad a la tinta china y los conservantes de lata. Fumador desde hace 25 años de 8 paquetes años. Bebedor de dos cervezas al día. No HTA, DM o DL ni antecedente quirúrgicos. VHB en la infancia. Acude a nuestra consulta por un cuadro de disfagia para líquidos y sólidos de dos semanas de evolución, acompañado una semana más tarde de voz nasal y disfonía. Refiere visión borrosa y diplopía ocasional. No anorexia aunque si una pérdida de peso de 4-5 kg relacionándolo con la dificultad en la alimentación La familia nos cuenta que notan mejoría del habla en posición de decúbito.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. TA 120/80. Fc 78 lpm. Peso 64,3 kg. Talla 1,79. CyC: normal. AC: rítmico, sin soplos. AP: Murmullo vesicular conservado, sibilantes dispersos. Abdomen: normal. EEII: No edemas, no signos de TVP. Neurológica: consciente y orientado en las tres esferas. Habla disártrica con voz nasal e hipofónica con fatigabilidad. PICNRs. MOE sin restricciones. No ptosis, Fuerza conservada. Sensibilidad sin alteraciones. ROT conservados y simétricos. RCP flexor bilateral. No disimetría ni disdiadococinesia. Bipedestación y marcha sin alteraciones. Rx tórax: Sin alteraciones. Analítica: bioquímica, hemograma, hemostasia sin alteraciones. Serología: HBcAc positivo, resto negativas. Marcadores tumorales sin alteraciones. Anticuerpos anticolinesterásicos 15,90. Gastroscopia: Gastritis crónica antral. Compresión extrínseca que permite paso del endoscopio. TAC Craneal: Sin alteraciones. TAC Cervical: Cambios compatibles con parálisis cuerda vocal derecha ya descrita previamente. TAC Tórax: Se observa imagen nodular de 9,3 × 8,6 mm en corte axial en región paraaórtica derecha adyacente a aorta ascendente que es posible que corresponda a pequeño timoma. No se advierten lesiones que justifiquen compresión extrínseca esofágica. Tránsito esófago-duodenal: efecto de impronta zona de esfínter esofágico superior, sugerente de prominencia de la indentación del músculo cricofaríngeo.

Juicio clínico: Miastenia gravis de predominio bulbar. Nódulo paraaórtico en estudio.

Diagnóstico diferencial: Neuromusculares (ictus vertebrobasilar, EM, ELA, GB, botulismo, PCI); obstrucción mecánica (absceso, divertículo Zenker, bocio, cirugía previa); patología del músculo estriado (polimiositis, distrofias musculares, miastenia gravis, amiloidosis); obstrucción mecánica (estenosis péptica y cáusticas, neoplasias, anillos, divertículos, cuerpos extraños, anomalías vasculares, alteraciones mediastínicas). Trastornos de la motilidad (acalasia, esófago en

cascanueces, Chagas, esofagitis infecciosa, esofagitis eosinofílica).

Comentario final: Aunque se trate de una enfermedad poco frecuente de diagnóstico en la consulta de atención primaria, la presencia de los criterios clínicos propios de miastenia gravis no se nos pueden pasar por alto e iniciar el proceso diagnóstico lo antes posible mediante las pruebas complementarias. El futuro control de los mecanismos desencadenantes de exacerbaciones es fundamental para un buen control de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Drachman DB. Myasthenia gravis. *N Engl J Med.* 1994;330:1797.
2. Keeseey JC. Clinical evaluation and management of myasthenia gravis. *Muscle Nerve.* 2004;29:484.
3. Carr AS, Cardwell CR, McCarron PO, McConville J. A systematic review of population based epidemiological studies in Myasthenia Gravis. *BMC Neurol.* 2010;10:46.