



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/84 - ALGO MÁS QUE UNA CEFALEA...

L. Martínez Rego^a, N. Cardama Seco^b, M. Serrano Sánchez^c, J. Arcos Campillo^d, M. Viñal González^a, S. Limonche García^a, S. Rodríguez Navarro^a, J. Fernández Rodker^e y C. Fernández Pellitero^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Zona Noroeste. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. Zona Noroeste. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Zona Noroeste. Madrid. ^dMédico de Familia. Urgencias Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. Zona Noroeste.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 39 años de edad. No alergias medicamentosas. Antecedentes médicos: asma infantil. No cirugías previas. Ningún tratamiento habitual. No obeso. No fumador. Anamnesis: Paciente que acude a urgencias refiriendo un cuadro de una semana de evolución consistente en cefalea holocraneal, opresiva, de intensidad 7/10, que aumenta con los movimientos cefálicos y oculares, con fotofobia y sonofobia asociada, sin náuseas ni vómitos, que no cede con la analgesia habitual, acompañado de febrícula de 37 °C. Refiere además visión borrosa y doble en múltiples posiciones de la mirada, persistente desde el inicio de los síntomas, que empeora con los movimientos oculares repetidos, sin variabilidad a lo largo del día. El cuadro asocia astenia generalizada. No tos, ni odinofagia, no alteraciones miccionales. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 119/82; FC: 62; T^a 35,2°; Sat basal 97%. Consciente y orientado en las tres esferas, colaborador. BEG. AP: MVC, no crepitantes, no sibilancias. AC: rítmico, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas. RHA+. EEII: No edemas. Pulsos pedios presentes y simétricos. Exploración neurológica: Funciones superiores (FFSS): Conservadas. Pares craneales (PPCC): Pupilas isocóricas y normorreactivas (PICNR), no defecto pupilar aferente relativo (DPAR). Movimientos oculares extrínsecos (MOES): paresia VI par craneal bilateral, destacaba una marcada fatigabilidad en la exploración física y diplopía asociada. Resto de MOES conservados. No discromatopsia. Resto de PPCC motores y sensitivos conservados. Motor: fuerza 5/5 en extremidades. RM ++/++++ simétricos, aquileos presentes. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral (RCPFB). Sensitivo: Sensibilidad tactoalgésica conservada. Coordinación: no dismetría, ni disdiadococinesia. Marcha: normal. no Roomberg. Pruebas complementarias: Analítica: anodina. Hb 15,4 g/dl, resto de hemograma normal. Glucosa 75 mg/dl, función renal normal. Iones sin alteraciones. TAC craneal: sin hallazgos intracraneales agudos. Se decide ingreso a Neurología para completar estudio de Parálisis Oculomotora. Se realiza RM craneal, fondo de ojo, punción lumbar y serologías que resultaron normales. El test de tensilon fue claramente positivo, y el estudio neurofisiológico compatible con miastenia gravis ocular. Se descartó timoma con TAC Y RM torácica. A partir de entonces se inició tratamiento con piridostigmina oral e inmunosupresión (corticoterapia) con buena tolerancia y evolución. Dada la estabilidad clínica, se procedió al alta del paciente para seguimiento ambulatorio.

Juicio clínico: Miastenia gravis ocular.

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple, lesiones vasculares, tumores, HIC, miastenia gravis, infecciones.

Comentario final: Es de vital importancia realizar una exploración física y neurológica completa y exhaustiva, especialmente ante pacientes cuyo motivo de consulta puede resultar banal, como es el caso de las cefaleas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robertson DN. Enumerating neurology. *Brain*. 2000;123:663-64.
2. Wang ZY, et al. T cell recognition of muscle acetylcholine receptor in ocular myasthenia gravis. *J. Neuroimmunol*. 2000;108:29-39.
3. Pascuzzi RM. The history of myasthenia gravis. *Neurol. Clin*. 1994;12:231-42.