



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2781 - DOCTOR, SE ME CAEN LOS PÁRPADOS

R. Rodríguez Rodríguez<sup>a</sup>, M. Ricote Belinchón<sup>b</sup>, I. Arroyo Rico<sup>c</sup>, M.P. Villanueva Morán<sup>d</sup>, F. Conejero Fernández-Galiano<sup>e</sup>, L. Gómez Sánchez<sup>f</sup>, D. Sánchez-Migallón Moreno<sup>g</sup>, G. Izquierdo Enríquez<sup>h</sup>, R. Coletto Gutiérrez<sup>h</sup> y R. Rolando Urbizu<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Monóvar. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barajas. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gandhi. Madrid. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alpes. Madrid. <sup>i</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Cirajas. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 80 años, hipertenso en tratamiento con enalapril y con deterioro cognitivo leve, que acude a consultas por clínica progresiva de ptosis palpebral bilateral de 8 días de evolución, con mayor afectación palpebral derecha. De igual forma describe dificultad para movilizar los ojos. Esta clínica fluctúa a lo largo del día. No otra sintomatología asociada de debilidad, fatigabilidad, disnea o disfagia.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración presenta ptosis palpebral completa en ojo derecho y que cubre más de 2/3 del ojo izquierdo. Limitación bilateral en abducción, aducción e infraversión de la mirada, sin diplopía. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No paresia facial ni afectación de otros pares craneales. Fuerza y sensibilidad conservada. Marcha normal. Se deriva al Servicio de Urgencias para valoración. Se realiza angioTC de cabeza y cuello sin hallazgos significativos. Test del hielo positivo bilateral. Ingresa en Neurología para completar estudio con sospecha de probable miastenia ocular. Se realiza test de edrofonio positivo (se corrige ptosis palpebral y movilidad ocular) y EMG con hallazgos compatibles con enfermedad de placa motora de tipo postsináptico. TC torácico sin imágenes sugestivas de restos tímicos ni timoma. Anticuerpos antiacetilcolina positivo. Hormonas tiroideas normales. Inicia tratamiento con corticoides y piridostigmina con mejoría progresiva.

**Juicio clínico:** Miastenia ocular.

**Diagnóstico diferencial:** Oftalmopatía tiroidea, oftalmoplejía externa progresiva crónica, distrofia miotónica y oculofaríngea, neuropatía craneal múltiple, lesión pares craneales, patología del tronco cerebral.

**Comentario final:** La miastenia gravis es una enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica caracterizada por grados variables de debilidad y fatiga de los músculos esqueléticos. Cuando los síntomas se limitan a los músculos oculares se conoce como miastenia ocular, produciendo oftalmoparesia, ptosis y/o diplopía sin signos o síntomas a otro nivel. El diagnóstico incluye una

historia y exploración física típica, con un resultado positivo en el test del hielo o de edrofonio. La confirmación adicional se obtiene con la positividad de los anticuerpos del receptor de acetilcolina. El tratamiento se basa en agentes anticolinesterásicos como primer tratamiento junto con corticoides si persistencia de los síntomas.

### **Bibliografía**

1. Pelak VS. Ocular myasthenia gravis. Uptodate, 2014.

**Palabras clave:** *Miastenia ocular. Ptosis. Acetilcolina. Autoinmune.*