



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2531 - Más allá de una simple fatiga muscular en un varón joven y deportista

I. Lobo Cortizo^a, C. Marinero Noval^b, E.M. Prieto Piquero^c, E.M. Cano Cabo^d, R. Cenjor Martín^e, L. López Menéndez^f y B.C. di Salvo León^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdesoto. Pola de Siero. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Pola de Siero. Pola de Siero. ^fMédico Residente. Centro de Salud el Cristo. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 24 años sin enfermedades importantes conocidas, no hábitos tóxicos. No intervenciones quirúrgicas. Opositor. Acude a la consulta de su Médico de Atención Primaria por debilidad muscular progresiva en miembros inferiores y superiores, predominantemente hombros y muslos desde hace unos dos meses, lo que ha visto alterada su actividad física como el ciclismo o sus actividades básicas de la vida diaria como el vestirse con normalidad. Necesita agachar la cabeza para peinarse o ponerse una camiseta, cogerse las piernas para meterse en el coche. Un mes más tarde, el paciente reacude de nuevo a la consulta refiriendo progresión a la musculatura cervical y de la masticación. Niega disfagia para sólidos o líquidos, disnea, dolor abdominal o torácico. No parestesias. No clínica gastrointestinal o urinaria.

Exploración y pruebas complementarias: Médico de Atención Primaria: Analítica (hemograma, bioquímica general con pruebas de función hepática y creatina quinasa); radiografía de tórax. Solicitadas en el servicio de Neurología: analítica (proteinograma, hormonas, anitcoagulante lúpico, inmunoproteínas, serologías), radiografía de tórax y abdomen, TAC de cráneo y tóraco-abdominal. Estudio electrofisiológico.

Juicio clínico: Su médico de Atención Primaria, ante la forma y la progresión de la clínica; junto con los resultados de la analítica (hemograma normal y elevación de la creatina quinasa), radiografía de tórax se observa masa mediastínica. Sospechó un cuadro de miastenia gravis. Tras derivarlo al servicio de Neurología y realizar estudios más extensos se confirma mediante biopsia que efectivamente, se trataba de un timoma y en el estudio electrofisiológico se confirma una enfermedad de la unión neuromuscular de tipo post sináptico. Se comenzó tratamiento con piridostigmina, prednisona e inmunoglobulinas intravenosas con mejoría sintomática clara desde el inicio.

Diagnóstico diferencial: Botulismo, Eaton-Lambert, Guillain-Barré.

Comentario final: El papel del médico de Atención Primaria fue fundamental estableciendo una sospecha clara desde el principio, solicitando las pruebas complementarias pertinentes y derivando para confirmación rápida.

Bibliografía

1. Ponseti JM, Espín E, Armengol M. Diagnóstico y tratamiento de la Miastenia Grave. 2000;115(7).
2. Rodríguez Palencia RM, Puertas Ramírez J, Sánchez Guembero T, et al. Cuidados en "miastenia gravis". Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2007;0:29-42.

Palabras clave: *Fatiga. Mediastino. Timoma. Electrofisiología. Piridostigmina.*