



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4737 - LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN CASO DE SOSPECHA DE MIASTENIA GRAVIS

M. Arques Pérez^a, D. Martínez Revuelta^b, N. Santos Méndez^c, M. Carlos González^d, L. Alli Alonso^e y J. Cepeda Blanco^f

^aMédico de Familia. SUAP El Sardinero. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ^fMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 53 años fumadora de 20 paquetes/año, sin antecedentes patológicos de interés. Acude a consultas de Atención Primaria por clínica de dos meses de evolución de astenia y debilidad que empeoran a lo largo del día, además refiere empeoramiento clínico estas últimas semanas limitando actividad física cotidiana y en los últimos días presenta visión poco nítida con mejoría tras reposo nocturno. No síntomas a otro nivel.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física buen estado general y constantes vitales normales. Auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal anodina. Presenta leve ptosis bilateral y diplopía, resto de pares craneales normales. Además disminución de fuerza en cintura escapular y pelviana. Por sospecha de patología intracraneal expansiva se deriva a urgencias para evaluación. Se realiza hemograma, bioquímica, VSG y coagulación son normales, así como el ECG. El resto de estudio inmunológico y serológico es normal. Presenta Ac. Anti-FML y Ac. Anti-FME positivos. En la Rx de tórax observamos una masa mediastínica anterior de 5 cm que se confirma con TAC. El estudio neurofisiológico resulta compatible con alteración de la unión neuromuscular. Con el diagnóstico de miastenia comienza tratamiento con anticolinesterásico, corticoide y extirpación de la masa mediastínica. El diagnóstico anatomopatológico es de timoma de predominio linfocítico. Un año después la paciente continúa con corticoterapia y anticolinesterásicos a demanda manteniéndose asintomática.

Juicio clínico: Miastenia gravis.

Diagnóstico diferencial: Hipertiroidismo. Síndrome de Lambert-Eaton. Miopatías mitocondriales. Lesiones intracraneales ocupantes de espacio.

Comentario final: La miastenia gravis es una de las patologías neuromusculares más frecuentes. Presenta origen autoinmune. Sus síntomas son la debilidad y la fatigabilidad muscular afectando a

músculos faciales y proximales. El debut clínico puede ser inespecífico y mimetizar cuadros diversos. El médico de familia debe tener presente esta patología ante síntomas cuyo origen pueda deberse a debilidad muscular. Su pronóstico depende de un rápido diagnóstico y tratamiento. Teniendo presente la posibilidad de miastenia y con una historia y exploración adecuadas, la confirmación es fácil con la búsqueda de anticuerpos antirreceptor de acetilcolina en suero y electromiografía.

Bibliografía

1. Drachman DB. Miastenia grave. En: Harrison's. Principios de Medicina Interna, 14ª ed. Interamericana Mac Gray-Hill, 1998.

Palabras clave: Miastenia gravis. Debilidad muscular.