



## 242/3943 - DEBILIDAD COMO SÍNTOMA GUÍA

M. Aroza Espinar<sup>a</sup>, E. García Cortacero<sup>b</sup>, S. Pueyos Rodríguez<sup>c</sup>, J. Vizán Caravaca<sup>d</sup> y S. López García<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Interna. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Interna. Hospital de Motril. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Interna. Hospital de Motril. Granada. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Básico Santa Ana. Motril. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 73 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, osteoporosis y polimialgia reumática, en tratamiento con AAS 100 mg/24h, telmisartán 80 mg/HTZ 12,5 mg/24h, simvastatina 20 mg/24h, gliclazida 30 mg/12h y risedronato semanal, que acude a la consulta de Atención Primaria por presentar cuadro de 2 días de evolución, consistente en debilidad generalizada con astenia intensa, ptosis palpebral bilateral y debilidad mandibular, que le impide comer con normalidad. Presenta también debilidad en dedos de la mano izquierda con parestesias. Además tuvo un episodio de mareo, con inestabilidad, motivo por el que decide consultar. Refiere pérdida de peso involuntaria de unos 6 kg en 2 meses, sin otra clínica asociada. Ante la sospecha de cuadro sistémico, se deriva a hospital de referencia, donde se ingresa en Medicina Interna para estudio. Tras el diagnóstico la paciente respondió favorablemente al tratamiento dirigido y es seguida en consultas externas de Medicina Interna.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. A la exploración sólo destaca ptosis palpebral bilateral, resto anodino. En la analítica presenta VSG y PCR elevadas. ANA + 1/640 patrón moteado, RNP positivos y Ac antireceptor de acetilcolina + (> 5). En el EMG: Alteración de la transmisión neuromuscular a nivel postsináptico, propio de una miastenia gravis. TC tórax normal. RMN cráneo y cervical con espondiloartrosis.

**Juicio clínico:** Miastenia gravis generalizada con afectación de la musculatura bulbar.

**Diagnóstico diferencial:** 1) Miastenia gravis. 2) Nuevo brote de polimialgia reumática. 3) Ictus isquémico agudo. 4) Síndrome paraneoplásico.

**Comentario final:** 1) El comienzo de la enfermedad con afectación bulbar aparece en torno al 15%. 2) En la mayoría de los pacientes los síntomas iniciales afectan a los músculos oculares (60%). 3) En pacientes con fatigabilidad y debilidad fluctuante con empeoramiento vespertino y preferencia proximal considerar el diagnóstico de la miastenia gravis. 4) El tratamiento es individualizado, según la afectación de la enfermedad.

## **Bibliografía**

1. Ponseti J, Espín E, Armengol M. Diagnosis and treatment of myasthenia gravis. Med Clin (Barc). 2000;115(7):264-70.
2. Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL. Bradley's neurology in clinical practice, 7<sup>th</sup> ed. Elsevier; 2016.

**Palabras clave:** Miastenia gravis. Ptosis palpebral. Debilidad generalizada.