



## 242/2848 - SÍNTOMAS APARENTEMENTE BANALES EN ENFERMEDADES POTENCIALMENTE GRAVES: A PROPÓSITO DE UN CASO DE MIASTENIA GRAVIS

M. Contreras Carrasco<sup>a</sup>, P. Cabezudo García<sup>b</sup> y T. Luque Barberán<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Neurólogo. Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras-Norte. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** AP: poliquistosis renal familiar. Nefrectomía. Intervenido de aneurisma aorta abdominal. Glaucoma. Varón de 69 años que en 2014 acude a urgencias hospitalarias remitido desde atención primaria por ptosis palpebral izquierda fluctuante y dificultad leve para la marcha con sensación de debilidad. Se realiza Rx tórax, electrocardiograma y TC craneal sin hallazgos de interés. Se da de alta al paciente y se remite a Consultas Externas de Neurología y seguimiento por su médico de familia. La clínica cede espontáneamente en semanas. En 2016 acude de nuevo al Servicio de urgencias por disfagia, debilidad mandibular, ptosis y debilidad en musculatura cervical. Saturación al 94%. Ptosis palpebral bilateral con fatigabilidad, no fatigabilidad de oculomotores, no diplopía. Voz nasal fatigable al emitir palabras. Debilidad facial con fatigabilidad mandibular. Debilidad cervical grave en posición primaria extensora y flexora. Reflejos normales. Marcha normal con imposibilidad para mantener el cuello erguido. El paciente durante su ingreso recibe tratamiento con IVIg, prednisona y piridostigmina con buena evolución. Se realiza seguimiento en Consultas externas de Neurología. El paciente presenta diplopía ocasional, disartria, leve disfagia y cierta debilidad en MMII que va desapareciendo progresivamente instaurando tratamiento. Actualmente solo persiste una leve disartria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Anticuerpos antireceptor colina positivo. Ac antiMUSK: negativos. TC tórax: Sin alteraciones. No timoma.

**Juicio clínico:** Miastenia autoinmune generalizada.

**Diagnóstico diferencial:** Esclerosis lateral amiotrófica. Síndrome de Eaton Lambert. Fatiga generalizada. Ptosis parpebral: aponeurótica, miógena congénita, miógena adquirida. Distrofia miotónica, distrofia oculofaríngea. Miopatía mitocondrial. Neurógena congénita: III pc. Horner congénito. Marcus-Gunn. Neurógena adquirida: III pc. Horner. Miastenia gravis. Botulismo.

**Comentario final:** Es importante para el médico de familia en atención primaria tener presente que enfermedades potencialmente graves pueden presentarse con sintomatología leve y autolimitada. En el caso de la miastenia, prestar especial atención a ptosis advertidas por el paciente sobre todo si se asocian a otros síntomas como diplopía, debilidad y/o fatigabilidad en otra zona. Pudiéndose valorar con una exploración neurológica básica y una buena anamnesis. Ante la sospecha de dicha

enfermedad el paciente deberá ser derivado a Neurología para confirmar diagnóstico y es importante informar al paciente de la potencial gravedad de determinados síntomas y fármacos a evitar que podrían empeorar el cuadro.

### **Bibliografía**

1. Bird SJ. Differential diagnosis of myasthenia gravis. Uptodate, 2017.

**Palabras clave:** Miastenia. Ptosis parpebral. Fatigabilidad.