



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3680 - DEBILIDAD, ANEMIA, LUPUS... ¿QUÉ SE ESCONDE?

M. Ceña Rodríguez-roda<sup>a</sup>, C. Cossio Álvarez<sup>a</sup>, S. Córdova Peralta<sup>b</sup> y M. Roselló Peñaloza<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud ABS Sant Sadurní d'Anoia. Barcelona. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud ABS Martorell. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud ABS Sitges. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 38 años. Con antecedentes patológicos: LES en tratamiento con Dolquine 200 mg 1 c/24h. Presenta astenia y debilidad marcada, de 3 años sin controles. Anemia ferropénica que con Tardyferon 80 mg 1c/día presenta corrección del hemograma y mejoría clínica. Tras la visita de reumatología se decide seguir igual tratamiento. La paciente acude Atención Primaria, por empeoramiento de astenia, debilidad muscular, anhedonia, labilidad emocional. A la exploración destaca importante debilidad muscular en extremidades y ptosis palpebral. Solicito analítica con Ac anti-receptor acetilcolina que es positivo. Con diagnóstico probable de miastenia gravis, se contacta con servicio de NRL urgente solicitando EMG y TC torácico para descartar restos tímicos. Actualmente la paciente realiza tratamiento IV Inmunoglobulinas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Luc 82,9 mg/dL, TG 53,4 mg/dL, Col 151,16 mg/dL, HDL 47,55 mg/dL, LDL 92,78 mg/dL, urato 1,9 mg/dL, creat 0,5 mg/dL, FG > 90, ionograma y BQ hepática sin alteraciones, ferritina 4,5 ug/L, C3 99 mg/dL, C4 22 mg/dL, FR 15,1 U/mL, TSH 1,31 mU/L, T4 13,17 pmol/L, Ac anti-nucleares (IFI) título 1/640 (patrón moteado homogéneo), Ac anti-citoplasmaáticos (IFI) no se detectan, Ac anti-DNA doble cadena 81,50 IU/ml. Analítica (13/11/17): hties  $4,65 \times 10^{12}/L$ , Hb 12,2 g/L, Hto 38 L/L, VCM 82,2 fL. NRL (09/05/18): campimetría normal, MOES sin limitación ni diplopía al mantener mirada. No cambios en la voz. Ptosis bilateral. No paresia facial. Balance muscular 5/5. Debilidad proximal en extremidades. No alteración de la sensibilidad. RMTs 2/4. RCP flexor bilateral. Analítica (10/05/18): TSH N. No anemia. Ac antireceptor acetilcolina > 3 (N < 0,21). TC torácica (02/07/18): hiperplasia tímica.

**Orientación diagnóstica:** Miastenia gravis.

**Diagnóstico diferencial:** LES, anemia, depresión, miastenia gravis. Síndrome de fatiga crónica.

**Comentario final:** La MG es una enfermedad autoinmune, frecuente y controlable. Sus síntomas y signos pueden confundirse con varias afecciones neurológicas, su diagnóstico precoz es muy importante para la timentomía en breve plazo, sobre todo en pacientes < 60 años y con expectativa de vida superior a 10 años. En ausencia de un marcador biológico más específico para el diagnóstico, se recomienda la utilización de los criterios clínicos.

### Bibliografía

1. Soleimani A, Moayyeri A, Akhondzadeh S, et al. Frequency of myasthenic crisis in relation to thymectomy in generalized myasthenia gravis: a 17-year experience. BMC Neurol. 2004;4(1): 13.

**Palabras clave:** Miastenia gravis. Lupus.