



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

M. Ceña Rodríguez-roda^a, C. Cossio Álvarez^a, S. Córdova Peralta^b y M. Roselló Peñaloza^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud ABS Sant Sadurní d'Noya. Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud ABS Martorell. Barcelona. ^cMédico 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.