



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3383 - DOCTOR, ¿POR QUÉ ESTOY TAN CANSADA?

M. Plans Tena^a, I. Alba Gago^b, B. Callejo Cano^a e I. Ochoa Chamorro^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Centro de Salud Valle de la Oliva. Majadahonda. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Marazuela. Madrid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años con muy buena vida basal (activa, acude al gimnasio), sin deterioro cognitivo y en tratamiento por hipotiroidismo. Acude un día a consulta de su médico de familia, acompañada por su hija, aquejando astenia intensa de 48h de evolución que le impide realizar su vida normal. La paciente había consultado hacía 3 días por estreñimiento de 6 días, que resolvió con enemas. Refería encontrarse sin ganas de hacer nada y malestar general. No tenía mialgias, artralgias, dolor a otro nivel, fiebre, ni otra clínica infecciosa. Comentaba falta de apetito en los últimos días, sin síndrome constitucional. Además tenía la sensación de tener un tono de voz más débil. Negaba haber realizado cambios en la medicación, y la hija, aseguraba encontrar a su madre muy decaída.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración, la paciente se encontraba mirando al suelo, con dificultad para mantener el cuello recto y elevar los párpados para dirigir la mirada hacia el frente. También se desplazaba con lentitud, ocasionando una llamativa sensación de pesadez. En la exploración neurológica presentaba como único hallazgo diplopía en ambas miradas extremas horizontales, así como ptosis que aumentaba tras maniobras de fatigabilidad. Se remitió a Urgencias para valoración con Rx de tórax y analítica. Así como para valoración por neurología. Se ingresó para completar estudio, realizándole PPCC: EMG con alteración postsináptica, serologías negativas, masa compatible con timoma en TC de tórax y Ac anti-Rc de Ach positivos. ANAs y ANCAs negativos.

Orientación diagnóstica: Inicialmente la astenia acompañada de clínica ocular, bulbar, cuello y fatigabilidad orientaba a crisis de miastenia gravis, que finalmente el EMG y anticuerpos confirmaron.

Diagnóstico diferencial: Anemia, ELA, Eaton-Lambert, estatinas, miastenia inducida por penicilamina.

Comentario final: La paciente fue tratada con Inmunoglobulinas y se fue de alta con mestinón y corticoides. Un mes más tarde, reingresó por nueva crisis, presentando además disnea. Se realizó plasmaféresis, con respuesta incompleta. Finalmente presentó notable mejoría tras ser intervenida de timectomía. La astenia es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria. En muchas ocasiones, ante sutiles manifestaciones que acompañan a la astenia, pueden pasar desapercibidas

enfermedades menos frecuentes en nuestra práctica clínica.

Bibliografía

1. <https://www-uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/differential-diagnosis-of-myasthenia-gravis>
2. https://www-uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/clinical-manifestations-of-myasthenia-gravis?search=miastenia%20gravis%20diagnostico%20diferencial&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3

Palabras clave: Astenia. Ptosis. Miastenia gravis.