Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):469

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/263 - DOCTORA, CUANDO ESTOY CANSADA VEO DOBLE

P. Prados Torres, A. Flores de la Cruz, R. Orellana Carrasco y D. Haro Martínez

Médico de Familia. Centro de Salud San Pedro de Alcántara. Marbella. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años sin antecedentes personales de interés, acudió a consulta de atención primaria tras valoración en óptica, refiriendo diplopía binocular de 48 horas de evolución. Se realizó exploración neurológica; se solicitó analítica de sangre y orina. Se derivó a Urgencias, donde fue valorada por Oftalmología como posible paresia del IV par craneal derecho y III par izquierdo, se solicitó TC craneal urgente y se derivó a Neurología preferente. Tras en alta de urgencias consultó de nuevo en Atención primaria por persistencia de diplopía que aumentaba con el esfuerzo, acompañándose de fotofobia y cefalea holocraneal, por lo que derivamos a Urgencias, se ingresó en Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: TA 110/70. FC 85 lpm. Pupilas isocóricas normorreactivas. Se objetiva diplopía vertical en mirada binocular, MOE normales, Bilechowski negativo. En Cover test apreciamos dudosa paresia de III pc izquierdo. Analítica: hemograma y bioquímica normales. Coagulación y Estudio hipercoagulabilidad normales. Serología infecciosa negativa. TSH 3,5 U/L. Anticuerpos antirreceptores de acetilcolina positivos > 3 nmol/l (positivo a partir de 0,2 nmol/L. Niveles superiores a 0,5 nmol/l serían indicativos de miastenia gravis. Valores entre 0,2-0,5 nmol/L serían compatibles con otras enfermedades neuromusculares o autoinmunes). RMN y AngioRMN cráneo normal. Test de Tensilon (Edofronio 10 mg) positivo. Se inició tratamiento con pirisdostigmina 60 mg/8h, con buena respuesta.

Orientación diagnóstica: Miastenia ocular. Miastenia gravis.

Diagnóstico diferencial: Oftalmoplejía internuclear anterior, oftalmopatía tiroidea, esclerosis múltiple, migraña oftalmopléjica, miositis orbitaria, aneurisma cerebral, accidente cerebro vascular, síndrome de Lambert-Eaton.

Comentario final: Debemos sospechar miastenia gravis siempre que la diplopía sea intermitente y aumente con esfuerzos. Los signos oculomotores son manifestación inicial en el 70% de los casos y el 95% de los pacientes con miastenia presentaran en algún momento una manifestación ocular. Muchos padecen forma ocular pura, sin debilidad muscular generalizada. Ante síntomas tan llamativos y poco frecuentes como la diplopía y cefalea el médico de atención primaria ha de realizar una historia clínica minuciosa y exploración adecuada para determinar si hay signos de alarma que requieran valoración urgente.

Bibliografía

1. Ruiz R. Diplopía. Guía clínica Fisterra; 2016 (acceso 22 mayo 2019). Disponible en: http://www.fisterra.com/
2. Bienfang, D.C. Overview of diplopia. Uptodate; Abril, 2019 (citado 24 mayo 2019). Disponible en: http://www.uptodate.com/

Palabras clave: Diplopía. Miastenia gravis.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.