Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):794

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/764 - ¿QUE SERÁ LO QUE TIENE LA DISNEA?

P. Morocho Malho[1], T. Begoña Fernández[2], J. Carmona Pérez[3] y D. Simón González[3]

[1]Médico Adjunto. Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. [2]Médico de Familia. Hospital Universitario de Jerez. Cádiz. [3]Médico de Familia. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 68 años que acude a urgencias por cuadro de disnea de unas 2 semanas de evolución. No presenta fiebre. La paciente refiere tos escasa sin expectoración y disnea progresiva, mínimos esfuerzos, que se ha intensificado en los últimos días. Ha acudido a nuestro servicio, hasta en 4 ocasiones por misma clínica en los últimos 15 días, rechazando el ingreso en la última ocasión. Fue diagnosticado de infección respiratoria, insuficiencia cardiaca, ansiedad e incluso de síndrome gripal.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: temperatura 36,2 ºC. Saturación de oxígeno: 98%. Frecuencia cardiaca 90 lpm. Tensión arterial 135/85 mmHg. Mal estado general. Taquipnea con frecuencia respiratoria 33. Perfusión, coloración e hidratación normales. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular disminuido de forma generalizada sin ruidos sobreañadidos. Utilización de musculatura accesoria, sobre todo abdominal. Abdomen: blando y depresible. No masas, ni megalias. No signos de peritonismo. No dolor a la palpación. Extremidades inferiores: sin alteraciones. Analítica: sin alteraciones. Radiografía de tórax: sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Constantes normales, con trabajo respiratorio. De repente sufre desaturación hasta 75%, con cianosis facial y cuello, que no mejora pese al tratamiento. Refiere encontrarse muy fatigada, y tras re-historiar a la paciente, se inicia tratamiento con hidrocortisona, enfocando el cuadro a una posible crisis miasténica. La paciente sufre nuevo episodio de disnea intensa, y ante la fatiga muscular aparente se procede a intubación orotraqueal. Posteriormente, se avisa a Unidad de Cuidados Intensivos para ingreso a su cargo. Se inicia tratamiento con inmunoglobulina G en la UCI, con mejoría de la paciente. Posteriormente se realizan pruebas de confirmación de miastenia gravis (MG), con anticuerpos antirreceptores de acetilcolina y alteraciones a nivel tiroideo, cuadro de hipotiroidismo.

Diagnóstico diferencial: Crisis miastenica. Infección respiratoria. Insuficiencia cardiaca.

Comentario final: La MG es una enfermedad autoinmune que afecta la unión neuromuscular, en la que se producen anticuerpos contra los receptores nicotínicos de acetilcolina situados en la placa motora de los músculos esqueléticos. Se considera que el paciente está en crisis miasténica cuando se produce exacerbación de la debilidad muscular, comprometiendo la musculatura torácica, la degluglutora, que requiere soporte respiratorio, nutricional.

Bibliografía

1. Mazia C. Miastenia grave y síndrome miasténico de Lambert-Eaton. Neuroinmunología Clínica, pp. 285-97.

Palabras clave: Miastenia. Disnea. Inmunoglobulina.

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