



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/1369 - EL SORPRENDENTE DOLOR TORÁCICO

M. Fernández García<sup>1</sup>, E. Ramírez Moreno<sup>2</sup>, M. Sierra Rodríguez<sup>3</sup> y J. Velasco Garasa<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico especialista en MFyC. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. <sup>2</sup>Enfermera. Centro de Salud Santa Coloma de Gramenet. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. <sup>3</sup>Médico. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. <sup>4</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Coloma de Gramenet. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 62 años sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de 3-4 cigarrillos/día. Antecedentes patológicos y tratamientos asociados: dislipemia (simvastatina 20 mg/día), hipotiroidismo (Eutirox 75 µg/día) y síndrome ansioso-depresivo (venlafaxina retard 150 µg/día + bromazepam 1,5 mg/día + flurazepam 30 mg/día). Visitada en reiteradas ocasiones en urgencias de su Centro de Atención Primaria y urgencias hospitalarias. Bajo la orientación diagnóstica de dolor torácico inespecífico y dorsalgia mecánica, sin signos de alarma, se le realizó analítica sanguínea, electrocardiograma, radiografía de tórax y radiografía de columna dorsal, que no mostraron hallazgos patológicos. A los 5 meses de la primera visita, acude a urgencias de su ambulatorio, por visión doble binocular de instauración brusca.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración neurológica solo destacaba diplopía binocular fluctuante en todas las posiciones de la mirada, sin oftalmoparesia. Se derivó a urgencias hospitalarias donde se realizó un TAC craneal que no reveló lesiones isquémicas ni hemorrágicas ni LOES, por lo que se le concedió el alta. A nivel ambulatorio se solicitó una RMN craneal que no mostró hallazgos de interés y se derivó al Servicio de Neurología de forma urgente. El especialista solicitó una analítica sanguínea que reveló la presencia de anticuerpos anti-RACH, un TAC tóraco-abdominal que mostró una neoformación primaria del timo y un EMG que confirmaba alteración de la placa motora.

**Orientación diagnóstica:** Mioma mediastínico en paciente con miastenia gravis. Se realizó una timectomía radical por esternotomía y se inició tratamiento corticoideo junto a piridostigmina.

**Diagnóstico diferencial:** Diplopía binocular: estrabismo, parálisis de los nervios oculomotores, aneurismas, hemorragias, infecciones, traumatismos, tumor/pseudotumor, diabetes mellitus, enfermedad de Graves-Basedow, esclerosis múltiple, síndrome de Guillain-Barré, consumo tóxicos.

**Comentario final:** Debemos prestar especial atención al seguimiento clínico; ya que lo que inicialmente sugiere un diagnóstico, con el paso de los días-meses, nos puede llevar a algo totalmente diferente.

### Bibliografía

1. Gilhus NE. Myasthenia Gravis. N Engl J Med. 2016;375(26):2570-81.
2. Meriggioli M. Myasthenia gravis: immunopathogenesis, diagnosis, and manage. Continuum Lifelong Learning in Neurology. 2009;15(1):35-62.

**Palabras clave:** Diplopía. Miastenia gravis. Timoma.