



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/139 - A PROPÓSITO DE UNA PTOSIS

G. Navarro Lorenzo<sup>a</sup>, C. Aguilera Montaña<sup>b</sup>, P. Castro Pérez<sup>c</sup> y M. Gómez Domínguez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huércal de Almería. UGC Bajo Andarax. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vega de Acá. Almería. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Almería Centro. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 82 años acude a consulta por ptosis palpebral derecha fluctuante a lo largo del día, siendo menor por la mañana y que se intensifica por la tarde, de 10 días de evolución. Asimismo, refiere que últimamente presenta mayor cansancio del habitual tras la deambulación. No refiere otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estado general conservado, normohidratada, eupneica en reposo. ACR: tonos rítmicos, sin soplos. MVC, con hipoventilación en base derecha. Abdomen: blando y depresible, sin defensa ni peritonismo. MMII: no edemas, no signos de TVP. Exploración neurológica: consciente, alerta, lenguaje fluente, ptosis palpebral derecha importante, leve en ojo izquierdo, que empeora ligeramente con maniobras de fatigabilidad y mejora con el test del hielo. No diplopía. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Balance muscular 5/5 en las 4 extremidades, ROT simétricos normales, RCP flexor bilateral. Marcha: anormal, pasos cortos, sin lateralización. Leve rigidez de muñecas 1/4. Hipocinesia de manos. No dismetría. Ante la sospecha de miastenia gravis, la paciente es derivada a consulta de Neurología y Oftalmología, donde se completa el estudio mediante: radiografía de tórax, tac craneal y torácico, sin hallazgos patológicos. Hemograma y bioquímica dentro de la normalidad, exceptuando la positividad para ac antirreceptor de la acetilcolina. Prueba de edrofonio (tensilón) positiva. Electromiograma no concluyente. Se instaura tratamiento con piridostigmina logrando buena respuesta.

**Juicio clínico:** Miastenia gravis ocular (MGO).

**Diagnóstico diferencial:** Se han tenido en cuenta desde cuadros neurológicos (esclerosis lateral amiotrófica), isquémicos (trombosis de la arteria basilar), tumorales (gliomas) y endocrinos (tiroiditis de Hashimoto).

**Comentario final:** La miastenia gravis es una enfermedad relativamente frecuente, siendo la afectación ocular la manifestación más precoz. Puede evolucionar a debilidad generalizada en los dos años posteriores. Determinados factores (infecciones, fármacos o estrés) pueden agravarla o precipitarla. El tratamiento precoz permite una mejoría función y física del paciente. Entre sus complicaciones destaca la crisis miasténica que con insuficiencia respiratoria, siendo potencialmente mortal.

## **Bibliografía**

1. Rosa María N, Yaimir E, Teresita de Jesús M, et al. Miastenia grave y miastenia grave ocular. Revista Cubana de Oftalmología. 2013;653.