Semergen. 2017;43(Espec Congr 4):168

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

262/96 - EL SECRETO ESTÁ EN UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA

E. Cañada Cámara[a], N. Martínez Navarro[a], N. Baraza Pérez[b], A. Martínez-lozano Ordovás[b], J. Cabrerizo González[b] y A. Moreno Rodríguez[c]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Murcia. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Murcia. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 80 años que consulta en Atención Primaria (AP) por agotamiento al caminar y disfonía de semanas de evolución. Su mujer refiere encontrarlo con ánimo depresivo que achaca sobre todo a la dificultad de hacerse entender. Antecedentes: hipertensión arterial, fibrilación auricular, DM2, dislipemia, hipertrofia benigna de próstata y temblor esencial. Tratamiento: simtron, valsartán/hidroclorotiazida, amlodipino, dutasteride/hidrocloruro tamsulosina y gabapentina. Exploración normal. Desde AP se deriva a otorrinolaringología, donde realizan rinoscopia anterior: se aprecia acúmulo de saliva en recesos pisiformes, resto normal; y a neurología, con electromiograma y anticuerpos receptor de acetilcolina, pero antes de realizarse las pruebas, el paciente sufre empeoramiento repentino y valoramos en consulta de AP de nuevo: Presenta regurgitación nasal de líquidos, dificultad para deglutir sólidos, voz gangosa que progresa a afonía a lo largo del día, dificultad para mantener la cabeza erguida y cansancio al caminar 10 metros. No disnea. Destaca facies anímica, ptosis palpebral derecha que aumentaba con test de fatiga. Diplopía con la mirada mantenida. Disminución de fuerza en cintura escapular y pelviana simétrica, que aumentaba test de fatiga. Ante la posibilidad de miopatía se deriva al paciente a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: En analítica destaca: anticuerpos receptor de acetilcolina positivos, MuSK y antitiroideos negativos. Resto normal. Electromiografía: compatible con alteración de la unión neuromuscular. Radiografía y TAC-tórax: destaca timoma. TAC-cerebral: normal. Se valoró respuesta terapéutica con piridostigmina oral, obteniendo mejoría clínica muy significativa. Se pautó tratamiento con piridostigmina domiciliaria e inmunoglobulinas intravenosas a razón de 0,4 g/kg durante 5 días.

Juicio clínico: Miastenia gravis seropositiva. Crisis miasténica.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de motoneurona, síndrome miasténico Lambert-Eaton, botulismo, lesiones ocupantes de espacio, miositis, síndrome paraneoplásico.

Comentario final: Desde Atención Primaria la anamnesis y exploración clínicas son cruciales para orientar un diagnóstico en escasos minutos de consulta; la clave del éxito del médico de familia está en el seguimiento longitudinal de sus pacientes.

Bibliografía

1. Gwathmey KG, Burns TM. Myasthenia Gravis. Semin Neurol. 2015;35(4):327-39.
2. Alkhawajah NM, Oger J. Treatment of Myasthenia Gravis in the Aged. Drugs Aging. 2015;32(9):689-97.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.