



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

160/1898 - Astenia y síndrome constitucional: amplio y difícil diagnóstico diferencial desde atención primaria

C. González Pérez^a y S. Trujillo Armas^b

^aMédico Residente 3^{er} año. Centro de Salud de Tacoronte. Zona Norte. Santa Cruz de Tenerife. ^bMédico residente de 3^{er} año. Centro de Salud de Tejina. Santa Cruz de Tenerife. Zona Norte.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años, cuidadora principal de su marido confinado. No otro apoyo familiar. AP: Valvulopatía mitral reumática estable e hipertensión arterial. Tratamiento: digoxina, propanolol, espironolactona, furosemida. Consulta telefónicamente por astenia severa de dos semanas de evolución, dolores generalizados durante todo el día que le impiden la realización de tareas habituales más disminución de apetito y peso que no sabe cuantificar pese a correcta ingesta. Se pacta visita domiciliaria de Unidad de Atención Familiar.

Exploración y pruebas complementarias: Encamada, pálida, normohidratada, Constantes: peso en domicilio 65 kg (previo registrado 71 kg). Neurológicamente sin alteraciones. Dolor a movilización activa y pasiva de cuello, hombros, codos, espalda, caderas y rodillas sin lesiones externas ni deformidades articulares. No adenopatías palpables. ACP: rítmica, soplo sistólico, sin ruidos respiratorios patológicos. Abdomen y MMII anodinos. No dolor a palpación de arteria temporal bilateral. No claudicación mandibular.

Juicio clínico: Sospechamos de polimialgia reumática e iniciamos prednisona 30 mg/24h. Solicitamos analítica completa. Revaloramos la situación funcional de la paciente, incluyéndola en programa de persona mayor de riesgo y necesidad de atención domiciliaria.

Diagnóstico diferencial: Nuestro síntoma guía fue el síndrome constitucional; Descartamos origen psiquiátrico por anamnesis. Valoramos analítica en la que destaca Hb: 10,3 g/dL, VCM 96,2, resto hemograma normal, VSG 113, coagulación normal, BQ: Cr 0,9 mg/dL, MDRD-4 62 ml/min, Na, K y Ca normal, PT 7,4 g/dL, albúmina 3,3 g/dL, fórmula lipídica y enzimas hepáticas dln, TSH 1,93 y serología negativa para VIH, VHC, VHB. Sedimento: normal, BQ orina Cr 133,4. Albuminuria 14,0 mg/dL, cociente Alb/Cr 10,49 mg/g. No realizamos Rx de tórax por dificultad de traslado. Dentro de las alteraciones analíticas, nos centramos en la elevación de VSG. Descartamos causas fisiológicas, infecciones agudas, tiroides, anemia intensa, enf renales y macroglobulinemia. Sopesamos enfermedades autoinmunes (polimialgia reumática, arteritis de células gigantes) y el mieloma múltiple. Ante esto, completamos analítica, incluyendo ANA y FR que resultan negativos, proteinograma donde se objetiva aumento de paraproteína monoclonal IgA-Kappa CM, resto de cadenas normales. B2 microglobulina: 3,52. Dado el hallazgo de pico monoclonal, derivamos a hematología con carácter preferente, ya que no se observan síntomas CRAB. Hematología añade: estudio médula ósea: Fish sin mutaciones, mapa óseo: sin lesiones líticas e inmunofijación orina 24 horas sin secreción de cadenas ligeras. Etiquetando el caso como gammopathía monoclonal IgA kappa. No se inicia tratamiento al ser un MM asintomático. Hematología realiza controles

cada 4 meses el 1^{er} año y continúa con controles semestrales con monitorización analítica estricta para corroborar el estadiaje. Desde AP vigilamos clínica que pueda indicar progresión de enfermedad.

Comentario final: El síndrome constitucional, motivo de consulta frecuente en AP, nos obliga a plantearnos un gran abanico de posibilidades diagnósticas, con la dificultad que supone realizar un estudio ambulatorio. Es fundamental la correcta valoración y la realización de informes concisos que faciliten la comunicación primaria-especializada. En pacientes ancianos y/o confinados puede tratarse de su único modo de acceso al sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asimos AW. Evaluation of the adult with acute weakness in the emergency department, UpToDate.
2. http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=859.
3. http://www.ser.es/practicaClinica/Criterios_Diagnosticos.php?empr.
4. Guía clínica gammapatías monoclonales Castilla-León 2013, cap. 9-10,57-61.