

## 347/3259 - NO SIEMPRE LO OBVIO ES LA RESPUESTA

I. Marín Cabrera<sup>a</sup>, A. Moreno Forte<sup>b</sup>, P. Sánchez Muñoz<sup>c</sup> y F. Serna Gea<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Orihuela.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 72 años que consulta por debilidad muscular proximal de predominio en miembros inferiores. No dolor ni parestesias. Pérdida de 5 kg de peso. Como posible desencadenante refiere cuadro pseudogripal autolimitado unos meses antes. En tratamiento con rosuvastatina desde hace 1 año con buenos controles analíticos previos; anteriormente en tratamiento con atorvastatina, la cual hubo que suspender por referir dolores musculares. Práctica ejercicio de alta intensidad a diario. Se solicita analítica sanguínea (AS) donde se objetiva elevación de cifras de CK (30.579 U/L) con buena función renal y sin sintomatología urinaria. Se suspende tratamiento, se indica reposo deportivo y se solicita AS control en 2 semanas. Ante la persistencia de la clínica y de la alteración de CK en la analítica de control, se remite a hospital de referencia donde se ingresa para estudio. Se realizan distintas pruebas complementarias hasta llegar al diagnóstico etiológico. El paciente ha recibido distintos tratamientos (corticoides, inmunosupresores), en la actualidad con rituximab, con los cuales ha mejorado aunque continúa presentando cierta debilidad con elevación de cifras de CK.

**Exploración y pruebas complementarias:** AS: CK: 11.540 U/L, Cr: 0,31, FG: > 130, GOT: 229, GPT: 184, GGT: 5.539, LDH: 1213. Proteinograma: síndrome inflamatorio. PCR, VSG, serología hepatitis, C3, C4, ANA-ENA, anticuerpos antimiositis: negativos. Ecografía abdominal: normal. RMN cintura escapular y pélvica: sugestiva de miopatía inflamatoria. EMG MMSS e II: miopatía inflamatoria. Se realizó biopsia muscular en Hospital La Fe: compatible con miopatía necrosante.

**Orientación diagnóstica:** Miopatía inflamatoria necrosante.

**Diagnóstico diferencial:** Rabdomiolisis secundaria a estatinas. Rabdomiolisis secundaria a ejercicio físico. Miopatía inflamatoria autoinmune. Miositis viral aguda del adulto.

**Comentario final:** En medicina a menudo nos encontramos con que no siempre lo obvio es la respuesta. En este caso pensamos que el tratamiento con estatinas y el ejercicio de alta intensidad serían la causa de la debilidad del paciente, para nuestra sorpresa no fue así, encontrándonos con una patología mucho más compleja.

### Bibliografía

- Miller MI, Rosenson RS. Muscle injury associated with lípidos lowering drugs. In: UptoDate, 2008.
- Sánchez P, Mellado L. Hiper-Ck-emia un proceso diagnóstico. Cuadernos de neurología. 2007;XXXI.

**Palabras clave:** Cretinkinasa. Debilidad.