



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/411 - PACIENTE CON ELEVACIÓN CRÓNICA DE LA CK

M. González Sánchez, A. Bonaplata Revilla, M. Bautista García-Vera y N. Bellet Lafarga

Médico de Familia. Centro de Salud Abrantes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años. Comienza con fiebre y mialgias generalizadas sin foco aparente. Tras control en 48 horas, persiste fiebre y se añade pérdida de fuerza en miembros superiores, por lo que se remite al servicio de urgencias, donde queda ingresado para descartar posible Guillain Barré. Tras mejoría clínica y analítica es dado de alta, precisando seguimiento y estudio posterior por no llegar a normalizarse la CK.

Exploración y pruebas complementarias: Significativas: disminución de fuerza 3/5 en brazos. Debilidad a la flexión cervical 4/5 y en cintura escapular y pélvica. Abolición del reflejo estílo-radial derecho. PCR 2,62, CK 2.999 (al alta 0,9 y 446). Ecografía abdominal múltiples quistes hepáticos y renales. EMG normal.

Orientación diagnóstica: Miositis de probable etiología viral y elevación persistente de la CK.

Diagnóstico diferencial: Infecciones, tóxicos, alteraciones metabólicas, estatinas, ejercicio intenso, SAHS o enfermedades autoinmunes.

Comentario final: La hiperckemia es un cuadro de predominio en varones y cuyo diagnóstico etiológico es a veces difícil. En nuestro caso, aunque inicialmente parecía una miositis viral y quedar asintomático, tras meses de evolución la CK no se normaliza, persistiendo en torno a 300, por lo que ha habido que proseguir el estudio, descartándose tóxicos, autoinmunidad, hipotiroidismo/paratiroidismo y sin antecedentes familiares de enfermedad neurológica. La eco demostró múltiples quistes renales y hepáticos, estando actualmente en seguimiento por nefrología por enfermedad poliquística, de momento sin repercusión en la función renal, aunque sí desarrolló una hipertensión arterial, diagnosticada en Atención Primaria y con buen control con ramipril. Se ha planteado biopsia muscular, pero dado que en el seguimiento también le diagnosticó un SAHS (polisomnografía), de momento se pospone, ya que éste es causa de hiperckemia asintomática y será reevaluado tras 1 año de CPAP. Destacar también en este paciente la importancia del diagnóstico de otras patologías importantes (poliquistosis renal, SAHS, HTA) en el seguimiento de la alteración en la CK.

Bibliografía

1. Fernández C, et al. Evaluación diagnóstica de sujetos clínicamente normales con hiperckemia crónica. Neurology. 2006;66(10):1585-7.
2. Núñez G, et al. Miositis viral aguda del adulto. An Med Interna. 2006;23:96-8.
3. Silva L, et al. Comorbilidades y gravedad de la apnea del sueño. Rev Neurol. 2016;62:433-8.

Palabras clave: Mialgias. Hiperckemia. Apnea del sueño.