

347/2110 - ¿MIALGIAS QUE MATAN?

C. Muñoz García^a, J. de la Cruz Márquez^b, J. Estopá Valladares^c y M. Llena^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.
^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar. Alcalá de Henares. Madrid.
^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Juncal. Torrejón de Ardoz. Madrid.
^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Fresnos. Torrejón de Ardoz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años, sin alergias conocidas. No refiere hábitos tóxicos. Angina de esfuerzo en 2014 que precisó triple bypass con posterior rehabilitación cardíaca. HBP con controles de PSA normales. Hipotiroidismo autoinmune de reciente diagnóstico. Como antecedentes familiares sólo destacan cardiopatía isquémica y artritis reumatoide en familiares de primer grado. Actualmente en tratamiento con bisoprolol, adiro, enalapril, eutirox, tamsulosina y atorvastatina. Acude a consulta por presentar dolores musculares progresivos, desde hace meses, a nivel de miembros superiores e inferiores, que se intensifican más a nivel de miembro superior derecho e inferior izquierdo, provocándole dificultad para la deambulación así como para abrir la mandíbula. No pérdida de peso, ni síndrome constitucional, ni fiebre ni otra sintomatología por aparatos.

Exploración y pruebas complementarias: No lesiones dermatológicas visibles. Neurológica: disminución visible de fuerza, 3/5 similar en los cuatro miembros. Desde Atención Primaria: hemograma sin alteraciones, bioquímica con LDH 1606, GOT 283, GPT 716, CK 14.924, PCR 1. Coagulación, serologías negativas, marcadores tumorales negativos y radiografía de tórax normal. Se continúa estudio en M. Interna con TC abdominopélvico sin alteraciones y resonancia magnética de muslo donde se objetiva afectación bilateral y simétrica de músculos del compartimento medial posteromedial y anteriores. TC craneal normal. Mantoux negativo. Estudio simultáneo por ORL y Digestivo: test de viscosidad objetivando una alteración en la movilidad esofágica, y manometría, siendo sugestiva de trastorno menor de la peristalsis con motilidad esofágica ineficaz. Se retiraron estatinas disminuyendo progresivamente CK a 4.193, LDH 870, GPT 426, GGT 12. EMG compatible con miopatía inflamatoria de afectación parcheada, más intensa en musculatura proximal de miembros superiores, y biopsia muscular sugestiva de miopatía necrotizante inmunomediada.

Orientación diagnóstica: Tras resultados de autoinmunidad (Ac específicos de miositis negativos, Ac antihidroximetilglutaril CoA 664), se diagnostica al paciente de miopatía necrotizante inmunomediada asociada a estatinas.

Diagnóstico diferencial: Miositis, Polimialgia reumática, miopatías distróficas, miopatías congénitas, miopatías metabólicas secundarias. Sarcoidosis.

Comentario final: Actualmente en seguimiento por M. Interna, Reumatología y Unidad de Lípidos con tratamiento hipolipemiante SC de uso hospitalario quincenal.

Bibliografía

1. Blasco Valle M. Diccionario de Ensayos Clínicos, metaanálisis y revisiones sistemáticas en el tratamiento y control de las dislipemias.
2. Silva A. Órdenes de Tratamiento en Reumatología. 2018.

Palabras clave: Miopatía. Astenia. Estatinas.