

424/431 - MIOPATÍA HIPOTIROIDEA VS MIOPATÍA POR ESTATINA

R. Mota Santana¹, E. Tejeda Pérez², N. Terrero Ledesma³ y M. Prado Coste⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Sonseca. Toledo. ²Médico de Familia. Centro de Salud Villacañas. Toledo. ³Médico de Familia. Centro de Salud Iniesta. Cuenca. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud de Balazote. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años, antecedente de hipercolesterolemia, en tratamiento con simvastatina 20 mg/día desde hace 4 años. Sin otros antecedentes de interés. Consulta por dolor muscular generalizado de más de 6 meses de evolución, acompañado de “pinchazos” a nivel de pantorrilla y debilidad en las piernas y brazos.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 120/70 mmHg, frecuencia cardiaca 84 lpm. Normopeso. Resto de la exploración física sin hallazgos significativos. Como pruebas complementarias se realizan varios análisis de sangre, el primero de ellos mostró glucemia 64 mg/dl, creatinina 0,95 mg/dl, urea 87 mg/dl, colesterol 233 mg/dl, triglicéridos 135 mg/dl, CPK 1.452 UI/l, TSH 35 ?UI/l, 123, T4 0,004 ng/dl. El segundo análisis mostró CPK1580 UI/l, TPO sin actividad y serología negativa. El tercer análisis, como datos más relevantes, mostró creatinina 0,94 mg/dl, CPK 201 UI/l, TSH 6,455 ?UI/l. El último control analítico mostró CPK 111 UI/l, TSH 2,151 ?UI/l. El electrocardiograma no mostró ninguna alteración, la radiografía simple de tórax no presentó hallazgos patológicos y la ecografía de tiroides fue normal.

Orientación diagnóstica: Miopatía hipotiroidea. Hipotiroidismo primario. Se descarta miopatía por estatinas.

Diagnóstico diferencial: Miastenia gravis. Miopatía inflamatoria. Distrofia muscular.

Comentario final: Al analizar el caso, nuestra primera sospecha fue de miopatía por estatinas, por lo que inicialmente se le retiró la simvastatina previa valoración beneficio-riesgo. Iniciamos analgesia e hidratación oral, y solicitamos analítica completa. En el primer control analítico presentó CPK elevada y un aumento llamativo de TSH. Ante los resultados ampliamos estudios y realizamos varias analíticas de control tras iniciar tratamiento con levotiroxina 100 mg/día. Durante las revisiones en consulta mantuvo una mejoría significativa tanto clínica como analítica, por lo que se reintrodujo el tratamiento habitual y hasta la actualidad el paciente permanece asintomático. Con respecto a las dos patologías sospechadas, miopatía hipotiroidea versus miopatía por estatinas: la primera se conoce también como síndrome de Hoffman, poco frecuente, que produce afectación muscular causada por hipotiroidismo. Los primeros síntomas en aparecer son debilidad y espasmos musculares. El diagnóstico se realiza mediante métodos analíticos y clínicos. Su pronóstico es bueno, ya que en la mayoría de los casos las alteraciones bioquímicas y clínicas se normalizan tras iniciar el tratamiento de la causa. En cuanto a la segunda patología, la miopatía por estatinas es producida por la toxicidad muscular del fármaco, y es un efecto dependiente de la dosis. Afecta aproximadamente al 10% de los pacientes, produciendo desde mialgias y miositis hasta rabdomiolisis, con carácter reversible. El tratamiento es retirada inmediata en pacientes sintomáticos. Expertos recomiendan identificar los síntomas

musculares y asociarlos a la secuencia temporal de administración-discontinuación de estatinas para poder achacar dicho efecto al fármaco. Debemos que tener presente que el hipotiroidismo también predispone a miopatía, por lo que se debe obtener una determinación de TSH aparte de los niveles de CPK en pacientes tratados con estatinas que presenten síntomas de miopatía.

Bibliografía

1. Brown RH Jr, Amato AA, Mendell JR. Distrofias musculares y otras enfermedades musculares. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed: McGraw-Hill, México; 2012; Cap. 382. Vol.2: p. 2678-95.

Palabras clave: Miopatía por estatinas. Miopatía hipotiroidea.