

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

424/2969 - CASO CLÍNICO: MIOPATÍA EN HIPERTIROIDISMO

M. Torcuato Rubio¹ y A. Pedrosa Pacheco²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campohermoso. Almería.²Médico de Familia. Centro de Salud Campohermoso. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón. 38 años. Acude a Atención primaria por polifagia, pérdida ponderal de 18 kilogramos, nerviosismo y taquicardia de 8 meses de evolución. Exploración física: dudosos nódulo tiroideo. Analítica: tirotropina 0,005 UI/mL. Tiroxina (libre) 4,11 ng/dL. Diagnóstico: hipertiroidismo primario. Tratamiento: tiamazol 10 mg/12h y propanolol 10 mg/8h. Al mes acude por caída accidental con dolor y debilidad en brazo izquierdo que generaliza hacia miembros superiores e inferiores, mejorando con tratamiento analgésico.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 39 °C. Debilidad cintura escapular 0/5, debilidad cintura pélvica 2/5.

Orientación diagnóstica: Ante la situación se decide ingreso en el Servicio de Medicina Interna, donde solicitan: Análisis: tirotropina 0,005 UI/ml, tiroxina (libre) 0,87 ng/dl, ac anti tiroglobulina 9,6 UI/ml, creatinquinasa 54U.L.; resonancia magnética: sin lesiones medulares; Electromiograma: hallazgos neurofisiológicos compatibles con miopatía generalizada, no signos de neuropatía; Ecografía tiroidea: tiroides aumentado de tamaño con ecoestructura heterogénea e incremento de la vascularización, presencia de nódulo compatible con lesión maligna. Ante este hallazgo se modifica el tratamiento a tiamazol 5 mg/12h y propanolol 50 mg/24h, hasta la cita con Cirugía Endocrina para tiroidectomía total. Momento en el cual mejora la sintomatología del paciente.

Diagnóstico diferencial: Miopatía por antitiroideos, hipotiroidismo relativo, tirotoxicosis, parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica, miopatía infecciosa, miopatía asociada a neoplasia, neuropatías.

Comentario final: La miopatía tiroidea es más frecuente en mujeres (relación 3:1). Afecta principalmente a los músculos proximales, produciendo debilidad muscular y desgaste sin aumento de la creatinquinasa. Es importante descartar cuadros de mialgia con elevación de creatinquinasa producidos por el estado de hipotiroidismo relativo debido al rápido descenso de las hormonas tiroideas durante el tratamiento antitiroideo, en cuyo caso el tratamiento consiste en administrar levotiroxina. En la práctica clínica puede contemplarse una reducción suave de hormonas tiroideas.

Bibliografía

- Li Q, Liu Y, Zhang Q, Tian H, Li J, Li S. Myopathy in hyperthyroidism as a consequence of rapid reduction of thyroid hormone: A case report. Medicine (Baltimore). 2017;96(30):e7591.

2. Soriano J., Carrera E., Rubio Y, Castro L., Ríos D., Guevara B, Ugarte C. Miopatía hipertiroidea. Presentación de un caso de curso clínico subagudo. Revista médica del hospital general de México. 1999 Dic. Vol 62, Núm 4, pp284-286.

Palabras clave: Miopatía tiroidea. Debilidad muscular. Mialgia.