



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



262/376 - RIGIDEZ SIN CAUSA APARENTE

N. Dios Parada^a, P. Antelo Pais^b, S. Yáñez Freire^b, D. Rey Aldana^c, I. Espasandín Duarte^d y D. Díez Díaz^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Santiago de Compostela. La Coruña. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Santiago de Compostela. La Coruña. ^cMédico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Santiago de Compostela. La Coruña. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. Santiago de Compostela. La Coruña. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Fontiñas. Santiago de Compostela. La Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 73 años. AP: distimia y personalidad histriónica, status epiléptico, dislipemia, hipotiroidismo, artrosis y vejiga hiperactiva. Independiente para ABVD. Acude a nuestra consulta de AP por cuadro de un mes de evolución de rigidez y dolor en MMII que dificultaba deambulación, astenia y anorexia. Acudió en dos ocasiones al servicio de urgencias hospitalarias, donde se evidenció una hiponatremia no filiada y no tratada.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales, palidez cutánea. ACP: compatible con la normalidad. ABD: anodino, sin masas ni vísceromegalias. RHA disminuidos. EEII: sin edemas. Rigidez en ambos MMII, mayor en izquierdo, con sensibilidad conservada. NRL: pupilas y pares craneales normales. Sin focalidad neurológica. Rigidez en las 4 extremidades que dificultan la deambulación. Ante la sospecha de una insuficiencia suprarrenal como causa de la hiponatremia y de la clínica, solicitamos analítica sanguínea urgente, donde comprobamos un déficit marcado de cortisol: 0,6 µg/dL, una osmolaridad de 264 mOsm/Kg, así como un sodio plasmático de 131 mmol/L, con potasio de 4,6 mmol/L. Remitimos nuevamente a urgencias, donde es ingresada por el servicio de endocrinología para completar el estudio. Rx tórax y TAC craneal: sin evidencia de patología aguda. Hormonas: tirotropina (TSH) 3,25 mUI/L, T4 libre 1,09 ng/dL, T3 libre 1,84 pg/mL, FSH y LH normales, prolactina 45,2 ng/mL (n < 20), cortisol 7,4 µg/dL, IGFBP-3 1,3 µg/dL, IGF-1 36 ng/mL, anticuerpos anti-cápsulas suprarrenales negativos.

Juicio clínico: Hiponatremia con insuficiencia suprarrenal secundaria.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia suprarrenal por administración exógena de esteroides. Insuficiencia suprarrenal de causa infecciosa: TB, CMV. SIADH. Hipotiroidismo. Hipopituitarismo.

Comentario final: En Atención Primaria el seguimiento y conocimiento previo de los pacientes nos permite filiar mejor los cuadros clínicos con manifestaciones inespecíficas y alteraciones analíticas aisladas, planteándonos diagnósticos diferenciales y solicitando pruebas específicas para llegar al diagnóstico definitivo.

Bibliografía

1. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.