



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

413/85 - ¿Y SI AUMENTA LA CPK...?

J. Rodríguez Albarrán¹, V. Alonso Guerra², P. Longinos Rodríguez³, J. Arribas Aguirregaviria⁴, E. Arribas Espino⁵, E. García García⁶

¹Centro de Especialidad, Diagnóstico y Tratamiento Azuqueca de Henares. Guadalajara. ²Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Especialidad, Diagnóstico y Tratamiento Azuqueca de Henares. Guadalajara.

⁴Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Especialidad, Diagnóstico y Tratamiento Azuqueca de Henares. Guadalajara. Azuqueca de Henares. Guadalajara. ⁵Diplomado Universitario de Enfermería. Arganda del Rey. Madrid. ⁶Diplomado Universitario de Enfermería. Centro de Especialidad, Diagnóstico y Tratamiento. Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, que acudió a consulta por amenorrea de dos meses de evolución sin otra sintomatología. Se solicitó analítica en el que se objetivaba elevación de colesterol total y colesterol LDL. Se diagnosticó de hipercolesterolemia pura y según la tabla de Massana se le pautó simvastatina 40 mg. Al año, se realizó analítica de control continuando la paciente con amenorrea sin otros síntomas. Se objetivó un aumento de cretinfosfoquinasa (CPK), enzimas hepáticas y LDH. Se suspendió estatina y se realizó control a los 3 meses, continuando el aumento de CPK, y transaminasas refiriendo la paciente aparición de astenia e hinchazón en región facial de un mes de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Primera visita. Peso: 50 Kg, Talla: 157 cm, IMC 20,28 kg/m², TA 110/76 mmHg, frecuencia 78 lpm. Buen estado general. Bien hidratada, perfundida y nutrida. Eupneica. Exploración cardiopulmonar y abdominal: normal. Analítica: colesterol total 290 mg/dL. LDL 201 mg/dL. HDL 71 mg/dL. Triglicéridos 87 mg/dL. Segunda. Analítica: colesterol total 144 mg/dL. LDL 70. Triglicéridos 82 mg/dL. CPK: 3.775 U/L. Creatinina 0,71 mg/dL. FG MDRD-4 89 mL/min. Tercera. Peso: 52 Kg. IMC 21,09. TA 113/83 mmHg. FC 85 lpm. Regular estado general. Palidez mucocutánea. Eupneica. Hipocromía periorbitaria y perioral. Edema facial. Resto de exploración normal. Analítica: TSH 178,95 mUI/L, T4 libre 0,4 ng/dL, T3 libre 0,25 ng/dL. Ac-antinucleares 1/320. Ac-tiroperoxidasa 56,73. Ac-antitiroglobulina 274,95. Ac-anti receptor TSH: 0,9 mU/mL.

Juicio clínico: Enfermedad de Hashimoto. Miopatía hipotiroidea.

Diagnóstico diferencial: 1. Infecciones: virales o bacterianas. 2. Alteraciones endocrinometabólicas. Hipotiroidismo o hipertiroidismo. Enfermedad de Cushing. Enfermedad de Addison. 3. Neoplasia. 4. Miopatías. 5. Distrofias musculares. 6. Tóxicos o medicamentosos.

Comentario final: La enfermedad de Hashimoto se presenta frecuentemente como hipotiroidismo subclínico. La presencia de anticuerpos antitiroideos puede ser la única evidencia de enfermedad. Es más frecuente en mujeres (7:1). La miopatía hipotiroidea, cuya etiopatogenia se desconoce, siendo asintomática únicamente en el 20% de los pacientes. Existe correlación entre los niveles de CPK y los de TSH. La elevación de CPK puede presentarse años antes de la aparición de clínica hipotiroidea.

Bibliografía

Kahaly GJ, Diana T. Gland J, et al. Thyroid Stimulating Antibodies in Hashimoto´s thyroiditis. *J Clin Endocrinol Met.* 2016;101:148.

Krause J, Olivo PD. Endocrine myopathies. *Neurol Clin.* 2017;189:304.

Sindoni A, Rodolico C, et al. Hypothyroid myopathy. *Rev Endocr Metab Disord.* 2016;17:499.

Palabras clave: Creatinfosfoquinasa. Enfermedad de Hashimoto. Miopatía hipotiroidea.