



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1274 - HOY NO ME PUEDO LEVANTAR

C. Correoso Pardo<sup>a</sup>, A.M. Barriga García<sup>b</sup>, V. Aranda Jiménez<sup>c</sup>, J. Escartín López<sup>d</sup>, L.E. Barzallo Álvarez<sup>e</sup>, C. Orozco Bello<sup>a</sup>, C. Gianchandani Gianchandani<sup>a</sup>, L. Cano Gómez<sup>f</sup>, L. Vallejo Serrano<sup>g</sup> y E. Marian Brigidano<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud Pozuelo San Juan. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Radiodiagnóstico; <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente. Centro de Salud Segovia. Madrid. <sup>g</sup>Médico Residente. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. <sup>h</sup>Médico Residente. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 74 años con AP de HTA y DL que acude por debilidad distal en MMII y MMSS de 2-3 días que ha progresado hasta impedirle levantarse de la cama. Asocia síntomas pseudocatarrales desde hace 4-5 días, con malestar general y mialgias proximales por lo que se deriva a Urgencias para descartar polirradiculopatía aguda.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: anodina (6,0-40,0), AST (GOT) 393,00 U/L (6,0-40,0), gamma-glutamyltransferasa 25,00 U/L (8,0-61,0), proteína C reactiva 60,50 mg/L (0,1-10,0). Orina: tira reactiva normal. Sedimento normal. Mioglobulinuria negativa. Rx de tórax: normal. ECG: RS a 70 lpm. Crecimiento AI. NO alteraciones del eje ni de la repolarización. Ingresa en Medicina Interna sin datos de mioglobulinuria o fracaso renal agudo, se inicia tratamiento con sueroterapia y se solicita analítica con TSH normal y serologías negativas. Se realiza ecografía abdominal que sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Rabdomiolisis secundaria a estatinas sin alteraciones de la función renal ni mioglobulinuria.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome Guillain-Barré, cuadro gripal, rabdomiolisis de otras causas.

**Comentario final:** La miotoxicidad por fármacos es una patología de incidencia desconocida en que la historia clínica es esencial para su diagnóstico. Existen formas aguda o crónicas. El inicio de los síntomas aparece en las primeras semanas-meses, pero pueden ocurrir en cualquier momento el tratamiento (en nuestro caso sucedió tras 3 años del inicio del mismo). Una de los efectos miotóxicos farmacológicos más conocidos es el asociado a estatinas (con mayor riesgo las que se metabolizan por CYP3A4), principalmente si se combinan con otros fármacos destacando su asociación con fibratos. Este efecto secundario aparece con mayor frecuencia, por tanto, en pacientes ancianos pluripatológicos y polimedcados. Los efectos musculares van desde las mialgias y miopatías hasta la rabdomiolisis, que en ocasiones puede llevar a la muerte. Por ello, antes de comenzar el tratamiento debemos informar a los pacientes de los posibles efectos adversos así como realizar controles analíticos-clínicos en el seguimiento.

## **Bibliografía**

1. Forcadell-Peris MJ, de Diego-Cabanes C. Rabdomiolisis secundaria a simvastatina y fenofibrato. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2014;40:e91-4.
2. Olivé A. Miopatías farmacógenas. Reumatología Clínica. 2010;6:25-7.

**Palabras clave:** *Miopatía. Estatinas.*