



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/376 - RIGIDEZ SIN CAUSA APARENTE

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

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Santiago de Compostela. La Coruña. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Santiago de Compostela. La Coruña. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud A Estrada. Santiago de Compostela. La Coruña. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Conxo. Santiago de Compostela. La Coruña. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> 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 creaneales 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: tirotopina (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.