



160/1529 - RABDOMIOLISIS COMO CONSECUENCIA DE HIPOTIROIDISMO NO DIAGNOSTICADO

Á.H. Góngora Tirado^a, H. Rodríguez^a, M. Porta Tormo^b, V. Pérez-Chirinos^c, L. Fernández Salinas^d, J. Prieto Nave^e, M. Camarasa Vidal^f, J.I. García García^g, J.C. Gómez Adrián^h y M.J. Díaz Moraⁱ

^aMédico Residente de 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Castellón. ^fMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. ^gMédico de Familia. Centro de Almassora. Castellón. ^hMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. ⁱMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años quien presenta hace 1 semana clínica de debilidad muscular, mialgias, astenia, malestar general y aumento subjetivo del perímetro abdominal. Refiere reciente inicio de ejercicio físico moderado (caminar) que antes no hacía. Niega fiebre o más síntomas por lo que acudió a urgencias y tras control analítico se documentó un cuadro clínico de rabdomiolisis con mejoría tras fluidoterapia, siendo dado de alta. Acude al CS por persistencia de los síntomas. AP: alcohol ocasional, exfumador hace 8 meses, hipertrigliceridemia, safenectomía de MMII por varices. Tratamiento habitual: fenofibrato 145 mg/24h.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 136/90. FC: 60 ppm. SO₂: 99%. T^a: 36,7 °C. BEG, normohidratado, normocoloreado, con voz ronca y eupneico. ACP: tonos rítmicos sin soplos. MV conservado sin agregados. Abdomen blando, depresible, sin dolor, sin masas palpables. Peristaltismo conservado. EXT: MMII sin edemas y con pulsos bilaterales conservados. Neuro: sin focalidad. Relevantes: CPK 4.499 UI/l, LDH: 1.529 UI/l, mioglobina 389 ng/ml, urea 39 mg/dl, creatinina 1,34 mg/dl, filtrado glomerular (MDRD4) 55,53, TSH > 100, T4L 0,15 ng/dl, antimicrosomales 617,9 UI/ml, antitiroglobulina 18,20.

Juicio clínico: 1. Miopatía Hipotiroidea. 2. Hipotiroidismo primario autoinmune. 3. Rabdomiolisis secundaria.

Diagnóstico diferencial: Cualquier causa de miositis o polimiositis inflamatoria, hipokalemia o hipocalcemia, fármacos hipolipemiantes y rabdomiolisis por traumatismos o sobreesfuerzos físicos.

Comentario final: Tras adecuada hidratación y ajuste de tratamiento con levotiroxina a 125 µg/día

el paciente presenta notable mejoría de los síntomas musculares con normalización de la CPK, y las funciones tiroidea y renal. La miopatía hipotiroidea es una complicación a considerar como primera manifestación de un hipotiroidismo severo no diagnosticado con lo cual el perfil tiroideo es necesario como parte del estudio de cualquier miopatía aguda.

BIBLIOGRAFÍA

1. An Sist Sanit Navar. 2011;34(1):97-100.
2. Rev Chil Endocrinol Diabetes. 2011;4(3):198-200.
3. Marañón G, Balcells A. Manual de diagnóstico etiológico: diccionario clínico de síntomas y síndromes. 13ª edición. Madrid: Espasa-Calpe,1984.