



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3871 - INTERACCIONES PELIGROSAS

N. Sanmamed Saiz<sup>a</sup>, L. Torres Ganoza<sup>a</sup>, M. López Moreno<sup>b</sup> y Á. Colquechambi<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Igualada Urbà. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Igualada Urbà. Barcelona. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Piera. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 53 años, fumadora, VIH + con buen control virológico e inmunológico en tratamiento con TARGA, y antecedente de recientes infiltraciones por primera vez con triamcinolona en el último mes por síndrome subacromial, que consulta por debilidad progresiva bilateral de extremidades inferiores de predominio proximal. Desde primera infiltración explica además "fascies corticoidea" que ha ido haciéndose más evidente desde la segunda, provocándole incluso cierto grado de disnea y disfagia. Refiere también candidiasis oral, tratada y resuelta hace semanas.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. CyO. Eupneica. Destaca "fascies corticoidea". Neurol: ROTS hiporrefléxicos EEII (de predominio rotuliano bilateral, aquíleos conservados). EEII: izda. Psoas 2/5, Cuádriceps 3-/5, Distal 5/5. Derecha. Psoas 3/5, cuádriceps 4/5, distal 5/5. Resto de exploración anodina. EEII: importante atrofia musculatura proximal. AS: HGM (CD4 295, 20.90%). Proteinograma (hipogammaglobulinemia). BQ (hiperglucemia). Cortisol basal < 27,6, ACTH 2,1. EMG: patrón miopático. TAC cérvico-torácico, abdominal-pélvico, RMN dorso-lumbar: sin lesiones.

**Orientación diagnóstica:** La paciente ingresa con la orientación de debilidad en EEII, de etiología todavía no filiada. Durante su estancia hospitalaria, además de hiperglucemia se objetivan ACTH y cortisol inhibidos, así como patrón EMG compatible con miopatía. Por lo que revisada literatura y descartada organicidad, el cuadro se orienta como síndrome de Cushing exógeno en relación a infiltraciones con triamcinolona en paciente VIH + (Estadio A1) en tratamiento con ritonavir (el cual inhibe a citocromo P450, implicado en la metabolización de corticoides) pudiendo provocar este cuadro.

**Diagnóstico diferencial:** Eaton Lambert. Síndrome vena cava superior. Síndrome Guillain Barré. Mielopatía. Canal estrecho. Hernia discal. Tumor/metastásis.

**Comentario final:** Conjuntamente con Endocrinología, se decide no modificar TARGA ni iniciar otros tratamientos (como ketoconazol) y seguir una actitud expectante valorando el riesgo/beneficio. La paciente presentó muy buena respuesta a rehabilitación intensiva con mejoría clínica significativa a nivel muscular y funcional, y manteniéndose estable respecto VIH.

### Bibliografía

1. Dort K, Padia S, Wispelwey B, et al. Adrenal suppression due to an interaction between ritonavir and injected triamcinolone: a case report. *AIDS Research and Therapy*. 2009;6(1):10.

**Palabras clave:** VIH. TARGA. Cushing. Exógeno. Triamcinolona. Interacción.