



## 262/365 - NEUROPATÍA PERIFÉRICA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON ESTATINAS

Y. González Silva<sup>a</sup>, H. de la Red Gallego<sup>b</sup>, M. de Prado Tovar<sup>c</sup>, C. Santos Ledo<sup>d</sup>, R. Hernando Fernández<sup>e</sup> y M. de la Red Gallego<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Plaza Ejército. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Traumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Adjunto del Servicio de Traumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Adjunto del Servicio de Traumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 34 años, NAMC. Diagnosticado de migrañas, dislipemia y síndrome de Klinefelter. En tratamiento con cipionato de testosterona 100 mg. intramuscular mensual y atorvastatina 80 mg/día. Fumador de 20 cigarrillos/día, niega otros tóxicos. Desde hace dos años refiere mialgias y artralgias generalizadas, habiendo sido estudiado por Reumatología donde no se encontraron hallazgos patológicos y se diagnosticó de dolor crónico no inflamatorio. Motivado por sus dolores ha precisado varios periodos de ITL (interrupción temporal laboral). Acude nuevamente a su médico de Atención Primaria por parestesias y dolor en manos, más acusado en los dedos centrales de la mano derecha, también refiere sensación de debilidad y hormigueo en piernas. Se realiza analítica sanguínea incluyendo VSG, PCR, CPK y serologías de VIH, lúes, VHC: normales. Ante la sospecha de síndrome de túnel carpiano derecho y afectación del nervio ciático poplíteo externo bilateral, es derivado a Traumatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Signo de Tinel positivo en mano derecha. Disminución de sensibilidad en dedos, dorso de pies y cara lateral distal de ambas piernas. Debilidad para extensión de dedos, extensión y eversión de ambos pies. Exploraciones complementarias: 1. TAC lumbar: normal. 2. Radiografías cervical, dorsal, lumbar y pelvis: normales. 3. Electroneurograma: bloqueo parcial de intensidad moderada-severa de ambos nervios ciáticos poplíteos externos a nivel de la cabeza de peroné. 4. Ecografía de extremidades inferiores: no compresión extrínseca.

**Juicio clínico:** Neuropatía secundaria a atorvastatina, una vez descartadas otras causas y después de mejoría clínica tras retirada de estatinas.

**Diagnóstico diferencial:** Neuropatía por enolismo, diabetes mellitus, neuropatía hereditaria, compresión extrínseca, causas inflamatorias, infecciosas...

**Comentario final:** Al inicio de los síntomas, hacía dos años, el paciente había sido estudiado por Reumatología con diagnóstico de dolor crónico no inflamatorio, motivo al que se atribuyeron las

algias durante este tiempo, motivando varias bajas laborales. Queremos incidir en que el dolor crónico no inflamatorio no debería ser un diagnóstico final y Atención Primaria tiene un papel clave al tener continuidad y acceso al paciente en el tiempo. Tras la retirada de la atorvastatina, en pocas semanas remitieron los síntomas, siendo objetivado por su médico de Atención Primaria. Entre los efectos secundarios más importantes de las estatinas encontramos toxicidad hepática y musculoesquelética. Pueden producir polineuropatía axonal sensitiva, más frecuentemente en extremidades inferiores. Por ello, debe ser considerada en pacientes con debilidad y dolor en extremidades inferiores tras descartar otras etiologías.

## **Bibliografía**

1. Camargos EF, de Freitas Oliveira L, de Deus Vieira Boaventura T. My legs are getting old: simvastatin-induced polyneuropathy. *BMJ Case Reports* 2011;doi:10.1136/bcr.09.2010.3340.