Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2776

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/861 - CAÍDA MORTAL

A. Vergaz Ballesteros[a], T. Morales García[b] y M. Martín Martín[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Luengo Rodríguez. Móstoles. Madrid. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Luengo Rodríguez. Móstoles. Madrid. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Cadalso de los Vidrios. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 71 años que acude al centro de salud por caída en su domicilio, sin pérdida de conocimiento ni mareo acompañantes. No podía levantarse adecuadamente y permaneció entre 2 y 3 horas expuesto al sol en decúbito supino. Negaba: dolor torácico, palpitaciones, disnea, dolor abdominal, convulsiones, relajación de esfínteres, cefalea, náuseas, vómitos o fiebre. La mujer comentó que hacía unos meses que encontraba al paciente con deterioro del estado general, apatía, somnolencia excesiva y desorientación temporo-espacial.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 116/70; FC: 95 lpm; SatO2: 96%; Tª: 36 ºC. A la exploración: desorientado en espacio y tiempo. Bradipsíquico pero contestaba a las preguntas. Dímero D 754 ug/l, Cr 2,70 mg/dl, Hb 11,5 g/dl, CK 1.682 UI/l, CK-MB 12,20 ng/ml, K: 3,1 mmol/l. TC craneal: atrofia subcortical, leucoaraiosis avanzada. Ecocardiograma: VI con hipocinesia global, disfunción sistólica global moderada (36%) con disfunción diastólica grave. Eco abdominal: esteatosis hepática, colelitiasis. ECG: HBAI. Rx tórax: derrame pleural bilateral.

Juicio clínico: Rabdomiolisis secundaria a caída prolongada. Otros diagnósticos: IRA secundaria. Síndrome confusional agudo.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Guillain-Barré, parálisis periódica, nefropatía intrínseca, glomerulonefritis aguda, fármacos (fenitoína, rifampicina, vitamina B2, riboflavina), hemoglobinuria por hemólisis.

Comentario final: El paciente acudió al mes tras haber sido de alta en el hospital por deterioro clínico progresivo con alteraciones del comportamiento y febrícula sin otros síntomas. Ingresó en la UCI por coma de origen multifactorial: encefalopatía isquémica por bajo gasto/hipertensiva, sepsis de origen respiratorio, insuficiencia respiratoria y SCASEST. Finalmente, falleció.

Bibliografía

1. Miller ML, et al. Clinical manifestations and diagnosis of rhabdomyolysis. Uptodate, 2016.
2. Mrozek S, Geeraerts T. Rabdomiólisis traumáticas y no traumáticas. EMC-Anestesia-Reanimación. 2016;42(3):1-14.
3. O&#39Connor FG, Deuster PA. Tratado de medicina interna. 2017. p. 723-6.

Palabras clave: Caída. Rabdomiolisis.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.