

## Rabdomiólisis

EL SR. JAVIER C., de 64 años, es trasladado en ambulancia al servicio de urgencias (SU) después de que su hija lo encontrara tumbado en el suelo de la cocina, donde había permanecido varias horas. El Sr. Javier C. le contó a su hija que se había desmayado y que “se sentía demasiado débil para levantarse por sí mismo”.

### **¿Cuál es la situación?**

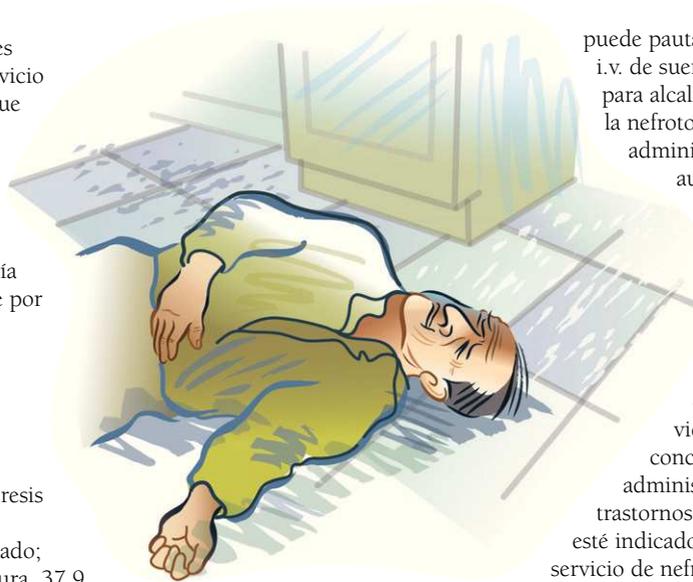
El Sr. Javier C. no tiene antecedentes patológicos de interés. Aqueja debilidad generalizada y mialgias y su diuresis es de 100 ml de orina de color oscuro. Está consciente y orientado; sus signos vitales son: temperatura, 37,9 °C; FC, 96; FR, 18; PA, 102/60, y SpO<sub>2</sub>, 99% en aire ambiente. Está conectado a un monitor cardíaco, observándose ritmo sinusal normal. Se le ha colocado una vía intravenosa (i.v.) periférica y se han obtenido muestras de sangre y de orina para análisis. La tomografía computarizada craneal es negativa y el ECG de 12 derivaciones es normal. Los resultados de su análisis de sangre son: creatinina, 2,7 mg/dl (normal, 0,6 a 1,2 mg/dl); potasio, 6,2 mEq/l (normal, 3,5 a 5,2 mEq/l); creatinincasa, 38.400 U/l (normal, 38-174 U/l); calcio, 7,9 mg/dl (normal, 8,8 a 10,4 mg/dl); el análisis toxicológico es negativo. La mioglobina en orina es positiva y el análisis de orina presenta trazas.

### **¿Cuál es su valoración?**

Basándose en los antecedentes y en la clínica del Sr. Javier C., usted sospecha que puede tratarse de una rabdomiólisis. La rabdomiólisis se produce con frecuencia como resultado de una lesión muscular directa, a causa de la liberación de mioglobina a la circulación por parte de las fibras musculares lesionadas. Las complicaciones más graves de la rabdomiólisis son la lesión renal aguda, los trastornos hidroelectrolíticos, como la hiperpotasemia y la hipocalcemia, y el síndrome compartimental.

### **¿Qué debe hacer de inmediato?**

Monitoree al Sr. Javier C. para identificar precozmente arritmias ventriculares y alteraciones electrocardiográficas asociadas a la hiperpotasemia (ensanchamiento del complejo QRS y ondas T en pico) y a la hipocalcemia (prolongación del intervalo QT). Inicie la reposición de líquidos de forma intensiva con suero fisiológico según prescripción, para prevenir la progresión de la obstrucción y la lesión renales. También



puede pautarse la administración i.v. de suero bicarbonatado sódico para alcalinizar la orina y reducir la nefrotoxicidad, así como la administración de manitol para aumentar la diuresis. Realice la valoración del estado del Sr. Javier C. de forma continuada, incluyendo la diuresis horaria y los controles de potasio sérico (pueden producirse hiperpotasemias graves que pongan en peligro la vida del paciente) y de las concentraciones de calcio, y administre el tratamiento para los trastornos hidroelectrolíticos según esté indicado. Solicite interconsulta al servicio de nefrología y cardiología y prepare al Sr. Javier C. para el ingreso en la UCI. Si la función renal no mejora y persiste la hiperpotasemia, precisará diálisis.

Valore al Sr. Javier C. para descartar la presencia de síndrome compartimental, que puede aparecer en el ingreso o después de la reposición de líquidos. Las manifestaciones de este síndrome incluyen dolor, edema, parestesias, tensión en los compartimentos musculares y parestesia de la extremidad afectada. Esté preparado para colaborar en la realización de una fasciotomía en caso necesario.

### **¿Qué debe hacer posteriormente?**

La función renal del Sr. Javier C. continúa mejorando y los resultados de laboratorio se normalizan. Es trasladado a una unidad de cuidados intermedios para seguir con la monitorización y para un estudio en profundidad de su episodio sincopal. **N**

### **BIBLIOGRAFÍA GENERAL**

- Bosch X, Poch E, Grau JM. Rhabdomyolysis and acute kidney injury. *N Engl J Med.* 2009;361(1):62-72.
- Eustace JA, Kinsella S. Prevention and treatment of heme pigment-induced acute kidney injury (acute renal failure). UpToDate. <http://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-heme-pigment-induced-acute-kidney-injury-acute-renal-failure>.
- Miller ML. Clinical manifestations, diagnosis, and causes of rhabdomyolysis. UpToDate. <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-causes-of-rhabdomyolysis>.
- Urden L, Stacy K, Lough M. *Critical Care Nursing Diagnosis and Management*. 6th ed. St Louis, MO: Mosby; 2010.

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses en relación con la publicación de este artículo.