



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

423/73 - ¿Y SI COMPLETAMOS LA ANAMNESIS?

L. Astrain Jaunsarás¹, P. Belío Pardo², M. Bustos Guillén¹, U. Navarro Adrián³, A. Liroz Imaz², M. Murillo Erburu²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Urgencias Extrahospitalarias. Navarra, ²Enfermera. Centro de Salud Orcoyen. Navarra, ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcoyen. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 34 años que acudió a consulta del Centro de Salud por presentar dolor en fossa renal derecha de aparición brusca iniciada 6 horas antes. Tuvo 3 episodios de vómitos asociados. No diarrea ni fiebre, no sintomatología urinaria, aunque refirió presentar orina algo más oscura de lo normal (no clara coluria). Se pautó butilbromuro de escopolamina y metamizol con mejoría del dolor, por lo que se sospechó cólico nefrítico derecho dando alta a domicilio con tratamiento analgésico. Al día siguiente el dolor se intensificó en ambas fosas renales, EVA 8/10 con inquietud psicomotriz, asociado a náuseas y vómitos biliosos. Las deposiciones se mantuvieron normales, sin elementos patológicos de interés. Palidez importante sin sudoración. El dolor no se controlaba con paracetamol ni metamizol ni ketorolaco y se decidió tratamiento con 1/2 ampolla de hidrocloruro de petidina endovenosa, con lo que presentó franca mejoría del dolor. Al tercer día el dolor reapareció y volvió a acudir al centro precisando analgesia a dosis importantes (ketorolaco, metamizol, paracetamol y 1/2 ampolla de hidrocloruro de petidina). No cambios a nivel de la clínica.

Exploración y pruebas complementarias: PA: 176/78 mmHg; Pulso 55 lpm; Temperatura axilar: 35,9 °C. Auscultación cardíaca rítmica sin ruidos patológico. Auscultación pulmonar sin alteraciones patológicas significativas. Abdomen blando depresible, no dolor a la palpación, no presenta defensa ni signos de irritación peritoneal. Espalda: succión renal con molestia bilateral. No dolor a la exploración de musculatura paravertebral. No edemas en extremidades inferiores. Radiografía de Abdomen: asas de intestino delgado en hipocondrio izquierdo, no imágenes de litiasis. Ecografía abdominal: no alteraciones destacables, riñones con morfología normal con adecuada diferenciación corticomedular, sin dilatación pielocalicial. Vejiga normal. No existe líquido libre intraabdominal. Analítica de sangre: CPK 1.784 U/L, urea 24 mg/dl, creatinina 0,85 mg/dl. Resto de analítica sin datos de interés. Analítica de orina: uri-proteína 0 mg/dl, uri-hemoglobina 0 mg/dl, pH 7, nitritos negativos.

Juicio clínico: Rabdomiólisis.

Diagnóstico diferencial: Cólico nefrítico.

Comentario final: La rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por la necrosis de las células musculares estriadas y la liberación al torrente circulatorio del contenido de las mismas: electrolitos, mioglobina y proteínas del sarcoplasma, como CPK, LDH, GOT y GPT. El tratamiento de rabdomiólisis es hidratación abundante precoz para evitar un fallo renal. En este caso el cuadro asemejaba un cólico renal, pero ningún dato en la analítica lo confirmaba. Tras insistir en qué había hecho el paciente en los días previos, este

confirmó la realización de ejercicio físico intenso 2 días antes del inicio de los síntomas. De ahí la importancia de realizar una anamnesis completa en todo paciente pese a que la clínica inicial oriente a una patología.

Bibliografía

Giannoglou GD, Chatzizisis YS, Misirli G. The syndrome of rhabdomyolysis: Pathophysiology and diagnosis. Eur J Intern Med. 2007;18(2):90-100.