



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2976 - 'Demasiado esfuerzo'

I.M. Ramiro Bejarano^a, E. Santos Ferreras^b, J. Salazar Garzo^c, P. Fernández de la Mata^b, S.R. Anselmi González^d, A. Álvarez Madrigal^b y M. García Fernández^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León. ^cMédico de Familia. Centro de Salud La Bañeza I. León. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por cuadro de dos días de evolución de astenia acompañado de hiporexia y dolores musculares generalizados secundarios a un esfuerzo físico importante, con disminución de ingesta hídrica y automedicación con Enantyum 25 mg cada 8h por los dolores musculares.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/80. FC 82 lpm. Afebril. Consciente, orientado. Exploración sistémica dentro de la normalidad a nivel tanto cardíaco y pulmonar como abdominal. Hemograma: leucocitos 11.500 (FN), hemoglobina 18 y plaquetas 318.000. Bioquímica: glucosa 120, urea 227, creatinina 5,27, MDRD 12, Na 126, K 6, 8, Cl 88, PCR 14, Ca 8,6, Prot 7,3, CK 6.381 y CKMB 70. EKG: ritmo sinusal 80 lpm, sin alteraciones. Ecografía abdominal: riñones de tamaño normal, con cortical de espesor conservado, y adecuada diferenciación corticomedular.

Juicio clínico: Fracaso renal agudo secundario a depleción de volumen. Rabdomiolisis.

Diagnóstico diferencial: 1. Síndrome anémico, 2. Infección sin foco filiado, 3. Ingesta de sustancias (anabolizantes), 4. Glomerulonefritis.

Comentario final: La insuficiencia renal aguda se clasifica en prerrenal (como es este caso por depleción de volumen), renal o posrenal; a su vez la causa puede ser obstructiva o no obstructiva. El fallo renal agudo conlleva la alteración de los electrolitos: hiponatremia, hiperpotasemia e hipocloremia. La hiponatremia produce la astenia que presentaba nuestro paciente y la hiperpotasemia contribuye a la clínica muscular, además de ser potencialmente mortal por las alteraciones en el EKG. Un grado de insuficiencia renal de este calibre debe ingresar en planta de hospitalización para corrección hidroelectrolítica con sueroterapia, nuestra labor como médicos de urgencias es, desde el primer momento en que se detectan estas alteraciones, monitorizar al paciente y comenzar tratamiento de corrección.

Bibliografía

- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4^a ed. Barcelona: Elsevier, 2010.
- Farreras-Rozman. Medicina interna, 17^a ed. Elsevier, 2012..

3. Aguilar Rodriguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, et al. Hospital Universitario 12 de octubre. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 7^a ed, 2012.

Palabras clave: Fracaso renal. Rhabdomiolisis. Hiponatremia. Hiperpotasemia.