



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

242/4026 - DEBILIDAD POSVACACIONAL

J. Silva Pereira Mateus^a, M. Simón Serrano^a, L. Rodríguez Elena^b, E. Rodríguez Marco^b, M. Rocca Jiménez^c y A. Murillo Martín^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años de edad sin antecedentes de interés. No fumador. Consumidor de alcohol y tóxicos (metanfetamina) esporádicamente. Acude a consulta por cuadro de astenia intensa y debilidad generalizada asociando mialgias tras viaje a Camboya y Tailandia en los últimos 4 meses. Hace aproximadamente dos semanas inmersión subacuática a unos 8 metros de profundidad sin incidencias. Dos días después de dicha actividad asocia debilidad progresiva de EEII de predominio en cintura pélvica y mialgias que se intensifican con la marcha. Astenia intensa sin clara fatiga. No fiebre. Relaciones sexuales con método barrera. Consumo de agua local no embotellada. Estancia en medio rural, jungla y ciudad. Al día siguiente consulta por aumento de debilidad, con extensión a extremidades superiores e imposibilidad de mantener bipedestación, se decide traslado a centro hospitalario para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca frecuencia cardíaca 110 lpm, Extremidades con múltiples lesiones compatibles con picaduras de mosquito, alguna con costras melicéricas de sobreinfección por *Staphylococcus aureus*. Ligeramente edematizadas, sin fóvea ni signos de TVP. Exploración neurológica: fuerza en EESS 3/5, EEII 2/5, con disminución del tono. ROT disminuidos en EEII. Imposible valoración de la marcha por debilidad de EEII. Analítica sanguínea destaca: creatinina 0,79, leucocitos 15.800 (14.300 PMN), FA/GGT 229/304 GOT 735, PCR 6,33, CPK 85.659, mioglobina 12.008. VIH, VH (A, B y C), VEB, lúes, Brucella, Lyme, rickettsias, CMV, dengue: negativas. Orina: hematúrica. Punción lumbar y biopsia muscular normales.

Juicio clínico: Rabdomiolisis.

Diagnóstico diferencial: Causas posibles de rabdomiolisis: traumática, inmovilización, crisis comiciales, estados, miopatías, alcoholismo, abuso de substancias, infecciones virales, endocrinopatías, entre otras.

Comentario final: La rabdomiolisis se caracteriza clínicamente por mialgias, coluria por mioglobinuria, y elevación de las enzimas del músculo sérico (incluida la creatina quinasa (CK)). El grado de dolor muscular y otros síntomas varía ampliamente. La tríada característica en la rabdomiolisis es el dolor muscular, debilidad y coluria. Insuficiencia renal aguda: es la complicación más grave y potencialmente letal. Se relaciona con la demora del tratamiento. Es vital la corrección de la hipertotasemia que se produce precozmente.

Bibliografía

- Miller ML. Causes of rhabdomyolysis. Uptodate, 2016.

2. Miller ML. Clinical manifestations and diagnosis of rhabdomyolysis. Uptodate, 2016.

Palabras clave: Rabdomiolisis. Debilidad muscular. Astenia.