Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2928

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2319 - RABDOMIOLISIS: FISIOLÓGICO O PATOLÓGICO

A. Colquechambi Castillo[a], A. Quintana Vives[b], J. Padial Berbel[c], J. Lavadenz Acha[d] y M. López Moreno[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Igualada Urbà. Barcelona. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Igualada Urbà. Barcelona. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Margarita de Montbui. Barcelona. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Benicarló. Castellón. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Santa Margarita de Montbui. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años sin antecedentes de interés, acude a urgencias de primaria por dolor en cuádriceps derecho, hizo spinning por primera vez en su vida hace 2 días, tiene agujetas y marcha antiálgica. Al examen físico, buen estado general, hemodinámicamente estable. Dolor a la palpación bilateral con edema en cuádriceps derecho. Ingreso hospitalario para sueroterapia y control CKs. Función renal conservada durante toda su estadía.

Exploración y pruebas complementarias: Primaria: Creat: 1,0 mg/dL. FG: 65,8. Urea: 43,2 mg/dL. CK: 63.930,6 U/L. Troponinas: < 17 ng/L. BQ de orina: Hb: 200. Control: descenso de CK: 28.794 U/L.

Juicio clínico: Rabdomiolisis.

Diagnóstico diferencial: Hematuria/hemoglobinuria, miopatía inflamatoria, cólico nefrítico.

Comentario final: La necrosis de miocitos, libera radicales libres en el citoplasma, dando lugar a depleción del ATP, provocando disfunción de las bombas de Na/K/ATPasa y CaATPasa esenciales para la integridad de la célula muscular, liberando creatinin-cinasa y otras enzimas musculares en la sangre y hemoglobina por la orina. Se clasifica: Traumática o por compresión. Atraumática asociada al ejercicio, Atraumática no asociada al ejercicio. Triada coluria, elevación de CK y mialgias. Además debilidad y edema en las extremidades, en caso de afectación severa puede haber rigidez, calambres, fiebre, taquicardia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, convulsiones y alteración mental. Exámenes complementarios: Hemograma; Bioquímica con CPK, función renal, coagulación, iones y electrocardiograma, descartar presencia de tóxicos. Manejo: evitar fallo renal agudo, es de riesgo si CK > 5 veces valor normal (grado 1B). Sueroterapia con soluciones isotónicas de preferencia. Alcalinización de la orina, corrección de electrolitos y diálisis si precisa. Se debe tener en cuenta que las cifras de CK comienzan a reducir a un 50% a partir del 5º día.

Bibliografía

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

2. Khan FY. Rhabdomyolysis: a review of the literature. Neth J Med. 2009;67:272.
3. Causes of rhabdomyolysis. Uptodate, 2016.
4. Gabow PA, Kaehny WD, Kelleher SP. The spectrum of rhabdomyolysis. Medicine (Baltimore). 1982;61:141.
5. Protocolo Hospital Igualada. Rabdomiolisis aguda. 2013.
6. Prevention and treatment of heme pigment-induced acute kidney injury. Uptodate, 2015.

Palabras clave: Rabdomiolisis. Trastornos musculares. Fallo renal agudo.

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