



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3026 - ME HE PASADO CON LAS PESAS...

E. Gimenez López<sup>a</sup>, M. Rodríguez Martín<sup>b</sup>, L. Cotillas García<sup>c</sup>, N. Sobradillo Castrodeza<sup>d</sup>, M. Varela Patiño<sup>e</sup> y L. Barroso Villafaina<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 25 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, sin factores de riesgo cardiovascular, sin hábitos tóxicos ni tratamiento habitual. Trabaja en hostelería. Refiere actividad física de alta intensidad en el gimnasio 3-4 veces por semana y refiere consumir un par de batidos hiperproteicos a la semana (20-30 g a la semana). Acude al servicio de urgencias del centro de salud por episodio de contractura muscular de ambos bíceps braquiales con postura de flexión de aproximadamente 48-72h, sin alteración de fuerza ni sensibilidad.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 36 °C, TA 132/61, FC 56 lpm, SatO<sub>2</sub> 96%. Consciente, orientado y colaborador. Buen estado general. Eupneico. Auscultación cardiaca: rítmico, no soplos. Auscultación pulmonar: murmullo conservado sin ruidos patológicos. Abdomen: sin hallazgos significativos. Miembros inferiores: no edemas. Miembros superiores: contractura de ambos bíceps con imposibilidad para la extensión completa del codo, pulsos periféricos conservados. Analítica: hemograma normal, coagulación normal. Bioquímica: perfil lipídico y renal normal. GPT 95,2. GOT 226. GGT 17. CPK 11,149. PCR 1. Tóxicos en orina: benzodiacepinas positivo.

**Juicio clínico:** Rabdomiolisis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Causa traumática, miopatías, drogas, infección, alteración electrolítica y endocrina.

**Comentario final:** La consecuencia más grave de la rabdomiolisis es la lesión renal aguda, que afecta hasta al 67% de los pacientes, independientemente de la etiología. El pronóstico de los pacientes con rabdomiolisis mejora mucho si el tratamiento empieza pronto después de determinar el diagnóstico. En los episodios leves, el pronóstico suele ser excelente y el paciente reanuda habitualmente las actividades habituales varias semanas después de que se normalice la concentración de CK. Sin embargo, algunos pacientes no recuperan la normalidad y siguen presentando cansancio extremo y dolor muscular durante el esfuerzo.

## Bibliografía

1. Miller ML. Causes of rhabdomyolysis. UpToDate, 2017.
2. O'Connor FG, Deuster PA. Rhabdomyolysis. Goldma-Cecil Medicine, 25<sup>a</sup> ed. Elsevier.

Palabras clave: CK. Rabdomiolisis. Fármacos.