

## 347/3221 - ESTE TRABAJO ¡ME VA A COSTAR UN RIÑÓN!

I. Sanz Pérez<sup>a</sup>, Á. Faure Grima<sup>b</sup>, R. Carral Cancela<sup>c</sup> y M. Guillén Ibáñez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tudela Cintruénigo. Navarra. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 20 años, eslavo sin AP ni familiares de interés, mozo de almacén. Acude por dolor en fosa renal derecha de 2 semanas de evolución, con empeoramiento progresivo a pesar de analgesia con metamizol. Refiere astenia, disminución diurética y emisión de orinas oscuras. Afebril. No clínica miccional ni a nivel de otros aparatos. No infecciones recientes. Niega consumo de tóxicos, anabolizantes, productos de herboristería, traumatismos recientes ni sobreesfuerzos extraordinarios; no dietas hiperproteicas. Aspecto demacrado. En tira reactiva de orina, marcada proteinuria. Se deriva a Urgencias para descartar patología renal urgente.

**Exploración y pruebas complementarias:** REG, hemodinámicamente estable, afebril. Palidez cutánea, NH. Eupneico. Coloración pardusca en orina. ACP normal, PPRB negativa. Resto exploración, anodina. Rx abdominal y lumbar normales, ECG normal. Hemograma normal; bioquímica con CPK 2000 (20% CPK-MM), con función renal y resto normales. En SO, proteinuria 90, pH 5,5. Tóxicos en orina negativos. GA con discreta acidosis metabólica e hiperlactacidemia. Se ingresó en observación para fluidoterapia intensiva y alcalinización urinaria, con mejoría progresiva y posterior alta.

**Orientación diagnóstica:** Rabdomiólisis leve por esfuerzo en contexto laboral.

**Diagnóstico diferencial:** Lumbalgia mecánica, rabdomiólisis, dermatomiositis, otras miopatías, consumo tóxicos, sobreesfuerzo, golpe calor, isquemia muscular aguda, daño muscular iatrogénico...

**Comentario final:** La rabdomiólisis es un síndrome clínico inespecífico producido por destrucción aguda del tejido muscular esquelético, lo que conduce a liberar sustancias contenidas en el miocito (CPK, mioglobina, potasio, fósforo, ácido úrico, aldolasa, LDH, AST); de etiología múltiple, siendo el ejercicio intenso, sobreesfuerzo, traumatismos, convulsiones, tóxicos y encamamiento prolongado las causas más frecuentes. La clínica consiste en mialgias (con/sin debilidad) y emisión de orinas rojo-café; en casos graves, fiebre, vómitos, abdominalgia, taquicardia, hipotensión, insuficiencia hepato-renal y respiratoria. La exploración física puede detectar hipersensibilidad al palpar, síndrome compartimental y edema. La CPK sérica es el marcador más sensible, requiriendo para el diagnóstico incrementos superiores a 5 veces el límite alto de normalidad, con aumento fracción MM. La complicación más relevante, frecuente y precoz es el fracaso renal; por tanto, ante su sospecha, deberemos derivar a Urgencias para estudio y, ante confirmación diagnóstica, ingreso para instauración rápida de fluidoterapia intensiva y alcalinización urinaria si pH 6,5 o fracaso renal asociado.

## Bibliografía

1. Bagley WH, Yang H, Shah KH. Rhabdomyolysis. Intern Emerg Med. 2007;2:210-8.

**Palabras clave:** Lumbalgia. Orina pardusca. Rabdomiólisis.