

424/2905 - TODO ES MALO... EN EXCESO

M. Reyes Jara¹, M. Gisbert Pérez², M. Molina Agulló³ y M. Bou Collado¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Marina Baixa. Alicante. ²Médico de Familia. Hospital Baixa de Villajoyosa. Alicante. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alfás del Pi. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 15 años que acude a centro de salud por cuadro de mialgias generalizadas más intensas en miembros inferiores de 2 días de evolución que impiden la sedestación y la marcha, asociando orina "color coca-cola" sin clínica miccional. No fiebre. Niega otra sintomatología asociada. Comenta haber realizado una clase de Spinning hace 2 días. No RAM. Antecedentes personales: Celiaquía. No tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 118/73, FC: 68, SatO2: 99%. Consciente, orientada. No focalidad neurológica. ACP: rítmica, no soplos. MVC. Abdomen: anodino. Dolor generalizado a la palpación de los miembros inferiores, no empastamiento, normocoloración. Analítica sangre: Hemograma normal. Coagulación normal. GOT 1.361 U/L, GPT 275 U/L, CK 107,226 U/L, PCR 0,9. Orina: leucocitos+, proteínas++, sangre +++.

Orientación diagnóstica: Ante la sospecha de rabdomiólisis se decide derivar a la paciente al Servicio de Urgencias Hospitalarias donde se realizan pruebas complementarias que corroboran el diagnóstico de rabdomiólisis severa, iniciándose tratamiento con sueroterapia intensa y cursándose ingreso hospitalario para control y evolución. Durante el ingreso la paciente evoluciona favorablemente con buen ritmo de diuresis, siendo dada de alta 4 días después con datos analíticos en descenso (CK 11.485 U/L), recomendándose evitar ejercicios intensos y prolongados dada la predisposición a rabdomiólisis y la gravedad del cuadro sufrido.

Diagnóstico diferencial: Tendinitis. DMAT ("agujetas"). Viriasis.

Comentario final: La rabdomiólisis se caracteriza por la destrucción del músculo esquelético, liberándose mioglobina, electrolitos y enzimas musculares al torrente circulatorio. Las causas más frecuentes son el sobreesfuerzo durante el ejercicio físico, los traumatismos y el consumo de alcohol. Se diagnostica detectando una elevación creatincinasa (CPK) mayor o igual a cinco veces el límite superior normal. El tratamiento es la hidratación precoz y agresiva del paciente con suero intravenoso, evitando complicaciones como la insuficiencia renal aguda. Es importante sospechar este proceso pues si es tratado precozmente tiene un pronóstico excelente.

Bibliografía

1. Henares García P. Rabdomiólisis secundaria a ejercicio físico en un gimnasio. Semergen. 2012;38(1):53-5.

Palabras clave: Creatincinasa. Rabdomiólisis.