

## 333/260 - SIENTO DOLOR POR TODO EL CUERPO

Y. Torres Ortiz<sup>1</sup>, L. Díaz Maldonado<sup>2</sup>, J. Sánchez Holgado<sup>3</sup>, A. Gil Adrados<sup>4</sup>, E. Paulino Martínez<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Santa Olalla. Toledo. <sup>2</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Olalla. Toledo. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santa Olalla. Toledo. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Solana. Talavera de la Reina. Toledo. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Solana. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 37 años que acude a consulta por sensación de cansancio y dolor generalizado “siento que me duele todos los músculos”. No fiebre, no cuadro catarral en días previos, no alteraciones de vigila-sueño, no dolor abdominal, no síntomas miccionales. En días previos aplicación de inyectable Zuclopentixol decanoato.

**Exploración y pruebas complementarias:** Antecedentes personales: Discapacidad intelectual. Trastorno de control de impulsos. Trastorno psicótico. Hipotiroidismo. Medicación: Haloperidol 15 gotas, Gabapentina 600mg (1-0-1), Zuclopentixol decanoato inyectable cada 15dias, Topiramato 50mg (1-1-1), Levotiroxina 100 mcg c/24hrs. Exploración Física: Temp. 36,7°C, Sat O2 98%, TA 125/89, FC 100 lpm. Inspección general: hematoma en zona de inyectable. Neurológico: pupilas isocoricas, normorreflexicas, movimientos oculares presentes, pares craneales sin alteraciones, no datos de focalidad, sensibilidad conservada, fuerza 3/5, hiperreflexia. No alteraciones cerebelosas, Romberg negativo. Cardiopulmonar y abdomen normal. Analítica: hemograma normal, creatinina 1.21 mg/dl, urea 51 mg/dl, FGR 75, CPK 810 U/I, TSH 15 uIU/ml. Sistémico y sedimento: eritrocituria. Segunda analítica: hemograma normal. Creatinina 1.06mg/dl, urea 33 mg/dl, FGR 90, CPK 148 U/I. Orina de 24 horas: diuresis 2900 ml, proteínas excreción 223 mg/24. Sistémico y sedimento: normal. Ecografía renal: sin hallazgos patológicos.

**Juicio clínico:** Rhabdomiólisis secundario a neuroléptico.

**Diagnóstico diferencial:** CPK aumentada por autoagresión (golpe). Miopatía tiroidea.

**Comentario final:** La rhabdomiólisis es la liberación de componentes de músculo lesionado a la circulación, y sus causas son muchas. Entre las que destaca: fármacos, traumatismo, ejercicio extremo, patología tiroidea entre otras. El daño muscular grave debido a problemas de perfusión proporciona el fundamento fisiopatológico de la rhabdomiólisis. Ocasiona 7% de todas las insuficiencias renales, y entre ellas 4% necesita hemodiálisis.

### Bibliografía

Mehmet SS, Raymond V. Management of crush-related injuries after disasters. N Engl J Med 2006;354:1052-63.

Lindsey SS. Rhabdomyolysis and secondary renal failure in critically ill surgical patients. *Am J Surg* 2004;188:801-6.

Derek MF. Risk factors for renal failure among 72 consecutive patients with rhabdomyolysis related to illicit drug use. *Am J Med* 2004;117 (8): 607-10.

**Palabras clave:** Dolor, músculo, rhabdomiolisis, neuroléptico.