



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



452/28 - ¿QUÉ HAY DETRÁS DE LAS VESÍCULAS?

P. Muniesa Gracia¹, C. Muniesa Urbistondo², B. Pérez Moreno², L. Bayarín Naya³, M. Peralta Ginés¹, I. Pérez Pañart⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitat. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ³Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza, ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bombarda. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 39 años, sin alergias medicamentosas conocidas, natural de Marruecos, con antecedentes personales de trombofilia C677T homocigota con isquemia arterial subaguda de la extremidad superior izquierda y 2 legrados. En tratamiento habitual con ácido acetilsalicílico y ácido fólico. Consulta por cuadro de infección de vías respiratorias bajas que es tratado con moxifloxacino. A las 24 horas inicia mialgias, que son tratadas con antiinflamatorios sin mejoría, apareciendo a la semana lesiones eritematosas con vesículas en piel y mucosas asociadas a las mialgias, por lo que se decide derivación a medio hospitalario por sospecha de síndrome de Steven-Johnson.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientada, afebril. Presenta aftas y enantema en mucosa oral, con eritema en párpados, surco nasogeniano y cara anterior de cuello, axilas y vulva con Nikolsky negativo. Auscultación pulmonar y cardíaca normal. Fuerza 4/5 en cintura escapular con reflejos conservados. Laboratorio: CPK hasta máximo de 29.965. Biopsia muscular compatible con miositis autoinmune necrotizante. Electromiograma: PUM (potenciales de unidad motora) miopáticos. Estudio autoinmunidad negativo, salvo ANA 1/80. RMN antebrazo: edema de fibras musculares. Evolución: tras las primeras 24 horas del ingreso, se produjo empeoramiento clínico, entrando en edema agudo de pulmón, asociándose un fallo renal agudo y un síndrome hemolítico. Fue trasladada a la UCI, con mejoría posterior tras iniciar tratamiento con corticoides y diuréticos.

Juicio clínico: Rabdomiolisis aguda grave de probable etiología infecciosa/farmacológica con estudio inmunológico de miopatías negativo.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Stevens-Johnson, miopatía necrotizante inmunomediada.

Comentario final: La rabdomiolisis es un síndrome causado por la necrosis de las células musculares esqueléticas que lleva la liberación de su contenido en el torrente circulatorio, pudiendo afectarse diferentes órganos (entre ellos y de forma importante, el riñón). Puede tener múltiples etiologías, entre ellas la infecciosa y la medicamentosa, habiéndose descrito varios casos con el uso de estatinas. Por ello, el objetivo del tratamiento debe ser resolver la situación desencadenante, así

como las alteraciones electrolíticas y prevenir el desarrollo de la insuficiencia renal aguda.

Bibliografía

Basharat P, Christopher-Stine L. Immune-mediated necrotizing myopathy: Update on diagnosis and management. *Curr Rheumatol Rep*. 2015;17:1-12.

Kassardjian CD, Lennon VA, Alfugham NB, Mahler M, Milone M. Clinical features and treatment outcomes of necrotizing autoimmune myopathy. *JAMA Neurol*. 2015;72:996-1003.

Bergua C, Chiavelli H, Simon JP, Boyer O, Jouen F, Stenzel W, et al. Immune-mediated necrotizing myopathy. *Z Rheumatol*. 2016;75:151-6.

Palabras clave: Rabdomiolisis. Moxifloxacino.