



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

V-029 - RABDOMIOLISIS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL

A. García Pérez¹, L. Torres Trenado², B. la Rosa Salas³, E. Marchán Carranza¹, M. Mañas García¹, T. Romero Pastilla¹, P. Torres Delgado³ y A. Escribano Ocón¹

¹Medicina Interna, ³Urgencias. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. ²Medicina Interna. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda (Jaén).

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes con diagnóstico de rabdomiolisis en el servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

Material y métodos: Se analizaron de forma retrospectiva los pacientes codificados con diagnóstico de rabdomiolisis, entre los años 2008 y 2015 en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se elaboró un protocolo de recogida de datos donde se incluyeron edad, sexo, datos de laboratorio y clínicos, causas de rabdomiolisis, tratamiento recibido y las complicaciones secundarias. Se excluyeron los pacientes menores de 14 años y los que no disponíamos de todos los datos.

Resultados: Se incluyeron 125 pacientes durante los ocho años de estudio. De ellos 80 (64%) eran varones y la media de edad fue 61,6 (16-102) años. Las causas que originaron el proceso fueron en 95 pacientes (62,2%) ejercicio físico, 41 (32,8%) traumatismo, 27 (21,6%) fármacos, 24 (19,2%) infección, 17 (13,6%) deshidratación, 16 (12,8%) sepsis, 10 (9%) inmovilización, 9 (7,2%) convulsiones, 5 (4%) drogas ilegales y exposición ambiental, y 1 (0,8%) cirugía previa. En cuanto a la clínica, 35 (28%) presentaron mialgias, 34 (27,2%) astenia, 30 (24%) debilidad, 13 (10,4%) vómitos, fiebre y deterioro cognitivo, 11 (8,8%) pigmenturia, 7 (5,6%) calambres, 6 (4,8%) náuseas, y 1 edemas en miembros inferiores y rigidez muscular. De los datos de laboratorio recogidos, los resultados fueron los siguientes: CK máxima 12.611,33 UI/L (162-120.999); CK-MB 101,58 UI/L (1,1-2.936); LDH 671,90 UI/L (122-11.600); GOT 321,65 UI/L (10-9.000); GPT 184,23 UI/L (11-7.220). En diez pacientes (8%) se identificaron tóxicos en orina, 6 (4,8%) acidosis metabólica y ninguno mioglobinuria. En cuanto al tratamiento, 121 (96,8%) precisaron sueroterapia, 6 (4,8%) bicarbonato y diuréticos del asa, 2 (1,6%) diálisis, 1 (0,8%) corticoterapia y ninguno manitol. Como complicaciones 25 (20%) presentaron fracaso renal agudo (FRA), 6 (4,8%) hiperpotasemia y 4 (3,2%) hiperfosforemia, 1 (0,8%) arritmias y exitus. Ningún paciente presentó hipercalcemia ni síndrome compartimental.

Discusión: La rabdomiolisis se caracteriza por la liberación de los componentes de la célula muscular esquelética a la circulación (proteínas como mioglobina, electrolitos, enzimas, etc.) tras un desencadenante o daño agudo celular. Los niveles de CPK se elevan al menos 5 veces el límite superior de normalidad. Clásicamente la sintomatología son mialgias, astenia y coloración oscura de la orina. La ausencia de mioglobinuria no excluye el diagnóstico. En nuestro caso, la clínica predominante fueron mialgias y astenia en un 28% y 27% respectivamente. Es un síndrome de gran variedad etiológica. El miocito puede dañarse por

hipoxia, agentes químicos, biológicos y físicos. Se ha descrito formas idiopáticas con una menor prevalencia. Las causas más frecuentes en nuestros pacientes son el ejercicio físico en 95 y secundaria a traumatismos en 41, la primera más frecuente en los pacientes más jóvenes y la segunda en los mayores de 75. En general, las complicaciones más severas son el FRA y las arritmias secundarias a alteración electrolítica. En nuestra serie, el 20% presentó insuficiencia renal aguda. Respecto al tratamiento, la medida principal es la rápida fluidoterapia para prevenir el fracaso renal, así como la identificación del factor desencadenante para su corrección. Sólo dos de los pacientes revisados precisaron diálisis, el resto evolucionó de forma favorable con el tratamiento habitual.

Conclusiones: Se debe sospechar rabdomiolisis ante la situación clínica de mialgias y elevación de CPK tras algún desencadenante de daño agudo muscular. Es importante la rápida identificación pues la pronta instauración de medidas terapéuticas garantiza mejor pronóstico.