



160/2672 - DOLOR ABDOMINAL DESPUÉS DE EJERCICIO EXTREMO

J. Mudrychová^a, L. Íñigo Sánchez^b, P. Tamargo García^c, C. Pérez Fonseca^d y M. Santana Oteiza^d

^aMédico de Familia Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. ^bMédico de Familia Residente de 4^o año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. ^cMédico de Familia Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. ^dMédico de Familia Residente de 2^o año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 33 años sin antecedentes de interés, acude a la consulta de su médico de Atención Primaria porque desde hace una semana presenta astenia importante, molestias y distensión abdominal, acompañándose de 5 deposiciones diarreicas sin productos patológicos, orinas oscuras y 1 vómito alimenticio. En esta última semana el paciente ha acudido en 3 ocasiones a Urgencias siendo dado de alta con tratamiento sintomático (paracetamol 650 mg cada 8 horas) y dieta astringente, con empeoramiento progresivo. Como único antecedente destacaba que el día previo al inicio del dolor había participado en una carrera popular de 12 kilómetros tras 4 meses de inactividad. Su médico decide derivarle a Urgencias para realización de analítica urgente.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable, afebril. Destacaba a la exploración una pared abdominal empastada, muy dolorosa sin peritonismo. Resto de exploración sin alteraciones. Analítica sangre: leucocitos 11.000/mm³ (neutrófilos 79,20%), hemoglobina 16,1 g/dL; hematocrito 47,2%, plaquetas 180.000/mm³, urea 84 mg/dL, creatinina 3,56 mg/dL, sodio 138 mEq/L, potasio 3,9 mEq/L, bilirrubina total 1,5 mg/dL, bilirrubina directa 0,6 mg/dL; GOT 2.766 U/l, GPT 576 U/l, GGT 17 U/l, LDH 7.168 U/l, CK 166.629 U/l, CKMB 39,7 U/l. Análisis orina: hematíes > 300. Mioglobinuria: 876.000 ng/ml. Gasometría arterial (FiO₂ 0,21): pH 7,38, BE -3,8, HCO₃ 21,3. Radiografía tórax: normal. Ecografía abdominal: normal.

Juicio clínico: Rabdomiólisis grave tras ejercicio extremo con fracaso renal agudo asociado.

Diagnóstico diferencial: Típicamente los paciente con rabdomiólisis presentan mialgia grave, debilidad muscular y tumefacción, y se asocia una orina oscura cuando la mioglobinuria es superior a 100 mg/dl. El diagnóstico de confirmación es por la detección de concentraciones de creatinfosfocinasa (CPK) 5 veces superiores a su valor normal. La complicación más importante sería el fallo renal agudo, que ocurre en el 5-7% de los casos. Nuestro paciente cumplía los criterios diagnósticos. Entre las posibles etiologías de rabdomiólisis se encuentran lesiones musculares directas (no existía antecedente traumático), actividad muscular excesiva (como en nuestro caso el ejercicio intenso), alteraciones metabólicas (no se encontraron en analítica), consumo de tóxicos o fármacos (no antecedentes), infecciones (no cuadro clínico compatible), isquemia muscular, síndrome compartimental y distrofias musculares entre otras (no compatibles con nuestro caso).

Comentario final: Podemos decir, que la rabdomiólisis es un cuadro clínico infrecuente, pero lo podemos encontrar en nuestras consultas de Atención Primaria. Ante la sospecha debemos derivar a Urgencias para realizar pruebas complementarias e iniciar tratamiento. Los objetivos serán: resolver la causa desencadenante, evitar el posible fallo renal agudo mediante fluidoterapia y alcalinización de la orina hasta conseguir una diuresis de 200-300 ml/h con un pH urinario > 6,5 que evite la precipitación de mioglobinuria y uratos, así como la corrección de las alteraciones metabólicas, especialmente la hiperpotasemia y la hipocalcemia. Una correcta hidratación oral o intravenosa durante las primeras 24-48h es el tratamiento óptimo de la rabdomiólisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Luis M, Baza Paniagua E, Azkarate Zubiaur J. Rabdomiólisis inducida por spinning: a propósito de un caso.FMC. 2008;15(9):605-8.