



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2029 - SER RUNNER, UNA MODA PERO NO PARA CUALQUIERA

C. Manzanares Arnáiz^a, A.B. García Garrido^b, A.I. Ortiz Blanco^c, E. Rueda Alonso^d, M. J. Otero Ketterer^e, M.M. de Cos Gutiérrez^f, C.V. Toca Incera^g, M.C. Martínez Pérez^g, M.P. Manterola Pérez^h y C. Espinosa Perdomoⁱ

^aMédico de Familia. SUAP Santoña. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Maliaño. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Buelna. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Laredo. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^hMédico de Familia. SUAP Astillero. El Astillero. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud Zalla. Vizcaya.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años que traen a urgencias de Atención Primaria porque tras correr una media maratón, llegando a meta sufre pérdida de conciencia 5 minutos, sin convulsiones ni relajación de esfínteres pero que no acaba de recuperar. Sus amigos informan que suele hacer deporte. Al llegar presenta baja saturación, aturdimiento y taquicardia. Administramos oxígeno y rehidratamos con SSF endovenoso, normalizando constantes salvo taquicardia que no cede hasta pasada una hora, al cabo de la cual comienza con confusión, abdominalgia, náuseas, calambres. Dada evolución, trasladamos a hospital.

Exploración y pruebas complementarias: Glasgow 11. Piel caliente y sudorosa ECG: Taquicardia sinusal 142 lpm (posesfuerzo). TA 129/48, pulsioximetría 82%, 36,8 °C y glucemia 123 mg/dl. Resto anodino. Tras medidas aplicadas, saturación 98%, TA 130/58 y 99 lpm. Hematimetría no significativa, bioquímica: CPK (creatininquinasa) 5.687 (33-185), resto normal. TAC Cerebral sin contraste descarta cualquier lesión intracraneal.

Juicio clínico: Rabdomiolisis.

Diagnóstico diferencial: Descompensación hidroelectrolítica. Síncope cardiogénico. Lesión cerebral.

Comentario final: Una rabdomiolisis produce liberación de mioglobinas, electrolitos y enzimas musculares a sangre por destrucción de músculo esquelético. Frecuentemente es causada por traumatismos, alcohol y sobreesfuerzo físico con calor/humedad sin estar entrenado. Su clínica es muy variable (mialgias, debilidad, orina oscura, rigideces, calambres, malestar general, fiebre, dolor abdominal, náuseas y vómitos). Ante clínica tan inespecífica es importante sospecharlo y tratar precozmente para un buen pronóstico. Su diagnóstico definitivo es una CPK 5 veces superior a lo normal aunque ésta cifra no se correlaciona con el daño renal. A nivel de Atención Primaria es importante una hidratación rápida y agresiva para evitar el temido fracaso renal agudo y en hospital esta fluidoterapia endovenosa habrá de mantenerse hasta reducir la CPK por debajo de 1.000. En este caso no presentó ninguna alteración hidroelectrolítica ni de función renal bastando con

rehidratación con cristaloides isotónicos.

Bibliografía

1. Madrazo M, Uña R, Redondo FJ, Criado A. Rabdomiolisis isquémico y fracaso renal agudo. Rev Esp Anestesiología Reanim. 2007;5:425-35.
2. Ortega AM. Actualización en Rabdomiolisis. Bol SPAO. 2011;5(2).
3. Henares P. Rabdomiolisis secundaria a ejercicio físico en un gimnasio. Semergen. 2012;38:53-5.

Palabras clave: Rabdomiolisis. Creatinina. Sobreesfuerzo físico.