



242/4026 - DEBILIDAD POSVACACIONAL

J. Silva Pereira Mateus^a, M. Simón Serrano^a, L. Rodríguez Elena^b, E. Rodríguez Marco^b, M. Rocca Jiménez^c y A. Murillo Martín^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años de edad sin antecedentes de interés. No fumador. Consumidor de alcohol y tóxicos (metanfetamina) esporádicamente. Acude a consulta por cuadro de astenia intensa y debilidad generalizada asociando mialgias tras viaje a Camboya y Tailandia en los últimos 4 meses. Hace aproximadamente dos semanas inmersión subacuática a unos 8 metros de profundidad sin incidencias. Dos días después de dicha actividad asocia debilidad progresiva de EEII de predominio en cintura pelviana y mialgias que se intensifican con la marcha. Astenia intensa sin clara fatiga. No fiebre. Relaciones sexuales con método barrera. Consumo de agua local no embotellada. Estancia en medio rural, jungla y ciudad. Al día siguiente consulta por aumento de debilidad, con extensión a extremidades superiores e imposibilidad de mantener bipedestación, se decide traslado a centro hospitalario para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca frecuencia cardiaca 110 lpm, Extremidades con múltiples lesiones compatibles con picaduras de mosquito, alguna con costras melicéricas de sobreinfección por *Staphylococcus aureus*. Ligeramente edematizadas, sin fóvea ni signos de TVP. Exploración neurológica: fuerza en EESS 3/5, EEII 2/5, con disminución del tono. ROT disminuidos en EEII. Imposible valoración de la marcha por debilidad de EEII. Analítica sanguínea destaca: creatinina 0,79, leucocitos 15.800 (14.300 PMN), FA/GGT 229/304 GOT 735, PCR 6,33, CPK 85.659, mioglobina 12.008. VIH, VH (A, B y C), VEB, lúes, Brucella, Lyme, rickettsias, CMV, dengue: negativas. Orina: hematuria. Punción lumbar y biopsia muscular normales.

Juicio clínico: Rabdomiolisis.

Diagnóstico diferencial: Causas posibles de rabdomiolisis: traumática, inmovilización, crisis comiciales, estados, miopatías, alcoholismo, abuso de sustancias, infecciones virales, endocrinopatías, entre otras.

Comentario final: La rabdomiolisis se caracteriza clínicamente por mialgias, coluria por mioglobinuria, y elevación de las enzimas del músculo sérico (incluida la creatina quinasa (CK)). El grado de dolor muscular y otros síntomas varía ampliamente. La tríada característica en la rabdomiolisis es el dolor muscular, debilidad y coluria. Insuficiencia renal aguda: es la complicación más grave y potencialmente letal. Se relaciona con la demora del tratamiento. Es vital la corrección

de la hiperpotasemia que se produce precozmente.

Bibliografía

1. Miller ML. Causes of rhabdomyolysis. Uptodate, 2016.
2. Miller ML. Clinical manifestations and diagnosis of rhabdomyolysis. Uptodate, 2016.

Palabras clave: Rabdomiolisis. Debilidad muscular. Astenia.