Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1401

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-120 - RABDOMIOLISIS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

L. Mustapha Abadie[1], M. Mateos Andres[1], S. Muñoz Alonso[1], M. Chimeno Viñas[1], A. Rubio Mellado[3], J. Torres Ramos[1], L. Seisdedos Cortes[1], T. Garrote Sastre[2]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Admisión. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. [3]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Virgen de la Vega. Salamanca.

Resumen

Objetivos: La rabdomiolisis es una entidad muy frecuente en la actualidad, que aparece como consecuencia de múltiples causas y a menudo pasa desapercibida. Es importante sospecharla ya que puede tener importantes repercusiones en la función renal. Nos propusimos conocer las características epidemiológicas, diagnóstico principal, lugar de ingreso y parámetros analíticos, de los pacientes que la presentaron en nuestro hospital durante el año 2014.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se solicitó al servicio de admisión del Complejo Asistencial de Zamora, un listado de pacientes ingresados en 2014 en cuyos informe de alta figurase como criterio diagnóstico principal o secundario: rabdomiolisis.

Resultados: 47 pacientes fueron diagnosticados de rabdomiolisis: 60% mujeres y 40% varones. La media de edad fue 74,6 (10 65 años, y 6 > 90 años). Los valores de CK media al ingreso eran 4.494,5 y al alta 612,5 (1.000 en 12,7%, > 5.000 en 17% y > 10.000 otro 12%). La función renal presentó deterioro respecto a la situación basal en el 36%, con una creatinina media de 3,19, (1 paciente de hemodiálisis con creatinina 16 mg/dl),de forma global presentaron creatinina al alta 1,37 y urea 63,5. Se realizó GAB durante el ingreso en el 72%, presentando un 30% acidosis metabólica (1/47 ph 7 falleciendo, 9/47 pH 7-7,3 y 8 /47 con pH 7,3-7,4). El 76% ingresó en Medicina Interna, el 12,7% en UVI, y el resto en Neurología y Nefrología. Respecto al diagnóstico al alta, en el 27,6% (13) no se especificó la causa desencadenante, y en el resto las causas principales fueron: politraumatismos (7), sepsis (11 origen respiratorio y urinario), ictus isquémico (4) y hemorrágico (1), epilepsia (3), síncope (3), consumo de fármacos y tóxicos (2), brote esquizofrénico (1), tirotoxicosis (1) y fracaso renal en tratamiento con hemodiálisis (1). La evolución que presentaron fue favorable, con mejoría de las cifras de CK, función renal y corrección del pH tras reposición hídrica, salvo 5 pacientes que fallecieron en el seguimiento posterior al alta.

Discusión: La rabdomiolisis se caracteriza por la liberación de sustancias intracelulares al torrente circulatorio, como consecuencia de un daño muscular, desencadenado por múltiples causas, las más frecuentes: síndrome aplastamiento, politraumatismos, inmovilización prolongada(caída, fracturas, coma), ejercicio físico, sepsis, cirugías, tóxicos, fármacos, convulsiones, ictus, síncope, hipertermia, miopatías, desórdenes electrolíticos, quemaduras, electrocución, endocrinopatías (hipotiroidismo, hipo/hiperglucemias). Más del 60% son debidos a varios factores y 10% idiopáticas. Es característica la triada: mialgias, debilidad y orinas oscuras, asociado a malestar, fiebre y nauseas, y ausencia de tono muscular, atrofia y edema en la exploración física. El diagnóstico se define por elevación de CKs en analítica, (rango variable 1.500-25.000)

al ingreso (12 horas del daño muscular), alcanzando el pico a las 24-72h, con descenso progresivo en los 3-5días posteriores. Puede presentar complicaciones: alteraciones hidro/electrolíticas y arritmias; deterioro renal 15-50% y acidosis metabólica. El tratamiento radica en reposición hídrica intensa con suero salino isotónico (1-2 litros/h) sobre todo si > 5.000 CK y en caso de acidosis severa, se alcalinizará la orina con bicarbonato. Otras medidas como diuréticos de asa, o hemodiafiltración no han sido efectivos para prevenir el daño renal, pero si como tratamiento depletivo. Los resultados de nuestro estudio presentan datos concordantes con lo publicado en la literatura.

Conclusiones: 1) La rabdomiolisis es una entidad frecuente entre los diagnósticos secundarios. 2) La mayoría ingresan en Medicina Interna. 3) No hay diferencias en la distribución por sexos ni por rango de edad. 4) Debe plantearse como parte del diagnóstico diferencial en todo proceso que haya cursado con daño muscular. 5) La determinación de CK debería realizarse al ingreso, a las 48 horas y al alta. 6) Con frecuencia se produce una agudización de la función renal, con buena respuesta a la reposición hídrica con suero salino isotónico.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.