

Otras causas de dolor abdominal: rabdomiólisis aguda en relación con el ejercicio físico

Other causes of abdominal pain: acute rhabdomyolysis associated with physical exercise

Sr. Editor:

La rabdomiólisis aguda es un síndrome clínico-analítico consistente en la destrucción del músculo estriado que lleva a la liberación de productos de las células musculares dañadas (CK, mioglobina, potasio, fósforo, tromboplastina...) al torrente sanguíneo¹, dando lugar a complicaciones tan importantes como el fallo renal agudo. La clínica es variable, encontrando pacientes asintomáticos, con afectación local (mialgias, debilidad muscular...) o sistémica (fiebre, mal estado general, náuseas, orinas oscuras).

Se presenta el caso de una niña de 14 años de edad que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso de 3 días de evolución, de localización difusa y características mecánicas. Está afebril y no tiene vómitos, clínica miccional ni otra sintomatología. El día previo al inicio del dolor había realizado más de 150 abdominales tras un periodo de 3 meses de inactividad.

Los antecedentes personales y familiares no son relevantes.

Exploración física: T° 37 °C, FC 65 lpm, PA 104/72 mm Hg. Peso: 52 kg. Buen estado general. Dolor abdominal difuso a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal. La exploración neurológica, así como el resto de la exploración por aparatos, es normal.

Se realiza una analítica sanguínea que demuestra aumento de CK de 19.775 U/l (26-192), LDH 649 U/l (120-300), GOT 165 U/l (10-31), GPT 66 U/l (5-31) y leve afectación renal: creatinina 0,95 mg/dl (0,57-0,87), con urea y ácido úrico normales. Tira reactiva de orina positiva para hemoglobina, con sedimento normal. En la ecografía abdominal se objetivan hallazgos compatibles con rotura fibrilar en ambos músculos rectos anteriores y riñones normales.

Tras descartar otras causas, y ante la sospecha diagnóstica de rabdomiólisis aguda de localización abdominal en relación con el ejercicio físico, se instaura tratamiento con sueroterapia por vía intravenosa. Se alcaliniza la orina durante las primeras 24 horas. Durante su evolución presenta mejoría clínica y analítica con descenso de los valores de CK, enzimas hepáticas y creatinina (fig. 1).

La etiología de la rabdomiólisis es diversa. Las infecciones (sobre todo virales), los traumatismos y las enfermedades metabólicas (p. ej., deficiencia carnitina palmitoil transferasa) o reumatológicas (p. ej., dermatomiositis) son las causas más frecuentes en niños²⁻⁴. También puede ser producida por esfuerzo muscular intenso (convulsiones, ejercicio físico), fármacos o tóxicos.

En cuanto a su fisiopatología, la lesión muscular genera una serie de procesos que conducen a la entrada de calcio al espacio intracelular, provocando una interacción patológica entre la actina y la miosina con la destrucción final del músculo⁵.

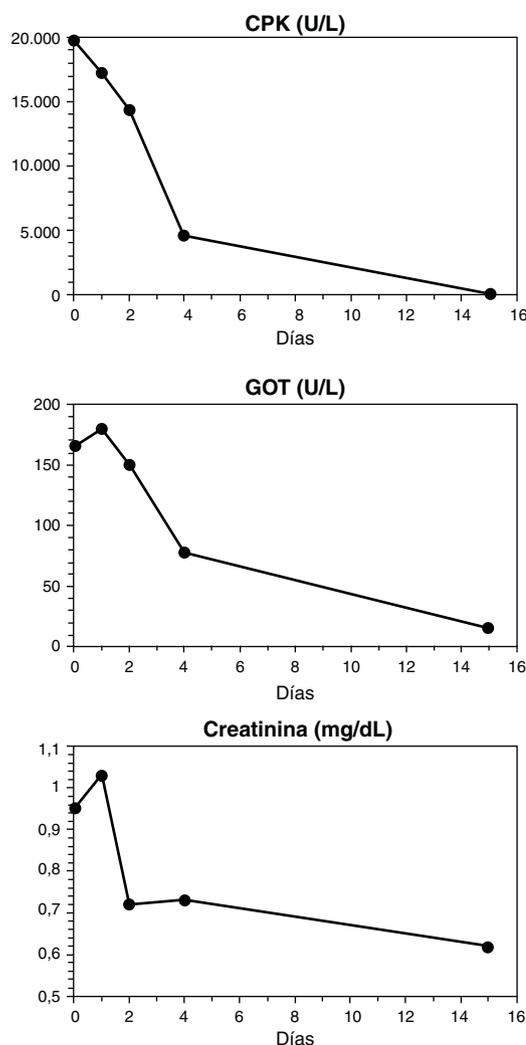


Figura 1 Evolución de los valores de CK, GOT y creatinina sérica. El cuarto día se produce el alta hospitalaria de la paciente.

Una de sus complicaciones más graves es el daño renal agudo. El riesgo de presentarlo según las series varía entre el 5 y el 45%^{2,4}. Se produce por diferentes mecanismos: hipovolemia por disminución de la perfusión renal, obstrucción tubular, así como daño renal directo por mioglobina. El pH urinario bajo y los niveles altos de ácido úrico favorecen la precipitación de la mioglobina^{5,6}.

También podemos encontrar: hiperpotasemia, hiperfosforemia, hipocalcemia o hipercalcemia, síndrome compartimental o coagulación intravascular diseminada³.

El diagnóstico de esta entidad es clínico y analítico. Encontramos una elevación de CK superior a 5 veces su valor normal en ausencia de elevación de la fracción cardiaca (CK-MB). También un incremento de las enzimas presentes en el músculo: GOT, GPT, LDH, aldolasa. Puede objetivarse un aumento de mioglobina en sangre y en orina. Hay que determinar siempre iones y función renal para detectar posibles complicaciones. Otras pruebas complementarias se solicitarán según la sospecha etiológica.

Se ha visto que ciertos individuos son más susceptibles al daño muscular en respuesta al ejercicio. Las razones no

están claras, aunque se han implicado factores predisponentes, como baja forma física, medicación anticolinérgica, alta humedad ambiental y factores genéticos^{3,6}. Se ha observado una menor incidencia de daño renal agudo en pacientes con rabdomiólisis inducida por el ejercicio comparado con el resto de etiologías^{7,8}.

El tratamiento va dirigido a tratar la causa desencadenante y prevenir el daño renal con hiperhidratación. Parece razonable la alcalinización de la orina con bicarbonato sódico para evitar la precipitación tubular de la mioglobina, aunque no hay consenso⁵. En algunos casos son necesarias técnicas de depuración extrarrenal.

Nuestra paciente realizó seguimiento en consultas de nefrología, con normalización completa de CK y transaminasas. No ha vuelto a presentar elevación de la CK a pesar de reiniciar de forma progresiva ejercicio físico. El estudio cardiológico, así como la exploración neuromuscular realizada por el servicio Neuropediatría, resultó normal.

En resumen, la rabdomiólisis aguda es una patología poco frecuente en pediatría. Su diagnóstico precoz es importante para prevenir complicaciones graves como el fallo renal agudo.

Bibliografía

1. Bagley WH, Yang H, Shah KH. Rhabdomyolysis. *Intern Emerg Med*. 2007;2:210–8.
2. Mannix R, Tan ML, Wright R, Baskin M. Acute pediatric rhabdomyolysis: causes and rates of renal failure. *Pediatrics*. 2006;118:2119–25.
3. Elsayed EF, Reilly RF. Rhabdomyolysis: a review, with emphasis on the pediatric population. *Pediatr Nephrol*. 2010;25:7–18.
4. Waternberg N, Leshner RL, Armstrong BA, Lerman. Sagle T. Acute pediatric rhabdomyolysis. *J Child Neurol*. 2000;15:222–7.
5. Al-Ismaïl Z, Piccioni M, Zappitelli M. Rhabdomyolysis: pathogenesis of renal injury and management. *Pediatr Nephrol*. 2011;26:1781–8.
6. Paredes Luck R, Verbin S. Rhabdomyolysis a review of clinical presentation, etiology, diagnosis, and management. *Pediatric Emergency Care*. 2008;24:262–8.
7. Lin AC-M, Lin C-M, Wang T-L, Leu J-G. Rhabdomyolysis in 119 students after repetitive exercise. *Br J Sports Med*. 2005;39:e3.
8. Sinert R, Kohl L, Rainone T, Scalea T. Exercise-induced rhabdomyolysis. *Ann Emerg Med*. 1994;23:1301–6.

A.B. Martínez López*, R. Hidalgo Cebrián y A. Rivas García

Sección de Urgencias de Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anabelenml.8@hotmail.com

(A.B. Martínez López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.04.005>

Esofagitis herpética en paciente con enfermedad de Darier.

Herpes oesophagitis in a patient with Darier's disease.

Sr. Editor:

La esofagitis por virus herpes simple (VHS) es una entidad bien conocida en inmunodeprimidos, pero infrecuente en pacientes inmunocompetentes, en los que suele ser una infección autolimitada¹. Los pacientes con ciertos trastornos de la queratinización conforman un subgrupo que presenta dificultad para el manejo de las infecciones herpéticas. Se describe el caso de una adolescente afecta de enfermedad de Darier en la que se diagnosticó una esofagitis herpética confirmada desde el punto de vista microbiológico y anatomopatológico.

Adolescente de 16 años con antecedentes familiares de primer grado de enfermedad de Darier, hallándose también afectada, en tratamiento con acitretina y ácido fusídico tópico. Antecedente de doble arco aórtico que precisó corrección quirúrgica en las primeras semanas de vida.

Consulta por disfagia a líquidos y sólidos, sialorrea, odinofagia, dolor retroesternal y fiebre de 5 días de evolución. En la exploración física presenta lesiones cutáneas compatibles con brote de su enfermedad a nivel cérvico-facial (fig. 1) y faringe hiperémica con exudado puntiforme (fig. 2). En la analítica destaca PCR 99 mg/l, con el resto de los valores dentro de la normalidad.

Ante la sintomatología sugestiva de afectación esofágica se realiza un amplio diagnóstico diferencial, en el que se descartan las siguientes entidades por la edad, la ausencia de antecedentes sugestivos y/o la forma de presentación aguda: enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), trastornos de la motilidad esofágica (acalasia y espasmo esofágico difuso), estenosis esofágica, esofagitis eosinofílica y enfermedad de Crohn. A pesar de que no se identificaron por anamnesis rasgos o condiciones que hiciesen sospechar inmunosupresión, no se descartó que pudiese tratarse de una esofagitis de origen infeccioso.



Figura 1 Aspecto de las lesiones faciales que presentaba la paciente, en forma de placas costrosas erosionadas.