

RABDOMIOLISIS EN CICLISTA AFICIONADO

RHABDOMYOLYSIS IN AMATEUR CYCLIST

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 37 años, practicante aficionado de ciclismo que tras recorrer 800 km en bicicleta de montaña (BTT) consulta por presentar dolor intenso que dificulta la deambulación en ambas extremidades inferiores, tras un periodo asintomático post-esfuerzo de tres días de duración.

EXPLORACIÓN

Como datos destacables de la exploración de destaca una CPK de 44000 UI y una creatinina de 0,8 mg.

La resonancia magnética muestra en las imágenes SE Dp y T2 coronal aumentos de señal en algunos grupos musculares (Figuras 1 y 2). Y en las imágenes STIR axial y coronal (figuras 3 y 4), se aprecia hiperseñal en ambos cuádriceps.

COMENTARIO

La rabdomiolisis de esfuerzo ocurre como respuesta a la actividad física extenuante produciendo un daño de las fibras musculares. Cuanto más intenso o prolongado mayor es la afectación que se puede producir. Otros factores que pueden participar en la aparición de este cuadro son la inexperiencia en la práctica de actividad físico-deportiva, la falta de conocimientos en la ejecución de la actividad física, la deshidratación, el ejercicio en ambiente caluroso, la toma de drogas, determinadas enfermedades, entre otras.

Se considera que la rabdomiolisis post-ejercicio puede ser una forma severa del dolor muscular que presentan algunas personas no entrenadas para el ejercicio físico intenso y que aparece, de forma progresiva, 48-72 horas después del ejercicio, que desaparece a los 5-7 días y que se denomina dolor muscular de inicio retardado (DOMS: delayed onset muscle soreness).

Pedro
Manonelles
Marqueta

Mercedes
Roca Espiau

Javier Mota
Martínez

Pedro
Corona
Virón

Esteban
Jiménez
Ayllón

Javier
Álvarez
Medina

Luis
Giménez
Salillas



FIGURA 1



FIGURA 2

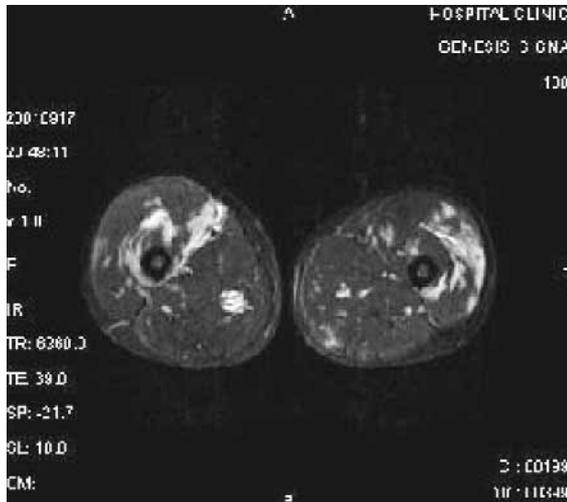


FIGURA 3



FIGURA 4

El diagnóstico se basa en la valoración del dolor muscular, relativamente tardío, de la zona que ha experimentado un esfuerzo o muy intenso o muy prolongado debiendo valorar los posibles factores favorecedores anteriormente citados. La demostración del daño muscular se puede efectuar con la determinación analítica de la creatinofosfoquinasa que muestra valores extraordinariamente altos y también de la mioglobina, que en el caso actual no fue investigada.

Las imágenes de resonancia magnética permiten ubicar con exactitud la localización y extensión del daño muscular mediante una señal alterada en la unión musculotendinosa o en la inserción facial. La señal muscular se normaliza con el tiempo, aunque puede persistir alterada hasta 80 días después del inicio. En algunos casos la gammagrafía ósea ha servido como elemento diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Sánchez Marchori C, Oro Camps J, Salom Taverner M, Martínez Carsí C, Ruiz Hernández G. Rhabdmiolisis en DOMS: A propósito de un caso. Arch Med Dep 1998; 65: 255.

Saure JM, Jae C. Rhabdomyolysis in a teenage: a case report. J Am Board Fam Pract 2000; 13: 66-69.

Sayers SP, Clarkson PM. Exercise-induced rhabdomyolysis. Current Sports Med Rep 2002; 1: 59-60.

Springer BL, Clarkson PM. Two cases of exertional rhabdomyolysis precipitated by personal trainers. Med Sci Sports Exerc 2003; 35: 1499-1502.

Vanholder R, Sever MS, Ereke E, Lamiere N. J Am Soc Nephrol 2000; 11: 1553-1561.

Correspondencia:

Pedro Manonelles Marqueta

Avda. Movera nº 420-14. 50194 Zaragoza. E-mail: pmanonelles@femede.es

Aceptado: 29-07-2005 / Rincón de la imagen nº 16