

20º Congresso Nacional de Medicina Interna

Centro de Congressos, Pestana Park Hotel
Funchal, Madeira

12 a 15 de março de 2014

RABDOMIÓLISE - a propósito de um caso clínico

Margarida Monteiro, Ana Vilaça, Teresa Pimentel
Director de Serviço: Francisco Gonçalves

Serviço de Medicina Interna do Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

A rabdomiólise é uma condição clínica que resulta da necrose muscular e libertação dos constituintes intracelulares do músculo para a circulação sanguínea. Pode estar associada a uma grande variedade de doenças, lesões, fármacos e toxinas. Manifesta-se pela elevação dos valores de CK (creatina quinase), que pode ir de assintomática até situações graves com risco de vida.

CASO CLÍNICO

Apresentamos um doente de 39 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por urina acastanhada com odor intenso. Tinha antecedentes de rinite alérgica (medicado com rupatadina em SOS e corticoide nasal) e um internamento 8 anos antes por rabdomiólise, no contexto de actividade física intensa. Referia síndrome gripal 3 semanas antes. Na última semana teria iniciado exercício físico diário (cerca de 45 minutos/dia). Não tinha alterações ao exame físico. Tira teste de urina (*Combur*) positiva para sangue e sedimento urinário sem eritrócitos.



Análises	1º Dia	2º Dia	4º Dia	6º Dia	12º Dia	Referência
CK total	40 076	34 808	13 153	3 172	252	39-308 U/L
Mioglobina	6 226	1 990	-	126	79	16-116 ng/mL
AST	569	419	197	-	-	15-37 U/L
ALT	221	214	162	-	-	12-78 U/L
LDH	1 078	744	-	-	-	87-241 U/L
Creatinina	1,1	0,9	1,1	1,2	1,3	0,6-1,3 mg/dL
pH urinário	6	7	7,5	-	5,5	4,5-8

Fluidoterapia agressiva e alcalinização da urina (pH>6,5)

Correcção da causa

Prevenção das complicações

DISCUSSÃO

O estudo etiológico foi dirigido no sentido de excluir outras causas para além do tratamento com anti-histamínico e do exercício físico.

O doente negava ingestão de tóxicos e história de trauma. Não havia alterações iónicas nem alterações ácido-base. Foram excluídas hiperuricemia, diabetes *mellitus* e alterações da função tiroidea. Não havia sinais sistémicos de infecção. Para despiste de miopatias e defeitos metabólicos musculares realizou electromiografia e biópsia muscular que foram normais. O estudo auto-imune (polimiosite e dermatomiosite) foi negativo. O doente evoluiu favoravelmente, sem disfunção renal e teve alta com CK inferior a 5000 U/L. Suspendeu o tratamento com anti-histamínico. Reavaliação analítica em consulta com normalização dos marcadores de necrose muscular.

CONCLUSÃO

Os autores apresentam este caso pela exuberância do valor da CK, pela evolução sem disfunções apesar disso e pela presunção etiológica. Alertam para a necessidade da urgência terapêutica, a fim de tratar e prevenir as suas principais complicações.

ETIOLOGIA

Fármacos e toxinas

Trauma

Actividade muscular excessiva

Alterações da temperatura corporal

Hipóxia/isquemia muscular

Imobilização prolongada

Infecções

Distúrbios metabólicos, electrolíticos e endócrinos

Defeitos genéticos

Distúrbios do tecido conjuntivo