

Leire	Nombre:
Calvo	Apellido:
Amaia Goienetxea, Amaia LLodio, Joana Elejondo, Francisco Barba Tamargo, Iñigo Goicoechea,	Otros Autores:
<a href="mailto:leilitac@hotmail.com">leilitac@hotmail.com</a>	E-mail:
HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA	Hospital:
SAN SEBASTIAN	Ciudad:
Rabdomiólisis post nefrectomía laparoscópica.	Título:
Varón de 73 años intervenido de nefrectomía radical izquierda laparoscópica, tras ser diagnosticado de hipernefroma. Antecedentes médicos de interés; obesidad (IMC 39,6), HTA, DAI, SAOS e hipotiroidismo. En el postoperatorio presenta dolor en flanco derecho, CPK elevada y leve insuficiencia renal. El servicio de Anestesia solicita TC de control que no mostró ninguna anomalía renal y objetivó un engrosamiento de los músculos glúteos derechos.	Presentación:
La rabdomiólisis es un síndrome, potencialmente mortal, que se produce por lesión intensa y brusca del músculo estriado. La rabdomiólisis postoperatoria (RP) sucede en diversas modalidades quirúrgicas. Es una complicación conocida, pero rara, de la cirugía renal laparoscópica que ocurre en el 0,4 al 4,9% de los casos. Los factores de riesgo son; sexo masculino, IMC alto, cirugía prolongada y la posición en decúbito lateral. En la TC los músculos afectados se muestran engrosados, hipodensos y puede haber cierto realce de los bordes en las imágenes post-contraste. Los hallazgos en RM consisten en aumento difuso de la señal muscular en T2 y realce intenso tras la administración de contraste. En casos severos, la mionecrosis se muestra con focos de mayor intensidad de señal T2 que no realzan tras la administración de contraste. Por ecografía, se observa engrosamiento de las fascias musculares, pérdida de la orientación de las fibras musculares y disminución de la ecogenicidad con zonas anecoicas.	Discusión :
El aumento del número de procedimientos quirúrgicos laparoscópicos incrementa la incidencia de esta patología. El diagnóstico precoz resulta fundamental para que el tratamiento sea lo más efectivo posible y la TC de control postquirúrgico supone una contribución esencial.	Conclusión:
Rhabdomyolysis and operating position. Anaesthesia. 1991;46:141–143. Targa L, Droghetti L, Caggese G, Zatelli R, Roccella P Rhabdomyolysis after laparoscopic nephrectomy. JSLS. 2007;11:432–437. Glassman DT, Merriam WG, Trabulsi EJ, Byrne D, Gomella L. Rhabdomyolysis: magnetic resonance imaging and computed tomography findings. Lu CH, Tsang YM, Yu CW et-al. J Comput Assist Tomogr. 2007;31 (3): 368-74. Archivos Españoles de Urología, vol. 61, núm. 7, septiembre, 2008, pp. 823-825. Fabuel Deltoro, M.; Ramos de Campos, M.; Juan Escudero, J.; Serrano de la Cruz Torrijos, F.; Montoliu García, A.; Marqués Vidal, E.; Navalón Verdejo, P.	Bibliografía:
TC abdomino-pélvico tras administración de contraste. Cortes axiales mostrando un engrosamiento de la musculatura glútea derecha. (A) En la fase arterial del estudio, no se evidencia hematoma ni sangrado muscular. (B) En la fase portal, se observa una	Pie de foto:

menor captación de contraste en los músculos glúteos derechos afectados por rabdomiólisis.	
--	--