

REPORTE DE CASO

Rabdomiólisis secundaria a infección por virus de Influenza A en una paciente geriátrica institucionalizada: Reporte de un caso en Paraguay

María Ortiz Tejada, Andrea Acuña, y Natalia Franco Rojas

Complejo Santo Domingo para Personas Mayores del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS); Postgrado de Especialización en Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Itapúa (UNI)

DOI: 10.5281/zenodo.17782695

Publicado: 2 de diciembre, 2025

Resumen

Introducción: La influenza A es una infección viral de alta prevalencia que, en poblaciones vulnerables como los adultos mayores, puede desencadenar complicaciones extra-pulmonares severas. Entre estas, la rabdomiólisis es una entidad infrecuente pero potencialmente letal si no se diagnostica oportunamente. **Objetivo:** Describir un caso clínico de rabdomiólisis secundaria a infección por Influenza A en una paciente geriátrica institucionalizada, destacando la presentación atípica y la respuesta terapéutica. **Presentación del caso:** Se reporta el caso de una mujer de 72 años, residente en un hogar de larga estancia, con antecedentes de esquizofrenia paranoide y deterioro cognitivo. Consultó por un cuadro respiratorio agudo asociado a debilidad generalizada. El diagnóstico se confirmó mediante PCR positivo para Influenza A y hallazgos laboratoriales de creatinfosfocinasa (CK) total elevada (pico de 10 600 U/L), alteración de la función renal y elevación de transaminasas. **Intervención y resultado:** Se instauró tratamiento con oseltamivir e hidratación parenteral agresiva. La paciente evolucionó favorablemente con descenso progresivo de las enzimas musculares y recuperación de la función renal sin requerir terapia de reemplazo. **Conclusiones:** La rabdomiólisis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes geriátricos con influenza que presentan deterioro funcional agudo. El manejo precoz es determinante para prevenir la nefropatía por pigmentos.

Palabras clave: Influenza A, Rabdomiólisis, Anciano frágil, Creatinfosfocinasa, Paraguay

1. INTRODUCCIÓN

La influenza estacional continúa siendo un desafío mayor para la salud pública global, con una morbilidad y mortalidad desproporcionadamente altas en los extremos de la vida (1). En particular, la población geriátrica enfrenta una susceptibilidad aumentada

debido a la inmunosenescencia y la frecuente coexistencia de múltiples comorbilidades crónicas, lo que eleva el riesgo de complicaciones tanto pulmonares como extrapulmonares (2).

Si bien la presentación clínica clásica de la influenza —caracterizada por fiebre, tos y mialgias— es bien conocida, el espectro clínico en el adulto mayor puede ser atípico o «silente», manifestándose a menudo únicamente con deterioro del estado funcional o confusión aguda. Dentro de las complicaciones extrapulmonares, la miositis viral aguda y la rabdomiólisis representan entidades raras pero de gravedad significativa (3).

La rabdomiólisis se define como un síndrome clínico-bioquímico resultante de la necrosis del músculo esquelético y la consiguiente liberación de contenido intracelular (mioglobina, electrolitos y enzimas como la creatinfosfocinasa) al torrente circulatorio (4). Esta liberación masiva puede precipitar desequilibrios hidroelectrolíticos severos y, en su forma más grave, insuficiencia renal aguda (IRA) inducida por la toxicidad directa del grupo hemo y la obstrucción tubular (5).

Aunque la asociación entre virus de la influenza y miopatía está descrita en la literatura, los reportes de rabdomiólisis franca en ancianos son escasos en nuestro medio, lo que puede llevar a un subdiagnóstico peligroso. El reconocimiento temprano y la intervención agresiva son imperativos para preservar la función renal y la vida del paciente.

El objetivo del presente trabajo es reportar un caso de rabdomiólisis severa secundaria a Influenza A en una paciente geriátrica institucionalizada en Paraguay, discutiendo los desafíos diagnósticos en pacientes con trastornos psiquiátricos y las estrategias de manejo exitosas.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1 *Información del paciente y antecedentes*

Se trata de una paciente de sexo femenino de 72 años de edad, residente habitual del Complejo Santo Domingo para Personas Mayores (Hogar de Ancianos) en Asunción, Paraguay. Como antecedentes patológicos de relevancia, la paciente es portadora de esquizofrenia paranoide en tratamiento farmacológico regular, presenta un deterioro cognitivo moderado y antecedentes de tabaquismo (ex-fumador). Debido a su condición neuropsiquiátrica, la anamnesis se vio limitada, requiriendo el apoyo de los cuidadores del centro para la obtención de datos clínicos precisos.

2.2 *Historia clínica y exploración física*

El cuadro clínico inició 72 horas antes de la consulta, caracterizado por tos seca persistente y rinorrea serosa. Aproximadamente 24 horas previas al ingreso, el cuadro progresó agregando febrícula no cuantificada, una marcada debilidad generalizada (astenia y adinamia), mialgias difusas y referencia de dolor precordial de características atípicas.

Al examen físico de ingreso, la paciente se encontraba lúcida pero con tendencia a la somnolencia. Se constató sequedad de piel y mucosas como signo de deshidratación leve a moderada. En la auscultación pulmonar, se evidenció un murmullo vesicular rudo conservado globalmente, con la presencia de roncus aislados, sin sibilancias ni

crepitantes focales claros en ese momento. Los signos vitales se mantuvieron estables hemodinámicamente.

2.3 Pruebas complementarias iniciales

Ante la sospecha de un cuadro respiratorio complicado y el dolor torácico, se realizó una batería de estudios iniciales:

- **Imagenología:** la radiografía de tórax póstero-anterior reveló campos pulmonares con un patrón de vidrio esmerilado bilateral difuso, asociado a dos imágenes radioopacas redondeadas a nivel perihiliar derecho. Se observó ensanchamiento mediastínico, aunque los recesos costofrénicos se encontraban libres. El ecocardiograma transtorácico mostró una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada del 63 %, sin alteraciones en la motilidad parietal, descartando compromiso isquémico agudo o falla de bomba.
- **Electrocardiograma:** trazado dentro de parámetros normales, sin elevación del segmento ST ni ondas Q patológicas.
- **Microbiología:** se procedió a la toma de muestra de hisopado nasofaríngeo para panel viral respiratorio, cuyo resultado reportó positivo para Influenza A.

2.4 Consideraciones éticas

El acceso a la información clínica y la publicación del caso fueron autorizados institucionalmente por la Dirección de Docencia e Investigación del Complejo Santo Domingo, garantizando el anonimato de la paciente y el cumplimiento de los principios de la Declaración de Helsinki y las normativas locales de bioética, conforme consta en la documentación de fecha 16 de julio de 2025.

3. EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y RESULTADOS

El análisis de la evolución clínica y laboratorial de la paciente reveló una correlación directa entre la infección viral y el daño muscular extenso. Al ingreso (día 1), los estudios de laboratorio mostraron una elevación significativa de la creatinfosfocinasa (CK) Total de 2876 U/L y de la fracción MB (CK-MB) de 253 U/L. Simultáneamente, se observó una elevación de las transaminasas (GOT 114 U/L) y una función renal conservada con una creatinina sérica de 1,2 mg/dl. Los marcadores de inflamación estaban elevados (PCR 33,2 mg/l) y la troponina I se encontraba en 0,25 ng/ml, lo cual, junto con el ECG normal, alejó la posibilidad de un síndrome coronario agudo primario, interpretándose la elevación de troponinas como secundaria a la injuria sistémica o miocarditis subclínica.

Para el segundo día de hospitalización, a pesar del inicio de medidas de soporte, se evidenció un empeoramiento drástico de los marcadores de daño muscular. La CK Total alcanzó su pico máximo de 10.600 U/L, un valor que supera en más de tres veces el valor basal del ingreso. Este pico se acompañó de un deterioro agudo de la función renal, con un ascenso de la creatinina sérica a 1,95 mg/dl, y una elevación marcada de la aspartato aminotransferasa (GOT) a 404 U/L. Los electrolitos mostraron hiponatremia leve (132 mEq/L) y normokalemia (4,1 mEq/L).

Ante el diagnóstico confirmado de rabdomiólisis secundaria a Influenza A, se intensificó el manejo terapéutico. El esquema incluyó:

- **Hidratación enérgica:** administración de solución salina (cloruro de sodio al 0,9 %) intravenosa para forzar diuresis y prevenir la precipitación de mioglobina en los túbulos renales, complementado con estímulo de ingesta hídrica oral.
- **Tratamiento antiviral:** Oseltamivir 75 mg vía oral cada 12 horas.
- **Antibioticoterapia:** Ceftriaxona empírica inicial por la imagen sugestiva de sobreinfección bacteriana o neumonía viral severa.

La respuesta al tratamiento intensificado fue favorable. Hacia el cuarto día, la CK Total descendió a 5400 U/L y la función renal comenzó a recuperarse, con una creatinina de 1,5 mg/dl. Para el sexto día de internación, la CK Total se redujo a 2300 U/L y la creatinina retornó a su valor basal de 1,2 mg/dl, indicando la resolución de la injuria renal aguda y el cese de la destrucción muscular activa. La paciente presentó mejoría clínica sostenida, sin secuelas motoras inmediatas.

4. DISCUSIÓN

El presente reporte ilustra un caso de rabdomiólisis severa como complicación extra-pulmonar de la infección por Influenza A en una paciente geriátrica, un fenómeno que, aunque descrito en la literatura, mantiene una incidencia baja pero un alto impacto clínico (1,5,6).

La fisiopatología de la rabdomiólisis asociada a influenza es compleja y multifactorial. Se postula que puede deberse a la invasión viral directa del miocito, lo que genera lisis celular, o bien ser secundaria a una respuesta inmunológica sistémica exacerbada (tormenta de citoquinas) que induce daño muscular colateral (7). En nuestra paciente, la elevación de CK superó las 10 000 U/L, nivel que se correlaciona fuertemente con un mayor riesgo de insuficiencia renal aguda debido a la mioglobinuria masiva (8).

Un aspecto crucial en este caso fue el desafío diagnóstico. En pacientes adultos mayores, especialmente aquellos con comorbilidades psiquiátricas como la esquizofrenia y deterioro cognitivo, la comunicación de síntomas como mialgias o debilidad puede ser deficiente. Esto obliga al clínico a mantener un alto índice de sospecha ante cambios inespecíficos en el estado general. La diferenciación con el síndrome coronario agudo fue fundamental; si bien hubo elevación de troponinas y dolor precordial, la ausencia de cambios electrocardiográficos y la normalidad en la motilidad parietal ecocardiográfica orientaron hacia una causa no isquémica, evitando intervenciones invasivas innecesarias (9).

Nuestros hallazgos coinciden con series de casos previas que señalan a la población geriátrica como la más susceptible a esta complicación (8,9). Sin embargo, la recuperación completa de la función renal en este caso (creatinina de 1,95 mg/dl a 1,2 mg/dl) resalta la eficacia de la hidratación parenteral agresiva y temprana como piedra angular del tratamiento, tal como sugieren las guías actuales (4,5). Asimismo, el uso de oseltamivir podría haber contribuido a disminuir la carga viral y detener la progresión del daño tisular.

Entre las limitaciones de este reporte se encuentra la imposibilidad de realizar biopsia muscular o estudios de microscopía electrónica para confirmar la presencia

viral en el tejido, procedimientos que raramente se realizan en la práctica clínica de urgencia. No obstante, la relación temporal y la exclusión de otras causas de miopatía (fármacos, trauma, convulsiones) apoyan fuertemente el diagnóstico etiológico.

En conclusión, la rabdomiólisis es una complicación extrapulmonar infrecuente de la Influenza A que debe sospecharse activamente en pacientes geriátricos que cursan con cuadros virales y presentan debilidad desproporcionada o deterioro renal agudo. El diagnóstico precoz, facilitado por la determinación de enzimas musculares, y la instauración inmediata de fluidoterapia intensiva son determinantes para evitar la insuficiencia renal irreversible y reducir la mortalidad en esta población vulnerable.

REFERENCIAS

1. Carrillo-Esper R, Ornelas-Arroyo S, Pérez-Bustos E, Sánchez-Zúñiga J, Uribe-Esquívela M. Rabdomiólisis e insuficiencia renal aguda en infección por influenza humana A. *Gac Med Mex* [Internet]. 2009 [citado 21 Jun 2025];145(6):519–21. Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2009/gm096h.pdf>
2. Dolin R, Hirsch M, Baron E. Influenza estacional en adultos: manifestaciones clínicas y diagnóstico. *UpToDate* [Internet]. 2024 [citado 21 Jun 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/seasonal-influenza-in-adults-clinical-manifestations-and-diagnosis>
3. Nuñez FB. Influenza: Manifestaciones clínicas y complicaciones. *AlaTorax* [Internet]. 2024 [citado 21 Jun 2025]. Disponible en: <https://alatorax.org/es/descargar/adjunto/38-xwpwhy-influenza.pdf>
4. Ibrahim AM, Manthri S, Soriano PK, Bhatti V, Mamillapalli CK. Rhabdomyolysis Associated with Influenza A Virus Infection. *Cureus*. 2018;10(6):e2786. doi: 10.7759/cureus.2786.
5. Loring-Cafarena M, Laín-Guelvenzu JM, Guil-García M, Medina-Delgado P, Martínez-Delgado C. Miositis viral con rabdomiólisis secundaria: un caso confirmado y revisión de la literatura. *Rev Clin Med Int* [Internet]. 2026 [citado 21 Jun 2025]. Disponible en: <https://www.reccmi.com/RECCMI/article/view/749>
6. Agyeman P, Duppenthaler A, Heininger U, Aebi C. Influenza-associated myositis in children. *Infection*. 2004;32(4):199–203.
7. Crum-Cianflone NF. Bacterial, fungal, parasitic, and viral myositis. *Clin Microbiol Rev*. 2008;21(3):473–94.
8. Oda T, Hamasaki K, Tomoyasu H, Koga M, Konda N. Rhabdomyolysis associated with influenza virus infection: three case reports and a review of the literature. *Eur J Pediatr*. 2010;169(1):115–8.
9. Chen C, Wang Y, Wang H, Wang C. Rhabdomyolysis associated with influenza A virus infection in an elderly patient: A case report and review of the literature. *J Med Case Rep*. 2013;7:354.