



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**RABDOMIÓLISIS SECUNDARIA A VIRUS DE VARICELA
ZÓSTER. REPORTE DE CASO.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

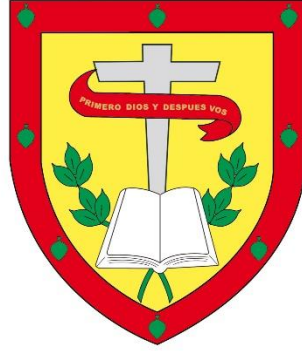
AUTOR: MARÍA ANGÉLICA COBOS NIETO

DIRECTOR: DRA. CLAUDIA GABRIELA CLAVIJO ROSALES

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**RABDOMIÓLISIS SECUNDARIA A VIRUS DE VARICELA
ZÓSTER. REPORTE DE CASO.**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: MARÍA ANGÉLICA COBOS NIETO

DIRECTOR: DRA. CLAUDIA GABRIELA CLAVIJO ROSALES

CUENCA - ECUADOR


2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

María Angélica Cobos Nieto portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107567067**. Declaro ser el autor de la obra: **“Rabdomiólisis secundaria a Virus de Varicela Zóster. Reporte de caso.”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 02 de Marzo de 2026

F: 


María Angélica Cobos Nieto

C.I. 0107567067

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado **“Rabdomiólisis secundaria a Virus de Varicela Zóster. Reporte de caso.”** realizado por **María Angélica Cobos Nieto** con documento de identidad **No. 0107567067**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 02 de Marzo de 2026

F:  

Dra. Claudia Gabriela Clavijo Rosales

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía constante y fuente de fortaleza en cada etapa de este camino.

A mis padres, Jaime y Catty, por su amor incondicional y su apoyo incansable, que han sido la base de todo lo que he logrado.

A mi hermano Josué, cuya compañía y aliento me brindaron motivación en los momentos difíciles.

Esta investigación es para ustedes, quienes me han dado el impulso para seguir adelante y alcanzar mis metas.

AGRADECIMIENTO

Agradezco, en primer lugar, a Dios y a la Virgen Santísima por la fuerza y el valor que me dieron para culminar este importante camino en mi formación universitaria.

A mi familia, en especial a mis padres, Jaime y Catty, les debo mi gratitud más profunda por su amor y confianza, que siempre me impulsaron a seguir adelante.

A mi hermano Josué, por su constante apoyo y por brindarme fortaleza y motivación en cada etapa de este proceso.

A mis abuelos, Teresita, quien desde el cielo me guía y cuida con su amor eterno, y Julio, cuyo cariño incondicional ha sido un pilar fundamental en mi vida.

A mis primos, el Dr. Danilo Orellana y la Dra. Paola Delgado, les agradezco por sus palabras de aliento y su compañía incondicional. Su ejemplo profesional y sus consejos fueron una fuente constante de inspiración y aprendizaje.

A la Universidad Católica de Cuenca por ofrecerme un espacio para crecer tanto académica como profesionalmente, y, a mi tutora de tesis, la Dra. Claudia Clavijo, cuya experiencia, paciencia y apoyo constante fueron fundamentales para la realización de este trabajo. Su guía no solo me proporcionó claridad académica, sino también motivación en momentos de duda. Su confianza en mí me impulsó a seguir adelante y superar los desafíos.

Gracias a cada uno de ustedes por hacer posible este sueño.

RESUMEN

Antecedentes:

El virus de Varicela Zóster es considerado altamente contagioso y afecta aproximadamente al 90% de habitantes, se distingue por la manifestación de lesiones cutáneas maculo-eritematosas pruriginosas, que evolucionan y se convierten en costras. Generalmente suele ser leve, sin embargo, pueden presentarse complicaciones tales como la neuralgia posherpética, síndrome de shock tóxico, púrpura fulminante y, raramente, rabdomiólisis. Por tal razón, se presentará un reporte de caso, destacando su importancia puesto que, a nivel científico la literatura revisada es escasa y en el Ecuador, hasta el momento no se han evidenciado casos en las bases de datos.

Presentación del caso:

Paciente femenina de 28 años, refiere 30 horas previo a su ingreso fiebre, escalofríos y mialgias en extremidades inferiores. Al examen físico presenta lesiones vesiculares características de la varicela. Hace 5 horas la mialgia se intensifica lo que imposibilita el decúbito y la deambulación. La analítica de sangre demostró hipertransaminasemia, lactato deshidrogenasa y creatinquinasa elevadas. Uroanálisis con aumento de la turbidez acompañado de hemoglobinuria. Datos que confirman el diagnóstico de rabdomiólisis secundaria a virus de Varicela Zóster. Se instaura tratamiento con aciclovir acompañado de hidratación salina. Tras 5 días de hospitalización y tras la disminución del dolor muscular, se indica alta domiciliaria y seguimiento por consulta externa.

Conclusiones esperadas:

La rabdomiólisis secundaria a virus de Varicela Zóster podría ser subdiagnosticada debido a la falta de mediciones de creatinquinasa en pacientes con varicela, esto ocasiona que casos leves y moderados en un inicio sean oligosintomáticos.

Palabras clave: creatinquinasa, rabdomiólisis, virus de la Varicela-Zóster.

ABSTRACT

Background:

The Varicella Zoster virus is highly contagious and affects approximately 90% of inhabitants. It is distinguished by the manifestation of pruritic maculo-erythematous skin lesions, which evolve and become scabs. It is generally mild; however, complications such as postherpetic neuralgia, toxic shock syndrome, purpura fulminans, and, rarely, rhabdomyolysis may occur. Therefore, a case report will be presented, highlighting its importance since, at a scientific level, the literature reviewed is poor, and in Ecuador, no cases have been evidenced in the databases so far.

Case presentation:

A 28-year-old female patient reported fever, chills, and myalgias in the lower extremities 30 hours before admission. On physical examination, she presented vesicular lesions characteristic of chickenpox. Five hours later, the myalgia intensified, making lying down and walking impossible. Blood analysis showed hypertransaminasemia, elevated lactate dehydrogenase, and creatine kinase; urinalysis indicated increased turbidity accompanied by hemoglobinuria. Data confirm the diagnosis of rhabdomyolysis secondary to the Varicella Zoster virus. Treatment with acyclovir accompanied by saline hydration is administered. After 5 days of hospitalization and decreased muscle pain, the patient is discharged home, and outpatient follow-up is indicated.

Expected conclusions:

Rhabdomyolysis secondary to Varicella Zoster virus could be underdiagnosed due to the lack of creatine kinase measurements in patients with chickenpox; this causes mild and moderate cases to be oligoasymptomatic initially.

Keywords: creatine kinase, rhabdomyolysis, Varicella-Zoster virus.

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
OBJETIVOS.....	13
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos.....	13
REPORTE DEL CASO.....	14
DISCUSIÓN.....	19
PERSPECTIVA DEL PACIENTE.....	25
CONCLUSIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXOS.....	36

INTRODUCCIÓN

El virus de la Varicela Zóster (VZV) es un patógeno altamente contagioso que se distribuye ampliamente por todo el mundo^{1,2}. Infecta exclusivamente al ser humano y se contagia a través del contacto con vesículas o mediante aerosoles de secreciones respiratorias¹. Es una de las infecciones infantiles más comunes y contagiosas caracterizada por la presencia de lesiones cutáneas maculo-eritematosas pruriginosas que, en el transcurso de los días, evolucionan y se convierten en costras³.

En personas susceptibles (inmunocomprometidos, mujeres embarazadas, bebés) y en adultos sanos suele manifestarse como una erupción cutánea con ampollas precedida de sintomatología parecida a la de la influenza y generalmente es autolimitada⁴; sin embargo, en estos casos puede provocar enfermedades graves e incluso ser letal, a menudo como consecuencia de sobreinfecciones bacterianas^{3,4}.

La incidencia mundial anual oscila entre 13-16 casos por cada 1.000 personas siendo más alta en países sin vacunación rutinaria^{5,6}. En 2021, Estados Unidos reportó 145 casos confirmados (3 por cada 100.000 personas) mientras que Japón presentó 18 casos por cada 100.000 habitantes. En África, la incidencia varió entre 441 a 3.420 casos por cada 100.000 personas⁷.

En Latinoamérica, se presentaron 42.9 casos por cada 1.000 individuos, con una tasa de mortalidad mucho menor en niños que en adultos^{8,9}. En países como Venezuela, Uruguay, Colombia, Argentina y Bolivia, las incidencias oscilaron entre 120 y 393 casos por cada 100.000 personas⁷. En Ecuador, se registraron 2.879 casos en el año 2021, 1.036 casos en el año 2022 y 1.537 casos hasta el año 2024, donde el grupo más afectado fue el comprendido entre los 20 a 49 años^{8,10}.

Su diagnóstico, al igual que en otras enfermedades, se establece mediante una historia clínica y exploración física exhaustivas; sin embargo, se requieren exámenes complementarios para

confirmar el cuadro (biometría hemática, reacción en cadena de la polimerasa (PCR), inmunoglobulinas IgM – IgG)^{11, 12}. Dentro de las complicaciones graves ocasionadas por el VZV se incluyen: shock séptico, encefalitis, neumonía, síndrome de shock tóxico, púrpura fulminante y, raramente, rabdomiólisis⁹.

La rabdomiólisis, caracterizada por la rotura de la pared muscular esquelética que provoca la descomposición y necrosis del tejido muscular y la posterior liberación del contenido intracelular o metabolitos tóxicos al sistema circulatorio¹²⁻¹⁵, se produce por una amplia variedad de situaciones clínicas entre ellas: traumatismos, ejercicio excesivo, inmovilización, drogas, toxinas, temperaturas extremas, convulsiones, trastornos metabólicos y electrolíticos, trastornos genéticos e infecciones bacterianas o víricas^{16, 17}.

Sin embargo, aunque la rabdomiólisis debida a una infección por VZV se considera poco frecuente su presentación clínica varía mucho en función del alcance y la gravedad del daño muscular, desde un aumento asintomático donde se produce la elevación de los niveles de creatinquinasa (CPK), lactato deshidrogenasa (LDH), aspartato aminotransferasa (AST), aldolasa, el pigmento hemo mioglobina, potasio, fosfatos y purinas; hasta cuadros graves asociados a una severa depleción del volumen intravascular, acidosis metabólica, anomalías electrolíticas múltiples (como hiperpotasemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia) e insuficiencia renal aguda (IRA)^{12-14, 16, 18}.

Por tanto, el diagnóstico de esta patología puede pasar desapercibido debido a que los niveles de creatinquinasa (CPK) no se miden de forma rutinaria en un paciente infectado con VZV, siendo así que casos leves y moderados de rabdomiólisis pueden pasar inadvertidos en ausencia de signos o síntomas sugestivos como: mialgias, espasmos o rigidez muscular que pueden generalizarse o afectar en un área específica, coloración anormal de la orina, fiebre, náuseas, vómitos, pérdida de la lucidez, inquietud, desorientación y coma^{18, 19}.

Así mismo, es importante destacar que la información obtenida en diversas literaturas es escasa. No obstante, se conoce que en Estados Unidos se reportaron 4 casos entre 1994 a 1996²⁰⁻²², Alemania 2 casos en 1998 y 2007²³, Medio Oriente 1 caso en 2008²⁴, Francia 1 caso en 2009²⁵, España 1 caso en 2013²⁶ y Taiwán 1 caso en 2020²⁷. En el Ecuador, no existen reportes de caso sobre esta patología.

En consecuencia, el siguiente reporte de caso clínico procura profundizar la asociación entre estas dos patologías, con el fin de facilitar un diagnóstico precoz y un manejo efectivo de la rabdomiólisis. Esto, a su vez, busca disminuir la posibilidad de complicaciones severas y aumentar la efectividad de los resultados clínicos. Además, se pretende contribuir con conocimientos científicos a la comunidad médica.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar las características clínicas, el diagnóstico y la relación que existe entre la rabdomiólisis y el virus de Varicela Zóster.

Objetivos Específicos

- Analizar el método diagnóstico utilizado en el caso clínico.
- Evaluar la efectividad de la intervención terapéutica.
- Comparar el resultado obtenido con la literatura existente.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 28 años, soltera, instrucción superior completa; sin antecedentes de importancia. Refiere que 30 horas previo a su ingreso presenta, sin causa aparente, astenia, fiebre cuantificada en 38,5°C, escalofríos y mialgias en extremidades inferiores, de intensidad 6/10 según la escala numérica del dolor; por lo que se automedica con ketorolaco 30 mg sublingual por una ocasión, presentando mejoría parcial del cuadro.

Hace 16 horas, se suma la aparición de lesiones pápulo-vesiculares en tórax anterior, por lo que acude a facultativo quien tras valoración le diagnostica de varicela, prescribiéndole paracetamol 1 gr cada 8 horas y aislamiento por siete días. Hace 5 horas, la intensidad del dolor en muslos aumenta a 10/10 en la escala numérica, imposibilitando el decúbito y deambulación; acompañándose de oscurecimiento en el color de la orina, motivos por los que acude a emergencias.



Figura 1. Exantema máculo papular acompañada de vesículas pruriginosas, localizadas en tórax anterior, abdomen y cara.

Fuente: Elaboración propia.

Al ingreso, la paciente presentaba fiebre cuantificada en 38 °C acompañado de taquipnea. En piel se evidenciaba exantema maculo papular acompañada de vesículas de contenido seroso sobre una base eritematosa, pruriginosas, localizadas en tórax anterior, abdomen y cara; respetando mucosas, palmas y plantas (**Figura 1**). En extremidades inferiores presentaba dolor a la compresión en músculos cuádriceps, bíceps femorales, y gastrocnemios.

La analítica de sangre (**Tabla 1**) demostró hiper transaminasemia con TGO de 908 U/L y TGP 227 U/L, LDH elevada (1028 U/L), creatinquinasa (CPK) de 908 U/L, con función renal conservada (urea de 19 mg/dl y creatinina 0.70 mg/dl). Serología para HIV, hepatitis B y C negativos. Electrolitos dentro de la normalidad. Uroanálisis con aumento de la turbidez acompañado de hemoglobinuria (19.00 mg/dl). Ecografía abdominal sin alteración hepática.

Tabla 1. Exámenes de laboratorio realizados al ingreso a hospitalización.

Hemograma			Química Sanguínea		
Glóbulos blancos	4.67	4.50 – 10.00 x10 ³ /ul	Urea	19	10 – 50 mg/dL
Neutrófilos	3.40	2.20 – 4.80 x10 ³ /ul	Creatinina en suero	0.70	0.50 – 0.90 mg/dL
Linfocitos	0.78	1.10 – 3.20 x10³/ul	Aspartato aminotransferasa (AST / TGO)	908	10 – 32 U/L
Monocitos	0.36	0.30 – 0.80 x10 ³ /ul	Aminotransferasa pirúvica (ALT / TGP)	227	10 – 33 U/L
Eosinófilos	0.08	0.00 – 0.70 x10 ³ /ul	Gamma G.T.	23.5	5.0 – 36.0 U/L
Basófilos	0.02	0.01 – 0.08 x10 ³ /ul	Bilirrubina total	0.38	0.00 – 1.20 mg/dL
Neutrófilos %	72.9	% 40.0 – 65.0	Bilirrubina directa	0.20	0.00 – 0.19 mg/dL
Linfocitos %	16.7	% 40.5 – 45.5	Bilirrubina indirecta	0.18	0.00 – 0.70 mg/dL
Monocitos %	7.7	% 5.5 – 11.7	Fosfatasa alcalina	94	0 – 270 U/L
Eosinófilos %	1.7	% 0.9 – 2.9	Deshidrogenasa láctica (LDH)	1028	135 – 214 U/L
Basófilos %	0.4	% 0.2 – 1.0	Glucosa	103	70 – 110 mg/dL

Hemoglobina	14.7	12.0 – 16.0 g/dL	Sodio	135.0	135.0 – 155.0 mmol/L
Hematocrito	43.1	37.0 – 47.0 %	Potasio	3.90	3.50 – 5.50 mEq/L
Volumen corpuscular medio	88.1	81.0 – 99.0 fl	Cloro	105	98 – 106 mmol/L
Coagulación			Inmunoserología / Enzimología		
Tiempo de protrombina (TP)	13.20	10.80 – 14.50 seg	PCR Cuantitativa	0.93	0.00 – 0.80 mg/dL
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP)	39.5	20.0 – 33.3 seg	Creatinquinasa (CK)	908	24-125 U/L

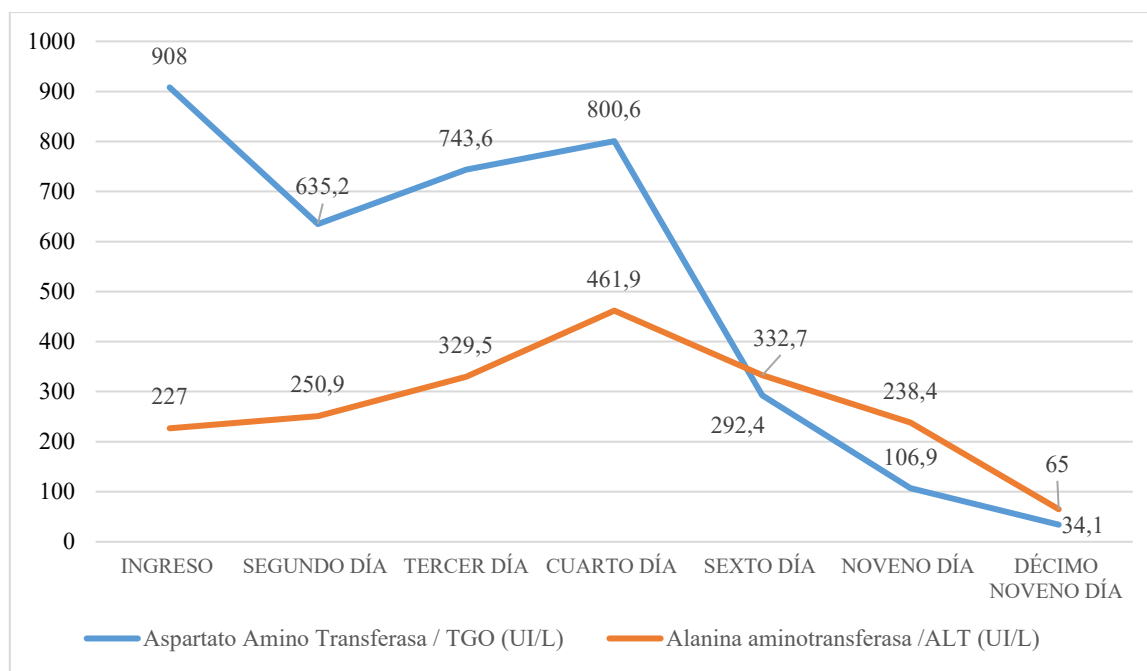
Uroanálisis			
Filamento mucoso	Negativo	Hemoglobina en orina	10.00 mg/dL
Color	Amarillo	Células epiteliales altas	Negativo
Aspecto	Lig. Turbio	Células epiteliales bajas	Negativo
Densidad	1.020	Piocytes	0
pH	7.0	Hematíes	1.20 /campo
Esterasa de leucocitos	Negativo	Leucocitos	2.30 /campo (0.00 – 3.00)
Nitritos	Negativo	Bacterias	30.0 /campo
Proteínas	25 mg/dL	Cilindros hialinos	Negativo
Glucosa en orina	Normal	Cilindros patológicos	Negativo
Cuerpos cetónicos	Negativo	Cristales	Uratos amorfos ++
Urobilinógeno	1 mg/dL	Levaduras	Negativo
Bilirrubinas	Negativo	Otros	Negativo

Infeciosas		
Hepatitis C	0.04	< 1.0 no reactivo >, = 1.0 reactivo
Hepatitis B (HBsAg)	0.50	< 1.0 no reactivo >, = 1.0 reactivo
VIH	No reactivo	

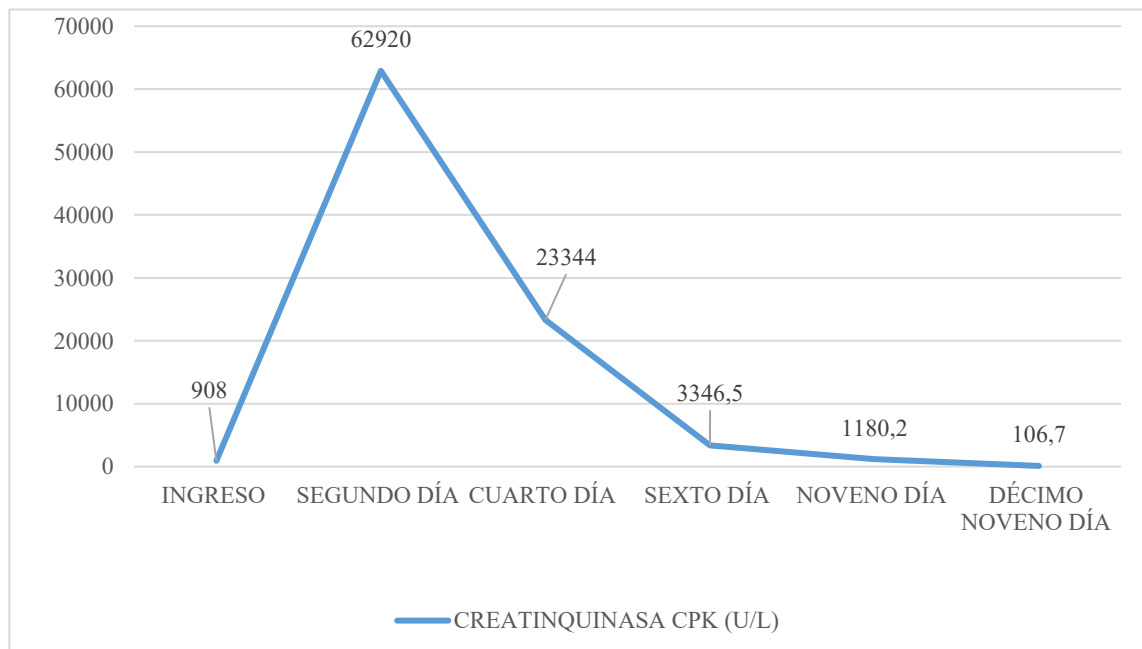
Fuente: Elaboración propia.

Se decide el manejo de la paciente como un caso de rabdomiólisis secundaria a la infección por el virus varicela zoster; por lo que se inicia fluidoterapia con Lactato de Ringer a grandes volúmenes para preservar la función renal, tramadol 50 mg IV para el control del dolor y aciclovir 600 mg IV cada 8 horas por 3 días como tratamiento para la infección viral.

Luego de 5 días de hospitalización y con la disminución de la intensidad del dolor muscular, se indica el alta domiciliaria y seguimiento por consulta externa. Se realiza la curva de transaminasas (**Figura 1**) y CPK (**Figura 2**), evidenciándose disminución progresiva de sus concentraciones plasmáticas hasta llegar a valores normales en el décimo día. De igual manera, las lesiones de la piel siguieron el curso normal de la enfermedad, llegando a presentar costras al final del cuadro, con mejoría completa del dolor muscular.

Figura 1. Evolución de las concentraciones plasmáticas de transaminasas.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Evolución de las concentraciones plasmáticas de creatinquinasa (CPK).

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

La Varicela Zóster (VZV) es un virus ADN que pertenece a la familia de los Herpes viridae y causa dos síndromes clínicos distintos: varicela y herpes zóster. En la mayoría de los casos es una infección muy leve caracterizada por lesiones cutáneas: maculopápulas, vesículas y exudados que aparecen inicialmente en el tronco y la cara, antes de propagarse a otras partes del cuerpo^{28, 29}.

Muestra un patrón estacional marcado, con una mayor incidencia durante el invierno y la primavera o la estación fría y seca. Es endémica en poblaciones de tamaño suficiente para sostener la transmisión durante todo el año, con epidemias cada 2 a 3 años^{5, 30}. Los brotes ocurren comúnmente en entornos como guarderías y escuelas, pero también pueden ocurrir en otros grupos etarios, principalmente en personas susceptibles⁶.

En infantes sanos, suele presentarse de forma leve, con una tasa de letalidad muy baja. Bardsley *et al.*³¹, mediante un estudio poblacional realizado durante 2017 y 2019, indicó que los niños de 1 a 4 años tuvieron la tasa semanal media más alta (41.90 por 100 000 casos), seguidos de bebés menores de 1 año (31.49 por 100 000 casos). Por otra parte, Bardach *et al.*³², informó que la incidencia fue de 78.6 por 1 000 casos en niños menores de 5 años. Los adultos y las personas inmunodeprimidas tienen mayor riesgo de complicaciones graves y muerte. La tasa de letalidad en adultos es 25 veces mayor³³.

Diversos estudios han demostrado que la tasa de afectación a nivel visceral en inmunodeprimidos es alrededor del 30-50% y, en ausencia de tratamiento, el 15% de los casos pueden ser mortales²⁵. Almuneef *et al.*²⁹, demostró que la tasa de complicaciones en la infección por varicela era del 1,5% y la tasa de mortalidad general, del 0,05% en la población de Arabia Saudita.

Sudheer *et al.*²⁵, identificó que la mayoría de complicaciones fueron neurológicas, con la encefalitis como principal hallazgo, seguida por infecciones, especialmente la provocada por *Streptococcus pyogenes*, la cual se asoció con un peor pronóstico. También se presentaron casos de miocarditis, hepatitis, glomerulonefritis aguda, artritis y, en raras ocasiones, rabdomiólisis acompañada de insuficiencia renal aguda (IRA)^{34, 35}.

La rabdomiólisis, definida como la degradación del tejido muscular que causa fuga de proteínas intracelulares, incluida la mioglobina, creatinquinasa (CPK), aldolasa y lactato deshidrogenasa, así como electrolitos al torrente sanguíneo. Puede ser el resultado de causas traumáticas o no traumáticas; siendo las etiologías más comunes en los adultos el ejercicio excesivo, las convulsiones, el consumo de drogas o alcohol y las infecciones bacterianas, víricas, fúngicas o protozoarias^{13, 36, 37}.

Se han descrito múltiples casos de rabdomiólisis relacionados con infecciones virales, entre ellos: el virus de la influenza, el virus de Epstein-Barr, el virus Coxsackie, el virus del Nilo Occidental y el virus del dengue. No obstante, hasta la fecha se han reportado contados casos relacionados con el VZV^{9, 17, 38}. Las causas o mecanismos propuestos para la rabdomiólisis inducida por enfermedades víricas incluyen: invasión directa del músculo por patógenos, hipoxia tisular, baja actividad enzimática, oxidativa y glucolítica, activación de enzimas lisosomales y mecanismos que implican endotoxinas^{9, 13, 17}.

El caso presentado demostró un cuadro de rabdomiólisis en una mujer adulta previamente sana, que no estuvo expuesta a ninguna miotoxina y no presentaba antecedentes de enfermedades musculares o del tejido conectivo. La serología viral (VHB, VHC, VIH) realizada reportó negatividad; no obstante, la presencia del pródromo típico y el desarrollo de la erupción durante el curso de la enfermedad orientaron hacia la infección por VZV como etiología probable.

Los casos notificados, incluido el nuestro, se presentaron principalmente en adultos jóvenes con una edad media de 24,8 años. El paciente más joven, de 4,5 años, fue descrito por Karadag et al., y los varones fueron los más representados, con 11 de los 13 casos (**Tabla 2**)¹⁸.

Sin embargo, aunque la “tríada clásica” caracterizada por: debilidad (12%), orina oscura color Coca-Cola o color té (10%) y dolor muscular (23%), no ocurre regularmente en todos los casos, la mayoría de los pacientes suelen manifestar primero síntomas constitucionales (fatiga, fiebre, malestar general) debido a la presencia de citocinas sistémicas inducidas por el virus^{36, 39, 40}. Un estudio sobre la rabdomiólisis asociada al virus de la influenza, determinó debilidad muscular en el 90% de los afectados. Así mismo, la revisión de la literatura indica que la mayoría de los pacientes con casos comparables presentaron signos y síntomas insidiosos¹⁷.

Para confirmar el diagnóstico de rabdomiólisis, la piedra angular y el principal hallazgo se basa en los niveles séricos de creatinquinasa (CPK). Los valores suelen aumentar en las 12 horas siguientes al inicio de la lesión muscular; alcanzando su pico máximo entre las 24-72 horas y normalizándose alrededor de 5 días después del cese de la lesión muscular. La semivida de la CPK es de aproximadamente 48 horas, y los niveles disminuyen en un 40-50% cada día consecutivo^{13, 41}.

Una revisión sistemática reveló que la mayor parte de los pacientes diagnosticados con rabdomiólisis, en base a un punto de corte específico, tenían niveles > 1000 U/L o al menos 5 veces el límite superior de la normalidad^{13, 42}. La concentración de CPK es directamente proporcional a la extensión de la lesión muscular. Un nivel persistentemente elevado sugiere una lesión muscular continua o el desarrollo de un síndrome compartimental⁴³.

Tabla 2. Características de los pacientes con rabdomiólisis debida a infección por VZV reportadas en la literatura.

#	Autor/es	Año	Género Edad	CPK (u/l)	Síntomas	IRA	Otras complicaciones
1	Pratt	1994	15/mes	418.240	Color oscuro de la orina y fatiga	No	Mioglobinuria
2	Pratt	1994	22/M	84.000	Fiebre, cefalea, prurito y sarpullido	No	No
3	Roberts	1995	16/mes	1.977.600	Fatiga, náuseas, vómito y anorexia	Si	Mioglobinuria
4	Voluntad	1996	25 mes	297.000	Mialgia, artralgia y color oscuro orina	-	No
5	Holstein	1998	30/F	874	Fiebre y sarpullido	-	Mioglobinuria
6	Pirounak	2007	27/M	1899	Cefalea, fiebre, hiperestesia cutánea, dolor ocular, náuseas, vómitos y mialgia.	Si	Meningoencefalitis
7	Ahamed	2008	22/F	-	Fiebre, sarpullido y dolor de espalda	No	CID, neumonía, hepatitis
8	Beby-Defaux	2009	28/M	1079	Dolor abdominal, dolor de espalda y erupciones cutáneas.	Si	CID, neumonía, ascitis, encefalitis
9	Karadag	2012	4,5/F	35.981	-----	-	Púrpura fulminante, hepatitis
10	Kim	2012	38/M	2947	Astenia	-	Meningoencefalitis
11	Martinez Martinez	2013	29/M	11.480	Erupción, prurito, fiebre, anorexia y astenia	Si	No
12	Brahim	2022	42/M	50.364	Lesiones cutáneas, fiebre y mialgia	Si	No
13	Bayala	2024	24/M	7850	Erupción cutánea, prurito, astenia, fiebre y artromialgia.	No	No

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia^{16, 17, 20-27, 44}.

Las aminotransferasas séricas, como la AST y la ALT, se consideran marcadores representativos de la necrosis hepatocelular. No obstante, en la rabdomiólisis la alteración en las concentraciones está correlacionada con el aumento de creatinquinasa (CPK), lo que sugiere que podría ser un marcador de lesión del músculo esquelético y no de daño hepatocelular. En

pacientes críticos quienes tenían una AST o ALT superior a 1000 U/L presentaron una mortalidad más alta que aquellos con niveles inferiores a 1000 U/L (61% frente a 15%)⁴¹.

Un aumento significativo en AST suele detectarse a las 24 horas y tiende a alcanzar un máximo alrededor de los 3 a 4 días. La AST puede estar en rango normales las primeras 48 horas, pero tiende a ser la que más se eleva. El pico de estas aminotransferasas ocurre al mismo tiempo, es decir, al tercer día desde el inicio de la lesión. En caso de rabdomiólisis grave, las aminotransferasas pueden permanecer anormales durante 2 a 3 semanas. Otros exámenes, entre ellos la ecografía, tomografía o pruebas invasivas como una biopsia hepática demostraron normalidad en el 30-50% de los pacientes^{41, 45, 46}.

Por tanto, el principal hallazgo que además de confirmar el diagnóstico reflejó la gravedad del cuadro en nuestra paciente, fue la presencia de una CPK inicial de 908 UI/L, que aumentó a 62.920 UI/L al segundo día de hospitalización, así como la sintomatología característica de la rabdomiólisis. Además, se observó un aumento simultáneo en los niveles de transaminasas.

El tratamiento antiviral para la varicela está indicado en individuos inmunodeprimidos, neonatos, pacientes con afecciones crónicas de la piel o los pulmones y en individuos mayores de 13 años. Generalmente se administra terapia por vía oral con fármacos como: aciclovir (ACV), valaciclovir (VACV) o famciclovir (FCV; no aprobado por la FDA para su uso en niños)^{5, 47, 48}.

Sin embargo, si los pacientes se encuentran clínicamente enfermos, presentan un riesgo alto o cumplen los siguientes criterios: edad \geq 50 años, dolor moderado o severo, erupción cutánea grave, afectación de la cara o los ojos o estado inmunocomprometido, se aconseja la medicación intravenosa (IV) o foscarnet si la infección es causada por VZV resistente al ACV^{6, 47, 48}. En nuestra paciente se indicó ACV intravenoso además de hidratación con solución salina isotónica que asegura una buena eliminación renal para prevenir las complicaciones (anomalías

electrolíticas, arritmias, síndrome compartimental, insuficiencia renal aguda) a menudo mortales de la rabdomiólisis.

No obstante, diversos estudios, indican que la nefrotoxicidad del ACV sistémico puede contribuir a una mayor prevalencia de IRA en pacientes con rabdomiólisis inducida por VZV. Esto se da, porque los metabolitos de aldehído y la precipitación de cristales de aciclovir en los túbulos renales que presentan baja solubilidad son factores que pueden provocar necrosis tubular aguda^{9, 49}.

Un caso informado por Lee *et al.*⁴⁹, demostró que la función renal se recuperó después de reemplazar el aciclovir con anticuerpos contra VZV. Otro caso demostró que la función renal fue restaurada después de la interrupción del aciclovir y una hidratación agresiva. Además, se informa que el famciclovir y la brivudina son sustitutos seguros para pacientes con nefrotoxicidad inducida por aciclovir cuya dosis debe ajustarse a la función renal^{9, 50}.

Por tanto, para el manejo de este caso, se siguieron las recomendaciones establecidas dentro la literatura, no obstante, una de las principales limitaciones fue la falta de estudios disponibles que pudieran comparar nuestros hallazgos con casos clínicos similares, lo que dificultó un análisis más exhaustivo.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

El tratamiento recibido fue el adecuado y logró que los síntomas mejoraran rápidamente. La combinación de hidratación, analgésicos y la medicación antiviral para la varicela resultó ser efectiva para controlar tanto la inflamación muscular como el malestar general, sin que surgieran complicaciones. Todo el proceso fue cuidadosamente monitoreado, lo que permitió una recuperación segura y sin contratiempos.

CONCLUSIONES

La rabdomiólisis secundaria a una infección por el Virus de Varicela Zóster es una complicación poco común pero potencialmente grave. En el presente caso, se destaca la importancia de identificar esta asociación, ya que puede infradiagnosticarse debido a la falta de mediciones de creatinquinasa en pacientes con varicela, ocasionando que casos leves y moderados en un inicio sean oligosintomáticos. Además, aumenta la probabilidad de una progresión rápida a insuficiencia renal aguda y anomalías electrolíticas si no se trata de manera oportuna.

La revisión de la literatura resalta la importancia de mantener un seguimiento continuo en estos pacientes y monitorear cuidadosamente los efectos de la medicación antiviral, especialmente si es administrada por vía intravenosa, por su riesgo de nefrotoxicidad. Por lo tanto, el pronóstico a largo plazo puede mejorarse con educación médica continua y concientización sobre esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blair RJ. Varicella Zoster Virus [Internet]. Vol. 40, Pediatrics in Review. American Academy of Pediatrics; 2019 [citado el 22 de abril de 2024]. p. 375–7. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1542/pir.2017-0242>
2. Navarrete Cuadrado K, Vargas M, Salinas H, Ruiz Pérez O. Varicela Zoster. Biociencias [Internet]. 2020 [citado el 22 de abril de 2024];15(1):95–107. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1122960/6364-article-text-14271-2-10-20201016.pdf>
3. Adam O, Musa A, Kamer A, Benharrat S, Hübschen JM. Active circulation of varicella zoster virus among different age groups in Sudan. Epidemiol Infect [Internet]. el 14 de diciembre de 2023 [citado el 19 de mayo de 2024];151. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-infection/article/active-circulation-of-varicella-zoster-virus-among-different-age-groups-in-sudan/40EBD814F3EC1A41692E40B4B5DEA1E5>
4. Tommasi C, Breuer J. The Biology of Varicella-Zoster Virus Replication in the Skin [Internet]. Vol. 14, Viruses. MDPI; 2022 [citado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9147561/>
5. Kennedy PGE, Gershon AA. Clinical features of varicella-zoster virus infection [Internet]. Vol. 10, Viruses. MDPI AG; 2018 [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6266119/>
6. Gershon AA, Breuer J, Cohen JI, Cohrs RJ, Gershon MD, Gilden D, et al. Varicella zoster virus infection. Nat Rev Dis Primers [Internet]. el 2 de julio de 2015 [citado el 22

- de abril de 2024];1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5381807/>
7. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Varicela [Internet]. 2022 ene. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=37>
 8. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. Manual de procedimientos del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica alerta acción SIVE–Alerta. 2022 [citado el 22 de abril de 2024]; Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/INMUNOPREVENIBLES-SE-16.pdf>
 9. Chen KY, Shen CH, Wang SH, Wei KY, Huang YH. Varicella-zoster virus-induced rhabdomyolysis: A case report and literature review [Internet]. Vol. 40, Journal of Medical Sciences (Taiwan). Wolters Kluwer Medknow Publications; 2020 [citado el 22 de abril de 2024]. p. 141–4. Disponible en: https://journals.lww.com/joms/fulltext/2020/40030/varicella_zoster_virus_induced_rhabdomyolysis__a.9.aspx
 10. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. Manual de procedimientos del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica alerta acción SIVE–Alerta. [Internet]. 2024 [citado el 27 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/05/Eventos-Inmunoprevenibles-SE-15.pdf>
 11. Albar RF, Alasmari HA, Neazy SA, Alzahrani AS, Nejaim K, Qattan DA, et al. Rhabdomyolysis Induced by Rhinovirus: A Case Report. Cureus [Internet]. el 2 de marzo de 2022 [citado el 19 de mayo de 2024];14(3). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/78301-rhabdomyolysis-induced-by-rhinovirus-a-case-report>

12. Salazar J, Mejía J, Chávez Mervin, Chimbo C, Zurita T, Morocho Á. Rabdomiólisis: bases moleculares y presentaciones clínicas Rhabdomyolysis: molecular bases and clinical presentations [Internet]. Vol. 37. 2018 [citado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_2_2018/15_rabdomiolisis_bases_moleculares.pdf
13. Cabral BMI, Edding SN, Portocarrero JP, Lerma E V. Rhabdomyolysis [Internet]. Disease-a-Month. Mosby Inc.; 2020 [citado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1016/j.disamonth.2020.101015>
14. Baeza-Trinidad R. Rhabdomyolysis: A syndrome to be considered [Internet]. Vol. 158, Medicina Clinica. Ediciones Doyma, S.L.; 2022 [citado el 19 de mayo de 2024]. p. 277–83. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhm/abr/26.pdf>
15. Runnstrom M, Ebied AM, Khoury AP, Reddy R. Influenza-induced rhabdomyolysis. BMJ Case Rep [Internet]. el 1 de diciembre de 2018 [citado el 19 de mayo de 2024];11(1). Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1136/bcr-2018-226610>
16. Torres PA, Helmstetter JA, Kaye AM, Kaye AD. Rhabdomyolysis: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment [Internet]. 2015 [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365849/>
17. Shanmugam S, Seetharaman M. Viral Rhabdomyolysis Case Report Key Points [Internet]. Vol. 101, Southern Medical Journal •. 2008 [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1097/SMJ.0b013e318183649a>
18. Bayala YLT, Ayouba Tinni I, Ouedraogo P, Ouedraogo A, Traore A, Bonkougou M, et al. Myalgia-induced discovery of rhabdomyolysis complicating generalized varicella

- in an immunocompetent patient: Case report and review of the literature. *Clin Case Rep* [Internet]. abril de 2024 [citado el 19 de mayo de 2024];12(4). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ccr3.8713>
19. Pérez Unanua MP, Roiz Fernández JC, Diazaraque Marín R. Rabdomiolisis inducida por el ejercicio Exercise-induced rhabdomyolysis [Internet]. 2001 [citado el 29 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n9/notacli2.pdf>
 20. Pratt RD, Bradley JS, Loubert C, Larocco A, Mcneal RM, Newbury R 0, et al. Rhabdomyolysis Associated with Acute Varicella Infection Downloaded from [Internet]. Vol. 20, *Clinical Infectious Diseases*. 1995 [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7701961/>
 21. Roberts DE. Varicella Zoster Infection, Massive Rhabdomyolysis, Myoglobinuria, And Renal Failure. 1995 [citado el 22 de abril de 2024];8(1). Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1093/clinids/20.2.450>
 22. Will MJ, Hecker RB, Wathen PI. Primary Varicella-Zoster-Induced Rhabdomyolysis. *South Med J* [Internet]. 1996 [citado el 22 de abril de 2024];89(9):915–20. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1097/00007611-199609000-00015>
 23. McCabe JL, Duckett S, Kaplan P. Epstein-Barr Virus Infection Complicated by Acute Rhabdomyolysis [Internet]. 2008 [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074847/>
 24. Houenstein U, Thaihammer E, Burgmann H. Case Report Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) and Rhabdomyolysis in Fulminant Varicella Infection-Case Report and Review of the Literature [Internet]. 1998 [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1007/BF02962254>

25. Sudheer P, Ahamed B, Krishnan R. Fulminant Varicella Zoster Infection with Multiorgan Involvement A Case Report [Internet]. Vol. 8. 2008 [citado el 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074847/>
26. Beby-Defaux A, Brabant S, Chatellier D, Bourgoin A, Robert R, Ruckes T, et al. Disseminated varicella with multiorgan failure in an immunocompetent adult. *J Med Virol* [Internet]. abril de 2009 [citado el 22 de abril de 2024];81(4):747–9. Disponible en: [https://sci-hub.se/10.1016/0735-6757\(88\)90244-6](https://sci-hub.se/10.1016/0735-6757(88)90244-6)
27. Martínez-Martínez ML, Córdoba-Soriano JG, Calbo-Mayo J, Melero Bascones M. Varicella Complicated by Rhabdomyolysis. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)* [Internet]. junio de 2013 [citado el 22 de abril de 2024];104(5):448–9. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1016/j.adengl.2012.06.029>
28. Arvin A. Aging, Immunity, and the Varicella-Zoster Virus [Internet]. Vol. 22, n engl j med. 2005 [citado el 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1056/NEJMp058091>
29. Almuneef M, Memish ZA, Balkhy HH, Alotaibi B, Helmy M. Chickenpox complications in Saudi Arabia: Is it time for routine varicella vaccination? *International Journal of Infectious Diseases* [Internet]. marzo de 2006 [citado el 7 de octubre de 2024];10(2):156–61. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1016/j.ijid.2005.02.008>
30. Varela FH, Pinto LA, Scotta MC. Global impact of varicella vaccination programs. *Hum Vaccin Immunother.* el 4 de marzo de 2019;15(3):645–57.
31. Bardsley M, Loveridge P, Bednarska NG, Smith S, Morbey RA, Amirthalingam G, et al. The Epidemiology of Chickenpox in England, 2016–2022: An Observational Study Using General Practitioner Consultations. *Viruses* [Internet]. el 1 de noviembre de 2023

- [citado el 8 de octubre de 2024];15(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10674747/>
32. Bardach A, Cafferata ML, Klein K, Cormick G, Gibbons L, Ruvinsky S. Incidence and use of resources for chickenpox and herpes zoster in Latin America and the Caribbean - A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 31, *Pediatric Infectious Disease Journal*. 2012 [citado el 8 de octubre de 2024]. p. 1263–8. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1097/INF.0b013e31826ff3a5>
 33. Büchele KS, Correa DF, Tuyama M, dos Santos de Lemos A, da Costa MD, Mesquita EC, et al. Seroprevalence of varicella antibodies in adults without clinical history of disease. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [citado el 8 de octubre de 2024];36(1). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n1/e00149119/en/>
 34. Lässker U, Harder TC, Hufnagel M, Suttorp M. Rapid molecular discrimination between infection with wild-type varicella-zoster virus and varicella vaccine virus. *Infection* [Internet]. 2002 [citado el 7 de octubre de 2024];30(5):320–2. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15010-002-2158-2.pdf>
 35. Gnann JW. University of Alabama at Birmingham, Div. of Infectious Diseases, 845 S [Internet]. Vol. 220, *The Journal of Infectious Diseases*. 2002 [citado el 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1086/342963>
 36. Kietaihl AT, Fangmeyer-Binder M, Göndör G, Säemann M, Fasching P. Acute viral myositis: profound rhabdomyolysis without acute kidney injury. *Wien Klin Wochenschr* [Internet]. el 1 de agosto de 2021 [citado el 7 de octubre de 2024];133(15–16):847–50. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00508-021-01866-3.pdf>

37. Nauss MD, Schmidt EL, Pancioli AM. Viral myositis leading to rhabdomyolysis: a case report and literature review. *American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2009 [citado el 7 de octubre de 2024];27(3):372–7. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1016/j.ajem.2008.07.022>
38. Kim GU, Ku BD. Varicella zoster virus meningoencephalitis accompanied by rhabdomyolysis without skin eruption. *Neurological Sciences* [Internet]. junio de 2012 [citado el 7 de octubre de 2024];33(3):623–5. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1007/s10072-011-0777-z>
39. Faisal M, Ashour A, Alshahwani I, Chaponda M. Acute Epstein-Barr Virus Infection Complicated by Rhabdomyolysis: A Case Report and Literature Review. *Cureus* [Internet]. el 30 de septiembre de 2022 [citado el 7 de octubre de 2024];14(9). Disponible en: https://assets.cureus.com/uploads/case_report/pdf/116607/20221030-29022-1ifq76d.pdf
40. Martín Ruiz J, Ferrandis Borrás S, Vicent Perales V, Álvarez Ferreiro CY. Nota clínica Rabdomiólisis grave por virus Coxsackie B complicada con síndrome compartimental [Internet]. Vol. 29, *Med Intensiva*. 2005 [citado el 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://medintensiva.org/es-pdf-13078003>
41. Lim AKH. Abnormal liver function tests associated with severe rhabdomyolysis [Internet]. Vol. 26, *World Journal of Gastroenterology*. Baishideng Publishing Group Co; 2020 [citado el 8 de octubre de 2024]. p. 1020–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7081005/>
42. Gupta A, Thorson P, Penmatsa KR, Gupta P. Rhabdomyolysis: Revisited [Internet]. Vol. 90, *Ulster Med J*. 2021 [citado el 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8278949/pdf/umj-90-02-61.pdf>

43. Minnema BJ, Neligan PC, Quraishi NA, Fehlings MG, Prakash S. A case of occult compartment syndrome and nonresolving rhabdomyolysis. *J Gen Intern Med* [Internet]. junio de 2008 [citado el 7 de octubre de 2024];23(6):871–4. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517868/pdf/11606_2008_Article_569.pdf
44. Bayala YLT, Ayoubia Tinni I, Ouedraogo P, Ouedraogo A, Traore A, Bonkougou M, et al. Myalgia-induced discovery of rhabdomyolysis complicating generalized varicella in an immunocompetent patient: Case report and review of the literature. *Clin Case Rep* [Internet]. el 27 de abril de 2024 [citado el 22 de abril de 2024];12(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10966912/>
45. Pettersson J, Hindorf U, Persson P, Bengtsson T, Malmqvist U, Werkström V, et al. Muscular exercise can cause highly pathological liver function tests in healthy men. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. febrero de 2008 [citado el 8 de octubre de 2024];65(2):253–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2291230/>
46. Lim AKH, Arumuganathan C, Yim CLH, Jellie LJ, Wong EWW, Junckerstorff RK. A cross-sectional study of the relationship between serum creatine kinase and liver biochemistry in patients with rhabdomyolysis. *J Clin Med* [Internet]. el 1 de enero de 2020 [citado el 8 de octubre de 2024];9(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7019809/>
47. Kim SR, Khan F, Tyring SK. Varicella zoster: An update on current treatment options and future perspectives [Internet]. Vol. 15, *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2014 [citado el 7 de octubre de 2024]. p. 61–71. Disponible en: <https://scihub.se/10.1517/14656566.2014.860443>

48. Rozenberg F, Deback C, Agut H. Herpes Simplex Encephalitis: From Virus to Therapy [Internet]. Vol. 11, Infectious Disorders-Drug Targets. 2011 [citado el 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.2174/187152611795768088>
49. Lee S, Ito N, Inagaki Tomoko, Okajima Tatsuya, Muramatsu Atsushi, Dojo Manabu, et al. Fulminant Varicella Infection Complicated with Acute Respiratory Distress Syndrome, and Disseminated Intravascular Coagulation in an Immunocompetent Young Adult [Internet]. 2024 [citado el 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.2169/internalmedicine.43.1205>
50. Htwe TH, Bergman S, Koirala J. Famciclovir substitution for patients with acyclovir-associated renal toxicity. *Journal of Infection* [Internet]. septiembre de 2008 [citado el 7 de octubre de 2024];57(3):266–8. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1016/j.jinf.2008.06.008>

Anexo 2. Exámenes complementarios

Pag. 1 de 4

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSE CARRASCO ARTEAGA
LABORATORIO CLÍNICO

Nombre: [REDACTED] Orden No. 2309010035
 Historia Clínica [REDACTED] Origen: URGENCIAS
 Fecha Impresión: 01/09/2023 04:48:15 Solicitado por: Dr. 1052945
 Sexo: Mujer Servicio: EMERGENCIAS (EM)

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO DE REFERENCIA
QUÍMICA CLÍNICA			
UREA	19	mg/dl	10 - 50
CREATININA EN SUERO	0.70	mg/dl	0.50 - 0.90
AST (TGO) ASPARTATO AMINOTRASFERASA	908	U/L	10 - 32
<i>MUESTRA PROCESADA POR DUPLICADO CON RESULTADOS REPRODUCIBLES</i>			
ALT (TGP) AMINOTRANSFERASA PIRUVICA	227	U/L	10 - 33
GAMMA G.T.	23.5	U/L	5.0 - 36.0
BILIRRUBINA TOTAL	0.38	mg/dl	0.00 - 1.20
BILIRRUBINA DIRECTA	0.20	mg/dl	0.00 - 0.29
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.18	mg/dl	0.00 - 0.70
FOSFATASA ALCALINA	94	U/L	0 - 270
DESHIDROGENASA LACTICA (LDH)	1028	U/L	135 - 214
<i>MUESTRA PROCESADA POR DUPLICADO CON RESULTADOS REPRODUCIBLES</i>			
GLUCOSA	103	mg/dL	70 - 110
SODIO	135.0	mmol/L	135.0 - 155.0
POTASIO	3.90	mEq/L	3.50 - 5.50
CLORO	105	mmol/L	98 - 106

01/09/202304:09:34

HEMATOLOGÍA

BIOMETRIA HEMATICA

GLOBULOS BLANCOS			
NEUTROFILOS	4.67	$\times 10^3/uI$	4.50 - 10.00
LINFOCITOS	3.40	$\times 10^3/uI$	2.20 - 4.80
MONOCITOS	0.78	$\times 10^3/uI$	1.10 - 3.20
EOSINOFILOS	0.36	$\times 10^3/uI$	0.30 - 0.80
BASOFILOS	0.08	$\times 10^3/uI$	0.00 - 0.70
IG	0.02	$\times 10^3/uI$	0.01 - 0.08
NEUTROFILOS %	0.03	$10^3/uL$	
LINFOCITOS %	72.9	%	40.0 - 65.0
MONOCITOS %	16.7	%	40.5 - 45.5
EOSINOFILOS %	7.7	%	5.5 - 11.7
BASOFILOS %	1.7	%	0.9 - 2.9
IG%	0.4	%	0.2 - 1.0
RECUENTO DE G. ROJOS	0.60	%	
HEMOGLOBINA	4.89	M/uL	4.20 - 5.40
HEMATOCRITO	14.7	g/dl	12.0 - 16.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	43.1	%	37.0 - 47.0
VALORES DE RANGO	88.1	fl	81.0 - 99.0

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO DE REFERENCIA
BACTERIAS			
<i>Negativo = 0 - 2 HPF = 0-19/uI</i>			
<i>(+) = 3 - 30 HPF = 20-149/uI</i>			
<i>(++) = 31 - 100 HPF = 150-499/uI</i>			
<i>(+++)= 101 - 200 HPF = 500-1000/uI</i>			
CILINDROS HIALINOS	NEGATIVO	/campo	
CILINDROS PATOLÓGICOS	NEGATIVO	/campo	
CRISTALES	POSITIVO	/campo	
<i>URATOS AMORFOS ++</i>			
LEVADURAS	NEGATIVO	/campo	
OTROS	NEGATIVO		

Fecha impresión: 01/09/2023 04:48:15 Médico: Dr/a: 1052945
 Sexo: Mujer Servicio: EMERGENCIAS (EM)

RESPONSABLE :LOURDES KARINA SIGUA CAMBISACA
 01/09/2023 03:39:06

UROANÁLISIS			
ORINA EXAMEN GENERAL			
FILAMENTO MUCOSO	NEGATIVO		
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	LIG. TURBIO		
DENSIDAD	1.020		
pH	7.0		
ESTERASA DE LEUCOCITOS	NEGATIVO	Leu/uL	
NITRITOS	NEGATIVO		
PROTEINAS	25	mg/dL	
GLUCOSA EN ORINA	NORMAL	mg/dL	
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO	mg / dl	
UROBILINOGENO	1	mg/dL	
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	mg / dl	
HEMOGLOBINA EN ORINA	10.00	mg / dl	
CELULAS EPITELIALES ALTAS	NEGATIVO	/campo	0.00 - 2.00
CELULAS EPITELIALES BAJAS	NEGATIVO	/campo	0.0 - 2.0
PIOCITOS	0	/campo	
HEMATIES	1.20	/campo	0.00 - 3.00
<i>HEMATIES (VAL. REF):</i>			
<i>0 - 1 : NEGATIVO</i>			
<i>50 - 100 : ABUNDANTES</i>			
<i>MAYOR A 100: CAMPO LLENO</i>			
LEUCOCITOS	2.30	/campo	0.00 - 3.00
<i>LEUCOCITOS (VAL. REF.)</i>			
<i>0 - 1 : NEGATIVO</i>			
<i>1 - 50 : NUMEROSOS</i>			
<i>50 - 100 : ABUNDANTES</i>			
<i>MAYOR A 100: CAMPO LLENO</i>			
BACTERIAS	30.0	/campo	

VALORES FUERA DE RANGO

COAGULACIÓN

TIEMPO DE PROTROMBINA (TP%)	63.2	%	
INR	1.11		

*En personas sanas un INR de 1,1 o menos se considera normal.
Un rango de INR de 2,0 a 3,0 es generalmente un rango terapéutico eficaz para las personas que toman anticoagulantes, pero este valor puede ser más alto en personas con válvula cardíaca mecánica u tras situaciones.*

TTP	39.5	seg	20.0 - 33.3
TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	13.20	seg	10.80 - 14.50

RESPONSABLE :LOURDES KARINA SIGUA CAMBISACA
01/09/202303:36:42

INFECCIOSAS

HEPATITIS C	0.04	S/CO	
-------------	------	------	--

VALORES DE REFERENCIA:
< 1.0 NO REACTIVO
>= 1.0 REACTIVO
UNIDADES S/CO
TECNICA: INMUNOANLISIS QUIMILUMINISCENTE DE PARTICULAS

HEPATITIS B (HBsAg)	0.50	S/CO	
---------------------	------	------	--

HEPATITIS B - HBsAg
< 1.0 NO REACTIVO
>= 1.0 REACTIVO SE SUGIERE CORE IgM, HBe, CoreIgG
UNIDADES S/CO
TECNICA: INMUNOANLISIS QUIMILUMINISCENTE DE PARTICULAS

RESPONSABLE :LOURDES KARINA SIGUA CAMBISACA
01/09/202304:09:34

**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSE CARRASCO ARTEAGA
LABORATORIO CLÍNICO**

Pag. 4 de 4

HJCA

Orden No. 2309010035
Origen: URGENCIAS
Médico: Dr/a: 1052945
Servicio: EMERGENCIAS (EM)

Fecha impresión: 01/09/2023 04:48:15
Sexo: Mujer

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	RANGO DE REFERENCIA
INMUNOSEROLOGÍA			
PCR CUANTITATIVA	0.93	mg / dl	0.00 - 0.80

RESPONSABLE :LOURDES KARINA SIGUA CAMBISACA
01/09/202304:09:34



LEBAC-LAB CIA. LTDA.
GONNET DIODATO ANDREA VERONICA
RUC: 0190444813001

AENOR
PROTOCOLO
FRENTE AL COVID-19

AENOR
SEGURIDAD Y SALUD
FRENTE AL COVID-19
EN EL TRABAJO
UNE-ISO/PAS 45005

PACIENTE:	[REDACTED]	SOLICITANTE:	MEDICO PARTICULAR
DOCUMENTO:	[REDACTED]	FECHA TOMA MUESTRA:	02/09/2023 11:54
EDAD:	28 años	FECHA DE EMISION:	04/09/2023 14:42
GENERO:	F	TELEFONO:	0983289955

ENZIMOLOGIA

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
CREATININA QUINASA CK	62 920.0	U/L	24 - 145

*RESULTADO CONFIRMADO.
MUESTRA PROCESADA POR DILUCION.
MUESTRA NO OBTENIDA EN EL LABORATORIO.

Profesional que valida el resultado

Lcda. Jéssica Bermeo Ch.
LCDA LAB. CLÍNICO
1007-2017-1911728



QR resultado del laboratorio



Escanee el código QR
para verificar la validez
del resultado.

Alfonso Moreno Mora 3-93 y Agustín Cueva (Esquina) EC010203
Cel.: 098 318 0847 - Email: lebac.laboratorio@gmail.com
Cuenca - Ecuador



SANTA ANA LAB
CLINICA SANTA ANA CENTRO MEDICO QUIRURGICO
S.A.

RESULTADOS DE EXAMENES				Fecha Nacimiento:	22/08/1995
Nro.Orden:	87542	Nro.Cuenta:	305580	Nro. Identificación:	[REDACTED]
Paciente:	[REDACTED]			Fecha de Solicitud	02/09/2023 09:26
Médico Solicitante	[REDACTED]			Fecha de Toma	02/09/2023 09:26
Area solicitante	HOSPITALIZACION			Fecha de Resultados	02/09/2023 09:56
				Género:	FEMENINO

Obs:

Impreso al: 2023/09/02 09:57


RESULTADOS DE DETERMINACIONES

Determinaciones	Resultados	Unidad	Rango de referencia
-----------------	------------	--------	---------------------

UROANALISIS

CITOQUIMICO Y BACTERIOLOGICO DE ORINA EMO

VOLUMEN	40.00	ml
COLOR	AMARILLO	
OLOR	SUIGÉNERIS	
ASPECTO	LIG.TURBIO	
DENSIDAD	1.010	
pH	7.0	
ESTERASA DE LEUCOCITOS	NEGATIVO	
NITRITOS	NEGATIVO	
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dL
GLUCOSA EN ORINA	NORMAL	mg/dL
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO	mg/dL
UROBILINOGENO	NORMAL	mg/dL
SANGRE	NEGATIVO	
BILIRRUBINAS	NEGATIVO	
HEMOGLOBINA EN ORINA	NEGATIVO	
CELULAS EPITELIALES	3-5	/campo
HEMATIES	0-2	/campo
LEUCOCITOS	1-3	/campo
BACTERIAS	ESCASAS	


Lcda. Judith Cristina Quinotocte Tenesaca.
Senescyt: 1007-2023-2687170

Responsable: JQUINOTOCTE - LCDA. JUDITH
QUINOTOCTE
02/09/2023 09:55:54 a. m.



Verifique la validez del certificado



LEBAC-LAB CIA. LTDA.
GONNET DIODATO ANDREA VERONICA
RUC: 0190444813001



PACIENTE:	[REDACTED]	SOLICITANTE:	[REDACTED]
DOCUMENTO:	[REDACTED]	FECHA TOMA MUESTRA:	04/09/2023 14:40
EDAD:	28 años	FECHA DE EMISION:	04/09/2023 14:43
GENERO:	F	TELEFONO:	0983289955

ENZIMOLOGIA

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
CREATININA QUINASA CK	23 344.0	U/L	24 - 145

*RESULTADO CONFIRMADO.
MUESTRA TOMADA PARA CONFIRMACION.

Profesional que valida el resultado

Lcda. Jéssica Bermeo Ch.
LCDA LAB. CLÍNICO
1007-2017-1911728



QR resultado del laboratorio



Escanee el código QR
para verificar la validez
del resultado.

Alfonso Moreno Mora 3-93 y Agustín Cueva (Esquina) EC010203
Cel.: 098 318 0847 - Email: lebac.laboratorio@gmail.com
Cuenca - Ecuador



SANTA ANA LAB
CLINICA SANTA ANA CENTRO MEDICO QUIRURGICO
S.A.

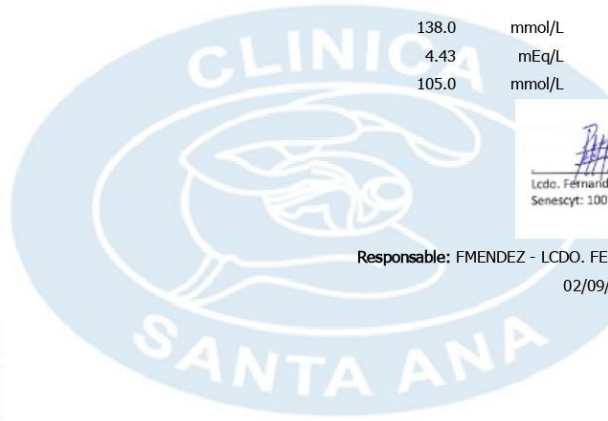
RESULTADOS DE EXAMENES				Fecha_Nacimiento:	22/08/1995
Nro.Orden:	87525	Nro.Cuenta:	305580	Nro. Identificación:	[REDACTED]
Paciente:	[REDACTED]			Fecha de Solicitud	02/09/2023 06:08
Médico Solicitante	[REDACTED]			Fecha de Toma	02/09/2023 06:08
Area solicitante	HOSPITALIZACION			Fecha de Resultados	02/09/2023 07:09
				Género:	FEMENINO

Obs:

Impreso al: 2023/09/02 07:28

RESULTADOS DE DETERMINACIONES			
Determinaciones	Resultados	Unidad	Rango de referencia

QUIMICA SANGUINEA			
UREA	9.0	mg/dl	[16.6 - 48.5]
CREATININA	0.71	mg/dl	[0.50 - 1.10]
TGO	635.2	U/L	[10.0 - 35.0]
TGP	250.9	U/L	[10.0 - 33.0]
FOSFATASA ALCALINA	70.0	U/L	[35.0 - 110.0]
CK TOTAL	45993	U/L	[0 - 170]
SODIO, POTASIO, CLORO			
SODIO	138.0	mmol/L	[136.0 - 145.0]
POTASIO	4.43	mEq/L	[3.50 - 5.10]
CLORO	105.0	mmol/L	[95.0 - 110.0]




Lcdo. Fernando Patricio Méndez Coicha.
Senescyt: 1007-09-966115

Responsable: FMEÑEZ - LCDO. FERNANDO MENDEZ C.

02/09/2023 07:09:18 a. m.



Verifique la validez del certificado



SANTA ANA LAB
CLINICA SANTA ANA CENTRO MEDICO QUIRURGICO
S.A.

RESULTADOS DE EXAMENES				Fecha Nacimiento:	22/08/1995	
Nro.Orden:	87574	Nro.Cuenta:	305580	Nro. Identificación:	[REDACTED]	
Paciente:	[REDACTED]			Fecha de Solicitud	03/09/2023 05:51	
Médico Solicitante	[REDACTED]			Fecha de Toma	03/09/2023 05:51	
Area solicitante	HOSPITALIZACION			Fecha de Resultados	03/09/2023 06:53	
					Género:	FEMENINO

Obs: TOMAR MUESTRAS EL 03/09 A LAS 06:00

Impreso al: 2023/09/03 07:02

RESULTADOS DE DETERMINACIONES

Determinaciones	Resultados	Unidad	Rango de referencia
QUIMICA SANGUINEA			
UREA	11.3	mg/dl	[16.6 - 48.5]
CREATININA	0.70	mg/dl	[0.50 - 1.10]
ACIDO URICO	2.10	mg/dl	[2.60 - 6.00]
TGO	743.6	U/L	[10.0 - 35.0]
Resultado confirmado por duplicado			
TGP	329.5	U/L	[10.0 - 33.0]
Resultado confirmado por duplicado			
DESHIDROGENASA LACTICA	861.0	U/L	[135.0 - 214.0]
SODIO, POTASIO, CLORO			
SODIO	140.0	mmol/L	[136.0 - 145.0]
POTASIO	4.38	mEq/L	[3.50 - 5.10]
CLORO	106.5	mmol/L	[95.0 - 110.0]

Lcda. María del Carmen Ayala Aucapiña.
Senescyt: 1007-09-966087

Responsable: MCAYALA - LCDA. MARIA AYALA

03/09/2023 06:51:26 a. m.



Verifique la validez del certificado



SANTA ANA LAB
CLINICA SANTA ANA CENTRO MEDICO QUIRURGICO
S.A.

RESULTADOS DE EXAMENES				Fech_Nacimiento:		22/08/1995	
Nro.Orden:	87640	Nro.Cuenta:	305751	Nro. Identificación:		Edad:	28a
Paciente:				Fecha de Solicitud	04/09/2023 10:22		
Médico Solicitante				Fecha de Toma	04/09/2023 10:22	Género:	
Area solicitante	LABORATORIO CLINICO			Fecha de Resultados	04/09/2023 11:15	FEMENINO	

Obs:

Impreso al: 2023/09/04 11:19

RESULTADOS DE DETERMINACIONES


Determinaciones	Resultados	Unidad	Rango de referencia
-----------------	------------	--------	---------------------

QUIMICA SANGUINEA			
-------------------	--	--	--

UREA	14.4	mg/dl	[16.6 - 48.5]
CREATININA	0.62	mg/dl	[0.50 - 1.10]
TGO	800.6	U/L	[10.0 - 35.0]
Valores fuera de rango referencial, confirmado por duplicado.			
TGP	461.9	U/L	[10.0 - 33.0]
DESHIDROGENASA LACTICA	848.0	U/L	[135.0 - 214.0]
CK TOTAL	9636	U/L	[0 - 170]
Valores fuera de rango referencial, confirmado por duplicado.			

SODIO, POTASIO, CLORO

SODIO	140.0	mmol/L	[136.0 - 145.0]
POTASIO	3.96	mEq/L	[3.50 - 5.10]
CLORO	104.4	mmol/L	[95.0 - 110.0]


Lcda. Aracely Leslie Cabrera Plaza.
Senescyt: 107-2020-2198673

Responsable: ACABRERA - LCDA. ARACELY CABRERA P.
04/09/2023 11:14:45 a. m.



Verifique la validez del certificado



SANTA ANA LAB
CLINICA SANTA ANA CENTRO MEDICO QUIRURGICO S.A.

RESULTADOS DE EXAMENES				Fecha Nacimiento:	22/08/1995
Nro.Orden:	95499	Nro.Cuenta:	314307	Nro. Identificación:	[REDACTED]
Paciente:	[REDACTED]			Fecha de Solicitud	07/01/2024 08:27
Médico Solicitante	MEDICO EXTERNO			Fecha de Toma	07/01/2024 08:27
Area solicitante	LABORATORIO CLINICO			Fecha de Resultados	07/01/2024 09:21

Obs: LAB

Impreso al: 2024/06/13 20:24

RESULTADOS DE DETERMINACIONES			
Determinaciones	Resultados	Unidad	Rango de referencia
UROANALISIS			

CITOQUIMICO Y BACTERIOLOGICO DE ORINA EMO

VOLUMEN	60.00	ml	
COLOR	AMARILLO		
OLOR	SUIGENERIS		
ASPECTO	CLARO		
DENSIDAD	1.025		
pH	6.0		
ESTERASA DE LEUCOCITOS	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dL	
GLUCOSA EN ORINA	NORMAL	mg/dL	
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO	mg/dl	
UROBILINOGENO	NORMAL	mg/dL	
SANGRE	NEGATIVO		
BILIRRUBINAS	NEGATIVO		
HEMOGLOBINA EN ORINA	NEGATIVO		
CELULAS EPITELIALES	2-3	/campo	
HEMATIES	0-1	/campo	
LEUCOCITOS	1-2	/campo	
BACTERIAS	OCASIONALES		



**CLÍNICA
SANTA ANA**

[Signature]
Lcda. Nallely Michaela Saca Molina.
Senescyt: 1007-2023-2687173

Responsable: NSACA - NALLELY MICHAELLE

07/01/2024 09:21:01 a. m.

Verifique la validez
del certificado





LEBAC-LAB CIA. LTDA.
GONNET DIODATO ANDREA VERONICA
RUC: 0190444813001



PACIENTE:	[REDACTED]	SOLICITANTE:	MEDICO PARTICULAR
DOCUMENTO:	[REDACTED]	FECHA TOMA MUESTRA:	09/09/2023 10:37
EDAD:	28 AÑOS	FECHA DE EMISION:	09/09/2023 13:02
GENERO:	F	TELEFONO:	0983289955



EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
TGO - AST	106.9	U/L	Hasta 31
TGP - ALT	238.4	U/L	Hasta 34
LDH	*563	U/L	225 - 450
CREATININA QUINASA CK	*1180.2	U/L	24 - 145

* RESULTADOS CONFIRMADOS.

Profesional que valida el resultado

Lcda. Paulina Flores Ch.
LCDA. LAB. CLÍNICO
1007-2020-2149558



QR resultado del laboratorio



Escanee el código QR
para verificar la validez
del resultado.

Alfonso Moreno Mora 3-93 y Agustín Cueva (Esquina) EC010203
Cel.: 098 318 0847 - Email: lebac.laboratorio@gmail.com
Cuenca - Ecuador



LEBAC-LAB CIA. LTDA.
GONNET DIODATO ANDREA VERONICA
RUC: 0190444813001



PACIENTE:	[REDACTED]	SOLICITANTE:	MEDICO PARTICULAR
DOCUMENTO:	[REDACTED]	FECHA TOMA MUESTRA:	09/09/2023 10:37
EDAD:	28 AÑOS	FECHA DE EMISION:	09/09/2023 13:02
GENERO:	F	TELEFONO:	0983289955



BIOQUIMICA

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
UREA	29.7	mg/dl	<50 años: 15 - 40 >50 años: 21 - 43
CREATININA	0.91	mg/dl	0.6 - 1.1

Profesional que valida el resultado

Lda. Paulina Flores Ch.
LCDA. LAB. CLÍNICO
1007-2020-2149558



ELECTROLITOS

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
SODIO	136.5	mmol/L	135 - 145
POTASIO	4.19	mmol/L	3.3 - 5.5
CLORO	102.8	mmol/L	98 - 108
CALCIO IONICO EN SUERO	1.22	mmol/L	1.1 - 1.4
CALCIO	2.38	mmol/L	2.2 - 2.9

Profesional que valida el resultado

Lda. Paulina Flores Ch.
LCDA. LAB. CLÍNICO
1007-2020-2149558



ENZIMOLOGIA

QR resultado del laboratorio



Escanee el código QR
para verificar la validez
del resultado.

Alfonso Moreno Mora 3-93 y Agustín Cueva (Esquina) EC010203
Cel.: 098 318 0847 - Email: lebac.laboratorio@gmail.com
Cuenca - Ecuador



LEBAC-LAB CIA. LTDA.
GONNET DIODATO ANDREA VERONICA
RUC: 0190444813001



PACIENTE:	[REDACTED]	SOLICITANTE:	[REDACTED]
DOCUMENTO:	[REDACTED]	FECHA TOMA MUESTRA:	19/09/2023 10:23
EDAD:	28 AÑOS	FECHA DE EMISION:	19/09/2023 12:14
GENERO:	F	TELEFONO:	0983289955

ENZIMOLOGIA

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
TGO - AST	34.1	U/L	Hasta 31
TGP - ALT	65.0	U/L	Hasta 34
LDH	377	U/L	225 - 450
CREATININA QUINASA CK	106.7	U/L	24 - 145

*RESULTADOS CONFIRMADOS.

Profesional que valida el resultado

Lcda. Jéssica Bermeo Ch.
LCDA LAB. CLÍNICO
1007-2017-1911728



QR resultado del laboratorio



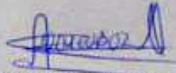
Escanee el código QR
para verificar la validez
del resultado.

Alfonso Moreno Mora 3-93 y Agustín Cueva (Esquina) EC010203
Cel.: 098 318 0847 - Email: lebac.laboratorio@gmail.com
Cuenca - Ecuador

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

María Angélica Cobos Nieto portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107567067**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación **“Rabdomiólisis secundaria a Virus de Varicela Zóster. Reporte de caso.”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 02 de Marzo de 2026

F: 

María Angélica Cobos Nieto

C.I. 0107567067