

Relatos Casos Clínicos

PO - (UM17-1242) - OTALGIA E LOMBALGIA, QUAL A RELAÇÃO?

Lorina Pestana¹; Ana Catarina Matos Silva²

1 - USF LoureSaudável; 2 - USF Cruzeiro

Enquadramento: A Nefrite Intersticial Aguda é uma causa comum de perda de função renal secundária a inflamação e edema do interstício renal cuja apresentação clínica não é específica.

Apresenta várias causas, sendo as mais comuns: iatrogenia, causas infecciosas e doenças auto-imunes, correspondendo a <5% dos casos de Insuficiência Renal Aguda.

Descrição de Caso: Doente 37 anos, caucasiana, autónoma, com diagnóstico prévio de síndrome depressivo medicada com escitalopram e história familiar de pai com litíase renal.

Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por quadro de otalgia à direita tendo sido diagnosticada otite externa e medicada com ciprofloxacina oral, ofloxacina tópica, ibuprofeno e ebastina. Por manutenção das queixas acompanhadas de náuseas, vômitos e anorexia, recorreu novamente ao SU, tendo sido alterada antibioterapia para Amoxicilina e Ácido Clavulânico. Contudo a doente não cumpriu o *switch* de antibioterapia, mantendo a medicação anterior.

Sem alívio sintomático do quadro e associado a calafrios, polaquiúria e lombalgia bilateral mais intensa à esquerda, recorre à consulta aberta da Unidade de Saúde Familiar.

Foi realizado *Combur test* que revelou presença de leucócitos, proteínas e vestígios de hemoglobina e ao exame objectivo apresentava-se apirética e com Murphy renal à esquerda positivo.

Atendendo à intolerância da via oral e pela hipótese diagnóstica de Pielonefrite foi referenciada ao SU para realização de avaliação analítica, ecografia renal.

Analicamente apresentava Hg 11.6 g/dL, Creatinina 3.76 mg/dL, PCR 2.96 mg/dL, ionograma normal e urina II com leucocitúria e proteinúria e vestígios de hemoglobina. A ecografia renal revelava rins de dimensões normais, embora globosos e ecogenecidade do parênquima.

Internada com a hipótese diagnóstica de lesão renal aguda por nefrite intersticial aguda iatrogénica à quinolona ou AINEs.

Durante o internamento foi suspensa a medicação potencialmente causadora do quadro e iniciada hidratação endovenosa. Manteve-se antibioterapia tópica com ofloxacina e iniciou-se terapêutica sistémica com ceftazidima com melhoria das queixas otológicas. Na altura da alta, apresentou melhoria analítica, tendo Creatinina 2.0 mg/Dl.

Encaminhada para a consulta de Nefrologia, com indicação para evicção de quinolonas e AINEs.

Discussão: A nefrite intersticial aguda não é dose dependente e associa-se frequentemente a hipersensibilidade, podendo tornar-se evidente após duas semanas de exposição. A suspensão da medicação suspeita é a principal medida terapêutica sendo que os doentes recuperam a função renal espontaneamente após a sua descontinuação.

Os exames de imagem não estabelecem o diagnóstico definitivo, sendo este obtido através da biópsia renal.